МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

На правах рукописи

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

Абдурахманов Шаятбек Туланбаевич

МНОГОУРОВНЕВОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

14.01.17 - хирургия
14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

Диссертация
на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Научные консультанты:
доктор медицинских наук,
профессор Тилеков Э.А.;
доктор медицинских наук,
профессор Каратаев М.М.

БИШКЕК - 2025

СОДЕРЖАНИЕ

	ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ, СИМВОЛОВ, ЕДИНИЦ И ТЕРМИНОВ	4
	ВВЕДЕНИЕ	6
ГЛАВА I	ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	16
1.1.	Современные проблемы качества интраоперационной помощи при экстремальных ситуациях и основные направления их решения	16
1.2.	Современные проблемы качества медицинской помощи населению и основные направления их решения	32
1.3.	Современные проблемы качества последипломного образования врачей и основные направления их решения	42
	ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ (ТЕКСТ) ДИССЕРТАЦИИ	50
ГЛАВА II	МАТЕРИАЛЫ, МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	50
2.1.	Материалы и методы исследования по оценке качества интраоперационной помощи при экстремальных ситуациях	51
2.2.	Методология качества интраоперационной помощи при экстремальных ситуациях	66
2.3.	Материалы, методология и методы исследования по оценке качества медицинской помощи населению	79
2.4.	Материалы, методология и методы исследования по оценке качества последипломного образования врачей	88
	РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ	91
ГЛАВА III	ТРИАДНАЯ МОДЕЛЬ РАЗВИТИЯ КАЧЕСТВА НА УРОВНЕ СИСТЕМЫ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ	91
3.1.	Развитие клинико-психологического компонента	92

3.2. Развитие организационно-методического компонента 106
3.3. Развитие тактико-технического компонента 117
ГЛАВА IV. ТРИАДНАЯ МОДЕЛЬ РАЗВИТИЯ КАЧЕСТВА НА УРОВНЕ СИСТЕМЫ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ 134
4.1. Развитие организационно-управленческого компонента 135
4.2. Развитие технико-ресурсного компонента 145
4.3. Развитие профессионально-кадрового компонента 151
ГЛАВА V. ТРИАДНАЯ МОДЕЛЬ РАЗВИТИЯ КАЧЕСТВА НА УРОВНЕ СИСТЕМЫ ПОСТДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ 165
5.1. Развитие образовательно-организационного компонента 166
5.2. Развитие учебно-методического компонента 179
5.3. Развитие компетентностно-личного компонента 182
ГЛАВА VI. ТРИАДНАЯ МОДЕЛЬ РАЗВИТИЯ КАЧЕСТВА НА УРОВНЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 189
6.1. Сложившейся системы обеспечения качества медицинской помощи населению 189
6.2. Развитие клинико-стационарного, амбулаторно-поликлинического и медико-социального компонентов 195
6.3. Качество медицинской помощи в дневных стационарах и станциях скорой медицинской помощи 204
ГЛАВА VII. НАУЧНО-ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ МНОГОУРОВНЕВОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (Вместо заключения) 216
ВЫВОДЫ 230
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ 233
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ 241

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ, СИМВОЛОВ, ЕДИНИЦ И ТЕРМИНОВ

АГСВ - ассоциация групп семейных врачей
АЗМИ - Азиатский медицинский институт
А-ПП - амбулаторно-поликлиническая помощь
АР - анестезиологический риск
«А-ПК» - амбулаторно-поликлинический компонент
БНИЦТО - Бишкекский научный центр травматологии и ортопедии
ГСВ - группа семейных врачей
ПДО - последипломное образование
ДС - дневной стационар
ДМ - доказательная медицина
ЖАГУ - Жалал-Абадский государственный университет
ИТТ - инфузионно-трансфузионная терапия
КГМА - Кыргызская государственная медицинская академия
КРСУ - Кыргызско-российский славянский университет
КУМЦ - координационный учебно-методический центр
КПДО - качество постдипломного образования
КМП - качество медицинской помощи
КИОП - качество интраоперационной помощи
«К-СК» - клинико-стационарный компонент
«К-ЛК» - компетентностно-личностный компонент
КУ - угрозометрический критерий
КП - прогностический критерий
КН - критерий неопределенности
КА - критерий альтернативности
КЩР - кислотно-щелочное равновесие
Л-ПУ - лечебно-профилактические учреждения
МЗ КР - Министерство здравоохранения КР
МОН КР - Министерство образования и науки КР
М-ВУЗ - медицинское высшее учебное заведение
«М-СК» - медико-социальный компонент
НХЦ - национальный хирургический центр
Н-ИУ - научно-исследовательские учреждения
НТ-ТП - научно-технико-технологический прогресс
ОшГУ - Ошский государственный университет
ОМС - обязательное медицинское страхование
«О-ОК» - образовательно-организационный компонент
«О-УК» - организационно-управленческий компонент
ОСУ - отделение сестринского ухода

ОМОКБ - ошская межобластная клиническая больница
ОЦК - объем циркулирующей крови
ОР - операционный риск
ОДН - острая дыхательная недостаточность
ПМСП - первичная медико-санитарная помощь
«П-КК» - профессионально-кадровый компонент
СК - стандарт качества
СМП - скорая медицинская помощь
СПОН - синдром полиорганной недостаточности
СПСН - синдром полисистемных нарушений
ССС - сердечно-сосудистая система
«Т-РК» - технико-ресурсный компонент
ТБ - территориальная больница
ТКБ г.Ош - территориальная клиническая больница г.Ош
«У-МК» - учебно-методический компонент
УМС МЗКР - ученый медицинский совет МЗ КР
УКР - уровень качества работы
ФУВ - факультет усовершенствования врачей
ФОМС - фонд обязательного медицинского страхования
ФВД - функция внешнего дыхания
ХЗ - хроническое заболевание
ХБ - хирургическая бригада (хирурги+анест.-реаниматологи)
ЧМТ - черепно-мозговая травма
ЦСМ - центр семейной медицины
ЦОВП - центр общеврачебной практики
ЭС - экстремальная ситуация
ЭСР - экстремальная ситуация риска
ЭСКН - экстремальная ситуация крайней необходимости
ЭСВЭ - экстремальная ситуация вынужденного эксперимента
ЭР - этический риск
Na^{++} - ионы Натрия
K^{+} - ионы Калия
Ht - гематокритное число
Hb - гемоглобин

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы диссертации. На современном этапе развития науки, активизации интегративных и синергетических процессов, становления синтетического мышления, любой сложный объект исследования следует рассматривать как систему и оценивать его на основе соответствующих принципов и подходов [20,22,36]. В частности, триадного подхода, который, как известно, даёт более четкие ориентиры, представляя собой универсальный принцип схематизации и симметризации соответствующих компонентов системы [16,22,52].

Очевидно, здравоохранение нужно рассматривать как систему с множеством компонентов, моделируя которых можно сформировать определенные закономерности в отношениях между собой. С одной стороны, так можно объяснить существенные свойства компонентов, а с другой стороны, так можно исследовать объект в его целостности с интегральными законами его поведения. В этом аспекте, системный метод является достаточно сильной исследовательской технологией [12,47,85].

Важно понять, что общая характеристика компонентов в виде процессных моделей развития позволяет более достоверно оценить не только эффективность действующей здравоохранительной концепции, но и обосновать варианты формирования новой стратегии здравоохранения. Так или иначе, модели развития компонентов системы, определяют степень влияния и вклад в достижение конечных результатов, характеризуя тем самым адаптивные возможности системы к новым условиям и вызовам [86,125,154].

Важно отметить, что смыслом процессного подхода принято считать то, что достижение желаемого результата будет эффективнее, когда деятельностью и соответствующими ресурсами управляют, как процессами [74,101,116,138]. С исследовательской точки зрения можно условно выделить такие уровневые системы, как здравоохранение, Л-ПУ, ПДО, ЭХ. Можно выделить и следующие компоненты указанных систем. 1) Здравоохранения - «К-СК», «А-ПК», «М-СК»; 2) ЛПУ – «О-УК», «Т-РК», «П-КК»; 3) ПДО – «О-ОК», «У-МК», «К-ЛК»; ЭХ – «К-ПК», «О-МК», «Т-ТК».

В одном случае, вышеперечисленные компоненты представляют функциональный тип взаимодействия, когда выходные потоки одних являются входными потоками других, а в другом случае – структурный тип

взаимодействия нескольких компонентов через общие элементы систем. В целом, такие системы можно представить, как компоненты, объединенные общим функционированием на основе единства цели и управления [163,185,192].

Многие авторы считают, что в первую очередь реформа медицинской отрасли требует совершенствования организации и управления КМП населению [5,28,48]. При этом кардинальным вопросом современного системного комплекса здравоохранения является определение оптимального соотношения триады компонентов: 1) «К-СК»; 2) «А-ПК»; 3) «М-СК». Как подчеркивалось выше, триадный подход к оценке процессных моделей указанных компонентов позволяет не только провести симметризацию, но и моделировать роль указанных компонентов триад.

Нужно отметить, что триадные процессы в системах здравоохранения, Л-ПУ, ПДО и ЭХ представляют собой не механическое соединение структурных элементов этих систем в более сложную композицию, а качественную трансформацию вновь структурированного образования в единое целое. При этом нарастание системной сложности увеличивает силу коммуникации, так как в процесс системного взаимодействия включается все большее количество системных триад [63,75,91].

Мотивом для выделения триады компонентов системы ЭХ - «К-ПК», «О-МК», «Т-ТК», является то, что именно умение находить выход из ЭС является наиболее сложным и важным требованием к ХБ, вынужденной принимать жизнеопасные решения при остром дефиците времени и необходимой информации [106,112,189]. Имеющиеся научно-методологические, учебно-методические материалы, рассматривающие именно такой фактор, как автономное и коллегиальное разрешение ЭС у пострадавшего непосредственно на операционном столе, не позволяют сформулировать теоретические принципы, которые можно было бы применить при ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ с одинаковым успехом.

Очевидно, ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ имеют специфические особенности, которых ХБ следует различать, перед тем, как его корригировать [17,106,189]. Между тем, для установления определенной минимальной границы в отношении планирования безопасности операции, наркоза и реанимации, которую не следует переступать при ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ, необходимо разработать некий свод рекомендаций на основе модели развития «К-ПК», «О-

МК» и «Т-ТК». Такими документами для организаторов здравоохранения и ХБ может быть «нормы-рекомендации», как скоррегированные формы существующих «норм-требований».

Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями, крупными научными программами, основными НИР, проводимыми научными учреждениями. Тема выполнена в рамках: 1) НИР КГМИППК «Совершенствование системы здравоохранения и последипломного образования»; 2) Национальных программ «Здравоохранение Кыргызстана в XXI веке», «Манас», «Манас-Таалими»; 3) «Концепции непрерывного профессионального образования медицинских работников в Кыргызской Республике на период 2007-2015 гг.»; «Концепции совершенствования хирургической службы Кыргызстана» (2001).

Цель исследования: Разработка и научное обоснование многоуровневых моделей повышения КМП, включая КИОП при ЭС, а также КПДО на базе применения системного и триадного подходов в оценке компонентов системы здравоохранения, Л-ПУ, ПДО и ЭХ.

Задачи исследования:

1. Осветить проблемные аспекты повышения КИОП при ЭС, а также проанализировать методологические аспекты разрешения интраоперационных ЭС, а также провести оценку процессной модели развития триады компонентов («К-ПК», «О-МК», «Т-ТК») системы ЭХ с разработкой и внедрением «норм-рекомендаций» по повышению КИОП пострадавшим, находящихся в ЭС;

2. Выполнить оценку процессной модели развития триады компонентов («К-СК», «А-ПК», «М-СК») системы здравоохранения КР по обеспечению КМП;

3. Провести оценку процессной модели развития триады компонентов («О-УК», «Т-РК», «П-КК») системы Л-ПУ по обеспечению КМП;

4. Выполнить оценку процессной модели развития триады компонентов («О-ОК», «У-МК», «К-ЛК») системы ПДО в КР по обеспечению КПДО.

Научная новизна работы.

Впервые освещены проблемные аспекты повышения КИОП при ЭС, а также проанализировать методологические аспекты разрешения интраоперационных ЭС;

Впервые дана оценка процессной модели развития триады компонентов («К-ПК», «О-МК», «Т-ТК») системы ЭХ по обеспечения КИОП. Разработаны

«нормы-рекомендации» на основе сопоставления с существующими «нормами-требованиями» на практике ЭХ ранений и политравм с обобщением опыта достижения КИОП пострадавшим, находящихся в ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ.

Впервые выполнена оценка процессной модели развития триады компонентов («К-СК», «А-ПК», «М-СК») системы здравоохранения КР по обеспечению КМП.

Впервые проведена оценка процессной модели развития триады компонентов («О-УК», «Т-РК», «П-КК») системы Л-ПУ по обеспечению КМП.

Впервые осуществлена оценка процессной модели развития триады компонентов («О-ОК», «У-МК», «К-ЛК») системы ПДО в КР по обеспечению КПДО.

Практическая значимость полученных результатов. Положения диссертации пополняют научный потенциал современной системы здравоохранения, Л-ПУ, ПДО и ЭХ. Новая информация, полученная при проведении комплексного анализа деятельности участников организационно-управленческого, научно-образовательного, медико-хирургического процессов, позволяет оптимизировать КМП, КДПО, КИОП.

В работе доказано, что ЭС имеют специфические особенности, особые свойства, которых ХБ следует различать, перед тем, как его корригировать. Обобщенный подход к ведению таких ЭС с использованием моделей развития «К-ПК», «О-МК» и «Т-ТК», а также навыков и приемов, общих для большого количества случаев, должен стать важным направлением профессиональной подготовки ХБ.

Установление определенной минимальной границы в отношении планирования безопасности анестезии и реанимации, которую не следует переступать при ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ, отражено в «Нормах-рекомендациях», выработанных на базе триадной модели развития «К-ПК», «О-МК» и «Т-ТК». В них акцент сделан на более активную хирургическую и анестезиолого-реанимационную тактику. Основываясь на положениях этого документа, со стороны ХБ решения принимаются в исключительно краткие сроки в пользу операции, как элемент интраоперационной реанимации.

При ЭСВЭ, как, впрочем, и при ЭСКН, в «нормы-рекомендации» внесены соответствующие коррективы, направленные на активизацию, соответственно, хирургической и анестезиолого-реанимационной тактики ведения интраоперационного этапа оказания помощи. Причем, в нем определено

немедленное, практически безоговорочное, применение операции в качестве реанимационной методики.

На основании анализа реализации основных направлений политики здравоохранения КР с применением триадного принципа, выявлены преимущества и просчеты проведенных реформ, направленных на повышение уровня КМП. На основе многоуровневого моделирования выполнена оценка системы обеспечения КМП в современных условиях трансформации здравоохранения КР, подчеркнуты его возможности и перспективы.

Применение теории и практики систематизированных моделей оптимизации деятельности Л-ПУ, кадрового менеджмента в системе здравоохранения, личностного подхода и обоснование необходимости формирования качества врачебного состава, способствуют рациональному и эффективному управлению КМП и КПДО.

Стандартизация и оптимизация технологии организации, управления, ресурсного и кадрового обеспечения Л-ПУ, внедрения КК, КП, принципов ДМ и ПДО врачей обеспечивают качество и преемственность в оказании медицинской помощи на всех этапах, обеспечивают унификацию и последовательность реализации эффективных лечебно-диагностических и реабилитационных технологий, существенно влияющих на уровень повышения КМП.

Проведения экспертизы КМП в системе Единого плательщика и ее практическая реализация в республике способствовал эффективному выполнению приоритетных задач и достижения высоких конечных результатов. Профессиональное развитие на базе эффективного ПДО врачей является мощным мотивационным фактором, определяющим его профессиональную компетентность. Включение вопросов формирования качества профессионального и личностного потенциала врачей в программы ПДО способствует повышению КМП.

Экономическая значимость полученных результатов. Улучшение качества оперативно-реанимационного ведения пострадавших, находящихся в ЭС, ведет к сохранению их жизни. В результате внедрения «норм-рекомендаций» для организаторов здравоохранения и членов ХБ ведет к унификации и оптимизации организационной, оперативно-реанимационной, диагностической тактики ведения пострадавших с ЭС, повышается эффективность Л-ПУ, так как наступает результативное перераспределение

сил, средств и времени. При этом значительно уменьшается удельный вес неблагополучных исходов, осложнений, что положительно отразится на экономии бюджетных средств.

Улучшение качества лечения и его контроля повышает эффективность оказания КМП населению, сокращает сроки лечения больных, снижает затраты на медикаменты, питание, уход за больными. В результате реструктуризации системы здравоохранении, внедрения стационарзамещающих технологий, результативных методов диагностики и лечения больных, повышается эффективность Л-ПУ на всех уровнях, так как наступает оптимальное перераспределение сил, средств и времени Л-ПУ. При этом значительно уменьшится удельный вес необоснованных госпитализаций в стационар, повысится качество амбулаторно-поликлинического обслуживания, что даст экономию бюджету в пределах 60-65%.

Основные положения, выносимые на защиту:

При ЭС необходимо тесное интраоперационное содружество хирургов и анестезиологов-реаниматологов, воспринимаемых в единстве, как ХБ с единой целью – сохранить жизнь пострадавшего и действующих на основе системы совместной оценки и принятия коллегиально-компетентностых решений по ликвидации ЭС. ХБ следует рассматривать, как «универсального решателя задач» в стесненных условиях, путем осмысленного варьирования своих действий под углом зрения совместных задач.

«Нормы-рекомендации» при ЭС, составленные на основе сопоставления с существующими «нормами-требованиями» следует воспринимать в качестве определенного уравнителя предпринимаемых шагов ХБ у пострадавших с ЭС. Для ХБ в ЭСКН и ЭСВЭ возникает необходимость более активного пользования «стратегией отчаяния», так как вреда пострадавшему, причиняемый операцией, выполняемой по жизненным показаниям, избежать нельзя, но этот вред является меньшим, чем последствие невыполнения ее в качестве эффективного компонента реанимации.

ЭСКН и ЭСВЭ следует воспринимать, как «интраоперационную чрезвычайную ситуацию» (ИОЧС) с соответствующей психологией восприятия этого феномена. Они определяются как факторы, формирующие рабочие действия членов ХБ, которые обязаны выполнять свой долг тщательно, ответственно, коллегиально, квалифицировано, без спешки и давления друг на друга. Их совместный план коррекции ЭС должен быть компромиссом между

всеми опасностями и преимуществами предпринимаемых мер.

При определении адекватной интраоперационной оценки и разрешении ЭС необходимо ориентироваться на такой интегральный показатель, как КА, КУ, КН, КП. Кроме того, необходимо использовать тактику, направленную на ликвидацию наиболее опасных последствий кризиса, ориентируясь на такой интегральные показатели, как показатель динамики интраоперационного когнитивного статуса пострадавшего. Относительный риск и ранговая значимость организационно-методических и тактико-технических факторов нарастает - ЭСР→ЭСКН→ЭСВЭ.

Система здравоохранения КР в период 2006-2012 гг. характеризовалась увеличением числа неотложных состояний (на 3,2%), снижением обеспеченности койками (с 10,3 до 9,3 на 10 тыс. населения), высоким удельным весом организационных и лечебно-диагностических дефектов в стационарном (68,9%) и амбулаторном (38,8%) секторах. Главным достижением модели развития триады компонентов: «К-СК», «А-ПК», «М-СК» является упразднение значительного количества ТБ и ЦОВП с параллельным внедрением СМ (ЦСМ/ГСВ, ДС, АДО), а также внедрение системы ОМС. Очевидная положительная динамика системы здравоохранения КР обусловлена тем, что «А-ПК» взяла значительную часть нагрузки «К-СК» на себя;

КПДО следует рассматривать в качестве важнейшего компонента системы повышения КМП населению, а потому с учетом современной научно-познавательной стратегии необходимо стремиться к сбалансированному развитию не только триады компонентов: «наука», «образование», «клиника», но и фундаментально-методологических, общемировоззренческих уровней ПДО. КГМИППК, как головное учреждение по ПДО врачей в КР, должен усилить интеграционный процесс, превращения соответствующие кафедры и курсы в центры научно-инновационного развития медицинских служб в КР.

Личный вклад соискателя. Автором самостоятельно проведен системный анализ ЭС (75%); осуществлен логический анализ понятий и терминов ЭС (ЭСР, ЭСКН, ЭСВЭ), представленных в литературе и используемых практиками (75%); определены требования к методам сбора информации о состоянии пострадавших с ЭС, осуществлен их логический анализ (75%); предложен стиль изложения «норм-требований» и «норм-рекомендаций» (75%); осуществлены табличные и оценочные расчеты, как степени тяжести пострадавшего, так и критериальной оценки уровня работы ХБ

и Л-ПУ в целом (50%).

Автором сформулированы цели и задачи исследования, самостоятельно проведен анализ отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме (100%). Составлена программа исследования, разработаны анкеты и карты для сбора материала, проведены социологические опросы (75%). Автор самостоятельно собрал первичные сведения. Математико-статистическая обработка полученных результатов проводилась автором (100%). Анализ, интерпретация, изложение данных, формулирование выводов и практических рекомендаций выполнены автором лично (100%).

Автором самостоятельно проведен системный анализ ситуации с проблемой улучшения КМП (75%); осуществлен логический анализ понятий и терминов КМП, КПДО, представленных в литературе и используемых практиками, а также проведено понятийное моделирование определения триадного подхода, модели развития, ПДО и других соподчиненных понятий (75%); определены требования к методам сбора информации о состоянии КМП и КПДО, осуществлен их логический анализ (75%); предложена модель развития триады компонентов системы Л-ПУ, триады компонентов ПДО, триады компонентов ЭХ (75%); предложена методика оценки эффективности деятельности подразделений ЛПУ (75%); предложена методика оценки эффективности систем управления КМП и КИОП при ЭС (50%).

При непосредственном участии автора осуществлялось формирование баз данных экспертных протоколов по оценке КМП на уровне ТБ, ЦСМ/ГСВ, ЦОВП с использованием технологии экспертизы КМП, в части исследований (25%) автор выступал экспертом и организатором экспертизы, во всех 100% случаях - аналитиком. 50% работ по систематизации триад проведены автором лично. Доля личного участия автора в накоплении эмпирических данных, использованных для демонстрации и обоснования выдвинутых теоретических положений – 75%; в теоретической части работы, обобщении и анализе материалов - 100%.

Апробация результатов работ. Основные положения и результаты исследования внедрены в учебный процесс на кафедрах хирургии КГМА и КГМИППК: «Управление здравоохранения», «Хирургия», «Травматология». Материалы исследования использованы при разработке методических рекомендаций. На основании результатов работы были подготовлены предложения для МЗ КР, Л-ПУ. Разработки используются при проведении

сертификационных и аттестационных циклов повышения квалификации руководителей Л-ПУ, штатных и внештатных экспертов территориального фонда ОМС.

Разработанные организационно-методические технологии реализуются на территории КР в системе здравоохранения (МЗ КР, Л-ПУ), в системе ОМС, в системе ПДО (КГМИППК). Материалы исследования использованы при подготовке методических рекомендаций для организаторов здравоохранения КР, ФОМС, целевых учебных программ ПДО по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение», «Хирургия».

Разработки могут быть использованы в разработке методологической проблематики теоретической медицины, практического здравоохранения. Результаты работы в указанном аспекте могут найти применение в работе методологических, проблемно-поисковых семинаров по политике здравоохранения, стратегии хирургического образования, тактики хирургической службы. Результаты работы использовались при формировании целевых учебных программ для студентов.

Материалы диссертации использовались при чтении лекций, проведения практических занятий и семинаров, а также при проведении циклов последипломного обучения «Экспертиза качества медицинской помощи» и «Организация здравоохранения и общественное здоровье». Результаты исследования докладывались на съездах, симпозиумах и научно-практических конференциях. Теоретические результаты исследований обсуждались на заседаниях ученого совета КГМИППК и НХЦ, на заседаниях соответственных кафедр. Внедрение основных результатов исследования в практику осуществлялось как проведением практической работы по профконсультированию врачей, клинических ординаторов, аспирантов КГМИППК, так и путем психолого-педагогической пропаганды полученных результатов.

Основные положения диссертации апробированы на: научно-практической конференции НХЦ (Бишкек, 2011, 2012, 2015, 2017); на VI конференции молодых ученых КГМИППК (Бишкек, 2012, 2014, 2017); на заседаниях ученого совета КГМИППК (Бишкек, 2013, 2015, 2016). Результаты исследований внедрены в практику КГМИППК, НХЦ, медицинского факультета ОшГУ (ОМОКБ, ЦГКБ г.Ош).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. По теме

диссертации опубликовано 25 научных работ.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, описания материала и методов исследования, 7 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы. Диссертация изложена на 263 страницах компьютерного текста, иллюстрирована 46 таблицами и 21 рисунками. Библиографический указатель содержит 265 авторов, в том числе 200 - из ближнего и 65 – дальнего зарубежья.

ГЛАВА I

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

2.1. Современные проблемы качества интраоперационной помощи при экстремальных ситуациях и основные направления их решения

Безусловно, тяжелые ранения и политравма представляют серьезную проблему для современной медицины и здравоохранения, а потому комплексное разрешение ЭС содержит в себя достаточно большой потенциал для оптимизации результатов оказания медико-хирургической помощи [2,6,14,27,49,65,209,217].

В чем заключается актуальность проблемы? Во-первых, актуальна сама проблема разрешения ЭС. В целом же актуальность проблемы связано, прежде всего, тем, что до сих пор, несмотря на прогресс медицинской науки и практики, удельный вес организационно-методических и тактико-технических просчетов врачей, к сожалению, не имеют тенденцию к уменьшению, составляя 16,5-75,4%, тогда как общая летальность у пострадавших, находящихся в ЭС достигает 50-66% [29,63,84,140,251,264]. Итак, показатели зашкаливают и это при том, что современная медицина достаточно высокотехнологична и результативна.

В чем заключается суть проблемы? Многие исследователи подчеркивали то обстоятельство, что ЭС в аспекте организации и практической помощи возникает практически у каждого пострадавшего с политравмой и тяжелыми ранениями [2,7,79]. Надо полагать, параметры ЭС в той или иной степени очерчены, выделены несколько типов ЭС - ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ [6,38,116,157].

Безусловно, представляют важное значение научные труды наших отечественных исследователей - И.А.Ашимова, А.М.Маллаева, Ж.А.Чынгышевой. Во многом благодаря целенаправленным и многоаспектным исследованиям авторов впервые пополнилась теоретическая база клинической рискологии [16,106,189]. По сути, до них оставались без прояснения такие

научно-методологические вопросы: какова вероятность риска в хирургии и анестезиологии-реаниматологии? В чем суть этого риска? Как можно избежать риск в хирургической и анестезиолого-реаниматологической практике? Как снизить вероятность риска в хирурги и анестезиологии-реаниматологии? Каковы последствия риска?

Заслугой вышеперечисленных авторов заключается в разработке соответствующем обосновании классификаций клинических ЭС, методологические критерии их разновидностей. Мы, в своей работе, безусловно, опирались на теоретические положения клинической рискологии авторов. Между тем, забегая вперед, хотелось бы подчеркнуть следующее: если авторы проводили сопоставительный анализ исходов принятых решений в ЭС, начиная с госпитализации и завершая выпиской из стационара, то нами предпринята попытка провести анализ принятых решений на самом сложном и драматичном этапе оказания помощи пострадавшим, находящимися в ЭС, а именно интраоперационном или иначе оперативно-реанимационном этапе. Во временном аспекте – это 4,2±1,5 ч. нахождения пострадавшего на операционном столе.

Мы согласны с мнением И.А.Ашимова о том, что именно в связи с ЭС, проблема коллегиального и квалификационного подхода к организации и исполнению помощи, является не только предметом ОР или АР, но и предметом ЭР [16,17]. Что же собой представляет понятие ЭР? По нашему мнению, объективная логика морального выбора членов ХБ (хирурги+анестезиологи-реаниматологи) такова, что самостоятельность, суверенность личности, свобода его действий уравновешены огромной ответственностью за жизнь пострадавшего. Вот почему, они, действуя за одним операционным столом должны действовать как одно лицо, коллегиально решая все возникшие организационно-методические и тактико-технические задачи.

Очевидно то, что пострадавшие, находящиеся в ЭС, как правило, практически обречены на смерть, если не сделать им немедленную жизнеспасительную операцию на фоне параллельных реанимационных мер [12,27,31,116,258]. В этих обстоятельствах выбор стратегии и тактики особенно сложен, ибо касается сферы целей, как хирурга, так и анестезиолога-реаниматолога [63,65,112,251]. Как пишет И.А.Ашимов: - Возникает необходимость преодоления границ невозможного – «во чтобы то, ни стало спасти жизнь пострадавшего» [16,17]. А это, между прочим, и есть генеральная

цель ХБ на данный момент.

И.А.Ашимов и А.М.Маллаев попытались сформулировать тактику хирурга или травматолога в отношении пострадавших, находящихся в ЭСР и ЭСКН. Между тем, как они подчеркивают в своих исследованиях, оказание медико-хирургической помощи в некоторых случаях тяжелого ранения и сочетанных травм имеет черты вынужденного эксперимента на человеке [16,17,106].

Опять же, забегая вперед, хотелось бы отметить, что в своей работе, мы попытались сформулировать некие «нормы-рекомендации» в отношении именно при такой ситуации, которую мы обозначили как ЭСВЭ. Они, разумеется, несколько отличаются от общепринятых «норм-требований», изложенных в соответствующих резолюциях медицинских форумов, а также в директивных документах здравоохранительных ведомств.

И.А.Ашимов и А.М.Маллаев пишут: «В отношении неотложной медицины у пострадавших, находящихся в ЭС довольно широко распространена тактическая линия - «все, что ведет к сохранению жизни, должно применяться» [16,17,106]. Насколько это оправдано? – задаются они. Дело в том, что в этом случае нужно определенно признать правильным девиз: «цель оправдывает средства». Между тем, логика ХБ, попадая в «поле тяготения» такого призыва, бесспорно, может привести к утере смысла оперативно-реанимационной помощи.

Ну, а с другой стороны, разве не имеет смысла вопрошание: «А вдруг?», «Может быть есть шанс, хотя бы один на тысячу?». И.А.Ашимов и А.М.Маллаев считают, что хирург, как, впрочем, и анестезиолог-реаниматолог, должен быть всегда в поиске указанного шанса, но абсолютизировать «свехрценность» идеи – это все же неправильно [16,17,106]. А что правильно в этом случае? – вопрос не праздный. Ответ, к сожалению, не очевиден. Хотя, как считают авторы, вынужденный эксперимент на пострадавшем, однозначно, должен преследовать две взаимосвязанные цели: с одной стороны, максимальное обеспечение предвидения и контроля возможного исхода рискового медико-хирургического решения, а с другой – максимальное предвидение возможной оценки и реакции к действиям ХБ, как со стороны коллег, так и со стороны общества, родных и родственников потерпевшего [16,17,106].

Пожалую, есть необходимость остановиться на некоторых

профессиональных чертах личности вышеуказанных авторов. И.А.Ашимов известен, как осторожный хирург, который выверяет каждое организационно-методическое и тактико-техническое решение, основываясь на принципах физиологической хирургии, когда главным вопросом встает физиологическая переносимость того или иного вмешательства.

Напротив, А.М.Маллаев был известен, как рисковый, но опытный хирург, личную и профессиональную позицию которого можно выразить так: «Победителей не судят», «Надо использовать любой шанс для спасения жизни больного». Важно заметить, их совместная монография «Клиническая рискология» (2001) – это, на наш взгляд, симбиоз медико-хирургических подходов – осторожности и взвешенности, с одной стороны, и радикальности и рискованности, с другой стороны.

Если проанализировать ситуацию, то можно заметить следующее: у А.М.Маллаева доминирует решительность и смелость, его жизненное или профессиональное кредо: «Риск – благородное дело», когда как, наоборот, у И.А.Ашимова - склонность к продумыванию вариантов действия, внимание к возможным препятствиям, осложнениям, непредвиденным затруднениям, стремление посоветоваться, прежде чем принять решение.

Авторы подчеркивают тот факт, что понимание ЭС и риска постепенно формирует у специалистов такой склад характера, при котором его поведение нацелено на планомерное его снижение во время оказания помощи пострадавшим. Вот так, со временем, с возрастом, с опытом приходит сочетание черты специалистов – оправданно рискованного, но разумно осторожного, – считает И.А.Ашимов [16].

Однако, на оперативно-реанимационном этапе все же важен другой подход, а именно коллегиальность принятия тех или иных решений, когда показания к операции, к его масштабу, сроками и вариантам исполнения обговаривается между собой тут же, сиюминутно, за операционным столом [145,179,189]. В этом плане, разумеется, устанавливается смысл операции или других мероприятий жизнеспасительного характера, когда решение принимается сообща с максимальным ограничением интересов узкопрофессионального значения, особенностей темперамента, характера и профессионализма, как хирурга, так и анестезиолога-реаниматолога [179,189,196,215,219].

И.А.Ашимовым, как известно, разработана система «цель-средство-

результат». Согласно его теории, при рассмотрении отношения «цель - средство» в хирургии часто упускают из вида - многоуровневость детерминации в системе «операция - спасение жизни», с одной стороны, и необходимость соблюдения нравственности, с другой стороны [17]. По его утверждению, само по себе операция, направленная на спасение жизни не должно отвергаться медицинской практикой, ибо, не содержит в себе ошибки, но в ЭС в априорном виде не содержит и истины [16].

Мы солидарны с автором в том, что всякий раз при ЭС еще надо доказать, что эта самая операция, являющейся одновременно серьезной агрессией против организма пострадавшего, тем не менее, способствует сохранению ему жизни. Весь вопрос в том, как решается вопрос об операции, как компонент интраоперационной реанимации? Надо полагать, что вопрос о целесообразности оперативного вмешательства является исключительно сложным. Есть опасность того, что формула «цель оправдывает средства», будь она принята в ЭС, может привести к стихийному произволу хирургов с последующей трансформацией смысла самой операции по спасению жизни пострадавшего [106,196,215,219].

Согласно теории И.А.Ашимова, понятия «ОР», «АР» отражают неполноту наших знаний о предельных возможностях организма человека, а понятие «ЭР» отражает область межличностных отношений хирургов с больными, с их близкими, самооценку врачом своих возможностей и способностей [16]. По мнению автора, свести «ЭР» к минимуму можно лишь в тех случаях, когда ХБ добились минимума ОР и АР у пострадавшего [15]. Следовательно, соотношения ОР : ЭР и АР : ЭР в различных ЭС может выступать критерием оптимальности не только медико-хирургических, но и организационно-методических решений?

Пожалуй, общепонятно то, что даже в исключительных ЭС, во имя спасения человеческой жизни, медицинская этика не оправдывает «чрезмерно смелые» действия врача. Это важное этическое требование предполагает оценку условий эксперимента не просто еще одним человеком, а оценку и с иной жизненной позиции [106,198,224]. В этом аспекте, выбор, который делает ХБ, принимая одну из альтернатив, неразрывно связан с его ответственностью за решение ситуации.

Как известно, этичность решения во многом определяется автономностью членов ХБ, а также автономностью их личного и профессионального поступка

[2,6,18,63,65]. Говоря об автономии специалистов, мы имеем в виду то, что они в состоянии самостоятельно, свободно и ответственно выбирать свои действия. При этом они вполне могут действовать в соответствии с традиционными, принятыми в их специальности «нормы-требования». А как быть в ЭС, когда нет альтернативы выбору? Здесь, разумеется, сложнее. Вот почему, на базе научного осмысления теории и практики применения тех самых «норм-требований», возможно и даже нужно, разработать более реальные подходы, отражаемых в «нормах-рекомендациях».

Следует подчеркнуть то обстоятельство, что ни хирург, ни анестезиолог-реаниматолог, не бывают абсолютно автономными [79,95,107,132,222]. Очень часто их автономия, так или иначе, ограничивается внешними обстоятельствами. Поэтому даже опытные их представители совершают массу ошибочных на данный момент решений [140,142,150,188,190]. В указанной ситуации «норма-рекомендация» - это, на наш взгляд, способствовать поиску и нахождению дополнительных аргументов, обосновывающие то или иное решение врачей. Поиск таких аргументов и контраргументов, укрепляющих одну из альтернатив и ослабляющих другую, и переводит нас непосредственно в область ЭР.

Данный момент чрезмерно актуален именно при тяжелых ранениях и политравме, изобилующих ЭС [2,14,29,92,153,198,225]. Вот почему, отношение к профессиональной и человеческой деятельности ХБ, главным образом, в отношении некоторых издержек должны быть не только в достаточной степени понятыми, осмысленными обществом, но и, самое главное, этически и юридически регламентированными.

Как подчеркивалось выше, при ЭС на оперативно-реанимационном этапе важнейший подход к снижению риска – это коллегиальность принятия решений [95,107,132]. Как отмечают И.А.Ашимов и А.М.Маллаев, коллективный риск – это важная сторона хирургической работы, а между тем, на практике зачастую возникает необходимость и персонификации решений, в особенности, когда присутствует проблема ЭР [16,17,106]. Вполне типична ситуация, когда анестезиологи-реаниматологи стремится отсрочить операции, пока не будет обеспечена надлежащее состояние важнейших систем организма, а хирурги торопятся начать вмешательство, понимая, что каждая минута промедления ухудшает прогноз ранения или политравмы [112,140,142,189,229]. Это и есть дилемма – начинать или отсрочить операцию?

Жизнь и практика показывает, успех оптимального решения при коллективном обсуждении зависит не только от профессионального уровня его участков, но и от стремления каждого внимательно выслушать мнение коллеги и всесторонне обдумать собственное, прежде чем его высказать [15,106,189,241]. Здесь, как пишут И.А.Ашимов и А.М.Маллаев: - «вырисовывается понятие «стратегическая цель» и проблема «декомпозиции цели». Что они обозначают? Во-первых, если «стратегическая цель» (касающейся всех) – это спасение жизни пострадавшего, то «декомпозиция цели» (касающейся каждого в отдельности) – это снижение степени АР для анестезиолога-реаниматолога, а также снижение степени ОР - для хирурга. Но, а в целом, для ХБ – это снижение степени ЭР [17,106].

Как известно, актуализация проблемы диагностики и медико-хирургической помощи при тяжелых ранениях и политравмы связано, прежде всего, с тем, что она является одной из трех основных причин смертности населения [2,6,140,145,153,194,198,233]. Немаловажно и то, что общая летальность достигает предельных цифр, что естественно диктует необходимость совершенствовать как систему, так и структуру оказания помощи пострадавшим [112,140,142,189,229]. В этой связи, все более актуальным становится оперативность ЛПУ, как следствие организационной грамотности руководителей и профессионализма кадров.

Многие исследователи подчеркивают то, что при оказании помощи пострадавшим, находившееся в ЭС, необходимо соблюдение определенных принципов: 1) Операция, как элемент реанимации, а потому интраоперационное лечение пострадавших должно проводиться с участием многих специалистов; 2) Предельно ранние сроки комбинированных мер – диагностика+операция+реанимация; 3) Все медико-хирургические меры должно быть квалифицированным, специализированным, компетентностными [106,179]. А это, между тем, означает обязательное отступление от традиций: 1) Лечение до постановки диагноза или параллельно ей; 2) Реанимация до операции и по ходу операции; 3) Одновременная диагностика+операция+наркоз+реанимация [7,18,65,84,133,140,231]. Как быть в таком случае?

По данным ряда авторов, при тяжелых ранениях и политравме в состоянии шока поступают абсолютное большинство пострадавших, а в среднем у 25% взятых на операционный стол имеет место СПСН и СПОН. Как

известно, такое состояние трактуется как противопоказанием к хирургической агрессии [133,140,145]. Но не в случаях ЭСКН и ЭСВЭ – считают И.А.Ашимов и А.М.Маллаев. Более того, в ряде случаев возникает необходимость производства операции несколькими бригадами одновременно из-за угрожающего для жизни повреждений нескольких анатомических областей или сегментов тела [16,17,106]. В этом случае, ХБ необходимо будет искать ответы на вопрос: решится на операцию одномоментно или же выбрать поэтапную тактику?

Различные аспекты диагностики и лечения пострадавших с тяжелыми ранениями и политравмой, неоднократно обсуждались на съездах и конференциях организаторов здравоохранения, хирургов, травматологов-ортопедов, анестезиологов-реаниматологов [2,6,7,153,188,200]. Между тем, следует подчеркнуть следующие причины методологических заблуждений: 1) Различная трактовка доминирующего повреждения и односторонняя оценка степени тяжести состояния пострадавшего; 2) Различная трактовка и неправильное объединение возникающих типов ЭС [15,157,189,245].

По мнению И.А.Ашимова и А.М.Маллаева, классифицирование пострадавших должен включать: во-первых, как можно полное выявление всех повреждении; во-вторых, как можно точнее установление ведущего повреждения; в-третьих, как можно более ранняя оценка степени тяжести состояния пострадавшего [17,106]. Надо полагать, так создается возможность более точного определения и отнесения пострадавших к той или иной разновидности ЭС - ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ.

Важно заметить, при тяжелых ранениях и политравме принципиальным является ориентировка на доминирующее повреждение, когда пострадавших удается отнести к той или иной клинической группе: 1) Перелом костей+ЧМТ; 2) Переломы костей+повреждения внутренних органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства; 3) Переломы костей+травмы грудной клетки и ее органов; 4) Переломы костей+повреждение внутренних органов двух и более локализаций [107,108,196,248].

По мнению некоторых исследователей при политравме следует выделять лишь 2 группы: 1) Пострадавшие, у которых преобладающей является травма опорно-двигательного аппарата; 2) Пострадавшие, у которых преобладают повреждения внутренних органов [49,140]. Профессор Ж.М.Маманазаров [1993] предлагает выделять жизнеопасную и абсолютно жизнеопасную

политравму. По его мнению, к жизненно опасным следует отнести политравму, осложненную тяжелым декомпенсированным шоком (тяжелая ЧМТ со сдавлением вещества головного мозга, внутричерепной гематомой, костными отломками+повреждение органов брюшной, грудной полостей, мочеполовых органов и пр.) [107].

По автору, к абсолютно жизнеопасным следует отнести анатомическое разрушение жизненно важных органов и регуляторных систем, не восстановимых хирургическим путем и реанимационными мероприятиями (тяжелые ушибы и размозжение вещества головного мозга в зоне локализации жизненно важных центров, разрыв паренхиматозных органов, некупированный декомпенсированный шок, острая массивная кровопотеря, асфиксия, агония, клиническая смерть) [108].

Таким образом, в основу классифицирования политравмы, как, впрочем, сочетанных ранений, положены наличие шока и степень его тяжести, как показатель нарушения функции жизненно важных регуляторных систем, требующих неотложных мер по их восстановлению [2,6,7,153,188,200].

Для пострадавших, находящихся на операционном столе, характерны геморрагический шок, нарушение дыхания центрального генеза вследствие ЧМТ и (или) обусловленное повреждением аппарата внешнего дыхания при травме груди, нарушение КЩС крови вследствие гипопротеинемии и анемии, РДС, ДВС-синдром, СПОН, СПСН [133,140,145].

По сводным данным, из пострадавших, умерших в срок <1 ч. с момента взятия его на операционный стол были оперированы 2,5%, а из умерших в сроки 1-3 ч. - 20-25%, в сроки 3-12 ч. - 45%, в сроки 12-24 ч. - 55% [1,2,3,10,12,19,31,38]. По сводным данным, в городах лишь 51,5% пострадавших доставляется в операционную в течение 0,5-1 ч. после травмы, остальные - в сроки 1-2 ч. [7,18,65,84,133,140,231].

Как правило, жизнеспасительная операция выполняются в сроки >1-2,5 ч. с момента травмы [107,153]. Сказанное диктует необходимость в разработке новых тактических установок, позволяющих оптимизировать не только Сроки операции, но и стабилизацию гемодинамики на время, достаточное для проведения ему эффективной ИТТ и подготовки к операции [157,188,189].

Краткий обзор статистических данных о частоте ранений органов грудной и брюшной полости свидетельствует о том, что чаще всего повреждаются жизненно важные органы, а потому любые ранения следует

отнести к жизнеопасным [27,63,65,92,112,189]. Важно подчеркнуть, что тяжелые ранения не являются простым суммированием ранений различных органов [106,112,133].

При тяжелых ранениях, как, впрочем, при политравме, кардинально важно в кратчайший срок решить следующие клинические задачи: операбелен ли пострадавший в данное время? Какой минимальный объем диагностических мер следует предпринять? Каков должен быть объем хирургических вмешательств? Какова последовательность исполнения операции? Следует указать на тот факт, что все эти вопросы необходимо решить в среднем за 0,5 ч., причем, чем тяжелее общее состояние, тем меньше лимит времени. Учитывая то обстоятельство, что >60% случаев правильный диагноз выставляется во время операции, многие авторы являются сторонниками активной хирургической тактики [16,106,189].

Итак, отличительной особенностью тяжелых ранений и политравм является синдром взаимного отягощения повреждений, обусловленный синергетическим воздействием патогенных механизмов, связанных с повреждением органов и систем, относящихся к нескольким анатомическим областям [7,18,65,84,133,140,231].

Среди общих факторов, определяемых самим фактором повреждений разной локализации, главное значение имеют: множественность очагов деструкции тканей и кровотечения; патологическая импульсация; эндогенная интоксикация; нарушения ФВД, ССС и ЦНС [18,65,84,133,140,155,231]. В результате их нарушений развитие синдрома взаимоотягощения приобретает аутокаталитический, лавинообразный характер [106,133,142]. В этой ситуации необходимо проводить интенсивную реанимационную помощь, а что касается операции, то она становится компонентом этой помощи [189].

Итак, приоритет всегда отводится хирургической и реанимационной помощи, на результативность которых влияют: характер сочетания повреждений; локализация основных повреждений; тяжесть повреждений жизненно важных органов; уровень профессиональной подготовки персонала; оснащенность хирургического подразделения соответствующей аппаратурой и лекарственными средствами [17,106,189].

Многие авторы обращают внимание на то, что смертность при тяжелых ранениях и политравме находится в прямой зависимости от количества поврежденных систем организма: 6% имели по 2 повреждения, 24% - по 3, а

44% - по 4 повреждения и более [65,84,133,140,238]. По локализации чаще всего наблюдаются повреждения конечностей (57-100%), ЧМТ (28-87%), повреждения груди (10-55%) живота (10-30%) и позвоночника (5-7%) [27,63,65,92,112,189].

Самым дискутабельным остается очередность хирургических вмешательств [58]. Большинство авторов считают, что если пострадавшему необходимо немедленное оперативное вмешательство, то оно может проводиться совместно с реанимационными мероприятиями, особенно при массивном кровотечении в полости черепа, грудной клетки и живота [107,108,196]. В случаях, когда вопрос анестезиологического и реанимационного пособия решается по шаблону, степень «ОР» значительно возрастает за счет компонента «АР» [17,106,189]. Безусловно, недостаточное организационное обеспечение (штаты, оборудование, инструментарий, лекарственные средства и др.) также повышают степень ОР и АР [16,140].

Хирургические вмешательства, выполняемые на фоне травматического шока и, связанных с ним ЭС содержат в себе, безусловно, большую или чрезмерно большую степень ОР [16,106,79,95]. В этой связи, хирург при решении вопросов о необходимости выполнения хирургического вмешательства, должен, в первую очередь, решить вопрос, что для пострадавшего опаснее – собственно анатомические повреждения или предполагаемое хирургическое вмешательство [107,196]. Убеждены в том, что последнее возможно только при достаточно высокой квалификации врачей ХБ и четком определении места хирургических вмешательств в комплексе реанимационных пособий.

Традиционно у многих хирургов бытует мнение о том, что травматический шок и обусловленные им терминальные состояния являются прямым противопоказанием для хирургических вмешательств [6,18,29,49]. Согласно этим взглядам, исключение составляют только случаи с острым внутренним кровотечением или разрывом полых органов [106,196]. Следует заметить, что собственно понятия «показания» и «противопоказания» в ЭС, весьма относительны, так как имеющиеся анатомические повреждения в большинстве случаев служат основанием для хирургического вмешательства, поэтому точнее говорить о выборе тех или иных сроков операции [65,84,133,140,238].

Достаточно спорным по сей день остается проблема адекватности

хирургической агрессии и анестезиологической защиты. Каковы методологические их аспекты? Общепонятно, сами по себя хирургические вмешательства представляют безусловную агрессию против организма больного [17,106,196].

Очевидно, что в ЭС невозможно тщательно предусмотреть возможность клинического кризиса, а потому вся бригада должны быть готовы распознать и корригировать его. Бесспорно, имеет важное значение объем и характер операции, вид и адекватность анестезиологической поддержки, а, следовательно, стиль работы не только хирурга, но и анестезиолога-реаниматолога [15,63,95,126].

Имеет важнейшее значение ресурсные возможности Л-ПУ [140,145,157,188,194,198]. Бесспорно и то, что умение находить выход в ЭС является наиболее сложным и важным требованием к ХБ, главными действующими лицами которой являются хирург и анестезиолог-реаниматолог [189,196]. Разумеется, что обобщенный подход к ведению пострадавших с ЭС и, связанных с ними интраоперационной коррекцией объема и характера операции, наркоза и реанимации, должен стать новым важным компонентом в подготовке указанных специалистов [65,95,132]. Оптимальное ведение ЭС такого порядка требует координированных действий от всех членов ХБ [17,106,189,222].

Между тем, здесь скрыты многие спорные вопросы. Например, из опыта калифорнийских анестезиологов известно, что 49% респондентов были свидетелями ситуаций, когда безопасность пациента оказывалась под угрозой вследствие давления, оказываемого на анестезиолога [106,189].

По сводным данным, 32% анестезиологи-реаниматологи сами испытали мощное давление со стороны хирурга, а 36% - указывают на сильный или интенсивный внутренний импульс «следовать настоянию хирурга» [106]. Согласно данных ряда авторов, 45% респондентов отмечали разногласия с хирургом, 20% - проблему нарушения взаимоотношения с хирургами [189]. Следует отметить, что понятие ОР и АР выражает совокупную опасность, которую представляет для пострадавшего конкретное хирургическое вмешательство и анестезиологическое обеспечение [27,63,65,92,112]. При этом степень ОР и АР зависит от многих факторов, которые могут определить вероятную опасность операции и наркоза, а, следовательно, должны учитываться при установлении показаний к ее выполнению.

Нужно отметить, что в настоящее время, деятельность хирургических учреждений строится на принятии коллегиальных решений с ограничением интересов, темперамента, характера и уровня профессионализма каждого из участников (хирурги, анестезиологи, реаниматологи и пр.) [16,106,189,196,235]. И это является важным шагом к снижению ОР и АР при ЭС.

Нужно отметить, что оптимизация выбора решений тесным образом связан с понятием морального выбора, который является высшей формой управления, в том числе и профессиональными действиями хирургов, а также анестезиологов-реаниматологов, мерилом их поведения на уровне личности [15,126]. Как подчеркивалось выше, мораль специалистов ХБ такова, что самостоятельность, суверенность личности, свобода его действий уравновешены огромной ответственностью за жизнь пациента [133,140,153].

Опыт и практика показывает, что при наличии даже ничтожного шанса на спасение пострадавшего, нужно его использовать, то есть нужно решиться на операцию жизнеспасательного характера, ибо отказ от нее приравнивается к необоснованному попустительству смерти [17,179,196]. По мнению наших коллег, которые специально исследовали эту проблему, ХБ должна быть всегда в поиске указанного шанса, но абсолютизировать идею «все или ничего» нужно считать не всегда оправданным [16].

Существует так называемое «психологическое измерение» выбора, согласно которого, моральный выбор будет адекватным, если специалисты ХБ будет располагать достаточной информацией по поводу имеющихся альтернатив [15,95,116]. В этом плане, и хирург, и анестезиолог-реаниматолог, должны четко представлять сравнительные преимущества и недостатки каждого из методов, а также иметь определенный опыт их использования, чтобы сделать действительно информированный выбор в пользу одного из соответствующих методов [106].

Нужно отметить, что каждый выбор может определяться двояко - либо рациональными соображениями о последствиях принятия того или иного курса действий, либо эмоциями, а зачастую сочетаниями того и другого [6,18,31]. Очевидно, когда в этом выборе главенствует рациональное начало, то такой выбор будет и адекватным, и ответственным [17,49,84]. При ЭС в операционной, когда выбор определяется эмоциями и страстями, когда ХБ бывает не в состоянии оценить целесообразность того или иного соответствующего выбора, а также правильно оценить все последствия этого

выбора, то назвать такой выбор адекватным, целесообразным невозможно, по сути [16,106,189].

Интерес вызывает такой жизненный вопрос: несет ли юридическую ответственность хирург либо анестезиолог-реаниматолог за последствия эмоционального выбора соответствующего решения? Дело в том, что в судебной практике, суды, определяя меру вины и ответственности подсудимого, принимают во внимание его эмоциональное состояние на тот период, когда совершалось преступление [189,196].

Бесспорно, необходима четкая тактическая установка, что возможно при достаточно высокой квалификации врачей [179]. До сих пор, в стратегическом плане заслуживает внимание дискоординация хирургов в отношении того, что одни хирурги, высокий уровень СПСН, СПОН и обусловленные ими ЭС пострадавших считают прямым противопоказанием для операции, а другие, наоборот, абсолютным показанием к нему, как важнейшему компоненту комплексной реанимационной помощи на операционном столе [18,65,84,133,140,155,231].

Следует заметить, что собственно понятия «показания» и «противопоказания» в разбираемых условиях весьма относительны, так как имеющиеся анатомические повреждения в большинстве случаев служат основанием для хирургического вмешательства, поэтому точнее говорить о выборе тех или иных сроков операции на фоне параллельно проводимых реанимационных мер [84,106,133,140,155,228,244]. В настоящее время, не вызывает спора то положение, когда при необходимости операции должны проводиться одновременно с диагностическими и реанимационными мероприятиями, приоритет при этом отдается наиболее доступным, информативным методам диагностики, а при выполнении операций определенный шанс предоставляют щадящим операциям.

Предложены множество классификаций тяжести оперативного вмешательства, среди которых у абсолютного большинства клиницистов пользуется доверием классификация, в которой выделяют малые, средней тяжести и обширные операции [107,108,153]. Разумеется, при ЭС имеет значение выделение лишь обширных операций.

Нужно отметить, что многие клиницисты признают те классификации операции, а также градации степеней ОР и АР, которые выражаются в индексах [79,112,189]. Выделяют следующие степени ОР и АР: I ст. (незначительная) -

1,5 балла; II ст. (умеренная) - 2-3 балла; III ст. (значительная) - 3,5-5 баллов; IV ст. (высокая) - 5,5-8 баллов; V ст. (крайне высокая) - 8,5-11 баллов [17,106,189]. Разумеется, при ЭС имеет значение лишь III-V ст. ОР и АР. Речь идет об операции, как о моменте реанимационного комплекса, то есть об операции по жизненным показаниям.

На операционном столе суть анестезиологического пособие и реанимационных мер является: во-первых, коррекция нарушенных функций организма, а, во-вторых, создание медикаментозного фона, облегчающего проведение анестезии и операции [18,65,84,133,140,155,231]. При этом компонентами комплексной реанимации на операционном столе являются: во-первых, методы устранения операционного стресса (центральная аналгезия, атараксия, нейролепсия, нейровегетативная блокада, искусственная миоплегия, искусственная гипотония и гипотермия), а, во-вторых, методы, предназначенные для коррекции функциональных расстройств (ИВЛ, ИТТ, коррекция метаболизма и пр.) [84,133,140,155,228].

При ЭС, в случаях, когда вопрос анестезиологического и реанимационного пособия решается по шаблону, степень ОР у пострадавших значительно возрастает за счет компонента «АР». В целом, ОР и АР при критических ситуациях условно можно разделить на значительную, наблюдаемую при ЭСР и на чрезмерную, наблюдаемую при ЭСКН и ЭСВЭ [16,17,106]:

1) Значительная (изменения общего состояния больных, не представляющей непосредственной угрозы для жизни и выражено не нарушающие функцию жизненно важных систем; необходимость выполнения операции средней тяжести; возраст пострадавших >60 лет; возможность проведения рационального обезболивания, интенсивной терапии и реанимационных мер; оптимальные условия для работы ХБ);

2) Чрезмерная (изменения общего состояния больных, имеющие жизнеопасный характер; предстоящие тяжелые операции, либо операции средней тяжести, выполняемые симультанно и в экстренном порядке; невозможность, в силу разных причин, проведения полноценного обезболивания, предоперационной интенсивной терапии и реанимационных мер; отсутствие оптимальных условий для работы ХБ, реанимационного и операционного блоков).

На основании аналитической проработки доступной нам литературы, а

также предварительного обобщения собственного опыта оказания оперативно-реанимационной помощи пострадавшим, находящимся в ЭС, нами сформулировано нижеследующее резюме-суждения о наличии тех или иных спорных проблем.

В отношении КИОП важно определиться в следующих вопросах.

1) Какова необходимость преодоления границ невозможного, то есть попытка спасти жизнь пострадавшего, определяемой как генеральная цель ХБ при ЭС? Насколько оправдано применения всего того, что ведет к сохранению жизни, является такой подход предпосылкой для оптимизации оперативно-реанимационной помощи пострадавшим с ЭС?

2) Приведет ли девиз: «цель оправдывает средства» к утере смысла оперативно-реанимационной помощи пострадавшим с ЭС? Какие черты должны доминировать у членов ХБ (решительность, смелость, склонность к продумыванию вариантов, чувство солидарности, ответственности и пр.) для оптимизации интраоперационной помощи пострадавшим с ЭС?

3) Как можно добиться коллегиальности членов ХБ в принятии тех или иных интраоперационных решений ЭС, максимально ограничивая интересы узкопрофессионального значения, особенностей темперамента, характера членов ХБ? Когда и в каких случаях операция становится жизнеспасительной, а потому обязательным компонентом интраоперационной реанимации у пострадавших, находящихся в ЭС?

4) Как свести к минимуму «ЭР», как критерия оптимальности не только медико-хирургических, но и организационно-методических решений? Как сохранить автономность членов ХБ в решениях, а также как добиться интраоперационной солидарности и принципов коллегиального поиска решений ЭС?

5) Как добиться понимания и осознания обществом некоторых профессиональных издержек при оказании в стесненных обстоятельствах оперативно-реанимационной помощи пострадавшим, находящимся в ЭС, а также как добиться этического и юридического регламентирования вынужденных поступков и решений? Требуется ли внедрение новых рекомендаций, основанных на реалиях опыта оказания оперативно-реанимационной помощи пострадавшим с ЭС в виде «норм-рекомендаций»?

6) Каковы пути достижения предельно ранних сроков комбинированных мер – интраоперационная диагностика+операция+реанимация? Какие меры

следует предпринять, что бы оперативно-реанимационная помощь была оптимальной, квалифицированной, специализированной, компетентностной? Какова роль и значимость в разрешении ЭС ресурсных возможностей ХБ в операционной и ЛПУ в целом?

2.2. Современные проблемы качества медицинской помощи населению и основные направления их решения

Проблема управления КМП и КПДО на протяжении всех лет независимости КР находится в центре внимания общества и системы здравоохранения и медицинского образования [25,32,57,69,141,214,222]. Бесспорна, актуальность данной проблемы для многих других стран [52,68,92,218,222,234,238]. По сути, при обосновании любой реформы системы здравоохранения и подготовки врачебных кадров декларируются одни и те же главные цели - улучшить КМП, оптимизировать затраты на нее, а также повысить качество и уровень кадрового сопровождения [83,93,102,118,233].

В КР внимание к проблеме улучшения КМП возросло, когда был создан ФОМС, который, как известно, и осуществляет контроль КМП [90,91,102,160,180]. Тем не менее, есть данные о прогрессивном росте жалоб и судебных исков, связанных с КМП [86,93,158,188]. Такое обстоятельство свидетельствует о существовании проблемы в управлении КМП. Ряд авторов полагают, что для разрешения проблемы КМП необходим системный подход [91,162,184,190,211,131].

В целях улучшения КМП ряд авторов подчеркивают перспективность применения теории организационного проектирования [5,36,55,89,104,119]. Ряд авторов считают, что КМП необходимо оценивать всесторонне, как по структуре факторов, от которых зависит КМП, так и по структуре, результатам организационного, методического, методологического, кадрового, финансового процессов [1,17,34,61,111,227].

Важно заметить, что большая часть сообщений и публикаций посвящена демонстрации результатов оценки процесса организации КМП и применение модификаций методики его интегрированной оценки [8,37,57,109,222]. Вместе с этим в многочисленных публикациях материалы о релевантности методов и объектов оценки, о соответствии применяемых методов сбора сведений по КМП, а также о требованиях врачей к методу оценки качества их основной

деятельности, противоречивы [12,39,59,87,124,225].

В литературе имеются лишь отдельные работы, в которых привлекается внимание к важности системного повышения уровня КМП, в которых можно было бы проследить более детальную взаимосвязь внутренних переменных (цель, задачи, технологии, персонал, структура, ресурсы) и факторов кадрового сопровождения организации КМП [14,31,56,79,109,178]. Между тем, как сообщают ряд авторов, организационный аспект проблемы улучшения КМП характеризуется недостаточной и затратной [2,53,68,107,119,179,224].

Нужно учесть тот факт, что в последние годы акцент с контроля КМП сместился в сторону управления КМП [15,65,94,135,178,226]. В этой связи, перспективы решения проблемы улучшения КМП связываются с комплексом факторов – экономических, психологических, образовательных, научно-познавательных, технологических и даже мировоззренческих [13,25,34,62,98,107,228]. На наш взгляд, важно сформулировать современную концепцию КМП, о чем упоминалось в публикациях ряда исследователей [105,114,133,141,155,190,229].

В последние годы проявился ряд работ, касающихся проблемы системного повышения КМП [17,68,81,101,126]. В частности, С.М.Михайлов (2008) считает, что системный анализ проблемы улучшения КМП показал, что для ее комплексного решения в системе здравоохранения требуется создание научно-обоснованного понятийного и критериального аппаратов КМП, а также разработка метода сбора и обобщения информации о состоянии КМП, вплоть до создания подразделений, специализирующихся на сборе и анализе данных о состоянии КМП в базовом учреждении [126].

Разработанный автором «Автоматизированная технология экспертизы КМП» обеспечивает возможность количественной оценки состояния основных компонентов КМП (ср. 84%), отвечает требованиям к ожидаемому практикой методу оценки качества основной деятельности врачей (ср. 88 %), обеспечивает возможность воспроизведения процесса формирования и сопоставления экспертных мнений о КМП (ср. 98 %) [126].

Анализ управленческой деятельности по улучшению КМП на основе фактов, получаемых по результатам экспертизы, свидетельствует о том, что основными причинами недостаточной эффективности управленческих решений является их несоответствие требованиям обоснованности (0,35), адресности (0,47), конкретности (0,42). Среднее соответствие принимаемых

управленческих решений комплексу необходимых требований составляет 0,6, что не позволяет эффективно решать проблему улучшения КМП [126].

Нужно подчеркнуть, что в российской «Концепции развития системы здравоохранения на период до 2020 года» отмечается, что необходимо разработка национальной программы по улучшению КМП [106,117,149,188]. Кстати, такие системы уже разработаны и применяются в ряде зарубежных стран [185,186202,220,231]. Имеются программы, базирующиеся на мониторинге и углубленном анализе информации о КМП [35,66,82,102,204].

В КР, к сожалению, пока отсутствует единая система для реализации концепции непрерывного улучшения КМП. Такой системы нет и в странах-участницах СНГ. Между тем, в РФ, Казахстане, Грузии, Армении ведется исследование механизмов, позволяющих обеспечить гарантированный уровень КМП [2,33,61,92,131,159,186]. В прибалтийских странах уже созданы элементы информационной инфраструктуры для нужд медицины, положено начало применению и распространению современных информационных технологий в сфере здравоохранения, в том числе и в деле оценки КМП [186,223].

О том, что создание и внедрение эффективных методик экспертизы КМП в стационарах позволяет значительно оптимизировать и повысить эффективность их деятельности ЛПУ сообщает О.В.Рябинина (2008). По ее мнению, для улучшения и обеспечения надлежащего уровня КМП необходимо решение кадрового потенциала практического здравоохранения на местах. Ею сформированы ряд процессуальных индикаторов, основываясь на которых врач может выявить и предотвратить собственные дефекты. Между тем, это ведет к повышению КМП [158].

Безусловно, единая технология проведения экспертиз КМП позволяет скоординировать экспертную работу на внутриведомственном и вневедомственном уровнях, осуществлять перекрестные реэкспертизы и определять достоверность проводимой экспертизы КМП. Так, по данным В.В.Иваненко (цит. И.И.Сахно и соавт., 2001, количество отличных результатов экспертиз составляет 28-32%. Наибольший процент «неудовлетворительных» оценок имел место в многопрофильных стационарах (7,2-11,5%), в то время как в специализированных (0-2,9%) [157].

Нужно заметить, что трансформация системы здравоохранения под влиянием рыночных отношений, а также исследование врачебной деятельности с точки зрения оказания КМП, раскрытия роли экономических законов при

организации и осуществлении лечебно-диагностического процесса является объективностью нынешнего этапа медицины [155,165,190]. Однако, в силу разного отношения к объекту врачебной деятельности проблема системного подхода к управлению КМП, к сожалению, решается не в полной мере.

Общеизвестно, что естественным законом управления КМП является планирование деятельности Л-ПУ, исходя из реальных потребностей либо целевых сегментов рынка, либо населения в целом [37,58,93,115,227]. Для этого необходимо четкое знание потребностей и обеспечение баланса всех ресурсов (материальных, кадровых и финансовых), необходимых для удовлетворения этих потребностей [135,165,173,182].

Нужно отметить, что подобные исследования стали активно проводиться в конце XX в. во многих зарубежных странах [161,185,186,208], тогда как на пространствах РФ начались в первом десятилетии XXI в. [111,168,188]. К сожалению, эти исследования не позволяют подойти к системному решению проблемы управления КМП. Между тем, в той или иной мере комплексность исследования прослеживается в ряде работ российских ученых.

С.А.Балохина (2007) считает, что для управления КМП необходимо улучшение, прежде всего, структуры Л-ПУ. По ее данным, 19,9% зданий ЛПУ нуждается в капитальном ремонте, 7,0% - находится в аварийном состоянии. В 2,9% случаев в зданиях отсутствует водопровод, в 5,7% - горячее водоснабжение, в 2,9% - центральное отопление и канализация, в 4,1% - телефонная связь [20]. Кроме того, 66,2% случаев используемое оборудование устарело.

По мнению С.А.Блохиной (2007), укомплектованность врачебных штатов за счет занятых должностей физическими лицами составляет 70,5%. 31,0% пациентов выразили неудовлетворенность КМП, как в стационаре, так и в поликлинике. При этом главными причинами неудовлетворенности была плохая организация сервиса (43,8%), отсутствие квалифицированных специалистов (16,0%), нарушение требований врачебной этики и деонтологии (6,7%) [20].

Общеизвестно, в условиях реформы государственной системы, в кризисные этапы стран здравоохранительный сегмент всегда испытывает наибольший прессинг [34,65,90,135,189]. Кризис здравоохранения – это, прежде всего, нарастание недовольства граждан взаимодействием с медицинской системой [141,151,161,166]. В этом плане, известно, что самой важной

находкой в деле повышения КМП является медицинское страхование, рост ответственности государства и работодателей за охрану здоровья [8,36,59,94,114,140,205].

Такая стратегия принята как за рубежом, так и в странах-участницах СНГ. Правительство КР утвердил «Программу Государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению Кыргызской Республики», гарантирующей гражданам предоставление определенного объема медицинской помощи, который обеспечивается бюджетными средствами и средствами системы ОМС [3,74,75,166].

Указанная модель представляют собой модель «распределительного» финансирования здравоохранения, механизмы реализации которых не способствуют повышению эффективности использования ресурсов. Между тем, несмотря на сложности в реализации, система ОМС имеет серьезное значение в обеспечении доступности и повышения КМП [10,34,90,108,182,190,218]. Многие авторы считают, что в первую очередь реформы отрасли требуют совершенствования организации и управления здравоохранением [4,17,34,59,65,90,135,189,217]. При этом, главным вопросом является определение оптимального соотношения между «К-СК», «А-ПК» и «М-СК».

Важным условием повышения эффективности здравоохранения является грамотная кадровая политика, совершенствование форм и системы оплаты труда в зависимости от КМП [32,38,64,94,111]. По данным многих исследований, заработная плата врачей в РФ является самой низкой [105,118,149,202]. Между тем, от уровня зарплаты напрямую зависит и КМП [36,59,94,114,140,205].

К сожалению, комплексных исследований взаимодействия ЛПУ, ОМС, лицензирующих органов, органов управления здравоохранением в процессе организации медицинской помощи в ракурсе повышения доступности и КМП мало. В той или иной мере, к системному исследованию можно отнести работу М.В.Еругиной (2005). Она считает, что основным инструментом обеспечения КМП являются медицинские стандарты, обеспечивающие защиту прав пациента, а также Л-ПУ и врачей [62]. По данным автора, уровень необоснованной госпитализации достигает 40%, 45% рабочего времени врачей уходит на оформление документации, а 30% - на несвойственные им функции. В целях повышения КМП важным фактором является мотивация врачей и Л-ПУ к непрерывному совершенствованию до уровня закрепленных стандартов

[62].

Примерно такую же политику повышения КМП проводится и в КР, начиная с момента получения независимости [1,74,75,120]. В свое время были разработаны и приняты основополагающие законы КР по здравоохранению: «Об охране здоровья народа в Республике Кыргызстан» (1992); «О медицинском страховании граждан в Республике Кыргызстан» (1996); «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения в Республике Кыргызстан» (1996). Были приняты Национальная программа реформирования учреждений здравоохранения «Манас» (1996-2006), «Манас Таалими» (2006-2011).

Между тем, по мнению Т.С.Мейманалиева (2003), радикальное изменение законодательной базы, определившей переход от государственной (модель Семашко) к бюджетно-страховой модели, не привело систему здравоохранения к существенному улучшению [120]. Напротив, инфляционные процессы и ежегодное сокращение объемов государственного финансирования здравоохранения создали ситуацию, при которой средства бюджета могли обеспечивать лишь 40-50% потребности отрасли.

К сожалению, средства ОМС также не оказали серьезного влияния на финансовое положение здравоохранения. Из-за крайнего недостатка финансовых ресурсов принят Закон КР «О внебюджетной деятельности государственных учреждений здравоохранения» (1998), разрешающий платные услуги за отдельные виды медицинской деятельности. Однако их доля в бюджете здравоохранения не превышала 6%. Таким образом, государственный бюджет вместе со средствами платных услуг и ОМС стали покрывать потребности здравоохранения лишь немногим более 50%, констатирует Т.С.Мейманалиев (2003) [120].

Общеизвестно, существование основных моделей общественного здравоохранения по эффекту солидарности, профилактической направленности и механизмами финансирования: 1) Бисмарка (Германия, 1883); 2) Семашко (СССР, 1918); 3) Беверджи (Великобритания, 1948) [72,118,154,223,230]. Позже из-за неэффективности этих моделей появились множество других моделей [154,156,186,221]. В частности, Люблянская хартия по реформированию здравоохранения (Словения,1996) - оптимизация ПМСП [90,91,130,156,182,186].

В работах ряда авторов освещены конкретные подходы к

реформированию здравоохранения на государственном уровне: децентрализация, централизация и приватизация [1,2,90,91,120,163]. В последние годы ведущее место отводится ресурсосберегающим технологиям [11,37,64,70,106,189]. В системе здравоохранения КР прослеживаются компоненты основных моделей: от модели Семашко унаследована государственная собственность, от модели Бевериджа – благотворительность, а от модели Бисмарка - страхование на случай болезни [90,182,199]. Учитывая международный опыт, главное внимание Правительство КР и МЗ КР концентрируется на реформах «А-ПК». В этом аспекте, семейная медицина способствовало повышению КМП при меньших финансовых затратах [1,74,75,120].

Очевидна значимость и системы территориального здравоохранения. В организационном плане она делится на отдельные элементы, каждый из которых имеет свои четко определенные, конкретные задачи и обязанности [74,75,120]. В частности, «А-ПК» (ПМСП, консультативно-диагностическая, скорая и неотложная помощь, стационарзамещающие виды помощи), «К-СК» (1-й, 2-й, 3-й уровни): 1-й уровень включает 998 ФАП; 705 ГСВ; 66 ЦСМ. 2-й уровень включает 141 ТБ, 27 ЦОВП. 3-й уровень НГ, НЦ, НИИ [120].

Указанные уровни представляют собой «интегрированную территориальную систему здравоохранения», которая, по данным ВОЗ, представляет собой самостоятельную часть общегосударственной системы здравоохранения, охватывающую определенную группу населения 50-500 тыс. человек, проживающего на определенной ограниченной административной территории [1,2,90,91,120,163].

Серьезным недостатком действующей системы здравоохранения является слабая функциональная, управленческая и финансовая интеграция ЛПУ [37,55,73,86,126,156,194]. «К-СК», «А-ПК» действуют без должной координации работы, без достаточных экономических стимулов в пользу выбора, деятельность дублируется, увеличивается трудозатраты, а отсюда нерациональное использование материальных ресурсов и коечного фонда [32,65,94,137,169].

Как известно, относительно развития «К-СК» просматривается два взаимоисключающих подхода: 1) Разукрупнения и децентрализации; 2) Слияние, концентрация производства и капитала [90,91,130,131,182]. По данным Кобяцкой Е.Е. (1998), оптимальной организационной структурой

является холдинг созданный на базе комплекса Л-ПУ обеспечивающих все этапы оказания КМП (цит. Комаров Г.А. (2008) [82]. Крупным Л-ПУ предоставляется возможность трансформироваться в ООО, АО, ЧП [цит. – Н.К.Касиев, 1999] [75].

Крупные ЛПУ могут выбрать и другой вариант. В частности, разделиться на отдельные 30-40 коечные отделения с юридическим разделением собственности бюджетной и коммерческой деятельностью, о чем писал В.З.Кучеренко и соавт. (2007), Щепин В.О. (2007) предлагает провести реорганизацию сети Л-ПУ на следующие клиники: краткосрочного пребывания (СМП); долговременного пребывания; восстановительного лечения; медико-социального назначения (сестринский уход, хоспис) [87,192].

Следует заметить, что ряд авторов приводятся доказательства о необходимости сокращения «К-СК», так как 30% пациентов не нуждаются в госпитализации [38,66,184]. В свое время по КР значительно сократили коечный фонд в основном в регионах и селах. До сих пор остается спорным вопрос о том, где развивать консультативно-диагностическую службу – «А-ПК» или в «К-СК» [74,75,120]. Как в европейских странах, так и на некоторых территориях СНГ прослеживаются тенденции повышения количества госпитализаций при одновременном сокращении сроков пребывания [38,59,93,113,135,168,194]. Показатели обеспеченности врачами и койками в странах СНГ одни из самых высоких в мире [105,122,182,199].

За последние три года коечный фонд в РФ сократился на 4% в основном за счет укрупнения и реорганизации маломощных стационаров, создания учреждений «М-СК» [105,166,176,197]. Ряд авторов полагают, что в этом случае увеличение объемов внебольничной помощи на фоне ухудшающихся демографических показателей и роста заболеваемости приведет к ограничению доступности и КМП [90,91,130,131,182].

Нужно отметить, что выработаны и некоторые ориентиры. Так, в частности, 20% коечного фонда необходимо использовать как койки интенсивного лечения, 45% - восстановительного лечения, 20% - для лечения больных с ХЗ, а 15% - для «М-СК» [71,93]. Тем не менее, даже на сегодня происходит необоснованное удорожание среднего курса лечения, как результат сравнительно длительных сроков пребывания пациентов на койке [61,78,177].

Следует подчеркнуть то обстоятельство, что длительность нахождения пациентов в клиниках СНГ почти вдвое выше, чем в странах Запада. Причем,

главной причиной является нерациональная структура больниц [71,105,117,150]. Врачи ПМСП составляют следующие долю от общего числа практикующих врачей: Канада - 67%, Англия - 73%, Германия - 54% [161,189]. Поэтому основным направлением в реформировании структуры врачебных кадров является увеличение доли врачей ПМСП до 40-45% в общей численности врачей [175,186]. По мнению большинства ученых на данном этапе дальнейшее развитие «К-СК» видится в освобождении от функций оказания «М-СК», переложив ее на стационарозамещающие учреждения [38,59,90,91,93,105,135,168,182,194].

Общеизвестно, история развития идеи приближения стационарной помощи к месту работы или жительства. Так возникли медико-социальные комплексы (Медсанчасти, санатории-профилактории и пр.). В настоящее время при «К-СК» и «А-ПК» появляются стационарозамещающие учреждения: ДС, ОСУ, гериатрические больницы, хосписы [201,213]. К числу таких учреждений можно отнести стационары на дому, амбулатории по проведению несложных хирургических вмешательств [91,130,158].

Ряд авторов полагают, что незачем дробить «К-СК» и «А-ПК» на самостоятельные структуры общеврачебные практики [93,113,135,168]. Тем не менее, процесс этот идет и наибольшее развитие на сегодняшний день получили ДС при «К-СК». Они лучше, чем ДС «А-ПК» обеспечены материально-технической базой, а также лучше финансируются [61,78,177]. Если развитие ДС в странах СНГ растет, то в КР, как сообщают Мейманалиев Т.С. (2003), Султанмуратов М.Т. (2009), сокращаются [120,172,173].

Как в странах СНГ, так и в КР остается спорным вопрос о финансировании ДС - передать на баланс «К-СК», местной администрации, ООО, АО, ЧП [90,91,93,105,135,168,182]. При выборе вариантов необходимо обратить учесть следующие параметры: доступность и профилактический уровень Л-ПУ; уровень социального обеспечения и напряженности; величина платежеспособного спроса населения; состояния бюджетно-финансовой системы [71,105,117,150].

Официальная точка зрения на платное здравоохранение закреплена Законом КР «О частно-государственном партнерстве». Однако до сих пор создаются искусственные препятствия при лицензировании, обучении и аттестации кадров, получении ими квалификационных категорий, открытого преследования в случае врачебной ошибки, неблагоприятного исхода лечения

или на основании жалобы больного, а также практика откровенных поборов частнопрактикующих врачей [172,173].

Включение в систему ОМС стационарозамещающих учреждений, с одной стороны, способствует активному внедрению соответствующих технологий, с другой стороны, указывает на необходимость внедрения ресурсосберегающих технологий, к которым авторы относят многоуровневую систему оказания медицинской помощи [4,25,68,94,140,152,181].

Таким образом, на содержание «К-СК» расходуется в 3 раза больше бюджетных средств, чем на содержание «А-ПК». Между тем, больные, нуждающиеся в «М-СК», составляют около 60% [152,181]. Наступило время освободить «К-СК» от «М-СК», так как это сделали Япония и Нидерланды [186,222].

Таким образом, в КР даже в годы серьезных экономических потрясений здравоохранительный сегмент попытался повысить доступность и КМП. Основными тактическими задачами системы здравоохранения в рыночных условиях являются: кадровое обеспечение, укрепление материально-технической базы, создание условий для частно-практикующих врачей, а также перераспределение ресурсов из «К-СК» в «А-ПК».

2.3. Современные проблемы качества последипломного образования врачей и основные направления их решения

Кадровое сопровождение реформ является одним из основных проблем повышения КМП в системе здравоохранения во всем мире, в том числе и в КР [65,93,112,]. Анализ научно-методологических проблем показывают, что многие вопросы управления КМП, сопряженные с развитием системы здравоохранения, познания, науки, образования остаются вне поля зрения, как педагогов, клиницистов, социологов, так и организаторов здравоохранения [8,36,59,94,114,140,205].

К вышесказанным вопросам можно отнести: 1) Вопросы теории и методологии медицины, истории и философии науки, социологии и философия медицины; 2) Принципы развития медицины и здравоохранения, влияние на них таких социальных явлений, как рынок, политика, система познания, науки и образования, стратегия и психология познания; 3) Модели медицины, выбор приоритетов, мониторинг направлений и пр.

Очевидно, НТ-ТП заставляет активизировать личностный потенциал каждого из врачей, а потому для того, чтобы соответствовать сегодняшнему статусу ему следует постоянно заботиться о повышении не только уровня профессионализма, но и уровня образованности, научного кругозора. Нет сомнения в том, что они положительно отразятся на КМП.

Гамбургская декларация об обучении взрослых (1997) определяет научно-образовательный процесс как «обучение на протяжении всей жизни» [22,24,136,140,187]. Отныне врач сам, исходя из своего мотива, личностных установок, уровня своей научно-практической подготовленности, познает, систематизирует знания, устанавливая истинность и непротиворечивость новых знаний.

В КР важность проблемы формирования кадрового потенциала определяется тем, что до сих пор отсутствуют четкая кадровая политика в системе здравоохранения, но самое главное - имеют место недостаточное финансирование, когда естественные для любого врача общежизненные мотивации к труду подменяются, с одной стороны, юридической и морально-нравственной ответственностью перед обществом, а с другой — разрушают личность работника, вынуждая его растрачивать трудовой и творческий потенциал на поиск средств и способов выживания [110,111,126,166,179].

В современных условиях развития здравоохранения, когда Л-ПУ переходят к самостоятельному существованию на рынке медицинских услуг, противоречия между высокой потребностью в совершенствовании организационных форм кадровой работы и очевидной неразработанностью научных основ управления кадровыми ресурсами обусловливают необходимость формирования новой стратегии подготовки кадров [33,61,92,131,159,186].

Необходимость повышения КМП, а, следовательно, непрерывного ПДО врачей объективно обусловлена рядом социальных факторов: экологически неблагоприятными условиями среды, приводящих к появлению новых болезней и росту заболеваний; низкой валеологической культурой людей, появлением новых лекарственных препаратов, технологий, оборудования и др. [59,94,114,140,183].

Все вышеназванные явления находят отражение в содержании учебных программ и курсов и в КГМИППК. На наш взгляд, медицинский аспект совершенствования профессионализма врачей достаточно полно и

разнообразно представлен в его научных и методических изданиях.

Очевидно, врачи получают много новой интересной и полезной информации на курсах повышения квалификации и стремятся использовать ее в своей профессиональной деятельности в деле повышения уровня КМП. К слову сказать, в этой системе вопросы анализа, сопоставления, научного познания, психологии образования, уже становятся предметом специального изучения. В этом отношении можно обратиться к позитивной деятельности ППС кафедры хирургии ФУВ КГМИППК [109,175,179].

Таким образом, в сфере повышения квалификации врачей прослеживаются следующая триада противоречий: 1) Между объективной потребностью в постоянном обновлении профессиональных знаний у врачей и недостаточным уровнем ПДО, отражающейся на их профессиональной компетентности, а, следовательно, на КМП; 2) Между необходимостью повышения компетентности врачей и недостаточной теоретико-познавательной базы их подготовки и переподготовки; 3) Противоречие, обусловленное отсутствием современной научной психолого-педагогической концепции в построении курсов повышения квалификации врачей.

Итак, данные противоречия определяют предмет нашего исследования: какой должна быть современная модель повышения квалификации врачей, способствующая росту их профессиональной компетентности, КПДО, отражающейся в конечном итоге на КМП?

Безусловно, уровень развития нынешней медицины связан с достижениями не только медико-биологических наук, которые проясняют этиологию, патогенез и патоморфологию болезней, объясняют особенности их клинического проявления и течения, но и биоинжереных наук, которые обеспечивают индустриализацию и технологизацию диагностики и лечения больных [15,110,111,175,179]. В указанном аспекте, очевидно, реализация учебного плана и программ медвузов предполагает параллельную научно-практическую подготовку студентов, а затем всестороннее ПДО врачей на последипломном периоде их деятельности.

Предполагается, что медвузы должны готовить специалистов, которые совмещали бы качества практика и ученого, а в последующем институты переподготовки и повышения квалификации закрепляли бы научно-образовательно-производственный процесс. В этом аспекте, как студент, так и врач должны совершенствоваться не только в теоретическом и практическом

уровнях, но и в аспекте систематического ПДО [109].

В указанном отношении, в методологическом плане неправы те авторы, которые утверждают, что врач-практик и врач-ученый – это «две большие разницы». Если придерживаться такого взгляда, то практический врач уподобляется ремесленнику, которому чужды теории, тогда как врач-ученый как бы занимается лишними теоретическими обобщениями, собирая разрозненные теоретические сведения, в том числе из области фундаментальных наук, во вред практической работе с конкретным больным [19,139,183,187].

Как известно, чтобы преодолеть такой подход, предложены две принципиально разные клинико-образовательные технологии. В частности, в США, странах Европы используется технология ДМ. Такое направление получило название «клиническая эпидемиология». По сути, она представляет собой технологию использования уже готовых научно-обоснованных технологий для ПДО [142,164].

По мнению последователей ДМ, такой путь наиболее приемлем для подготовки врачей в странах с переходной экономикой, к каковым относится КР [74,75,120]. На наш взгляд, это оправдано, так как при такой технологии врачи остаются лишь потребителями готовых клинико-образовательных программ, созданные другими исследователями, как правило, являющимися собой некими законодателями соответствующих технологий [171].

Другая клинико-образовательная технология – это научное ПДО, когда сам врач на основе собственных научных исследований может создавать и совершенствовать медицинские технологии [171,187]. Такой подход является принципиально эффективным путем до и последипломной подготовки врачей, так как не разделяется наука и практика, то есть имеет акцент в сторону более основательной подготовки врачей на базе достижений фундаментальных наук.

В настоящее время актуальным для врачей является проблема фундаментации медицины [15,16,126]. Само по себе этот феномен предполагает сформировать целостный, системный взгляд на вопросы нормы и патологии, утраченный, прежде всего, в связи с узкой медицинской специализацией. Общеизвестно, что медицинские теории сейчас «раздерганы» по отдельным медицинским дисциплинам и даже нозологическим формам [15]. Принцип ДМ проявляет известную несостоятельность для формирования системного взгляда на ту или иную патологию.

В сегодняшнем медицинском образовании перегрузка происходит как раз из-за нерационального распределения преподаваемых знаний. Вместо общих теорий и принципов, которые позволили бы студентам научиться распоряжаться частными сведениями их во все сроки обучения в медвузе наполняют «фактами», неадекватно смещая в пользу практики [16,35,62,126,185]. Даже процесс познания и науку ППС вуза «преподают» по методу обучения медицинскому ремеслу «делай как я» [16,126].

Нужно признать то, что ППС медвузов в большинстве своем стараются дать студентам практически-ориентированное образование [109]. Это заблуждение. Многие из числа ППС причину отставания отечественной медицины упорно видят в отсутствии привнесенных, сугубо практических медицинских технологий. В этих условиях, как следствие, в особенности в рыночных условиях, медицина достаточно быстро превращается в потребителя готовых медицинских технологий [36,59,94,114,140,205].

Итак, назрела необходимость пересмотра самих принципов медицинского образования. И дело не в том, чтобы разделить процессы подготовки врача-практика и ученого в физическом пространстве (то есть по разным учебным заведениям или факультетам), а в том, чтобы развести эти процессы в ментальном пространстве ППС и студентов.

Есть и другие причины для активизации ПДО врачей. Очевидным является то, что на сегодня, в условиях рынка и технологизации медицины возникла угроза стихийного обоснования нравственных принципов, идеалов и норм профессиональной деятельности, а это между тем, в первую очередь, разгул стихийной оценки ситуации и стихийного выбор линии поведения врача [19,126,136]. Появилась тенденция стихийного, прагматико-спекулятивного развития морального сознания врача и его пациента, а, следовательно, отмечается наступление закономерной «отрицательной» эволюция во взглядах общества на проблемы сострадания, одобрения, осуждения [118,183]. Все это ведет к снижению КМП, потому, что в основе его лежит недоверие врачу.

Как известно, в идеале, необходимо соразмерное развитие морального сознания, как врача, так и его пациентов. Причем, на фоне активной гуманизации общества с наращиванием «положительного» баланса во взглядах на ценности [15]. Между тем, надо заметить, что многое зависит от социально-культурной ситуации в стране. В настоящее время заметна маловосприимчивость людей к передаваемым медицинским знаниям в силу

низкой веры их врачам, а это обуславливает необходимость повышения культуры, как восприятия, так и передачи медицинских знаний [16,136]. Речи идет о популяризации медицинских знаний и науки.

Врачи во время работы выступают одновременно в двух ролях - специалиста и просто человека [24,66,139]. От их профессионального и чисто человеческого взаимоотношения зависит эффективность работы клиники в целом [155,164,191,203]. Между тем, в жизни повсеместно мы имеем дело со стихийным формированием коллектива Л-ПУ без учета характерологических особенностей специалистов и их совместимости на этой основе [36,59,94,114,140]. Между тем, это отрицательно отражается на КМП.

Итак, происходит недоучет степени акцентуации личностей врачей и приоритетных социально-профессиональных ценностей. Между тем, всегда существует необходимость тщательной «селекции» врачей с определением их профессиональной пригодности на основе учета характерологических особенностей, а также с акцентом на позитивные социальные и профессиональные ценности [24,66,139]. В этом заключается один из резервов повышения КМП.

Внедрение передовых достижений в области медицинской технологии расширит спектр возможностей и вариантов диагностики, лечения и профилактики, а это и есть эффективное управление КМП [120,121,122,136]. В Стратегии ВОЗ «Здоровье для всех» указывается, что приоритетными направлениями повышения КМП станут комплексные подходы к исследованию человека и интегральные методы профилактики и оздоровления [8,36,59,94,114,140,205]. В этих условиях от врача потребуется понимание человека на уровне целого организма, учет всей совокупности тонких и многообразных факторов, определяющих сложное комплексное понятие здоровья.

Между тем, как бы ни было совершенное техническое оснащение, как бы ни были развиты методики диагностики и лечения центральной фигурой в процессе лечения и оздоровления человека будет оставаться личность врача, его активность, способность принимать и отвечать за свои решения, способность помочь пациенту разобраться в причинах болезненного состояния и найти верное направление выхода из него [24,66,139]. Без достаточного уровня КПДО такое невозможно.

Однако при всей индивидуальности конкретных целей ПДО, любые из

них по своему характеру относятся к триаде компонентов: 1) Получение новых знаний, новой информации; 2) Удовлетворение познавательных интересов; 3) Овладение информацией на новом уровне, выработке новых качеств и убеждений. Существуют следующие формы ПДО: 1) Классические курсы; 2) Интенсивы; 3) Погружение; 4) Стажировки; 5) Самообразование; 6) Дистанционное обучение; 7) Лекции; 8) Консультации; 9) Лабораторные работы; 10) Контрольные работы. Таким образом, существующие формы непрофессионального обучения полностью отвечают потребностям в образовании, возникающим у врачей с совершенно разными целями и мотивами, приводящими их к ПДО.

Следует отметить, что во многих странах мира, в том числе и в КР сложилась такая экономическая ситуация, которая не позволяет правительствам финансировать систему здравоохранения в достаточном объеме. Выход из создавшейся ситуации видится в сокращении «К-СК» и развертывании «А-ПК». Тем не менее, в системе здравоохранения, в особенности в его территориальной подсистеме, имеет место ряд вопросов.

В частности, эти вопросы такие: насколько целесообразен переход от социалистической к семейно-страховой медицине в условиях экономического кризиса? Каким образом политика сокращения «К-СК», коек и специалистов отразилась на состоянии здоровья населения в условиях недофинансирования? Насколько эффективны объемы и качество медико-социальной помощи, оказываемой больным в «К-СП»? Какие моменты сдерживают развитие стационарозамещающих учреждений на уровне Л-ПУ, на территориальном уровне, как они связаны между собой? Каковы профильные потребности «К-СК»? Насколько систематизированы данные о КМП в «К-СК», «А-ПК», и ПМСП? Каков потенциал «К-СК» на вторичном и третичном уровнях?

Таким образом, практическая и теоретическая важность обозначенной проблемы, а также недостаточная степень ее изученности предопределили целесообразность настоящего исследования. Другая проблема связан с КПДО. В частности, непрофессиональное ПДО является актуальным вопросом системы образования. Однако, следует подчеркнуть то, что этой форме обучения уделяется недостаточное внимание в современной педагогике. Современное общество с его постоянным расширением различных сфер знаний требует от индивидуума постоянного совершенствования профессиональных знаний и навыков.

В процессе ПДО врачей, повышения их квалификации предоставляет возможность реализовать закономерности развития личностных и профессиональных качеств благодаря особенностям профессиональной деятельности этой категории работников, которые заключаются в интеграции медицинских (диагностика, лечение и пр.), психологических (управление психическими состояниями больных пациентов, коллег и др.) и педагогических (рекомендации, обучение приемам и пр.) аспектов.

Резюме:

На современном этапе развития науки, становления нового мышления, активизации синергетических и интегративных процессов, здравоохранение следует рассматривать как систему и оценивать их результативность на базе принципиально новых подходов.

Кардинальным вопросом современного системного комплекса здравоохранения является определение оптимального соотношения компонентов триады: 1) «К-СК»; 2) «А-ПК»; 3) «М-СК». Параллельное повышение КПДО следует рассматривать в качестве важнейшего компонента системы здравоохранения по повышению КМП населении. Эффективность реализуемых моделей развития той или иной подсистемы здравоохранения, ПДО, Л-ПУ, ЭХ следует оценивать на основе динамики влияние и вклада в достижение КМП, КПДО и КИОП.

В системе Л-ПУ для оценки степени повышения КМП важно оценить взаимосвязь триады компонентов: 1) «О-УК»; 2) «Т-РК»; 3) «П-КК», а в системе ПДО - триады компонентов: 1) «О-ОК»; 2) «У-МК»; 3) «К-ЛК», что позволяет не только провести симметризацию, но и моделировать роль указанных компонентов триад.

Врач по роду своей деятельности должен постоянно совершенствоваться, как в профессиональном, так и в личностном плане, наращивая в себе, как широкий кругозор и надежное научное мировоззрение, но и исследовательский потенциал, а в итоге сформировать в себе достаточный уровень КПДО, как фактора определяющего личностный ресурс в повышении КМП.

При реализации КПДО, с учетом современной научно-познавательной стратегии необходимо стремиться к сбалансированному развитию не только смежных научно-практических направлений, но и фундаментально-методологических разделов медицинской науки, образования, практики.

ГЛАВА II

МАТЕРИАЛЫ, МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Системой называется любой объект или его абстрактное представление, состоящее из некоторого числа компонентов (подсистема, элемент) с множеством конкретных отношений между ними [15,16,38,116,179]. В работе здравоохранение рассматривается как система с множеством компонент. Подход к предмету научного изучения, как к системе, называется системным методом.

Моделируя объект как систему, можно сформировать определенное множество отношений между ними. С одной стороны, так можно объяснить существенные свойства компонентов, а с другой стороны, так можно исследовать объект в его целостности с интегральными законами его поведения. Между тем, это сильная исследовательская установка [175].

Процесс формирования подсистем проводилась в несколько этапов:

I этап - подготовительный: анализ информации и выявление проблемы; определение конкретного объекта и предмета исследования; постановка целей и задач исследования; накопление и предварительный анализ фактического материала и формулирование на его основе первичных предположений;

II этап - формирующий: анализ имеющейся информации и определение причин возникновения проблемы, ее содержания и характеристик; выявление влияющих на проблему факторов и их связей; выявление следствий из сформулированных предположений и определение на их основе возможных результатов; сбор фактов и данных, необходимых для оценки точности, сделанных на основе гипотетических предположений; определение условий, путей и методов решения задач; формулирование исходных гипотез;

III этап - апробационный: планирование, организацию и проведение экспериментов, анализ и обобщение полученных результатов; проверку правильности и достоверности полученных результатов на практике и уточнение гипотез на основе результатов проверки.

С исследовательской точки зрения нами условно выделены систему здравоохранения, ЛПУ, ПДО и ЭХ. При этом выделены следующие компоненты. 1) Здравоохранения - «К-СК», «А-ПК», «М-СК»; 2) ЛПУ – «О-

УК», «Т-РК», «П-КК»; 3) ПДО – «О-ОК», «У-МК», «К-ЛК»; ЭХ – «К-ПК», «О-МК», «Т-ТК». В одном случае – эти компоненты представляют функциональный тип взаимодействия, когда выходные потоки одних являются входными потоками других, а в другом случае – структурный тип взаимодействия нескольких компонент через общие элементы систем. В целом, такая система представлена нами, как компоненты, объединенные общим функционированием, общностью цели и единством управления.

В работе дается общая характеристика компонентов в виде процессных моделей развития. Оценка их представляет собой процесс обоснования вариантов формирования новой здравоохранительной концепции. Между тем, концепция, как известно, ориентирована на привлечение внимания к постановке направления развития здравоохранения КР в целом.

Как отмечалось выше, систему следует рассматривать в качестве схематизации концепции. Модели развития компонентов характеризуют систему в плане адаптации к новым условиям. Исходной идеей является то, что в пределах адаптационных возможностей, происходят эволюционные изменения компонентов, направленные на уменьшение ошибки согласования, а, следовательно, на увеличение эффективности системы в целом [15,16,38,116,179].

2.1. Материалы и методы исследования по оценке качества интраоперационной помощи при экстремальных ситуациях

Особенностью нашей работы состоит в том, что предметом исследований нами определены важные аспекты проблем разрешения интраоперационных ЭС: методологические; клинико-психологические; организационно-методические; тактико-технические.

Анализируя доступную нам литературу по теме диссертации, мы попытались систематизировать информацию в виде схожих (но не однозначных) заключений и суждений нескольких авторов об одном и том же понятийном либо фактологическом материале, касающихся вопросов ОР и АР на практике тяжелых ранений и политравм, когда у пострадавших имеет место различные типы ЭС – ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ.

В самом начале хотелось бы внести ясность, предметом наших

исследований, а также, соответственно, предметом поиска литературных данных, нами выбраны проблемы разрешения лишь интраоперационных ЭС. На наш взгляд, именно в этой ЭС самых разнообразных проявлений, свойств и уровней, присутствуют и изменчивость условий, цейтнот для хирургов и анестезиологов-реаниматологов, сложность и неопределенность хирургической и анестезиолого-реанимационной стратегии и тактики.

Итак, особенностью проведенного нами анализа аспектов проблемы заключается в следующем: с одной стороны, тесная взаимосвязанность предметов анализа с изложением собственной позиции по тем или иным вопросам, а с другой - освещение методологических, клинико-психологических, организационно-методических, а также тактико-технических аспектов разрешения того или иного типа ЭС.

Есть и третья сторона – анализу подвергнуты результаты разносторонних научных исследований проблемы клинической рискологии наших ученых – профессора И.А.Ашимова, доктора медицинских наук А.М.Маллаева, кандидата медицинских наук Ж.А.Чынгышевой [17,106,189]. Хотелось бы отметить, что, будучи по специальности неотложным хирургом, тем не менее, в течение ряда лет практикующейся и в сфере неотложной анестезиологии-реаниматологии, имею определенные представления и собственное мнение о тех или иных аспектах данной проблемы, которых попытался изложить.

Данный раздел исследования, прежде всего, носит научно-практический характер. Безусловно, в ней достаточно выражен и методологический, а потому системный характер, когда, с одной стороны, осуществляется поиск сходства фактов, которые видятся различными с тех или иных позиций, а с другой - поиск различий фактов, которые видятся сходными с той или иной точки зрения.

Первый подход ищет обобщения (речь идет об организационно-методических, тактико-технических решениях вопроса оптимальности оказания оперативно-реанимационной помощи), а второй - индивидуальность процесса разрешения той или иной ЭС (речь идет о субъективных, психологических резервах и познавательных мотивах разрешения ЭС). Указанные подходы образуют две взаимообусловленные стороны, которых можно по отдельности рассматривать, обсуждать, но нельзя отделить друг от друга.

Объект исследования: Пострадавшие с тяжелыми ранениями и политравмой, находящиеся в ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ, с одной стороны, и ХБ,

понимаемая нами в работе, как профессиональное интраоперационное содружество хирургов и анестезиологов-реаниматологов, с другой стороны.

Предмет исследования: Административно-методический процесс оценки степени разрешения ЭС, с одной стороны, и клинико-психологические моменты процесса разрешения ЭС, с другой стороны.

Таблица 2.1. - Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Всего	Возраст		
		<45	46-59	>60
Муж.	73	59	11	3
Жен.	27	23	3	1
Всего	100	82	14	4

За период 2009-2017 гг. в НХЦ, совокупный материал по тяжелыми ранениями и политравмой, находившиеся в ЭС составил 184 пострадавших. Анализу подвергнуты данные 100 из них. Как видно из табл.2.1., пострадавшие молодого и среднего возраста составили абсолютное большинство (96%). Мужчины составили около ⅔ пострадавших (73%).

Таблица 2.2. - Распределение пострадавших по типу травматизации, полу и возрасту

Характер травматизации	n	Пол		Возраст (лет)		
		Муж.	Жен.	<45	46-59	>60
Ранения	16	13	3	1	1	1
Политравма	84	60	24	81	13	3
Итого	100	73	27	82	14	4

Как видно из таблицы 2.2., у 16% пострадавших имело место тяжелое ранение, тогда как у 84% - политравма. В обеих группах преобладали мужчины (соответственно, 13% и 60%), а также лица молодого (82%) возраста, тогда как лица среднего и пожилого возраста составили, соответственно, 14% и 4%.

Как видно из табл.2.3., в более половине случаев (60%) у пострадавших имело место ЭСР, в 24% случаев – ЭСКН и в 16% - ЭСВЭ. Если в группе пострадавших с ЭСР соотношение мужчин и женщин равнялось 1:1,7, то в группе ЭСКН и ЭСВЭ – 1:7.

Таблица 2.3. - Распределение пострадавших по типу ЭС, полу и возрасту

ЭС	n	Пол		Возраст		
		Муж.	Жен.	<45	46-59	>60
ЭСР	60	38	22	58	2	-
ЭСКН	24	20	4	18	6	-
ЭСВЭ	16	15	1	6	6	4
Итого:	100	73	27	82	14	4

Если в группе пострадавших с ЭСВЭ соотношение лиц молодого и среднего возраста составили 1:1, а в группе ЭСКН – 1:2, то в группе ЭСР – 1:29. Нужно также отметить, что лишь в группе пострадавших с ЭСВЭ представлены лица пожилого возраста (4%).

Таблица 2.4. - Распределение пострадавших по срокам поступления в операционную с момента травматизации

Сроки (час)	n	ЭС		
		ЭСР	ЭСКН	ЭСВЭ
<I	49	28	13	8
1-2	24	14	6	4
2-3	14	8	4	2
>4	13	10	1	2
Итого:	100	60	24	16

Как видно из табл.2.4., в целом почти половина (49%) пострадавших в операционную поступили в течение 1 ч. с момента получения травмы или ранения. Почти ½ часть пострадавших (24%) поступили в сроки 1-2 ч., тогда как в сроки 2-4 ч. и более – 27% пострадавших.

Таблица 2.5. - Распределение пострадавших по видам травм

ЭС	Вид травм и ранений					
	ДТП	Улич-ные	Быто-вые	Производ-ственные	Падение с высоты	Прочие
ЭСР (n-60)	36	13	4	4	2	1
ЭСКН (n-24)	12	8	2	1	-	1
ЭСВЭ (n-16)	11	2	1	-	1	1
Всего (n-100)	59	23	7	5	3	3

Среди тех, кто поступил в операционную в сроки до 1 ч. составили большинство в группе пострадавших с ЭСР (28% против 49%). На втором месте пострадавшие с ЭСКН (13%) и на третьем - пострадавшие с ЭСВЭ – 8%. Аналогичное соотношение имеет место и в остальных группах (ЭСКН и ЭСВЭ).

Как видно из табл.2.5., во всех группах пострадавших преобладали две причины – ДТП и уличные травмы. В целом, они составили, соответственно 59% и 23%. Бытовые травмы составили 7%, производственные – 5%, падение с высоты и прочие травмы по 3%. В группе пострадавших с ЭСКН уличные травмы и ДТП составили 83%, а в группе с ЭСР и ЭСВЭ – 81%.

В работе интроперационно использованы клинико-лабораторные, пункционные, рентгенологические, ультразвуковые, эхоскопические, методы исследования, перечень и объем применения которых изложены в главе VI.

Лапароцентез использовали во время оперативного вмешательства на черепе, органах грудной полости, опорно-двигательного аппарата при подозрениях на повреждения и внутрибрюшных органов. Стилет вводили в точке, расположенной на два поперечных пальца ниже пупка по средней линии. При поступлении по троакару крови либо кишечного содержимого исследование прекращали в пользу немедленной лапаротомии. В остальных случаях исследовали брюшную полость «шарящим катетером».

Торакоцентез использовали при подозрении на внутриторакальное повреждение по ходу операции на черепе либо органах грудной полости, опорно-двигательного аппарата. Стилет вводили в области VII - межреберья по задней аксилярной линии, реже в III-V-межреберьях по средней подмышечной линии.

В случае положительной пробы Грегуара-Релуа или же при гемотораксе III ст., а также при не разрежаемом дренаже плевры вопрос решался в пользу торакотомии по гемостатическим или аэростатическим показаниям. В остальных случаях в плевральной полости оставляли трубку для пассивного либо активного дренирования.

УЗИ брюшной или грудной полости применялось в случаях подозрения внутриполостного, соответственно, внутрибрюшного либо внутригрудного кровотечения, а при уточнении диагноза с целью оценки степени полостного кровотечения, на основании чего ХБ решала в какую из полостей в первую

очередь следует вмешаться.

УЗИ легких, плевры, а также органов и углублений брюшной полости осуществляли ультрасонографом японской фирмы Aloka SSD-500 и SSD-260. При этом эхолокационная картина гемоторакса характеризуется дифференцировкой париетального и висцерального листков плевры и наличием на эхограмме между отражениями от них импульсами ультразвука дистанции, свободной от импульсов. Причем расстояние между этими импульсами, то есть размеры «немой зоны» характеризуют толщину слоя скопившееся в плевральной полости крови и позволяет ориентировочно судить о размерах гемоторакса и величине кровопотери.

Эхокартина гемоперитонеума - появляются участки затемнения с акустическим сопротивлением от I,66 х I05 г/см 2/с до 1,71 х I05 г/см 2/с. Причем, чем больше ее протяженность при топографировании на переднюю брюшную стенку, тем больше степень гемоперитонеума. Эхоскопия черепа проводилась по общепринятой методике.

Нами использован ряд оценочных исследований пострадавших. Для унификации процесса оценки, объективизации тяжести состояния пострадавших, прогнозирования исхода, индивидуализации ИИТ применены ряд расчетных методов.

Для оценки тяжести травмы и тяжести состояния пострадавших с ЭС нами использована модифицированная таблица балльной оценки (100%). Применен хронометражный дневник наркоза+операции+реанимации (48%). Выполнена шкалированная оценка качества организации, тактики и техники (82%).

Таблица 2.6. - Характер и объем оценочных исследований

Объем и характер исследований	n	В т.ч. у пострадавших с ЭС		
		ЭСР	ЭСКН	ЭСВЭ
Балльная оценка тяжести состояния пострадавшего	100	60	24	16
Хронометражный дневник операции	48	22	16	10
Шкалированная оценка качества организационных, тактико-технических решений	82	52	18	12
Количественная оценка уровня работы	66	34	20	12

Расчетный метод индивидуализации ИТТ	74	39	21	14

Нами использована методика количественной стандартизации ИТТ. Прогнозируемый объем ИТТ прямо пропорционален тяжести механической травмы (К) и обратно пропорционален уровню АД сист. С учетом дополнительных показателей - ЧСС, возраста пострадавшего (В), объема вводимой жидкости (V), длительность шока (Т) рассчитывали должный прогнозируемый объем ИТТ (V/T) по уравнению:

V/T x 100/5100 – 0,064 x B – 0,019 (ЧСС/АД) + 0,035 (B x ЧСС)/АД + 0,53 x (К x ЧСС/АД + 0,006 x B x К.

Значение и практическая ценность полученного уравнения заключается в том, что с его помощью определяется: во-первых, должный объем ИТТ индивидуально для каждого пострадавшего; во-вторых, степень тяжести состояния пострадавшего.

Хронометражный операционно-реанимационный дневник является достоверным источником информации о динамике (во времени и полноте) реализации оперативно-реанимационной помощи пострадавшим, находящихся в ЭС.

Нами применена методика табличного прогнозирования исхода шока. Заполняется таблица весовых коэффициентов для показателей участвующих в формировании ответа, которые затем переносятся в прогностическую карту, после чего раздельно складываются положительные и отрицательные их значения. Если сумма положительных коэффициентов превысит сумму отрицательных - прогноз благоприятный, если наоборот - прогноз неблагоприятный (летальный исход).

Таблица 2.7. - Балльная оценка шокогенности травмы на основе характеристики повреждения.

Характер повреждения	Балл
Травматический шок при повреждении двух и более паренхиматозных органов с массивной кровопотерей	10,0
Множественные двухсторонние переломы ребер. Травма живота с повреждением одного паренхиматозного органа	6,0
Открытый оскольчатый перелом бедра с большой зоной размозжения	5,0

мягких тканей. Отрыв бедра	
Ушиб головного мозга. Перелом свода и основания черепа. Травма груди, в том числе односторонние переломы ребер с повреждением легкого (гемопневмоторакс). Множественные переломы костей таза	4,0
Травма живота с повреждением полых органов. Открытый перелом обеих костей голени с размозжением мягких тканей. Отрыв голени. Закрытый перелом бедра	2,0
Обширная скальпированная рана. Гематома больших размеров с отслойкой кожи. Открытый и закрытый перелом плеча. Открытый и закрытый переломы обеих костей голени	1,5
Множественные односторонние переломы ребер. Отрыв предплечья	1,0
Перелом позвонка с повреждением и без повреждения спинного мозга. Открытый перелом костей предплечья. Открытый перелом костей стопы. Отрыв и размозжение стопы	0,5
Одиночные переломы костей таза. Закрытые переломы одной кости голени, одного ребра, костей стопы, костей предплечья, костей кисти. Размозжение и отрыв кисти. Перелом ключицы, лопатки, надколенника, копчика, лодыжки	0,1

Технология анестезиологического и реанимационного пособия. Премедикация перед операцией у всех пострадавших проводилась однотипно с применением препаратов бензодиазепинового ряда. Общая анестезия включала индукцию пропофолом в дозе 1,5–2,5 мг/кг–1 с поддержанием ингаляцией смеси галотана с кислородом (2:1). Анальгезия осуществлялась фракционным введением фентанила, миоплегия для интубации трахеи обеспечивалась сукцинилхолином (2 мг/кг–1), продленный нейромышечный блок – ардуаном в стандартных дозировках. ИВЛ проводилась в режиме нормовентиляции ($PaCO_2$ 35–37 мм рт. ст.).

При оценке клиники формирования СПСН мы учитывали конкретные признаки и выставляли бальную оценку. Полагаем, что необходимость подобной стандартизации обусловлена: 1) Унификацией оценки глубины повреждения каждой из систем и выделение ведущих признаков СПСН; 2) Повышением качества реанимации в зависимости от объективной оценки степени повреждения отдельных систем при СПСН; 3) Повышением

квалификации врачей анестезиологов-реаниматологов в отношении диагностики, оценки и ведения пострадавших с СПСН.

ЦНС: 1) психическая ориентация не нарушены (14-15 баллов); 2) беспокойство, торможение или возбуждение с сохранением психической ориентации (11-13 баллов); 3) возбуждение или торможение с нарушением психической ориентации, необходимость медикаментозной или механической фиксации (8-10 баллов); 4) ареактивность или миорелаксация (<8 баллов).

Меры: Стабилизация гемодинамики, улучшение мозгового кровотока (эуфиллин, трентал, нимодипин, кавинтон, пирацетам, гепарин, фраксипарин), инфузия барбитуратов, наркоз, ИВЛ в условиях миорелаксации.

ССС: 1) Пульс 40-60 или 100-120 в мин без клинических признаков ОССН; АДсист. - 80-100 мм рт.ст. (11-13 баллов); 2) Пульс <40 или >120 уд/мин., клинические признаки ОССН (8-10 баллов); 3) Наличие ОССН, гипотензия (АД сист <60 мм.рт.ст.), несмотря на кардиотропную поддержку (<8 баллов).

Меры: Кардиотропная терапия, кокарбоксилаза, рибоксин, панангин, поляризующая смесь, нитраты пролонгированного действия кардикет, коррекция аритмии. При ОССН применение бета-миметиков добутрекса, дофамина, глюкокортикоидов, инотропная поддержка+вазопрессоры, сердечно-лёгочная реанимация.

Функция сосудов. 1) АДсист. поддерживается >80 мм рт. ст. при удовлетворительном ОЦК и сердечном выбросе введением глюкокортикоидов или минимальными дозами вазопрессоров (11-13 баллов); 2) АДдиаст. - 80-90 мм.рт.ст., признаки нарушений микроциркуляции (8-10 баллов); 3) АДсист. 60-70 мм рт.ст., АДдиаст. почти не определяется. Адсист. поддерживается на уровне 60-80 мм рт. ст. инфузией катехоламинов (<8 баллов).

Меры: Применение вазопрессоров: адреналина,норадреналина, допмина и глюкокортикойдов.

Функция дыхания. 1) Основные показатели газового состава крови не достигают границ, одышка, гемоконцентрация, тахикардия, изменения гемодинамики и микроциркуляции, изменения КЩС) (11-13 баллов); 2) ЧД служит показанием к переводу на ИВЛ: дыхательный объем <5 мл/кг; ЧД >35 в мин; ЖЕЛ <15мл/мг, объем форсированного выдоха <10 мл/кг (8-10 баллов); 3) pH крови менее 7,2; PaO2 <60 мм рт. ст. при дыхании воздухом или <80 мм рт.

ст. при ингаляции 100% O2; pCO2 >55 мм рт. ст.; альвеолярно-артериальное различие pO2 при ингаляции O2 в течение 10 мин >450 мм рт. ст. (<8 баллов).

Меры: Ингаляция O2, санация трахео-бронхиального дерева, специальные режимы ИВЛ

Функция печени: 1) Острое увеличение размеров печени (>2 см), билирубин - 50-100ммоль/л, АЛТ - 1-5ммоль/(ч ·л), АСТ/АЛТ - 0,5-1,0 (11-13 баллов); 2) Билирубин 100-300 ммоль/л; повышение билирубина >20 ммоль/л в 1сут; АЛТ>5 ммоль/(ч-л), проявления печеночной энцефалопатии (8-10 баллов); 3) Билирубин >300 ммоль/л; АЛТ >10 ммоль/(ч-л): повышение билирубина >50 ммоль/л в 1 сут, печеночная кома (< 8 баллов).

Меры: Введение гепатопротекторов: эссенциале, липостабил, витамины группы В, С, Е, викасол, дицинон, глюкозо-калиевые смеси, лактулоза, карсил, гептрал, липоевая кислота, глутаминовая кислота, ингибиторы протеаз, глюкокортикоиды, актовегин, использование заместительной терапии (плазма, альбумин, гемотрансфузия, аминокислотные смеси).

Функция почек: 1) Лабораторные и функциональные показатели почек не превышают следующие пределы: диурез >500мл/сут; мочевина <15 ммоль/л; креатинин <0,300 ммоль/л; Калий <4,5 ммоль/л (11-13 баллов); 2) Прирост мочевины >5 ммоль/л в 1сут; креатинин >0,800 ммоль/л; Калий >6,5 ммоль/л; удельный вес мочи <1010 на фоне стабильно повышенной или увеличивающейся концентрации уремических эндотоксинов; прогрессирующие признаки уремии (<8 баллов). Меры: Показана ультрафильтрация или гемодиализ.

Выполнен факторный анализ предпосылок различного рода осложнений на основании изучения >20 факторов риска с определением силы влияния каждого из них на исход оперативно-реанимационной помощи. При этом применялся расчет относительного риска (t) и относительного шанса (r).

Логика заставляет нас обратить внимание на процессуальные аспекты выбора оптимального решения, как способа разрешения ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ в практике интраоперационной помощи пострадавшим с тяжелыми ранениями и политравмой. Наша методологическая задача заключалась в описании объекта и предмета клинической рискологии, ее составных частей, а также понятийных основ этого направления, обобщение свойств ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ, формулирования новых положений, относящихся к предмету и объекту

клинической рискологии.

Проведенное исследование с точки зрения рискологии и оптимологии позволяет с единых позиций охватить такие явления, как минимизация эмпирического риска в хирургии, максимизация положительного выигрыша в проблеме выбора и пр. В табл. 2.8. приведены свойства ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ, а также реалии интроперационных возможностей ХБ по И.А.Ашимову.

Как подчеркивалось в главе I, И.А.Ашимов, опираясь на результаты современной методологии, принимая во внимание многообразные свойства ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ, впервые проанализировал эти ситуации на базе расчленения и группировки свойств, признаков и отношений их по признакам сходства и различия, объединив сходные свойства в следующие группы: 1) Системно-организационные; 2) Структурно-функциональные; 3) Аксиолого-поведенческие [17].

Таблица 2.8. - Свойства ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ и реалии интраоперационных возможностей ХБ

Критерии	Реалии ЭС		
	ЭСР	ЭСКН	ЭСВЭ
КА	ХБ имеет возможность выбора вариантов разрешения	ХБ не имеет возможности выбора вариантов разрешения	ХБ совершенно не имеет вариантов разрешения
КУ	Угроза пока не реализована и ХБ имеет возможность ее избежать или снизить	Угроза уже реализована и ХБ не имеет возможности ее избежать или снизить	Имеет место высокая степень реализованной угрозы, а у ХБ нет вариантов ее снижения
КН	Неопределенность существует, но у ХБ есть возможность ее разрешения	Неопределенность существует, однако, ХБ не имеет возможность ее разрешения	Полная неопределенность и у ХБ нет вариантов ее разрешения

КП	ХБ имеет пока возможность прогнозировать исход разрешения неопределенности и угрозы	ХБ уже не имеет возможности прогнозировать исход разрешения неопределенности и угрозы	ХБ констатирует о том, что прогнозировать исход невозможно

Как известно, существуют два механизма оценки качества организационных мер: с одной стороны, сопоставление результатов, достигнутых ЛПУ в целом за некоторый период времени с моделью конечных результатов, а с другой - оценка соблюдения стандартов обследования, лечения и качества. К сожалению, эти механизмы оценки трудно использовать интраоперационно.

В указанном аспекте, на наш взгляд, актуальным являются: 1) Составление системно-информационного представления о проблеме в целом по существующим «нормам-требованиям» и построение своих действий на этой основе; 2) Разработка «нормы-рекомендаций» на основе собственного опыта разрешения ЭС и которая будет соответствующим стандартом действия.

Расчет уровня качества (УК) интраоперационного разрешения ЭС выполняли по следующей формуле:

УК=ОНМ+ОК/100+100,

где ОНМ – оценка набора мероприятий; ОК – оценка качества; 100+100 – сумма максимально возможных оценок ОНМ и ОК (в %). Последние показатели оцениваются путем сравнения, соответственно, осуществленных мер согласно «нормы-требования» и «нормы-рекомендации». Экспертное решение формулируются в %.

При характеристике осуществленных мер в ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ мы основывались на соответствующие шкалы набора организационных мероприятий, а также шкалы оценки качества разрешения той или иной ЭС.

Согласно этой шкалы (табл.2.9.), оценивая набор организационных мероприятий можно констатировать, что, по сути, интраоперационная помощь неорганизована (0%), организация такой помощи мало приемлема (50%), качество организации оперативно-реанимационной помощи слабая (75%), уровень организации приемлемая, то есть отвечает требованиям «нормы-

рекомендации» разрешения ЭС (100%).

Таблица 2.9. – Шкала оценки набора решений и r (%)

Решения			r,%
Организационные	Тактические	Технические	
Некачественные	Не продуманные	Неправильные	0
Малоприемлемые	Плохо продуманные	Частично правильные	50
Слабокачественные	Недостаточно продуманные	Частично неправильные	75
Приемлемые	Продуманные	Правильные	100

В отношении тактических решений: решения, по сути, не продуманы (0%), выглядят эти решения плохо продуманными (50%) или недостаточно продуманными (75%) и, наконец, продуманными в достаточной мере (100%). Аналогично и в отношении технических решений: неправильное (0%), частично правильные (25%), частично не правильные (75%), правильные (100%).

Уровень качества работы ХБ (УКР ХБ) по оценке и разрешению ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ вычисляли по формуле:

$$\textbf{УКР ХБ} = \textbf{УК}_1+\textbf{УК}_2+\textbf{УК}_3\ldots+\textbf{УК}_{n/\,n},$$

где $УК_1$, $УК_2$,$УК_3$ и $\ldots УК_n$ – уровень качества оказания оперативно-реанимационной помощи каждому пострадавшему; n – общее количество пострадавших с тяжелыми ранениями и политравмой.

Изучение ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ методом ЭА и шкалирования ЭР. Нередко ЭА обнаруживает дефекты в позиции, оцениваемые морально безупречной. В этих случаях оказывается, что ЭС, видевшаяся безальтернативной, на самом деле заключает в себе реальный выбор (речь идет о разграничении ЭСР, ЭСКН, ЭСВЭ). Данное обстоятельство может осознаваться или не осознаваться. Очевидно то, что его осознание делает проблему выбора более сложной и ответственной.

В указанной ситуации актуализируется методология ЭА. Нужно отметить, что ЭА объективен, в сравнении с так называемым морализаторством, сутью которого является стремление не разобраться в ситуации (взвесить «за» и «против»), что свойственно ЭА, а безапелляционно

высказать моральную оценку тех или иных решений и поступков (речь идет о довольно распространенном в обществе способе оценки ситуации, поступков, поведения, решений). Логика такова, что в ЭСР, ЭСКН, ЭСВЭ, прежде всего, необходимо понять и объяснить ЭС в многообразии ее запутанных и противоречивых моральных аспектов, и только после этого дать правдивую оценку.

ХБ, стремясь обосновать свое решение в ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ, прежде всего, апеллируют к некоторым этическим правилам. Следует заметить, что, чем дальше мы продвигаемся на пути от уровня конкретных организационно-методических, клинико-психологических, тактико-технических решений и соответствующих им действий до уровня этической теории, тем большее место занимают специальные этические знания. Между тем, именно их не хватает, во-первых, членам ХБ в своей профессиональной деятельности для оптимального разрешения интраоперационных ЭС, а, во-вторых, организаторам здравоохранения, судебно-правовым органам и обществу в целом – для адекватной правовой и моральной оценки. Таково мнение И.А.Ашимова [16].

На уровне конкретных решений ЭС члены ХБ чаще всего действуют узкопрофессионально, интуитивно, руководствуясь сложившимися стереотипами и практическим опытом и даже не осознавая того, что их поступки подчиняются определенным этическим правилам. Между тем, уже на этом уровне возникают ЭС, требующие морально осознанного выбора, и тогда для обоснования выбора требуется апеллировать к этическим правилам, в которых в сконцентрированном виде содержится предшествующая, многолетняя практика решений и действий хирургов и анестезиологов-реаниматологов, оказывавшихся в сходных обстоятельствах.

На практике бывают обстоятельства, когда правила не позволяют найти приемлемый выход из ЭС - требования двух правил противоречат друг другу. Каждое из этих правил можно рассматривать как профессиональную, техническую норму деятельности хирурга, имеющий очевидный моральный смысл. Для разрешения этого обстоятельства необходимо обращаться уже не к правилам, а к принципам. На этом уровне члены ХБ уже задаются вопросами более высокого социального порядка - о жизни пациента. В этой ситуации члены ХБ, думая о снижении риска в отношении своего пациента уже не думает о риске в отношении самого себя.

На наш взгляд, когда ХБ уже говорить на языке этики – это проявление

благородства, моральной ее состоятельности. Такой вывод делает И.А.Ашимов на основе долголетних этических исследований. Следует заметить, что принципы намного более универсальны, чем правила, а, кроме того, при этом обычно их бывает невозможно или затруднительно применять к конкретным ЭС непосредственно, без таких промежуточных звеньев этического обсуждения, как правила.

На уровне этической теории, занимающейся синтезом, обоснованием и систематизацией принципов, мы не только оказываемся в сфере специфического знания с характерными для него понятиями, методами и проблемами, но и приобретаем универсальный способ разрешения ЭР, которым богата ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ.

Все цифровые материалы, полученные в работе, были подвергнуты статистической обработке по специальной программе с вычислением средней арифметической (M), среднего квадратичного отклонения (σ), средней квадратичной ошибки (m), достоверности различий средних абсолютных и относительных величин по критерию Стьюдента, коэффициента корреляции. Достоверным считали при $P<0,05$ [78].

2.2. Методология качества интраоперационной помощи при экстремальных ситуациях

Первой и важной методологической проблемой является то, что когда уже развилась интраоперационная ЭС, необходимая на тот момент операция сама по себе может серьезно угрожать жизни пострадавшего, с одной стороны, являясь в то же время самым признанным жизнеспасительным реанимационным пособием, с другой стороны.

Как известно, существует два вида ОР и АР: 1) Неизбежный, то есть зависящий от факторов, не подающейся коррекции из-за несовершенства научно-медицинских знаний и практики; 2) Неоправданный, то есть зависящий от корригируемых, но не учтенных факторов. Здесь методологическая проблема заключается в том, что, с одной стороны, неизбежность ОР и АР не должно пониматься как утверждение безответственности ХБ, а с другой - степень ОР и АР не должен превышать опасность самого жизнеопасного повреждения.

Нынешний уровень развития хирургии и анестезиологии-реаниматологии предполагает количественное соотношение между собой указанных выше опасностей. К сожалению, до сих пор, мало разработанных критериев для их сравнения, что лишает, как хирурга, так и анестезиолога-реаниматолога возможности обоснованно принимать решение, открывая им при этом возможность субъективной интерпретации возникшей ЭС.

И.А.Ашимов, с позиции социологии и философии медицины, впервые предложил рассматривать интеллектуальность членов ХБ, как важный субъективный фактор разрешения ЭС [15,16]. Как хирург-профессионал и философ, автор осмыслил такие вопросы: каким же образом ставятся задачи психикой в ЭС? Каков механизм формулировки цели в ЭС? В чем суть выдвижения задачи в ЭС? Какова схема поиска оптимального решения при ЭС?

По мнению автора, интеллектуальность хирурга, как, впрочем, и анестезиолога-реаниматолога, – это их способность формулировать цель, ставить задачу, найти оптимальное их решение в нестандартных условиях ЭС. Каковы же главные цели при ЭС? Каковы причины снижающие качество постановки такой цели и задач? Какова методология достижения адекватного их разрешения? Вот те методологические аспекты разрешения ЭС непосредственно в операционной.

Вышеуказанные вопросы всегда требовали и требуют своего методологического прояснения для более полного осмысления сути ЭС, а также путей их разрешения на практике экстремальной медицины тяжелых ранений и политравм. Общеизвестно, что с методологической точки зрения, задачи целесообразно выделять: 1) Стратегические; 2) Тактические; 3) Технические. Соответственно им выделяют и три уровня соответствующих решений. Методологическая проблема заключается в том, что бы они («задачи» / «решения») были бы оптимальными, по сути, и адекватными друг другу.

Надо отметить, оптимальное решение должно содержать в себе обязательную стратегическую компоненту. Именно четкая формулировка такой задачи является критерием зрелости специалиста, его профессионализма и интеллекта, так как он дает ему возможность пользоваться готовыми моделями в случаях, когда времени на их создание практически нет. Между тем, это бывает лишь в ЭС. Использование моделей решения является очередной методологической проблемой оперативно-реанимационной помощи пострадавшим с ЭС.

Нужно указать на существование двух типов моделей: 1) Факторные модели – это модели-механизмы, опирающиеся на причинно-следственные связи наблюдаемого явления; 2) Вероятностные модели – это модели-экстраполяторы, которые позволяют специалисту, не зная механизма явления, прогнозировать реакцию субъекта на определенные ситуации.

При ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ указанные модели важны для специалистов при решении тактических задач, которые связаны с достижением текущих, сиюминутных целей, так как отражают, как правило, временные последовательности, имеющейся в среде, и по своей логической структуре представляют суждения типа: «Если имеет место А, то следует ожидать В».

Вышеуказанные модели важны, так как, особенно, при ЭСКН и ЭСВЭ неподготовленные специалисты зачастую впадают в своеобразный ступор, отказываясь от каких-либо активных действий. Ситуация коренным образом меняется, когда ХБ имеет под рукой факторную либо вероятностную модели ЭС, а еще лучше стратегическую компоненту, которые создают ему необходимую перспективу действия, в особенности при ЭСКН и ЭСВЭ.

Как известно, вся деятельность членов ХБ в операционной представляет собой непрерывный процесс выдвижения и достижения целей – внутренних и внешних, ближайших и отдаленных. Нужно заметить, что в отличие от плановой медицины при ЭСКН и ЭСВЭ – эти задачи не являются продуктом их индивидуальных желаний, склонностей, возможностей. Они представляют собой продукт коллегиального, тщательно взвешенного, компромиссного решения. Это связано с тем, что их главная цель - спасение жизни пострадавшего. Компромисс профессионалов своего дела – это другая, не менее важная методологическая проблема оказания инстраоперационной помощи пострадавшим с ЭС.

Правильность совместного действия специалистов ХБ при ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ зависит от ряда факторов. ХБ необходимо решить следующие задачи: 1) Как можно больше иметь информацию о состоянии пострадавшего для того, чтобы сформулировать в кратчайшие сроки качественную и количественную (факторную и вероятностную) модели решения ЭС; 2) Выстроить свои действия на основе стратегической, тактической и технической компонентов и иметь возможность корригировать модель своего действия в зависимости от разновидностей ЭС.

В ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ нередки случаи, когда для спасения жизни

пострадавшего приходится идти на чрезмерно большой ОР и АР по принципу «все или ничего». Такая стратегия называется «стратегией отчаяния» и она оправдана с точки зрения морали и этики. Члены ХБ, по сути, вынуждены сделать такой выбор, оставаясь при этом нравственно не запятнанным. Но им в их деятельности, безусловно, нужен определенный «карт-бланш» в виде «норм-рекомендаций» - как поступить в той или иной ЭС? В этом заключается сущность следующей методологической проблемы

Таблица 2.10. - Критерии оценки свойства различных типов ЭС

Критерии	ЭС		
	ЭСР	ЭСКН	ЭСВЭ
КА	Есть возможность выбора вариантов	Нет возможности выбора вариантов	Совершенно нет вариантов
КУ	Угроза не реализована и есть возможность ее избежать или снизить	Угроза реализована и нет возможности ее избежать или снизить	Высокая степень реализованной угрозы и нет вариантов ее снижения
КН	Неопределенность существует, но есть возможность ее разрешения	Неопределенность существует и нет возможность ее разрешения	Полная неопределенность и нет вариантов ее разрешения
КП	Есть возможность прогнозировать исход разрешения неопределенности и угрозы	Нет возможности прогнозировать исход разрешения неопределенности и угрозы	Прогнозировать исход невозможно

И.А.Ашимов и А.М.Маллаев [16,106] выделяют следующие обобщенные критерии оценки свойства ЭС: 1) Критерий альтернативности (когда хирург имеет возможность выбора вариантов операции в пользу операции с малым риском); 2) Угрозометрический критерий (когда у хирурга есть возможность избежать или снизить угрозу неблагоприятного исхода или осложнения); 3) Критерий неопределенности (когда хирург имеет все же возможность

разрешить возникшую неопределенность ситуации); 4) Прогностический критерий (когда есть возможность предвидеть и разрешить неопределенность ситуации). Различие свойств ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ представлены в таблице 2.10.

ХБ при ЭС (ЭСР, ЭСКН, ЭСВЭ) действует и принимает решение, учитывая следующие моменты: 1) Вероятность удачи, то есть получения желаемого результата; 2) Вероятность неудачи, то есть наступление нежелательных результатов; 3) Вероятность отклонения от желаемого результата, как в лучшую, так и в худшую стороны; 4) Возможность положительных или отрицательных последствий своих действий.

Оценка указанных моментов, определяющих поведение ХБ в ЭС, может быть осуществлена на основании статистических данных (объективный момент), собственного опыта (субъективный момент), и того и другого одновременно. Итак, в целом, оценка рискованных действий ХБ в ЭС определяется достигнутым результатом: 1) Успех (улучшение состояния пациента, его выживание) – риск оправдан; 2) Неудача (ухудшение состояния пациента, его гибель) – риск не оправдан.

ЭСКН отличается от ЭСР тем, что в ней отсутствуют два свойства рискованной ситуации - альтернативность (наличие вариантов) и неопределенность. В этом случае возникает законный вопрос: что необходимо предпринять, чтобы осуществить оптимальный выбор? С методологической точки зрения, необходимость следует трактовать «как способ превращения возможности в действительность, при котором в определенном объеме имеется только одна возможность, превращающаяся в действительность». Это не что иное, как исходный принцип действия ХБ.

Если ЭСР характеризуется вероятностью возникновения угрозы здоровью и (или) жизни пациента, наличием для ХБ вариантов оперативного приема и реанимационного лечения, а также возможностью в ходе правильно выбранного лечения избежать вреда для пациента, то в ЭСКН угроза для здоровья и (или) жизни пациента наступила (или вот-вот наступит), выбора вариантов операции или реанимационного пособия практически нет - обстоятельства навязывают членам ХБ лишь один вариант оперативного приема и лечения.

В чем заключается логика такого подхода? С методологической точки зрения, она такова, что вреда, причиняемого пострадавшему в ЭСКН, избежать нельзя, но этот вред является меньшим, чем последствие неоказания

оперативно-реанимационной помощи вообще.

В указанном аспекте важно, как, возможно, юристы трактовали бы действие ХБ в условиях ЭСКН: 1) Прежде всего, в ЭСКН опасность для жизни и здоровья должна быть либо уже наступившей, либо реально угрожающей; 2) Условием ЭСКН также является невозможность устранить грозящую опасность для пострадавшего иными средствами, кроме примененных. Поэтому действия ХБ, не воспользовавшейся этим крайним средством, нельзя считать правомерными, – считает И.А.Ашимов [17]. Возможно, в этом кроется сущность новой методологической проблемы.

И.А.Ашимов и А.М.Маллаев впервые (с позиции методологов) выделили и охарактеризовали свойства риска при ЭСВЭ [17,106]. Согласно их мнению, о ЭСВЭ следует говорить в следующих случаях: 1) По критерию альтернативности - хирург вообще не имеет каких-либо вариантов операции; 2) По угрозометрическому критерию - угроза реализована в высокой степени, а хирург не имеет шансов на возможность снизить эту угрозу; 3) По критерию неопределенности - хирург находится в полной неопределенности и у него нет возможности ее разрешить; 4) По прогностическому критерию - хирург не в состоянии сделать прогноз ситуации.

Ж.А.Чынгышева [189] впервые (с позиции методологов), аналогично критериям И.А.Ашимова и А.М.Маллаева [16,106], выделила и охарактеризовала свойства риска при ЭСВЭ применительно для анестезиолога-реаниматолога. Согласно ее мнению, о ЭСВЭ следует говорить в следующих случаях:

1) По КА – анестезиолог-реаниматолог, несмотря на тяжелейшее состояние пострадавшего, сама привлекает хирургов для оказания реанимационного пособия, считая, что не следует медлить с жизнеспасительной операцией;

2) По КУ - угроза реализована в высокой степени, а анестезиолог-реаниматолог практически исчерпала возможности неинвазивной реанимации пострадавшего, когда возникает необходимость использовать операцию, как реанимационное пособие;

3) По КН - анестезиолог-реаниматолог находится в полной неопределенности и у него нет возможности ее разрешить, а потому необходимо применить вест арсенал возможностей интраоперационной реанимации, включая операцию жизнеспасительного характера;

4) По ПК - анестезиолог-реаниматолог не в состоянии сделать прогноз ситуации, а потому полагается на случай удачи, используя возможности совместных с хирургом действий.

Итак, ЭСВЭ возникает, в том случае, когда вероятность того или иного события определить нельзя и нет возможных вариантов «снятия» неопределенности членами ХБ. При этом следствия действий их четко не прогнозируются. В этих случаях, как считают вышеприведенные авторы, мы имеем дело с проблемой и предметом экспериментальной хирургии. По мнению И.А.Ашимова, с позиции клинической рискологии, данное утверждение является важным методологическим моментом познания в сфере ЭХ [17].

Таким образом, ЭСР подразумевает деятельность хирурга в условиях возможности выбора («оперировать - не оперировать», «обследовать до операции - оперировать сразу», «оперировать сейчас - отложить операцию на определенный срок» и т.д.) - это характерно для неотложной хирургии. В этом случае выбор хирургом оптимальных альтернатив будет называться риском. В том случае, когда не только хирург, но и анестезиолог-реаниматолог не может отказаться от операции, потому что такой отказ означает безусловную смерть больного, - налицо ЭСКН и ЭСВЭ.

В отношении же анестезиологии-реаниматологии, при ЭСР есть еще возможность выбора соответствующей тактики (в целях коррекции состояния пострадавшего «можно отсрочить операцию», «можно приостановить операцию», «необходимо оценить состояние пострадавшего», что характерно для обычной практики анестезиологии-реаниматологии, тогда как при ЭСКН или ЭСВЭ, неотложная операция является соответствующим ресурсом реанимации.

Общеизвестно, выделение I-V ст. ОР в экстренной хирургии. С точки зрения рискологии, по мнению вышеуказанных авторов, необходимо IV-V ст. ОР выделить в особую категорию ЭС и условно обозначить как «интраоперационную чрезвычайную ситуацию» (ИОЧС) с соответствующей психологией восприятия этого феномена клинической рискологии [13,58]. С точки зрения методологии, такой подход целесообразен, так как «чрезвычайность» - это чрезвычайшина, как некая система взглядов на саму проблему.

Как предлагают авторы, необходимо разработать и внедрить «Базовую

программу хирургической деятельности в ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ» [106]. Этого касается и анестезиологии-реаниматологии [189]. На наш взгляд, такие документы целесообразно разработать на основе сопоставления существующих «норм-требований» и «норм-рекомендаций». С методологической точки зрения, такой подход оправдан, так как они являются неким уравнителем предпринимаемых шагов ХБ у пострадавших с ЭС.

Общеизвестно, что само анестезиологическое пособие и ряд реанимационных мероприятий являются немаловажным стрессовым фактором, хотя масштабы и следствия этот стресс несоизмеримы с операционным. Важно понять, что на операционно-реанимационном этапе изменения параметров, как самой операции, так и анестезиолого-реанимационного пособия, изменяются сиюминутно. В этих случаях, безусловно, коррекция хирургической и анестезиолого-реанимационной тактики должна быть адекватной, что связано с изменением когнитивного статуса пострадавшего [189].

Именно в ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ от содружества хирургов и анестезиологов-реаниматологов требуется слаженная работа и твердое усвоение системы совместной оценки не только хирургической, но и анестезиолого-реанимационной ситуации, а также принятия соответствующих решений, что составляет наиболее ответственный момент совместной их деятельности во имя сохранения жизни больного [17,189]. Благодаря совместной деятельности хирургов и анестезиологов-реаниматологов, процесс разрешения ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ приобрели верную методологическую базу [59,88].

Разумеется, было бы идеальным, как считает И.А.Ашимов, определение статуса пострадавшего в качестве цифровой модели, имеющей то или иное отклонение от определяемой экспериментально цифровой модели безопасной операции [17]. С методологической точки зрения, «нормы-рекомендации» для ХБ, привлекаемых для оказания оперативно-реанимационной помощи пострадавшим, находящимся в ЭС, являются предпосылкой создания таких моделей.

Однако, при ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ проблема заключается в том, что до сих пор, несмотря на значительные достижения, как хирургии, так и анестезиологии-реаниматологии, наши знания еще недостаточны, чтобы: 1) Четко определить когнитивный статус пострадавшего с ЭС и его динамику; 2) Прогнозировать у него вероятную угрозу, оценить ее степень по ходу

реанимации и операции; 3) Предотвратить неблагоприятный исход операции на фоне реанимации.

В указанном аспекте, наиболее важными являются две составляющие: во-первых, коллегиально-компетентностная, а потому адекватная интраоперационная оценка хирургической и анестезиолого-реанимационной ситуации на базе интегрального прогноза ОР+АР; во-вторых, выбор адекватного объема и срока оперативного вмешательства на фоне проводимой реанимации и наркоза.

Хотелось бы отметить, что в ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ необходима компромиссная тактика, смысл которой заключается в том, что всегда следует предполагать более опасные осложнения, неправильная тактика по отношению к которым может принести больший вред пострадавшему.

Согласно вышеуказанной тактики профессионалами соответствующего класса являются специалисты ХБ, определенные как «универсальные решатели задач», то есть с достаточными профессиональными знаниями, отличной памятью и соответствующей эрудицией. С методологической точки зрения, рассматривать ХБ, как «универсальных решателей задач» в стесненных условиях, и важно, и целесообразно.

Как известно, в настоящее время, исследователями предложены психологические тесты для определения интеллектуальности, в том числе основанные на скорости решения тех или иных задач. Можно допустить, что на основании такого тестирования каждому хирургу либо анестезиологу-реаниматологу можно будет выставить балл интеллектуальности, то есть оценить их профессионализм в разрешении ЭС.

В указанном отношении, с методологической точки зрения, интеллектуальность членов ХБ при ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ нужно рассматривать, как важный субъективный фактор оптимизации процесса интреоперационного выбора, как хирургической, так и анестезиолого-реанимационной тактики, на основе совместной их выверки. В таблице 2.11. приведены сведения о характере действия не только хирурга, но и анестезиолога-реаниматолога при ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ.

Следует четко осознать особую узкопрофессиональную трудность для членов ХБ при ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ, когда существует необходимость принятия осознанных, компромиссных и ответственных решений в силу неопределенность в диагнозе и прогнозе, жесткой лимитации во времени, в

силе и средствах. Анализ ситуации, в особенности стремление осмысленно варьировать соответствующие свойства ЭС под углом зрения задачи, должен входить в собственную сущность возникновения решения.

Таблица 2.11. - Характер действия ХБ при ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ

Импульсивное действие ХБ	Осмысленное действие ХБ
Мотив действия находится вне зоны действия ХБ	Мотив действия находится в зоны действия ХБ
Действия носит индивидуальный характер в рамках принципов хирургии и анестезиологии-реаниматологии	Действия носят однотипный характер в рамках данной ситуации
Длительность действия индивидуализировано	Длительность действия ограничено

Такая методологическая позиция оправдана и необходима, так как анализ ЭС должна выступать в двух видах: во-первых, как анализ противоречий; во-вторых, как анализ материала. Следуя этой логике, при ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ помимо прочих вопросов и возникают вопросы такого характера: что нужно изменить? На что акцентировать при использовании того или иного момента? В этой связи следует указать еще на один феномен – феномен податливость (рыхлость) моментов ситуации. Дело в том, что, по какому направлению в каждый данный момент пойдет процесс решения, зависит от психологического рельефа ЭС, от «податливости» соответствующих ее моментов.

Согласно этого феномена, ЭСР может перейти в ЭСКН, а она, в свою очередь, в ЭСВЭ, с одной стороны, и при этом изменяя общую психологическую структуру принятия решений, с другой стороны. В этом кроется очередная методологическая проблема.

Возможно ли, в принципе унифицировать ситуацию с целью обучения поступать и решать конкретные задачи оптимально? Ответ очевиден: - Трудно, но можно (!). В этом аспекте, считается доказанной тот факт, что можно точным математическим языком описать правила игры, дать формулы, оценивающие ее ситуацию и указывающие на правильное решение [12,31,95,116]. По определению Г.А.Хай (1978) [цит. И.А.Ашимова, 2001], теория игр в хирургии – это математическая теория принятия оптимальных

решений на неопределенном уровне [15].

Применение теории игр следует воспринимать как «последний шанс» с учетом того, что она все же действительно предоставляет некоторый шанс на эффект, а потому ею не следует пренебрегать, в особенности на практике оказания неотложной помощи при ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ. Если создать модель ЭС в хирургии, то игра всегда будет носить выраженный аксиологический характер, а конечная цель, безусловно, выражает высокую ответственность.

При ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ представляет все три уровня принятия решений (табл.2.12.). Наиболее простой и распространенной из них является принцип максимина – «максимизировать количественную положительную характеристику последствий при наихудших обстоятельствах из имеющегося множества».

В аспекте использования теоретико-игрового аппарата для принятия оптимальных решений при ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ можно формально представить как конфликт между организмом пострадавшего и факторами риска. Разрешение такого конфликта зависит: во-первых, от степени тяжести состояния пострадавших; во-вторых, от степени тяжести ранения или политравмы; в-третьих, от степени ОР и АР. Методологической задачей является поиск наиболее оптимальных путей уточнения всех трех аспектов принятия оптимального решения.

Следует пояснить, что смысл методологии оптимального решения трактуется, во-первых, как разработка различных способов оперативного вмешательства с оценкой их «оптимальности / неоптимальности», «эффективности / неэффективности» и не затрагивает стиль мышления, логику умозаключения при принятии решения, а, во-вторых, как разработка аксиологии решений.

Таблица 2.12. - Уровни принятия оптимального решения в зависимости от ЭС

Уровни принятия решений	Свойства решений ЭС
Стратегический	- представление хирурга совпадают с реальной ситуацией; - хирург располагает достоверной и исчерпывающей

	информацией о ситуации; - хирург информирован о возможных последствиях каждого из своих тактико-технических решений
Тактический	- хирург обладает информацией, состоящей лишь из описания возможных вариантов ситуации; - хирург ориентирован о возможных последствиях; - хирург знает вероятность каждого из этих вариантов
Технический	- хирург знает лишь множество возможных альтернатив; - хирург не знает какой вариант целесообразен; - хирург не знает с каким априорными вероятностями могут реализоваться имеющиеся альтернативы

Несмотря на выраженную аксиологичность итога игры в хирургии (речь идет о жизни и смерти пострадавшего!) в современных условиях формализации (математизации) факторов, оценки силы их влияния на степень разрешения конфликта методы оптимизации тактико-технических решений (снижение летальности и осложнений), во многом эмпиричны, субъективны. А между тем, тактико-технические решения должны быть математически точными, прогнозируемыми. Следовательно, точность, эффективность, прогнозируемость решений – это и есть аксиологичность решения, является сутью методологической целесообразности.

Резюме.

Когда уже развилась интраоперационная ЭС, необходимая на тот момент операция, сама по себе, может серьезно угрожать жизни пострадавшего, с одной стороны, являясь в то же время самым признанным жизнеспасительным реанимационным пособием, с другой стороны.

С одной стороны, неизбежность ОР и АР не должно пониматься как утверждение безответственности ХБ, а с другой - степень ОР и АР не должен превышать опасность самого жизнеопасного повреждения.

Интеллектуальность членов ХБ следует рассматривать в качестве важного субъективный фактор разрешения ЭС, как способность формулировать цель, ставить задачу, найти оптимальное их решение в нестандартных условиях ЭС.

Задачи целесообразно выделять – стратегические, тактические,

технические и соответственно им три уровня решений: решение со стратегической компонентой; решение внутренних и внешних, ближайших и отдаленных задач; решение сиюминутных целей и задач.

Коллегиальное решение, как тщательно взвешенное, компромиссное решения на основе стратегической, тактической и технической компонентов и возможность корригировать модель своего действия в зависимости от разновидностей ЭС.

Активнее пользоваться «стратегией отчаяния» в ЭСКН и ЭСВЭ, но существует необходимость выработки для ХБ «карт-бланша» в виде «норм-рекомендаций», составленного по разнарядке ЭС, основанной на КП, КУ, КН, КП.

В силу своей агрессивности операции, вред, причиняемый ею пострадавшему, находящимися в ЭСКН избежать нельзя, но этот вред является меньшим, чем последствие неоказания оперативно-реанимационной помощи вообще.

Необходимо IV-V ст. ОР выделить в особую категорию ЭС и условно обозначить как «интраоперационную чрезвычайную ситуацию» (ИОЧС) с соответствующей психологией восприятия этого феномена в порядке «чрезвычайшины», как некой системы взглядов на саму проблему.

Целесообразно разработать «нормы-рекомендации» при ЭС на основе сопоставления с существующими «нормами-требований» и воспринимать его в качестве некоего уравнителя предпринимаемых шагов ХБ у пострадавших с ЭС.

При ЭС необходимо тесное интраоперационное содружество хирургов и анестезиологов-реаниматологов, воспринимаемых в единстве, как ХБ с единой целью усвоение системы совместной оценки ЭС, принятия коллегиально-компетентностых решений.

ХБ следует рассматривать, как «универсальных решателей задач» в стесненных условиях, в особенности подчеркивая их стремление осмысленно варьировать соответствующие свойства ЭС под углом зрения совместных задач, как «вход» в сущность формирования решений.

Тактико-технические решения, предпринимаемые ХБ должны быть точными, прогнозируемыми, результативными – это и аксиологичность решения, как выражение сути методологической их целесообразности.

2.3. Материалы, методология и методы исследования по оценке качества медицинской помощи населению

Предметом исследования явились, во-первых, тенденции и эффективность совершенствования ПМСП, ФАП, ГСВ/ЦСМ, ТБ, ЦОВП в рамках достижения КМП, а, во-вторых, тенденции и результативность профессионального и непрофессионального ДО врачей в рамках достижения КДО. Объектов исследования явились ПМСП, ФАП, ГСВ/ЦСМ, ТБ, ЦОВП, ФОМС, КГМИППК, научно-познавательные технологии, научно-образовательные проекты, учебно-методические программы и планы.

Признаки изучения в аспекте повышения КМП: структурные преобразования в системе медицинских услуг, эффективность управления, состояние здоровья населения, воспроизводство населения. Аспекты управленческой деятельности рассматривались с позиций трансформации системы здравоохранения КР: сокращение числа Л-ПУ, коечного фонда, врачей и средних медицинских работников. Оценка управления КМП основывалась на анализе показателей Л-ПУ и их подразделений.

Признаки изучения в аспекте повышения КПДО: структурно-функциональная модернизация системы ПДО врачей. Оценка КПДО основывалась на моделях развития компонентов ПДО. В работе использован комплекс современных методов анализа: социологический, исторический, метод организационного эксперимента, статистический системный анализ, структурно-логический анализ. Результаты структурных преобразований в системе медицинских услуг оценивались по таким параметрам, как объем и качество медицинских услуг, сокращение числа Л-ПО и коечного фонда.

Источниками информации послужили: данные официальных статистических отчетов; официальные нормативные документы и источники литературы; карты экспертных оценок; анкета по изучению удовлетворенности пациента КМП в «К-СК»; анкета по изучению удовлетворенности пациента КМП на первичном и вторичном уровнях системы здравоохранения КР.

Сведения о заболеваемости и смертности основаны: на статистических материалах РМ-ИЦ МЗ КР за период 2006-2013 гг.; на информации по контролю КМП на уровне ТУ ФОМС за период 2006-2012 гг.; на информации статических отчетов ФОМС при ПКР за период 2006-2012 гг. При этом использованы следующие выкопировки: данных из отчетных статистических

форм; данных из аналитических форм РМ-ИЦ; данных из отчетных статистических форм ФОМС и ТУ ФОМС.

Объемы собственного исследования за период 2006-2012 гг. составили: карта больного, выбывшего из стационара; экспериментальный талон учета медицинских услуг; статистический талон; модели стандартов амбулаторно-поликлинической медицинской помощи для населения; модели структуры системы клинического управления; модели обеспечения и управления КМП; клинические модели; журнал регистрации в МСЭК КР (формы 88.ф.,88.д.).

Заболеваемость изучалась по данным обращаемости за медицинской помощью, а также комплексного медицинского осмотра в ЦСМ/ГСВ ЦОВП,ТБ. Изучены следующие Акты медицинской экспертизы: пролеченного случаев (форма №2 ОМС); летального случая (форма №4 ОМС); карты амбулаторного больного (форма №1 ОМС); случая смерти на дому (форма№3 ОМС). Анализ динамики изменений заболеваемости за период 2006-2012 гг. проводился по показателям: абсолютного прироста; темпа роста; темпа прироста и % прироста. При этом заболевания фиксировались в соответствии с МКБ-10 (1999).

Индивидуальная оценка состояния здоровья оценивалась по критериям Дюкаревой А.М. (1998). Выравнивание динамического ряда осуществлялось путем вычисления скользящей средней. О воспроизводстве населения судили по демографическим показателям (смертность, рождаемость, естественный прирост населения, рост и прирост населения). Данные о численности населения заимствованы из публикаций, отражающих перепись населения на 1989-1999 гг.

Результаты структурных преобразований в системе медицинских услуг оценивались по таким параметрам, как объем и качество медицинских услуг, сокращение числа ЛПО и коечного фонд; количество поликлинического обслуживания; снижением дефекты в обследовании, лечение; снижение смертности и инвалидности. Заболеваемость изучалась по данным обращаемости за медицинской помощью, а также комплексного медицинского осмотра с участием: ГСВ, терапевта, невропатолога, окулиста, хирурга, уролога, инфекциониста, онколога.

Проведен ретроспективный статистический анализ первичных учетно-отчетных материалов по состоянию медицинских помощи в ЦСМ/ГСВ, ТБ, ЦОВП, ФАП, СМП с комплексной экспертной оценкой на основе «Положения

об управления КМП в системе ОМС» (МЗ КР, 2002, №297). Проведен анализ архивных материалов ФОМС, касающихся этапного состояния республиканской системы здравоохранения.

Таким образом, выявление заболеваемости с временной и стойкой утратой трудоспособности, первичного выхода на инвалидность, смертности в трудоспособном возрасте являются результирующими критериями деятельности сектора здравоохранения. Их можно рассматривать также как матрицу исходов, отображающих результаты моделирования в отношении системы здравоохранения.

Проанализированы показатели заболеваемости населения по обращаемости и с временной утратой трудоспособности, а также первичного выхода на инвалидность и смертности населения в трудоспособном возрасте. Для определения адекватности оказанной медицинской помощи бригадой СМП, использовался метод экспертных оценок. В качестве экспертов привлекались наиболее опытные врачи, имеющие стаж лечебной и организационной работы >10 лет и высшую аттестационную категорию

Экспертной оценке было подвергнуто 505 карт вызова СМП, в том числе по поводу заболеваний: ОИМ - 40, ИБС - 84, АГ -151, ОХ - 50, бронхиальная астма - 99, острое нарушение мозгового кровообращения - 29, язвенная болезнь – 13, травмы, отравления - 39 карт. Результаты определение затрат времени при обслуживании вызовов бригадами СМП заносили в специально разработанную хронометражную карту.

Проводилось изучение мнения населения об удовлетворенности организацией и качеством оказания СМП. Статистической обработке было подвергнуто 637 «Анкет изучения мнения населения по вопросам организации и качества оказания скорой медицинской помощи». Проведен опрос 206 медицинских работников станции СМП.

Определены причины несвоевременного, неполного обследования и лечения; изучены факторы, влияющие на качество СМП; степень удовлетворенности населения и медицинских работников организацией и качеством СМП.

Уровень ХЗ наиболее полно отражает эффективность оказания КМП. В практическом плане важно знать не только уровень ХЗ, но и количественный состав больных ХЗ, степень обращения пациента за медпомощью и их потребность в медпомощи. Численность лиц с ХЗ устанавливали на основе

коэффициента хронизации, который определялся по формуле:

Кхр=Х/У

где Кхр-коэффициент хронизации; Х - уровень обращаемости по ранее известному заболеванию; У - уровень первичной заболеваемости по этой же нозологии.

Лицензирование и аккредитация проводилась соответствующей комиссией МЗ КР. Лицензирование медицинской деятельности ЛПУ было проведено с помощью стандартов, которые определяли минимальные уровни ресурсов и условий в них, абсолютно необходимые для осуществления ими профессиональной деятельности. Аккредитационное обследование деятельности Л-ПУ осуществлялось на основе системного подхода с использованием национальной методики экспертных оценок.

Аккредитация включает экспертную оценку качества работы Л-ПУ в целом и отдельных его подразделений и служб. Оценивается соответствие структуры и функции современному уровню развития медицинской науки и техники, задачам здравоохранения и потребностям населения в КМП. Необходимым условием является разработка единых стандартов, которые содержат набор современных технологий, критериев и показателей, относящихся ко всем сторонам деятельности Л-ПУ.

Методика аккредитационного исследования включала в себя проведение экспертизы уровня управления Л-ПУ, профессионализма и квалификационной структуры кадров, материально-технической базы. КМП оценивалось при выборочной проверке историй болезни и амбулаторных карт. Анализу подвергались основные статистические показатели деятельности Л-ПУ в сравнении со средне республиканскими показателями.

Для экспертной оценки деятельности Л-ПУ использовались разработанные интегрированные коэффициенты: качества медицинский службы; коэффициент соответствия стандартам организации управления; коэффициент соответствия стандартам материально-технической базы; коэффициент соответствия стандартам профессионального уровня медицинских кадров.

Применявшиеся для оценки деятельности Л-ПУ коэффициенты соответствия стандартам представляют собой оценку = 1,0, к чему должно стремиться медицинское учреждение. Коэффициент 1,0 предусматривает соответствие стандартам аккредитации = 100%; 0,5 = 50%. Коэффициент не

должен быть >1,0.

Коэффициент соответствия стандартам структуры службы (КС) вычисляется по формуле:

КС = Ф/С

где Ф - фактическое значение критерия (стандарта).

Таким образом, оценка деятельности всего Л-ПУ в целом и его отдельных служб выполнена в цифровом выражении, что дает наглядное представление о Л-ПУ или его отдельных подразделений.

Состояние организации Л-ПУ включают в себя совокупную оценку следующих уровней: управления Л-ПУ и структурными подразделениями; профессиональной подготовленности кадров; состояния материально-технической базы, сервисных услуг.

В процессе проведения аккредитационной экспертизы проводился сбор и анализ необходимого первичного материала и выкопировка данных в экспертные карты критериев оценок деятельности управления учреждений с последующим анализом деятельности руководителя Л-ПУ, его заместителей, а также заведующих подразделениями.

Наличие всех перечисленных критериев в отдельности и совокупности условно принято за коэффициент = 1,0. Алгоритм ведения экспертной карты заключается в том, что при заполнении карты в графе «фактически» проставляется наличие или отсутствие данного критерия соответствующими знаками(+) или (-) , или проставляется соответствующее значение критерия 0-1,0. В том случае, если проставлен знак (+) то коэффициент соответствия (КС) = 1,0. Если выставлен знак (-) то, соответственно, коэффициент = 0.

КС стандартам по каждому критерию рассчитывается по вышеприведенной формуле. Затем вычисляется коэффициент результативности (КР) для каждого руководителя по формуле:

$$КС_1+КС_2+КС_3+.. .КС_n$$

где n - количество критериев; $КС_1$,$КС_2$,$КС_3$ и т.д. – КС по каждому критерию.

После этого заполняется оценочная таблица и вычисляется оценка уровня управления ЛПУ в части врачебные службы:

$$КР_1+КР_2+КР_3+... КР_n$$

где n - количество должностей; $КР_1$,$КР_2$,$КР_3$ и т.д. – КР по каждой должности.

КМП оценивается путем экспертизы первичной медицинской документации: медицинских карт амбулаторного и стационарного больных. Рассматривались случаи заболеваемости, смертности и первичного выхода на инвалидность, уровень процесса выявления, диспансеризации и госпитализации по индикаторным заболеваниям органов.

Экспертами ФОМС выполнена экспертиза на уровне стационаров за 2012 г. в объеме 12360 медицинских карт, что составляет 2,7% количества пролеченного случая в 32 проверенных Л-ПУ. Данные по каждой амбулаторной карте или истории болезни заносятся в стандартные карты: «Экспертная оценка качества медицинской помощи больным в стационарных учреждениях»; «Экспертная карта оценки качества медицинской помощи больному в ЦСМ/ГСВ».

Коэффициент соответствия технологии оказания медицинской помощи высчитывается по формуле:

(N-l)-0,l x d,

где n - число экспертиз первичной медицинской документации; 1 - число отклонений от стандартов качества; d - количество грубых дефектов.

Показателем экономической эффективности оказываемой медицинской помощи является величина затрат, связанных с медицинским обслуживанием больных на этапе ПМСП и при госпитализации. Нами были произведены расчеты по «стандартным» значениям вышеуказанных экономических затрат.

При этом в качестве базовой информации были использованы: 1) данные нозологических форм по первичной медико-статистической документации, в результате обработки которых и с помощью деления всего объема конкретного мероприятия на число больных рассчитана кратность медицинских мероприятий по выделенным заболеваниям; 2) для определения затрат на каждое медицинское мероприятие его стоимость умножали на его кратность и полученные величины суммировали.

Стоимость медицинских услуг и другие экономические показатели были получены из утвержденных источников ФОМС, местных органов управления и территориального управления ФОМС, а также прейскурантов аптек. Завершением всех указанных анализов было применение методов моделирования, которые были инструментами для развития системы управления КМП населению КР.

Нами впервые составлены процессные модели на триадной основе. По

нашему мнению, процессная модель представляет собой описание здравоохранения, Л-ПУ, ПДО и ЭХ, как целостных систем со всеми взаимосвязанными в ней компонентами, наделенными организационно-управленческими, материально-техническими, научно-образовательными функциями.

На наш взгляд, значимость этих моделей заключается в том, что соответствующая деятельность представляют собой набор тех или иных процессов, проанализировав которых можно определить его влияние и вклад в достижение конечных результатов, а управляя характеристиками процессов, можно целенаправленно влиять на результирующие составляющие всей деятельности.

В целом, нами созданы процессные модели по системам: «Здравоохранение», «Л-ПУ», «ПДО», «ЭХ». Они связывают все элементы деятельности между собой и ориентирует каждый из них на достижение общей цели. На наш взгляд, в системе здравоохранения важно оценить взаимосвязь триады компонентов: 1) «К-СК»; 2) «А-ПК»; 3) «М-СК», а в системе «Л-ПУ» триады компонентов: 1) «О-УК»; 2) «Т-РК; 3) «П-КК», тогда как в системе ПДО - триады компонентов: 1) «О-ОК»; 2) «У-МК»; 3) «К-ЛК». На наш взгляд, триадный подход к оценке процессных моделей указанных компонентов позволяет не только провести симметризацию, но и моделировать роль указанных компонентов триад.

В системе улучшения КМП важное место занимает управление КМП. КК – это мера процесса, дающая возможность: оценить степень достижения приоритетных задач; степень выполнения стандартов; эффективность медицинской помощи. КК врачебной помощи, ориентированные на достижение приоритетных задач, должны быть: взаимосвязаны между собой; научно обоснованными; реально достижимыми; иметь количественные или качественные выражения.

На наш взгляд, важно выделить критерий квалификации (ККвал.), который служит дополнительным рычагом в системе управления, как КМП, так и КДО, поскольку обеспечивает конкретизацию поставленных задач и является ориентиром. Выделены 4 группы ККвал.:

1-я группа - проведение инструментальных и лабораторных исследований, направление больных на консультацию к другим специалистам, на реабилитацию и госпитализацию; проведение лечебных и

восстановительных мероприятий.

2-я группа - полнота и адекватность профилактических мероприятий и процесса диспансерного наблюдения; полнота, обоснованность и соответствие принятым стандартам диагностических исследований, обоснованность направления больных на консультацию и лечение к другим специалистам, на госпитализацию, наличие выставленных неправильных диагнозов, больных, направленных в стационар без диагноза или с нечетко обоснованным диагнозом; полнота, обоснованность и соответствие принятым стандартам проводимых лечебных и восстановительных мероприятий.

3-я группа - этико-деонтологические показатели: наличие жалоб и критических замечаний в адрес медицинского работника; отношение пациента к врачу: уважение, признание его авторитета; отношение врача к пациенту и его родственникам: уважение, передача им полной, исчерпывающей и точной информации, обеспечение реальной и одинаковой доступности услуг всем пациентам, доверие и взаимопонимание между врачом и пациентом.

4-я группа - показатели экономической эффективности качества: фактическая стоимость медицинских услуг; число и структура посещений в течение года к врачу или число занятости коечного фонда в году, предлагается новый подход, направленный на оценку результата работы по выполнению приоритетных конечных задач

КК врачебный помощи, отражающие ее процесс, разделены на две группы: 1) количественные показатели процесса врачебный помощи, которые отражают достижения конечных результатов деятельности врачебный службы; 2) функциональные показатели процесса врачебный помощи, отражающие своевременность, обоснованность, степень квалификации и этико-деонтологический уровень оказания врачебный услуг.

Дифференциация КК врачебный помощи для различных этапов построена на принципе декомпозиции. При этом учитываются материально-технические, кадровые возможности каждого этапа, оптимальные объемы оказываемой профилактической, диагностической, лечебной и восстановительной помощи.

Об эффективности реабилитационных мероприятий судили по показателю **«У/З»** - отношению умерших (У) к заболевшим (З). Чем выше числовое выражение данного показателя, тем ниже эффективность проводимых реабилитационных и профилактических мероприятий. Этот показатель рассматривался нами в динамике, что позволило оценить КМП.

Статистическая обработка материалов проведена по методике социально-гигиенического исследования Мерков А.М., Поляков Л.Е. (1974). Статистический анализ применялся в случаях необходимости получить качественные характеристики изучаемых процессов и явлений на основе количественных данных. Оценка достоверности различия сравниваемых величин проводилась по критерию Стьюдента (t) и уровню вероятности безошибочного прогноза (P). При этом (P<0,05) соответствовала уровню значимости 95% вероятности безошибочного прогноза, (P<0,01) - 99% и соответственно (P<0,001) - 99,9%.

2.4. Материалы, методология и методы исследования по оценке качества последипломного образования врачей

Источник информации: статистические материалы КГМИППК за период 2006-2012 гг. В качестве основных методов в исследовании использованы: метод целенаправленного построения систем новых теоретических представлений, синтезированных на совокупности элементов сопоставления «нового» и «старого» в соответствующих теориях; сравнительно-сопоставительный метод на базе различия и общности концепций «старого» и «нового» применительно к предмету исследования;

В процессе работы использованы: методы моделирования теоретически прогнозируемых или вероятностных ситуаций в региональной и здравоохранительной политике страны; метод реконструкции и деконструкции без вмешательства исследований; метод типологизации (исторический аспект) и классификация (логический аспект) теоретико-прикладных фактов.

Работа опирается: на работы, которые составляют методологическую основу исследования, в частности касающейся разработки вопросов оптимизации здравоохранения КР; на работы, которые составляют идейно-теоретическую базу исследования (идеи, схемы, модели, гипотезы, концепции и пр.); на работы, которые составляют основу исследования в научно-прикладном значении.

В качестве материала использованы не только разнообразный источниковый материал, но и отдельные результаты исследований, проведенных научным консультантом – д.м.н., проф. М.М.Каратаевым в течение последних 10 лет (2007-2016 гг.).

Одним из основных методических процедур исследования – это метаанализ - анализ анализов, выполненных исследований по изучаемой проблеме с последующей их суммарной обработки. В этом аспекте, хотелось бы отметить тот факт, что нами использованы результаты проведенных исследований (2000-2010 гг.) к.м.н., доцента Кочкорова М.К. (2005-2016 гг.).

В работе использованы и методы эмпирических исследований (наблюдение, фронтальные и индивидуальные беседы и обсуждения. Идеи, подходы, итоги и выводы представляют определенную ценность для стратегии системы здравоохранения и ПДО врачей.

Нами использованы триадный подходы. Триада – это результат простой «схематизации» анализируемого материала: 1) Отбор значимых частей «схематизируемого» объекта; 2) Дополнение частями и «достраивание» объекта; 3) Обобщение элементов конструкции, каждый из которых трактуется как «тот же» объект, как его «состояние». В целом, работа построена на логике конкретизации мысли, логике систематического уточнения. Триада выступает в качестве семантического конфигуранта, способствующего воссозданию иерархии компонентов. В указанном аспекте, триада является необходимым «технологическим» условием прихода к понятиям, к их конструированию.

Резюме.

Во-первых, не существует абсолютной, прямой корреляционной связи между процессом и результатами, характеризующими врачебной помощь. Даже при исключительно качественном, в высшей степени квалифицированном медицинском обслуживании, не может быть получена полная гарантия благоприятного исхода, ведь здоровье человека зависит от множества факторов, в том числе и таких, которые выходят за пределы деятельности врача и соответствующей службы.

Во-вторых, даже при достижении позитивного результата работы системы необходимо знать, какие процессы этому способствовали, а какие, наоборот, играли негативную роль, что крайне важно для дальнейшего обеспечения высокого качества врачебной службы.

В-третьих, критерии КМП, называемые результирующими, отражают результат деятельности не только медицинской службы, но и социальных, политических и других воздействий.

В-четвертых, нужно учесть то обстоятельство, что на современном этапе

развития общества, трансформации научно-познавательной стратегии, становления нового мышления, здравоохранение, Л-ПУ, ПДО и ЭХ следует рассматривать как системы и оценивать их на основе триадного, процессного, системно-ответственного подходов, так как именно такие подходы обеспечивают не только корректность оценки, но и четкие смысловые и ценностные ориентиры, представляя собой универсальные принципы схематизации и симметризации исследуемых компонентов.

ГЛАВА 3. ТРИАДНАЯ МОДЕЛЬ РАЗВИТИЯ КАЧЕСТВА НА УРОВНЕ СИСТЕМЫ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

Учитывая то, что в системе экстренной хирургии (ЭХ) именно умение находить выход из экстренных ситуаций (ЭС) представляет собой наиболее сложный и критически значимый аспект профессиональной деятельности хирургической бригады (ХБ), включающей хирургов и анестезиологов-реаниматологов, которые вынуждены принимать решения, непосредственно угрожающие жизни пациента, в условиях крайне ограниченного временного ресурса и дефицита диагностической информации, нами была разработана и обоснована ключевая триада компонентов системы ЭХ, обеспечивающих достижение высокого качества интраоперационной помощи (КИОП). Данные компоненты включают:

«К-ПК» - клинико-психологические аспекты разрешения интраоперационных ЭС у пострадавших, находящихся в экстремальная ситуация риска (ЭСР), экстремальная ситуация крайней необходимости (ЭСКН) и экстремальная ситуация вынужденного эксперимента (ЭСВЭ), выявления психологических особенностей принятия решений, оптимальная мотивировка решений и их исполнений;

«О-МК» - организационно-методические аспекты разрешения интраоперационных ЭС у пострадавших, находящихся в ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ, определения формата и уровня принятия решений, параметров и сроков реализации решений;

«Т-ТК» - тактико-технические аспекты разрешения интраоперационных ЭС у пострадавших, находящихся в ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ, определение методов и технологий оказания помощи.

Процессную модель компонентов системы ЭХ, направленного на повышение КИОП можно представить в виде трилистника (рисунок 3.1).

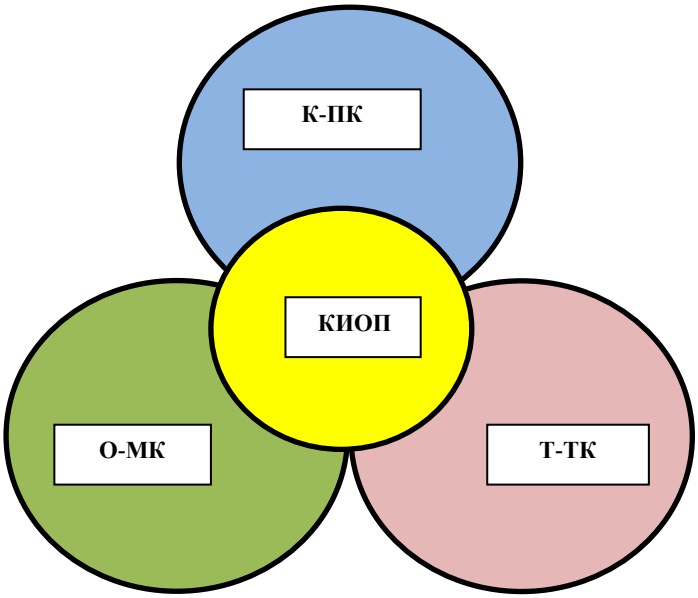

Рисунок 3.1 - Процессная модель триады компонентов системы ЭХ.

Основная цель данной главы заключается в проведении комплексного анализа процессной модели эволюции триады взаимосвязанных компонентов системы ЭХ, представленной в виде следующих функциональных связей: «К-ПК», «О-МК», «Т-ТК». В рамках исследования предполагается провести анализ параллелизма в эволюции данных компонентов, что позволит выявить ключевые точки их конвергенции в контексте повышения эффективности интраоперационного менеджмента.

3.1 Развитие клинико-психологического компонента

Задачей данного раздела является освещение клинико-психологических аспектов разрешения интраоперационных ЭС. Как подчеркивалось в первой главе, эффективное разрешение экстремальных хирургических ситуаций (ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ) требует от членов хирургической бригады комплексной интеграции когнитивных процессов стратегического планирования, слаженного междисциплинарного взаимодействия и прецизионного выполнения технических манипуляций в условиях выраженного временного и информационного дефицита. В момент непосредственного развития ЭС, когда разразилась хирургическая либо анестезиолого-реанимационная ЭС, нужна

четкая реакция ХБ по его разрешению. На таблице 3.1.1 отображены ассоциированные факторы ЭС.

Таблица 3.1 – Частота ассоциированных факторов ЭС (по данным опроса членов ХБ и экспертизы протоколов) у пострадавших (n-100)

Ассоциированные факторы ЭС	n,%
Ситуация встретилась впервые, а потому были трудности в принятии решений	72
Недостаточный общий опыт оказания оперативно-реанимационной помощи	33
Недосмотр или небрежность, как в оценке ЭС, так и в принятии соответствующих решений по их коррекции в момент операции	15
Спешка, обусловленная ситуацией в операционной, поспешность в принятии тех или иных решений по коррекции ЭС	48
Ограничение визуального и лабораторно-инструментального контроля за динамикой изменения интраоперационных параметров, важных для принятия решения	36
Недостаточное знание анестезиолого-реанимационных технологий во время оказания оперативно-реанимационной помощи в ЭС	30
Недостаточное знание хирургических технологий во время оказания оперативно-реанимационной помощи в ЭС	41
Другие отвлекающие действия во время наркоза+реанимации+операции	40
Склонность хирургов излишне считаться с мнениями анестезиологов-реаниматологов и, наоборот.	54
Незнание вероятных возможностей операции, как реанимационной методики, а также, наоборот, незнание возможностей реанимации	42
Неадекватный контроль со стороны старших коллег	33

Как видно из таблицы 3.1.1, почти ¾ членов ХБ отметили новизну и необычность ЭС. Почти в ½ части случаев ЭС члены ХБ отметили спешку, обусловленную сложностью ЭС в операционной. Естественно, решения со стороны ХБ в этих условиях предпринимались поспешно, а потому неэффективно. 42% врачей ХБ отмечали слабую их ориентировку в вопросах

вероятных возможностей операции, как реанимационного пособия.

1/3 опрошенных членов ХБ признавались в том, что в операционной не было надлежащих условий для интраоперационного слежения за параметрами пострадавшего. Более ½ опрошенных хирургов признавались и в том, что в ЭС в операционной были склонны прислушиваться к анестезиологам-реаниматологам в процессе принятия решений.

Со стороны экспертов были высказаны мнения о том, что в 41% случаев хирурги проявили недостаточное знание в отношении хирургической тактики и технологии, применяемых в хирургии ЭС. Они также заметили, в 40% случаев имели место и прочие отвлекающие факторы во время оказания оперативно-реанимационной помощи пострадавшим.

Как показывает практика, в условиях экстренных ситуаций профессионализм и мастерство членов ХБ нередко выходят за рамки традиционных представлений о медико-организационных и научно-технических аспектах. В подобных обстоятельствах успешное ведение пациентов требует не только глубокой теоретической подготовки, но и высокой адаптивности, оперативного клинического мышления и способности принимать решения в условиях дефицита времени и ресурсов. Однако не каждая хирургическая бригада обладает необходимыми компетенциями для эффективного управления экстренными случаями, что подчеркивает значимость целенаправленного обучения и совершенствования соответствующих навыков.

С нашей точки зрения, процесс подготовки ХБ должен быть максимально адаптирован к реалиям ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ,. Эти условия характеризуются высокой изменчивостью, временным дефицитом, значительной интенсивностью работы, сложностью клинических ситуаций, неопределенностью исходов, а также повышенными рисками и угрозами для жизни пациентов. В связи с этим ключевым аспектом подготовки специалистов становится формирование у них готовности к эффективному реагированию на динамически изменяющуюся клиническую обстановку.

Подходы к разрешению экстренных ситуаций, включая алгоритмы действий и тактико-стратегические решения, представлены на рисунке 3.1.1.

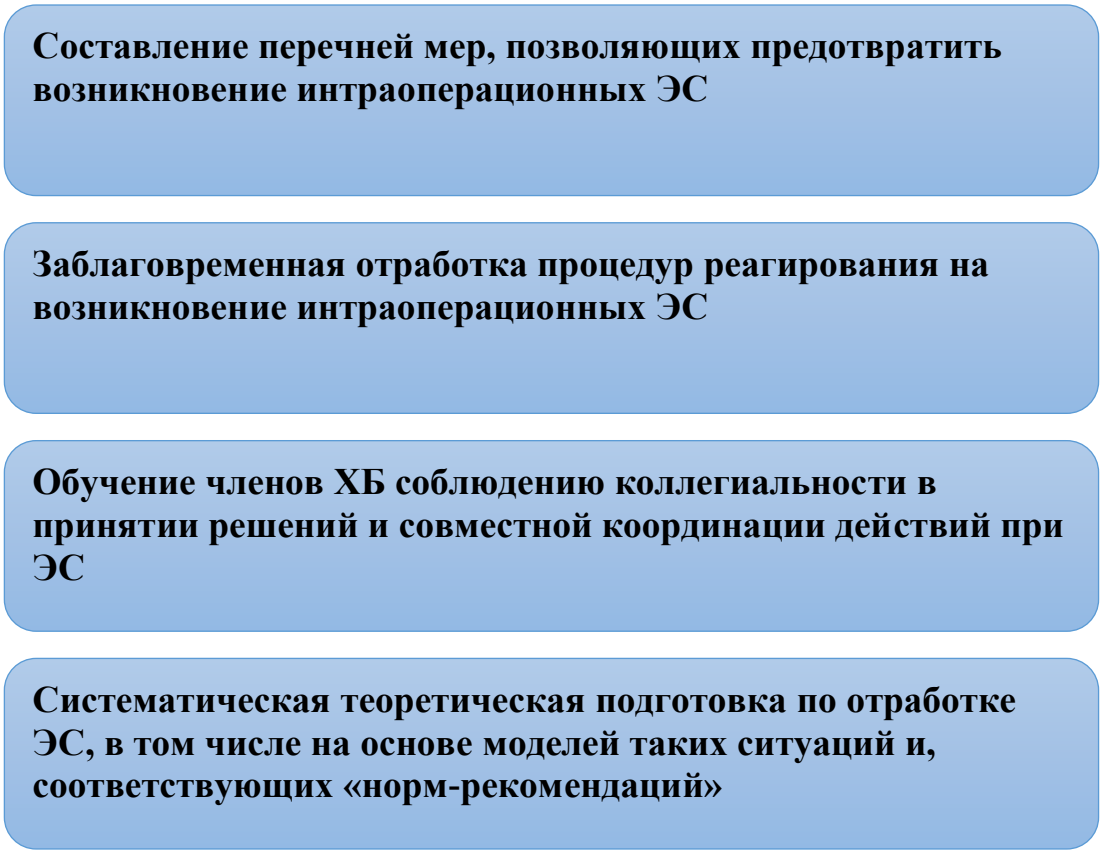

Рисунок 3.1.1 - Подходы к разрешению ЭС.

Следует глубже осознать, что ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ представляют собой значительные препятствия для эффективного применения традиционного клинического опыта членов ХБ при оказании помощи пациентам с тяжелыми травмами и политравмой. В подобных условиях стандартные алгоритмы действий могут оказаться недостаточными, а сложность и динамичность оперативного процесса требуют от специалистов принятия решений в условиях высокой неопределенности и ограниченного времени. Именно здесь особое значение приобретает теория принятия динамических решений, направленная на поиск наиболее рациональных стратегий выхода из ЭС с минимальными рисками для пациента.

Одним из ключевых аспектов хирургической практики в ЭС является понимание феномена интраоперационного кризиса. С нашей точки зрения, это критический период оперативного вмешательства, характеризующийся резким

возрастанием уровня опасности, нестабильностью состояния пациента и высокой вероятностью развития тяжелых осложнений, вплоть до летального исхода. Динамика кризисной ситуации определяется не только характером повреждений, но и совокупностью физиологических, технических и организационных факторов, что делает процесс принятия решений особенно сложным. Хотя медицинские знания и профессиональные навыки безусловно играют решающую роль в управлении подобными ситуациями, их одного недостаточно. Для эффективной стабилизации состояния пациента хирургическая бригада должна обладать целостным представлением о клинической картине, оперативно анализировать изменения параметров жизнедеятельности и грамотно адаптировать лечебную тактику с учетом текущих обстоятельств.

Следует подчеркнуть, что интраоперационная среда представляет собой сложную, высокодинамичную систему, в которой одновременно взаимодействует множество факторов – от технических параметров анестезиологического сопровождения до гемодинамических и коагуляционных изменений в организме пациента. Сочетание их нестабильности и многообразия значительно повышает вероятность возникновения ЭС и усложняет процесс их разрешения. В условиях операционной необходимо принимать во внимание не только клиническую картину, но и динамику патологического процесса, потенциальные осложнения, возможности имеющегося оборудования, уровень готовности персонала и даже психологические аспекты взаимодействия внутри хирургической команды.

Не менее важным является осознание того, что травмированный пациент представляет собой сложную биологическую систему, включающую ряд неопределенностей. В большинстве случаев его состояние невозможно объективно оценить в полной мере, что вынуждает врачей опираться на интерпретацию клинических признаков и данных инструментального мониторинга. Однако даже современные методы диагностики далеки от абсолютной точности:

- Во-первых, значительное влияние оказывает субъективный фактор, связанный с восприятием врачебной команды, интерпретацией симптоматики и погрешностями в принятии решений.
- Во-вторых, даже инвазивные диагностические методики, включая мониторинг гемодинамических параметров, не застрахованы от артефактов и ошибок. Например, наличие сопутствующих патологий, нарушение периферической перфузии или технические сбои могут исказить показатели, затрудняя их корректную трактовку.

Таким образом, успешный выход из интраоперационного кризиса требует не только высокого уровня профессионализма, но и умения анализировать ситуацию в режиме реального времени, адаптируя лечебную тактику к динамически изменяющимся условиям. Только комплексный подход, основанный на глубоком понимании физиологических процессов, владении современными технологиями и эффективном командном взаимодействии, способен минимизировать риски и повысить вероятность благоприятного исхода при выполнении сложных хирургических вмешательств в условиях ЭС.

Неадекватное разрешение ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ зачастую обусловлено целым рядом факторов, включая системные просчеты в процессе принятия решений. Ошибки могут быть следствием не только индивидуальных профессиональных действий, но и управленческих решений, начиная от недостаточной организации работы лечебно-профилактического учреждения (Л-ПУ), неэффективного распределения кадров, несбалансированного приоритета в оперативной деятельности хирургической бригады (ХБ), о чем подробнее будет сказано ниже.

Немаловажную роль в возникновении и развитии экстремальных ситуаций играют клинико-психологические аспекты принятия решений, оказывающие непосредственное влияние на успешность оперативного и реанимационного процесса. Первичные психологические предпосылки, традиционно рассматриваемые как базовые факторы, формирующие рабочие действия членов ХБ, включают следующие ключевые элементы:

- Психологическая несовместимость членов бригады, приводящая к коммуникативным барьерам и недостаточной координации.
- Различие в уровне опыта и навыков, которое может провоцировать как гиперопеку менее опытных специалистов, так и игнорирование их мнения.
- Индивидуальные особенности характера и поведения, способные формировать различные подходы к решению клинических задач, что в условиях высокой нагрузки приводит к конфликтам.
- Физиологические и психоэмоциональные состояния, включая усталость, стресс, однообразие работы и физическое недомогание, которые могут снижать концентрацию внимания и повышать вероятность ошибок.

Оптимальная стратегия коррекции экстремальных ситуаций (ЭСР, ЭСКН, ЭСВЭ) должна представлять собой сбалансированный компромисс между необходимостью оперативного вмешательства и минимизацией сопутствующих рисков. Хирургическая бригада обязана действовать с высокой степенью ответственности, профессиональной компетентности и слаженности, поскольку любые отклонения в командном взаимодействии могут привести к критическим последствиям.

Необходимо четко осознавать, что в процессе оперативно-реанимационной помощи между членами ХБ может возникать психологическое давление, способствующее принятию поспешных решений, недопониманию, а иногда и полному игнорированию мнений коллег. В результате это приводит к выбору неадекватной тактики лечения и увеличению вероятности развития интраоперационных осложнений.

Важно учитывать, что множество мелких проблем психологического характера, возникающих в разных подсистемах профессиональных взглядов и убеждений, способны суммарно привести к более серьезной экстремальной ситуации, чем каждая из них по отдельности. Например, ошибка, вызванная субъективными психологическими факторами, может не только осложнить решение текущей клинической проблемы, но и отвлечь внимание бригады от более значимых аспектов ведения пациента.

На сегодняшний день не существует универсальных критериев для четкой категоризации стадий развития интраоперационных проблем, что значительно затрудняет стандартизацию тактики выхода из ЭС. В рамках настоящего исследования под экстремальной ситуацией понимается динамическая проблема, которая не разрешается самостоятельно и имеет тенденцию к прогрессированию. Ее наличие свидетельствует о потенциальной угрозе неблагоприятного исхода, если не будут приняты своевременные меры по ее коррекции.

Таким образом, критический анализ взаимодействия хирургической бригады в условиях ЭС, а также разработка алгоритмов принятия решений в ситуации острого дефицита времени являются важнейшими аспектами повышения безопасности и эффективности хирургического лечения. На рисунке 3.1.2 представлена схема путей развития и взаимодействия проблем, возникающих в ходе оперативного вмешательства.

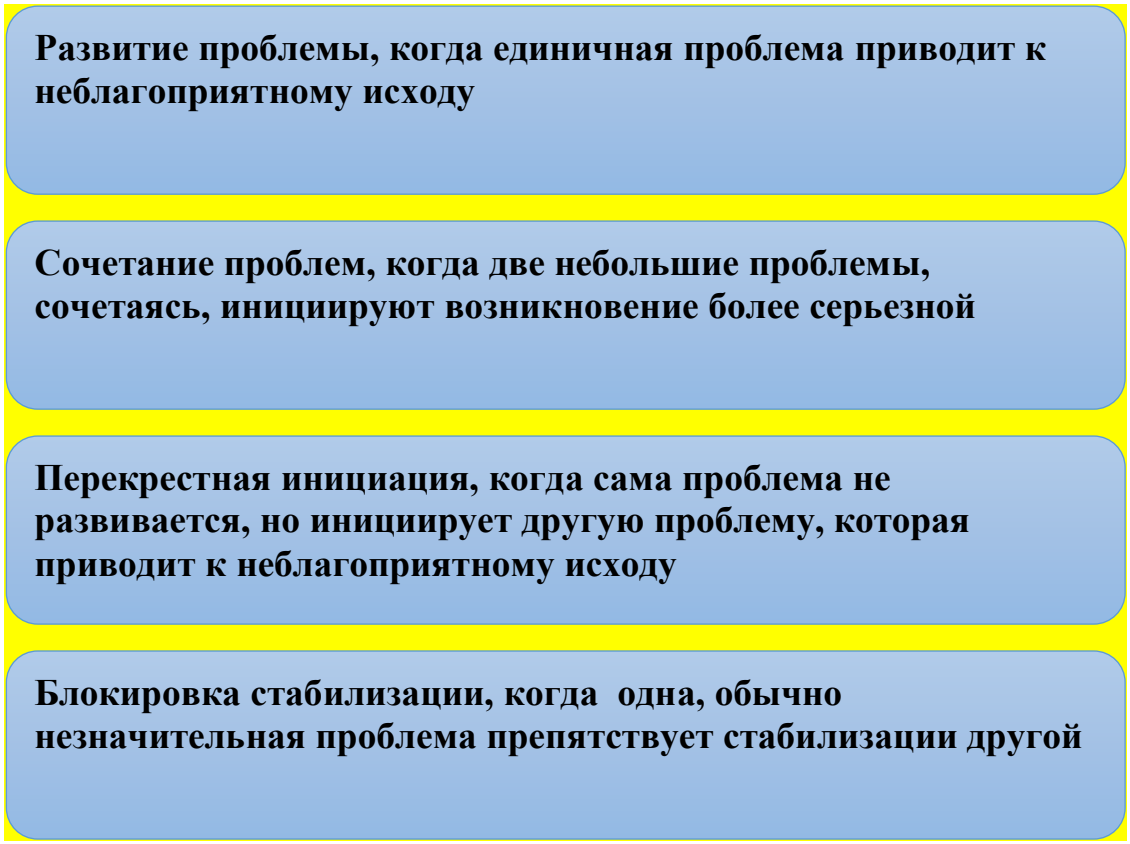

Рисунок 3.1.2 - Схема путей развития и взаимодействия проблем.

В клинической практике процесс мышления и принятия решений членами ХБ реализуется на нескольких взаимосвязанных когнитивных уровнях, обеспечивающих возможность параллельной обработки информации и использования многоцелевого подхода. Это позволяет хирургу и его ассистентам оперативно анализировать ситуацию, адаптироваться к динамически меняющимся условиям и принимать решения с учетом имеющегося опыта и текущих обстоятельств.

Различают три ключевых уровня когнитивной деятельности:

1. ***Сенсорно-моторный уровень.*** Данный уровень включает действия, связанные с сенсорными и моторными аспектами хирургического процесса. Они осуществляются автоматически, с минимальным участием сознательной обработки информации. Это включает отточенные, скоординированные и рефлекторные движения, выполняемые на основе длительной профессиональной подготовки. Например, моторные навыки, такие как наложение шва, координация работы рук при лапароскопических вмешательствах или использование инструментов, доводятся до автоматизма, что позволяет хирургу высвободить когнитивные ресурсы для более сложных аналитических процессов.

2. ***Процедурный уровень.*** Этот уровень характеризуется выполнением стандартных алгоритмов и субрутинных процессов в привычных клинических ситуациях. Он основан на прошлом опыте хирурга и его команды и включает повторяющиеся этапы оперативного вмешательства, которые уже были многократно отработаны в практике. Процедурное мышление обеспечивает высокую скорость принятия решений в рутинных условиях, когда возможны типовые сценарии развития событий.

3. ***Уровень абстрактного мышления.*** Данный уровень особенно важен при возникновении нестандартных ситуаций, когда отсутствуют готовые алгоритмы или прецеденты, позволяющие выбрать оптимальную тактику. В условиях ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ абстрактное мышление позволяет хирургу быстро оценивать возможные сценарии развития событий, анализировать

вероятные последствия и находить нестандартные решения. В отличие от предыдущих уровней, здесь задействуется критический анализ, прогнозирование и творческий подход, что особенно ценно при нестабильной гемодинамике пациента, неэффективности стандартных методик или необходимости срочной коррекции осложнений.

В процессе развития экстремальной ситуации распознавание и своевременная коррекция критических событий требуют специального механизма принятия динамических решений. Такой процесс включает непрерывный мониторинг параметров жизнедеятельности пациента, быструю обработку поступающей информации и адаптацию тактики ведения в зависимости от изменений клинической картины.

Таким образом, эффективность работы хирургической бригады в условиях ЭС напрямую зависит от способности членов команды гибко переключаться между различными когнитивными уровнями мышления, сочетая моторную автоматизацию, использование процедурных алгоритмов и аналитическое прогнозирование. Только при наличии высокой координации, согласованности и профессионализма возможно успешное разрешение кризисных ситуаций в операционной.

Схема взаимосвязи этих уровней мышления и их роли в динамическом процессе принятия решений представлена на рисунке 3.1.3.

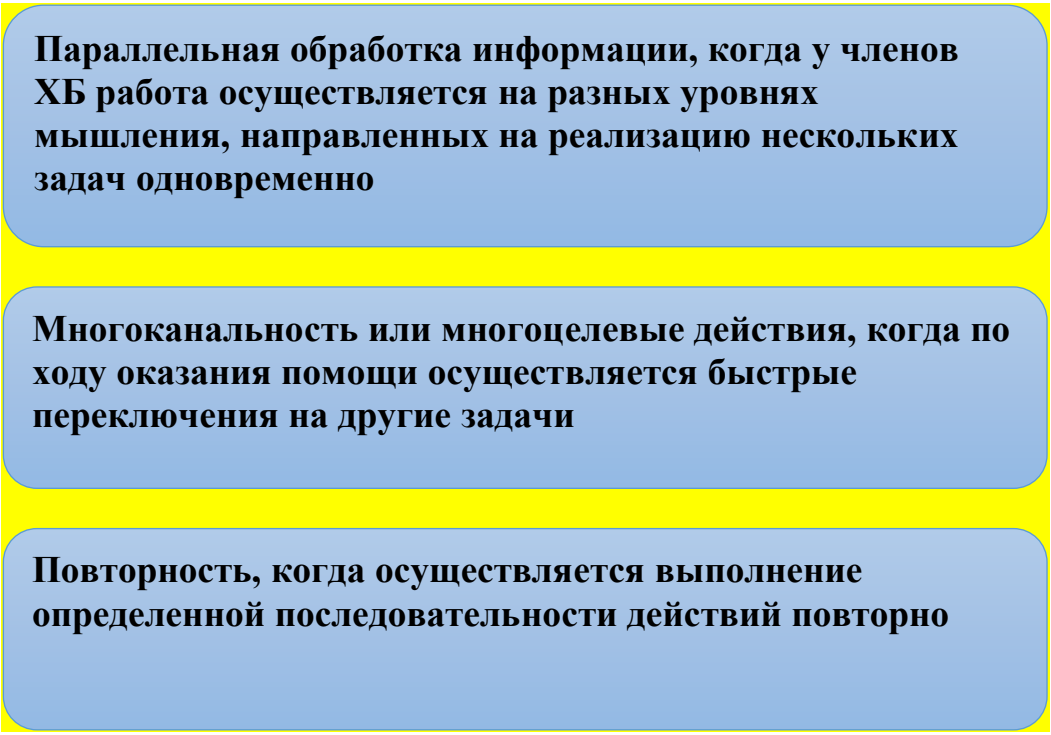

Рисунок 3.1.3 - Схема процесса динамических решений ХБ в ЭС.

В рамках комплексной модели принятия решений при ЭС эффективность управления динамически изменяющейся интраоперационной средой напрямую зависит от способности ХБ своевременно анализировать, интерпретировать и интегрировать многочисленные источники поступающей информации.

Ключевыми компонентами информационного потока являются:

- Непосредственные клинические наблюдения за пациентом, включая его физиологическое состояние, степень кровопотери, мышечный тонус и реакцию на проводимые манипуляции.
- Данные электронного мониторинга, охватывающие показатели гемодинамики (артериальное давление, частоту сердечных сокращений), оксигенацию (сатурацию кислородом), показатели кислотно-основного состояния и другие параметры, требующие постоянного контроля.
- Визуальный анализ операционного поля, включающий оценку степени кровотечения, состояния тканей, адекватности коагуляции и изменений анатомических ориентиров.
- Контроль за действиями операционной бригады, координация работы хирурга, ассистентов, анестезиологов и медицинских сестер для поддержания

согласованности и оперативности манипуляций.

- Оценка динамики кровопотери, учитывающая количество жидкости в аспирационных системах, степень насыщения использованных тампонов, объем инфузионной терапии и скорость восполнения циркулирующего объема крови.
- Результаты дополнительных исследований, поступающих во время операции, включая лабораторные анализы, рентгенологические, ультразвуковые и другие инструментальные методы диагностики, позволяющие своевременно скорректировать тактику хирургического вмешательства.

Основная сложность принятия решений в условиях ЭС заключается не только в считывании параметров, но и в их комплексной интерпретации, требующей мгновенного анализа всех доступных данных с учетом их взаимного влияния. Более того, хирургическая бригада должна сохранять способность к многозадачной деятельности, оперативно переключаясь между различными аспектами вмешательства, не снижая уровня концентрации.

Для минимизации вероятности ошибок и обеспечения эффективного процесса принятия решений, целесообразно использовать структурированную схему, отражающую последовательность когнитивной обработки информации и алгоритм действий в условиях ЭС. Данная схема представлена на рисунке 3.1.4.

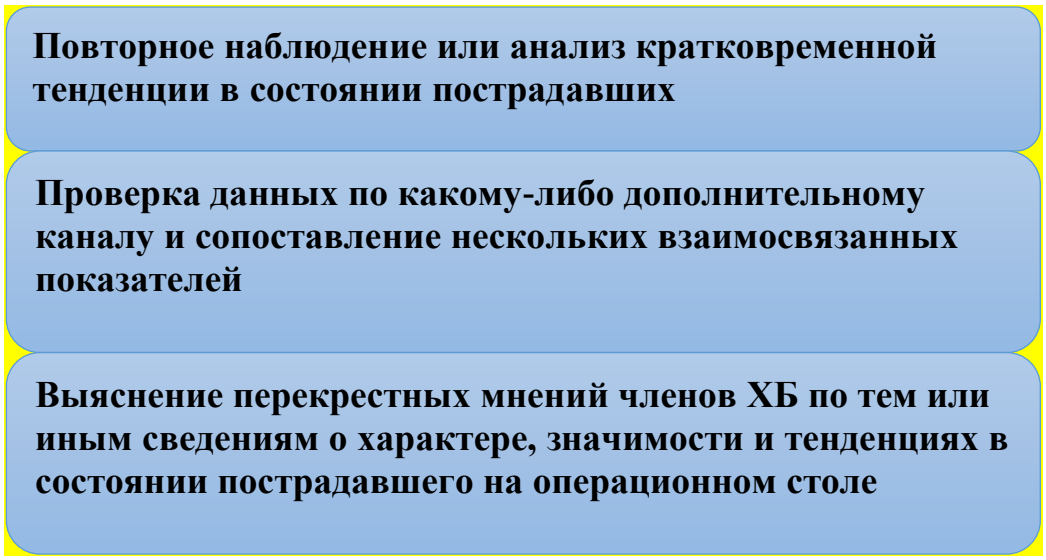

Рисунок 3.1.4 - Схема действий ХБ во избегания нарушений процесса принятий решений в ЭС.

В условиях ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ хирургическая бригада часто прибегает к стратегии приближенных выводов, которая в психологии определяется как эвристическая. Альтернативным подходом является коллегиальный выбор наиболее реалистичного решения.

Опытные члены ХБ, выявляя интраоперационные проблемы, должны действовать быстро, предотвращая каскад осложнений, ведущий к катастрофическим последствиям. Однако формально-дедуктивный метод в таких условиях неприменим, поскольку внимание хирургов распределяется сразу между несколькими задачами и когнитивными процессами.

При многоцелевой деятельности контрольные механизмы распределяют ограниченный ресурс внимания, что может приводить к следующим ошибкам:

1. Ошибка автоматизма – привычное действие заменяет требуемое (эффект «силы привычки»).
2. Ошибка предписания – выполняется корректное действие, но оно оказывается неуместным.
3. Ошибка памяти – пропуск важного шага в последовательности действий.
4. Ошибка последовательности – корректные действия осуществляются в неправильном порядке.
5. Ошибка типа действий – выбранный алгоритм подходит для другой ситуации, но не для данной.

Для успешного принятия решений ХБ должна непрерывно оценивать динамику состояния пациента:

- Улучшение или ухудшение ситуации?
- Появились ли новые осложнения?
- Корректно ли была проведена первоначальная диагностика?

Если повторная оценка оказывается ошибочной или план адаптации

неадекватен, возникают субъективные искажения, характерные для ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ.

Три основных когнитивных искажения:

1. «Так и только так» – игнорирование новой информации, отказ пересмотреть тактику, рассеивание внимания на второстепенные аспекты.

2. «Все, что угодно, только не это» – избегание решительных действий перед лицом критической проблемы, несфокусированный поиск данных, не связанных с катастрофической угрозой.

3. «Все в порядке» – отрицание наличия ЭС даже при явных признаках, объяснение отклонений артефактами, отказ от привлечения дополнительной помощи.

Применение структурированного подхода к анализу и минимизация субъективных искажений критически важны для оптимального управления экстремальными ситуациями в хирургии.

Таблица 3.1.1 - Примеры интраоперационных ЭС к модели динамического принятия решения

Пример ЭС	Возможные недостатки в компонентах решения
Гипотензия не замечена	- Неверное распределение внимания - Действие отвлекающих обстоятельств или перенапряжения - Потеря бдительности вследствие усталости или однообразия работы - Проблема взаимодействия в системе «человек-машина»
Гипотензия замечена, но оставлена без внимания	- Недостаточная проверка данных интраоперационных исследований - Восприятие показателей, как «мнимая тревога» - Ошибка фиксации типа «все в порядке»
Гипотензия замечена и верифицирована, как истинная, но не расценена как проблема	- Недостаточные распознавание проблемы и оценка ЭС - Ошибка фиксации типа «все в порядке»
Гипотензия расценена как проблема, но не	- Ошибка в расстановке приоритетов внимания и действия

заслуживающая первоочередного внимания	
Гипотензия расценена как серьезная, но меры не приняты	- Недостаток заранее заготовленных вариантов действий - Отсутствие абстрактного мышления для развития заготовленных вариантов
Меры приняты, но малоэффективные и несвоевременные	- Неправильное планирование действий - Ошибка фиксации типа «всё в порядке» - Нерешительность, медлительность
Действительные причины гипотензии оказались не теми, что предполагались вначале	- Отсутствие повторной оценки. - Недостаточное использование всех имеющихся данных - Ошибка субъективной оценки типа «так и только так»
При правильных диагнозах и планах действий, неэффективны коллективные действия	- Неудовлетворительное управление ресурсами

Концепция управления ресурсами представляет собой сложный и многогранный процесс, заключающийся в способности ХБ осуществлять контроль и координацию всех доступных ресурсов, направленных на преодоление ЭС в операционной. Важно отметить, что в реальных условиях часто возникает проблема недостаточности этих ресурсов, что может стать фактором риска для успешного исхода операции. Когда рабочая нагрузка значительно превышает возможности доступных ресурсов, ХБ должна быть готова не только эффективно использовать имеющиеся ресурсы, но и организовать необходимую помощь извне, координируя работу между сотрудниками Л-ПУ.

Ключевыми аспектами эффективного управления ресурсами в условиях ЭС являются: 1) адекватное определение приоритетов и соответствующее перераспределение рабочей нагрузки с учетом текущих ограничений; 2) своевременная мобилизация и рациональное использование всех доступных ресурсов — как интраоперационных, так и внешних, включая поддержку смежных подразделений и специалистов; 3) постоянный мониторинг,

перепроверка текущих данных и активное использование всей доступной информации для принятия обоснованных решений в реальном времени.

В научной литературе многие исследователи отмечают, что успешное решение экстренной ситуации в операционной зависит не только от наличия фундаментальных медицинских знаний и технических навыков, но и от высокого уровня организационных и управленческих компетенций. Важно подчеркнуть, что эти знания и умения должны быть преобразованы в практическое эффективное управление ситуацией, что требует от ХБ не только клинической экспертизы, но и способности к гибкому реагированию на изменяющиеся условия в ходе операции.

Таблица 3.1.2 - Примеры рискованного отношения к делу и варианты противодействия

Рискованный подход	Противодействие
Самонадеянность: «Я сам знаю, что нужно делать!»	«Надо следовать предписаниям и правилам!»
Импульсивность: «Надо торопиться, нужно что-то делать, иначе….!»	«Не нужно торопиться. Сначала надо разобраться, а потом выстроить свои действия!»
Самоуверенность: «У меня все получится. И не такое было в моей практике!»	«Может возникнуть проблемы. Нужно посоветоваться с коллегами, подумать!»
Бравада: «Это же запросто. Для меня ничего сложного нет!»	«Рисковать глупо. Необходим план на случай неудачи. Надо искать варианты!»
Смирение: «Все! Все зависит от случая. Я сделал все, что мог!»	«Не все потеряно, я могу кое-что изменить. Нужно и можно попытаться сделать что-то еще!»

В операционной работают специалисты различных профилей, и их оптимальное взаимодействие в рамках оперативно-реанимационной помощи должно быть чётко скоординировано. Ресурсы хирургической бригады включают не только непосредственно хирургов, но и анестезиологов-

реаниматологов, анестезистов, инструментальщиков, функционалистов, а также техническое оборудование, информационную поддержку, внешние ресурсы и стратегическое планирование. В условиях экстренной ситуации важность грамотного распределения и управления всеми этими ресурсами становится особенно актуальной.

Множество факторов могут ограничить возможности для оптимального ведения пациента. Если в стандартных условиях хирургическая и реанимационная практика часто не требует от специалистов максимального напряжения, то экстренные ситуации, такие как ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ, ставят перед командой задачу мобилизовать не только все доступные материальные и человеческие ресурсы, но и весь спектр личных и профессиональных качеств каждого участника процесса.

Особое значение в таких ситуациях имеет отношение специалистов к выполняемой задаче. Психологическое состояние и личностные качества медицинского персонала могут существенно повлиять на эффективность работы и безопасность пациента. Например, самонадеянность, излишняя самоуверенность, бравада, импульсивность или пессимизм могут затруднить восприятие признаков ухудшения состояния пациента, затруднить диагностику проблем и в конечном итоге привести к ошибкам в принятии решений. Поэтому важно учитывать, что повседневные факторы, такие как отношение к делу и психологический настрой, играют не менее важную роль, чем физиологические или технические аспекты.

Например, хирург не всегда должен открыто настоять на изменении решения анестезиолога относительно анестезии, если тот, принимая во внимание изменения в клинической картине, сам согласен с пересмотром подхода. Это пример того, как совместная ответственность и гибкость в подходах могут быть более эффективными, чем жесткие требования. Важно помнить, что, хотя хирург и анестезиолог-реаниматолог разделяют ответственность за состояние пациента, именно хирург в конечном итоге обеспечит изменение клинического состояния пациента, что является конечной

целью всей операции.

В совокупности, оптимальный результат совместной работы ХБ достигается тогда, когда каждое действие, каждый компонент решения и каждый полученный информационный фрагмент используются с максимальной рациональностью и слаженностью. Это предполагает, что каждый специалист выполняет свою роль не только с профессиональной компетентностью, но и в полном соответствии с принципами командной работы, основанными на взаимном доверии, четкой коммуникации и способности адаптироваться к изменяющимся условиям.

Как видно из таблицы 3.1.3, о том, что в операционной созданы необходимые условия для эффективного оказания оперативно-реанимационной помощи пострадавшим, находящимся в ЭС заявляют 65% опрошенных членов ХБ. Так или иначе лучше обстоит дело с лекарственным обеспечением операционной (90%) и со знанием о возможностях приборов и аппаратуры, применяемых во время наркоза, реанимации и операции (85%).

75% опрошенных считают, что в Л-ПУ внешние ресурсы по организации и проведения диагностики и лечения пострадавших, находящихся в ЭС, имеются. С этими высказываниями согласен и эксперт. То, что 5% членов ХБ считают, что есть компьютерный доступ к справочным материалам, скорее их возможности, нежели ЛПУ.

Таблица 3.1.3 – Техническое обеспечение операционно-реанимационной помощи (по данным опроса ХБ и экспертов) (n-100)

Ресурс оборудования операционной	ХБ	Эксперт
Интраоперационные		
Стандартное оборудование на месте, технически правильно обслуживается и нормально работает, есть необходимое запасное оборудование на случай ЭС	65%	Завышена
Персонал знает действия каждого аппарата и рабочие характеристики приборов, как в обычных условиях, так и в ЭС	85%	Завышена
Определенный набор медикаментов имеется, а персонал	90%	Согласен

знает их местоположение, механизм действия и дозировки		
Внешние		
В ЛПУ есть соответствующие лаборатории, банк донорской крови, рентгенологические кабинеты, консультации, привлекаемые к ведению ЭС, инженеры, медтехники, администраторы	75%	Согласен
В ЛПУ есть компьютерный доступ к справочным материалам MEDLINE, обеспечивающей немедленный поиск необходимой информации	5%	Согласен

На протяжении всей оперативно-реанимационной помощи хирургическая бригада должна постоянно отслеживать любые изменения в состоянии пациента и окружении. В случае обнаружения жизнеугрожающих осложнений, реаниматолог обязан приостановить операцию, запросив у хирурга приостановку радикальных вмешательств до тех пор, пока не будет обеспечен дополнительный ресурс для компенсации и коррекции состояния. Исключение составляют лишь случаи продолжительного массивного кровотечения, когда немедленные действия хирурга имеют решающее значение для выживания пациента.

Распределение внимания в операционной — это динамичный процесс, в рамках которого каждый член ХБ обязан постоянно приоритизировать задачи, требующие наиболее пристального внимания. Важно быстро оценивать критические моменты и, при необходимости, отложить решение менее опасных проблем до тех пор, пока состояние пациента не стабилизируется. Однако члены ХБ не должны забывать о менее значимых аспектах, которые, в случае игнорирования, могут перерасти в серьезные осложнения.

Если возникает подозрение на возможное развитие проблемы, необходимо сосредоточиться на ее ранней диагностике и оценке состояния пациента до тех пор, пока не появится полное подтверждение, что ситуация находится под контролем. Важно, чтобы анестезиолог-реаниматолог был заранее предупрежден о проведении хирургом манипуляций, которые могут существенно изменить состояние пациента, так как отсутствие такой информации может привести к пропуску ранних признаков осложнений. В таких условиях анестезиолог-реаниматолог должен взять на себя руководство действиями ХБ.

Что означает быть руководителем в операционной? Прежде всего, это способность принимать решения относительно необходимого порядка действий, а также эффективно распределять задачи среди членов ХБ. Для этого анестезиологу-реаниматологу необходимо не только обладать глубокими профессиональными знаниями и навыками, но и сохранять хладнокровие и организованность в стрессовых ситуациях. Ключевым элементом успешного руководства является наличие авторитета у ведущего специалиста, однако без активного и слаженного участия всей команды успех невозможен. К руководителю должны поступать все предложения и информация, чтобы он мог своевременно принимать обоснованные решения.

Зачастую клиницисты могут медлить с переключением на необходимый тип экстренной ситуации (СК, ЭСКН или ЭСВЭ). Однако ранняя диагностика и четкое определение типа ЭС позволяют быстро мобилизовать нужные ресурсы и уведомить ХБ о приближении кризиса

или его наступлении. Чем раньше будет сделан правильный диагноз, тем быстрее можно будет приступить к действию.

Эффективность работы ХБ обеспечивается тесным взаимодействием между ее членами. В случае необходимости следует немедленно принять решение о приостановке или прекращении операции. Руководителю ХБ важно максимально четко формулировать команды и требования, избегать неопределенных обращений и создавать атмосферу открытого общения среди всех участников процесса.

При ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ возникает гораздо больше задач, чем может выполнить стандартная ХБ, даже при максимальной самоотдаче ее участников. Поэтому очень важно своевременно запросить помощь. В крупных клиниках такая поддержка доступна практически немедленно, в то время как в менее крупных учреждениях, особенно в ночные часы, в праздничные и отпускные периоды, такая помощь может быть затруднена. В таких случаях необходимо обратиться в отделение неотложной помощи или интенсивной терапии или вызвать централизованную службу.

Ни на одном этапе экстренной ситуации нельзя с уверенностью утверждать, что она преодолена. После стабилизации состояния пациента и начала поддерживающих мероприятий ХБ может начать анализировать природу произошедшей ситуации. Это время для осознания цепи причинных факторов, приведших к возникновению проблемы, и выработки стратегий для устранения первопричины. Важно помнить, что при таком подходе необходимо строго придерживаться протоколов, принятых в медицинском учреждении, для обеспечения последовательности и максимальной безопасности пациента.

На основании осмысления клинико-психологических аспектов решения ЭС у пострадавших при оказании оперативно-реанимационной помощи пострадавшим, находящимся в ЭС, нами сформулировано нижеследующее резюме-суждения.

Таким образом, новизна и необычность ЭС для членов ХБ определяет их поспешное и неэффективное решение, а слабая их ориентировка в вопросах вероятных возможностей операции, как реанимационного пособия, усугубляет интраоперационную ситуацию.

Чрезмерная склонность членов ХБ прислушиваться к мнению друг друга, а также других специалистов отражается на оптимальности принимаемых решений по коррекции ЭС. Недостаточное знание в отношении тактики и технологии, применяемых в ЭС, а также прочие отвлекающие факторы во время оказания оперативно-реанимационной помощи пострадавшим ухудшают результаты. Однако, ведение ЭС включает навыки, которым нужно систематически обучиться.

Обучение членов ХБ соблюдению коллегиальности в принятии решений и совместной координации действий при ЭС, а также систематическая теоретическая подготовка, в том числе на основе моделей являются

определяющим подходом.

Неадекватное разрешение экстренной ситуации может быть следствием множества факторов, среди которых не последнюю роль играют административные решения, направляющие организацию работы лечебно-профилактического учреждения. Неверно выбранная стратегия кадрового обеспечения, неэффективная расстановка специалистов, а также приоритет, отданный исключительно оперативности работы хирургической бригады в операционной, могут привести к катастрофическим последствиям. Это указывает на важность интеграции всех аспектов работы ЛПУ, от организации до взаимодействия специалистов, в единую эффективную систему.

Первичные психологические предпосылки, традиционно определяемые как факторы, влияющие на поведение и действия членов ХБ, не ограничиваются только профессиональными качествами, но также включают в себя личностные характеристики, такие как несовместимость психотипов, различие в опыте, навыках и даже в способах реагирования на стрессы. Эти особенности, хоть и имеют второстепенное значение на первый взгляд, могут существенно повлиять на эффективность работы команды и решения в экстремальной ситуации.

Оптимальный план корректировки в ответ на ЭС всегда является результатом компромисса между многочисленными рисками и потенциальными преимуществами предпринимаемых мер. Важно отметить, что при принятии решений члены ХБ должны действовать не только ответственно и квалифицированно, но и проявлять выдержку, избегая давления друг на друга. Невозможно достичь наилучших результатов, если каждая сторона действует в спешке или под давлением со стороны коллег.

Реакция ХБ на происходящие события, способность к принятию решений в динамичной ситуации зависит от их умения обрабатывать множество источников быстро меняющейся интрапроцедурной информации. Именно здесь ключевым элементом становится использование стратегии приближенных выводов, когда на основе ограниченной, но критичной информации

принимаются решения, позволяющие избежать катастрофических последствий. В этом контексте концепция управления ресурсами становится не просто теоретической моделью, а практическим инструментом, который охватывает все внутренние и внешние ресурсы, направленные на преодоление ЭС в операционной. Это означает, что ХБ не только контролирует действия всех участников, но и активно управляет доступными ресурсами, обеспечивая их максимальную эффективность.

Самонадеянность, излишняя самоуверенность, бравада, импульсивность или пессимизм — все эти факторы могут существенно исказить восприятие происходящих изменений и затруднить правильную диагностику состояния пациента. Подобные качества напрямую влияют на способность специалиста выявить признаки ухудшения состояния и вовремя принять необходимые меры. В такой ситуации очень важно не забывать, что, несмотря на кажущуюся стабильность, ни одна стадия ЭС не может быть считаться окончательно преодоленной. ХБ должна постоянно отслеживать динамику и быть готовой к новым вызовам.

Руководство ХБ — это не просто возможность принимать решения, но и ответственность за четкость этих решений, за правильное распределение действий между участниками. Руководитель, будь то анестезиолог-реаниматолог или хирург, должен аккумулировать всю информацию и предложения, чтобы затем, основываясь на этом, сформулировать ясные и чёткие указания. Лишь в этом случае возможно избежать хаоса и гарантировать слаженную работу всех членов команды. Важно также понимать, что при любой экстренной ситуации на протяжении всего процесса ХБ должна оставаться внимательной к возможным изменениям в состоянии пациента, что требует строгого следования протоколам, принятым в ЛПУ. Только такая последовательность и точность действий помогут минимизировать риски и успешно преодолеть экстренную ситуацию.

3.2. Развитие организационно-методического компонента

Задачей данного раздела является освещение организационно-методических аспектов разрешения интраоперационных ЭС. Материалом для анализа послужили соответствующие данные оказания операционно-реанимационной помощи 100 пострадавшим с тяжелыми ранениями (n-16) и политравмой (n-84), находящихся в ЭС. Этих пострадавших разделили на 3 группы:

1) Требующие немедленной операции, как элемента реанимационных мер, без которой они неминуемо погибнут в ближайшие минуты и часы (n-28);

2) Нуждающиеся в немедленной операции по жизненным показаниям, но на фоне наркоза и активной реанимации, без которых летальный исход очевиден (n-22);

3) Крайне тяжелые, агонирующие, у которых имеет место тяжелые ранения и политравма, не совместимая с жизнью. У них реанимация проводилась на операционном столе, однако, оперировать их не успели (n-10).

Во всех случаях повреждение головного мозга наблюдались в 3,2 раза чаще, чем повреждение внутренних органов с полостным кровотечением. В 2,8 раза чаще встречались переломы трубчатых костей опорно-двигательного аппарата, чем переломы костей таза или позвоночника.

У пострадавших с ЭСКН и ЭСВЭ, как правило, наиболее часто встречались повреждения головного мозга и костей черепа, костей туловища, крупных суставов, разрывы паренхиматозных органов, брыжейки и кишечника. Основными причинами гибели пострадавших явилось острое нарушение дыхания и кровообращения, а также острая кровопотеря.

Как видно из таблицы 3.2.1, ИОЧС имело место в 42% случаев, а значительный уровень ОР+АР отмечалось в 40% случаев. Итак, шокогенность травмы у 82% пострадавших составило 5-10 баллов. Среди них удельный вес наиболее тяжелых травм и ранений (7-10 баллов) составляет 42%.

Таблица 3.2.1 - Балльная оценка (>5) шокогенности травмы и степень риска на основе характеристики повреждения в момент размещения пострадавшего с ЭС на операционный стол

Характер повреждения	Балл	%	ОР+АР

Шок, повреждение двух и более паренхиматозных органов с массивной кровопотерей, травма груди, черепа	10	6	ИОЧС (n-42)
Травма груди +живота с повреждением одного паренхиматозного органа или ЧМТ, внутричерепная гематома	9	8	
Травма груди с повреждением легкого, гемопневмоторакс+перелом костей крупных сегментов конечности с большой зоной размозжения мягких тканей.	8	6	
ЧМТ+травма опорно-двигательного аппарата	7	22	
ЧМТ, ушиб головного мозга. Перелом свода и основания черепа. Множественные переломы костей таза.	6	18	Значительный (n-40)
Травма живота с повреждением полых органов+ перелом костей средних сегментов конечностей с размозжением мягких тканей.	5	22	

Типичной особенностью указанных категорий пострадавших, находящихся в ЭС (82%) является наличие синдрома взаимного отягощения, что непосредственным образом сказывается на объеме и содержании оперативно-реанимационной работы.

Разумеется, при оценке организационно-тактических решений эксперты должны дать ответы на следующий вопрос: мог ли погибший выжить при условии своевременного и полноценного оказания оперативно-реанимационной помощи? Для получения этой информации и поможет балльная оценка шокогенности травмы и степени риска на основе характеристики повреждений.

Как видно из таблицы 3.2.2, из 100 пострадавших в погибли 22, то есть летальность составила 22%. В группе пострадавших с ЭСР летальность в соотношении к общему количеству пострадавших составила всего 1%, тогда как в ЭСКН и ЭСВЭ, соответственно, 8% и 13%. В целом же в группе летальность составили: в группе с ЭСР – 1,7%, в группах ЭСКН и ЭСВЭ, соответственно, 33,3% и 81,25%.

Таблица 3.2.2 - Летальность у пострадавших, находящихся в ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ

ЭС	Пол	n	%	Соотношение к общему количеству пострадавших (n-100)
ЭСР (n-60)	Муж.	1	1,7	1,0%
	Жен.	-	-	
	Всего	1	1,7	
ЭСКН (n-24)	Муж.	8	33,3	8,0%
	Жен.	-	-	
	Всего	8	33,3	
ЭСВЭ (n-16)	Муж.	12	75,0	13,0%
	Жен.	1	6,25	
	Всего	13	81,25	
Итого (n-100)	Муж.	21	21,0	22,0%
	Жен.	1	1,0	
	Всего	22	22,0	

Итак, в группе пострадавших, находящихся в ЭСКН погибли каждый третий пострадавший, а группе с ЭСВЭ – >80% пострадавших. Среди погибших была лишь 1 женщина с политравмой.

Как видно из таблицы 3.2.3, 2 (9,4%) из 22 умерших пострадавших с ЭСКН погибли на операционном столе без операции в момент индукции в наркоз. Еще 6 (27,3%) пострадавших с ЭСВЭ (n-6) погибли на операционном столе, несмотря на предпринятую операцию на фоне реанимации.

Таблица 3.2.3 – Сроки пребывания умерших пострадавших в стационаре

ЭС	<3 ч.	3-6 ч.	6-24 ч.	24-72 ч.	>72 ч.	Всего
ЭСР (n-60)	-	-	-	-	1	1
ЭСКН (n-24)	2	-	2	1	2	7
ЭСВЭ (n-16)	6	4	2	1	1	14
Всего (n-100)	8	4	4	2	4	22

В ближайшие 3-6 ч. после завершения операции на фоне проводимых

реанимационных мероприятий тут же на операционном столе погибли еще 4 пострадавших (18,8%), у которых была ЭСВЭ. 4 пострадавших (18,8%) погибли после перевода в реанимационное отделение. Остальные 6 пострадавших погибли в сроки 24-72 ч. на фоне реанимационной помощи.

Как показано в таблице 3.2.4, установлено, что доля организационных факторов в общей структуре предпосылок различного рода ошибок и осложнений встречается достаточно часто, почти у каждого второго-третьего пострадавшего.

Таблица 3.2.4 – НЕТ ТАБЛИЦЫ 3.8.

Вызывает особое сожаление тот факт, что первое и второе место по частоте занимают такие факторы, как отсутствие настороженности членов ХБ при прогнозировании интраоперационных осложнений (50%), а также неправильная оценка ХБ свойств ЭС (37%) из-за несвоевременного установления интраоперационного диагноза у пострадавших.

Вызывает также глубокое сожаление тот факт, что в 41% случаях имело место такой организационный дефект, как недостаточное материально-техническое оснащение операционной, что, разумеется, снижает эффективность оказания оперативно-реанимационной помощи пострадавшим, находящимся в ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ. Этому способствует также недостаточное знание ХБ специфики оказания оперативно-реанимационной помощи (31%), а также то, что в целом ЛПУ недостаточно налажена хирургическая работа (34%).

Недостатки ведения необходимой медицинской документации имеет место в 35% случаев, тогда как неправильная расстановка кадров и слабый контроль за знаниями своих профессиональных и должностных прав и обязанностей, послужило предпосылкой для появления организационного дефекта - у 21%. В 24% случаев ХБ так и не смогла правильно реализовать возможности клиники в отношении интраоперационной диагностики и оказания оперативно-реанимационной помощи в надлежащем объеме и качестве.

Перечисленные факторы, безусловно, отражаются на качестве и оперативности работы ХБ. Согласно результата хронометража развертывания

операционной, нами установлено, что с момента поступления пострадавшего в приемное отделение и до взятия его на операционный стол проходит 25,2±5,8 мин., а от момента интубации до начала операции – 16,5±4,5 мин. Следует заметить, что эти сроки, в целом, укладываются в «золотой час» для пострадавших с ранениями и политравмой – от 20 мин. до 1,5 ч.

Несвоевременное и неполное использование консультативной помощи в установлении интраоперационного диагноза и тактики ведения пострадавших, находящихся в ЭС имело место в 13% случаев. Разумеется, в условиях ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ практически невозможно составить последовательную программу диагностики и лечебных мероприятий, определить порядок и оптимальные сроки хирургических вмешательств, а также содержание и объем реанимации. Тем не менее, практически в каждом случае возникает необходимость обязательной интенсификации процессов разрешения этих вопросов.

К сожалению, выжидательная тактика при ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ неприемлема. Только безотлагательное применение всех доступных методов реанимацию, включая операцию, а также параллельно методов интраоперационной диагностики помогает реализовать принцип спасения жизни пострадавшего.

Надо отметить, что малейшие сомнения о возможности внутриполостных повреждений служат показанием для выполнения пункционных исследований и постановки диагностических дренажей. Следует особенно широко использовать не только общедоступные методы (торакоцентез, лапароцентез, спиномозговую пункцию, катетеризацию мочевого пузыря, урографию), но и современные методы интраскопии (лапароскопия, торакоскопия, цистоскопия, УЗИ, КТ, и пр.).

Как видно из в таблицы 3.2.5, практически все методы диагностики использованы интраоперационно. Причем, достаточно интенсивно. Удельный вес эхоскопии черепа составил 42%, а рентгенография черепа в 22% случаев. В 28% случаев применено УЗИ, а удельный вес оценочных исследований составил 88%. По известной причине у пострадавших с ЭСКН и ЭСВЭ указанные выше методы использованы сравнительно мало, чем при ЭСР.

Таблица 3.2.5 - Объем и характер интраоперационных исследований у пострадавших, находящихся в ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ

Методы исследования	n	В т.ч. у пострадавших с ЭС		
		ЭСР	ЭСКН	ЭСВЭ
Лапароцентез	12	6	2	1
Торакоцентез	8	2	4	2
УЗИ брюшной полости	18	4	9	5
УЗИ грудной полости	10	-	5	5
Эхоскопия черепа	42	26	6	10
Рентгенограмма опорно-двигательного аппарата	28	14	8	6
Рентгенограмма черепа	22	12	5	5
Лабораторные исследования	156	102	32	22
Оценочные исследования	88	48	24	16

К сожалению, на практике еще велико число ошибок, связанных именно с неверной методологией диагностического поиска. Зачастую, указанные методы диагностики игнорируются в пользу то лапаротомии, то торакотомии, то диагностической трепанации черепа, что, конечно же, усугубляет тяжесть состояния пострадавшего.

Члены ХБ должны придерживаться синдромального подхода при оказании помощи пациентам с ранениями и политравмой. Это означает, что на первом этапе диагностики необходимо не только выявить доминирующую травму, но и на основе полученной информации спрогнозировать возможные жизнеугрожающие последствия, а также потенциальные осложнения, которые могут развиться в дальнейшем. Такой подход требует высокой степени внимательности и точности, так как каждая травма может иметь скрытые или отложенные эффекты, которые могут угрожать жизни пациента. В процессе оказания помощи ХБ должна детально учитывать тип травмы, чтобы не только предсказать возможные сочетания повреждений различных органов, но и эффективно спланировать дальнейшие лечебные мероприятия. Прогнозирование, основанное на типе травмы, позволяет хирургической бригаде заранее подготовиться к возможным осложнениям, таким как кровотечения, инфекционные процессы или шоковые состояния. Это, в свою

очередь, дает возможность выбрать наилучшее медико-хирургическое пособие, оптимизируя подход к лечению в зависимости от конкретной клинической ситуации.

Кроме того, синдромальный подход позволяет более точно и своевременно адаптировать лечебные стратегии, учитывая динамику состояния пациента, что критически важно в условиях политравмы, когда каждый элемент травматической картины может влечь за собой сложные и многогранные изменения в функционировании организма. Таким образом, ХБ должна проявлять исключительную гибкость и способность к быстрой корректировке своих действий, опираясь на комплексный анализ всей совокупности травм и их возможных последствий.

Как видно из таблицы 3.2.5, неполный объем интраоперационных исследований у пострадавших с учетом реальных его возможностей отмечено у 24%. Речь идет о выполнении с диагностической целью лапароцентеза, торакоцентеза, спиномозговой пункции, цистографии и пр. В случаях ЭСР, в особенности, в ЭСКН и ЭСВЭ, экспресс-методы интраоперационного диагноза следует осуществлять параллельно операции и реанимации.

Итак, различного рода недостатки при оказании оперативно-реанимационной помощи допускались почти у каждого второго пострадавшего с тяжелыми ранениями и политравмой, находящихся в ЭСКН и ЭСВЭ. При рандомизированной оценке нами установлено, что организационно-методические факторы имели вероятность $t = 4,8 \pm 0,8$.

Однако, распределения всех количественных признаков асимметричные, ненормальные. Отмечается тесная взаимосвязь между различными факторами организационно-методического характера и группами пострадавших (ЭСР, ЭСКН, ЭСВЭ), причем, наиболее сильно эта связь проявляется в группе ЭСКН и ЭСВЭ.

В 31% случаях интраоперационный кризис в виде осложнения или летальности на столе прямо или косвенно связаны с недостаточной осведомленностью членов ХБ, а также организаторов здравоохранения в отношении разрешения ЭС. Относительный риск достаточной значимости (t – 3,1), а потому в «обеспечении» малоприемлемого качества оперативно-реанимационной помощи роль указанного фактора достаточно ощутимый.

В 41% интраоперационный кризис связан с недостаточным материально-техническим оснащением операционной. t - 4,1, а это достаточно высокий показатель. Высоким остается и t, связанный с таким фактором, как недостаточно налаженная организация хирургической работы в целом по ЛПУ (34%, t - 3,5). Кроме того, есть еще один организационный дефект – недостаточная кадровая работа администрации ЛПУ (21%, t - 2,7).

В 13% пострадавших осложнения или летальность в той или иной степени связаны с несвоевременным и неполным использованием консультативной помощи соответствующих специалистов в процессе операции и реанимации. Относительный риск этого фактора не очень высок, составляя 2,1, в связи с чем, надо полагать, его значимость не совсем убедительная.

Самым удручающим фактом является то, что у ХБ отсутствует настороженность в отношении вероятных осложнений у пострадавших в ЭС (50%, t - 5,0). Достаточно высоким остается удельный вес такого фактора, как недостатки ведения медицинской документации, недостатки в обеспечении необходимой аппаратурой (35%, t - 3,9).

Перечисленное выше, составляет тот самый субъективно-объективный состав организационного дефекта» при оказании оперативно-реанимационной помощи при ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ. Нужно отметить, что ранговая значимость перечисленных факторов нарастает - ЭСР→ЭСКН→ЭСВЭ.

Как видно из таблицы 3.2.6, величина t достоверно возрастает в зависимости от уровня ЭС: ЭСР→ЭСКН→ЭСВЭ. При этом r различных организационно-методических факторов возрастает в аналогичной последовательности: В→Б→А.

Таблица 3.2.6 – Взаимозависимость факторов и типов ЭС

ЭСР		ЭСКН		ЭСВЭ	
t	r	t	r	t	r
2,2±0,4	В	3,6±0,6	Б	4,5±0,2	А
		P_1<0,05		P_2<0,05	
				P_3<0,05	

Примечание: P_1 – достоверно при сравнении СК и ЭСКН; P_2 – при сравнении ЭСКН и ЭСВЭ; P_3 – при сравнении ЭСР и ЭСВЭ.

Как отмечалось выше, при характеристике осуществленных мер в ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ мы основывались на соответствующие шкалы набора организационных мероприятий, а также шкалы оценки качества разрешения той или иной ЭС.

Как видно из таблицы 3.2.7, если при ЭСР приемлемые решения были достигнуты у 34 пострадавших (56,7%), тогда как в ЭСКН такие решения были – у 6 (25%), а в ЭСВЭ – лишь у 2 (12,5%) пострадавших. Если в ЭСКН недостаточно продуманные, слабокачественные решения были констатированы у 8 (33,3%) пострадавших, то в ЭСВЭ такие решения имели место у 4 (25%) пострадавших.

Таблица 3.2.7 – Распределение оценок (n,%) организационно-методических разрешений ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ

ЭС		
ЭСР (n-60;100%)	ЭСКН (n-24;100%)	ЭСВЭ (n-16;100%)
Некачественные (n-8;13,3%)	Некачественные (n-4;16,7%)	Некачественные (n-5;31,2%)
Малоприемлемые (n-12;20%)	Малоприемлемые (n-6;25%)	Малоприемлемые (n-5;31,2%)
Слабокачественные (n-16;26,7%)	Слабокачественные (n-8;33,3%)	Слабокачественные (n-4;25%)
Приемлемые (n-34;56,7%)	Приемлемые (n-6;25%)	Приемлемые (n-2;12,5%)

В то же время, удельный вес непродуманных, некачественных решений в ЭСКН, а также таких решений в ЭСВЭ, составили, соответственно, 16,7% и 31,2%. Такая же картина и в отношении частоты плохо продуманных, малоприемлемых решений в ЭСКН (25%) и в ЭСВЭ – 31,2%.

Итак, в группе пострадавших с ЭСКН и в группе пострадавших с ЭСВЭ у почти половины пострадавших (n-9; 47,9%) оперативно-реанимационная помощь была организована плохо. О недостаточной помощи можно говорить в указанных группах у более половины пострадавших (n-11; 56,2%).

Таким образом, по шкале оценок качества организации медико-хирургической помощи градация выглядит следующим образом (таблица 5.8.).

Как видно из таблицы 3.2.8, в ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ, реализация приемлемых вариантов решения использована в 42% случаев, в реализации слабокачественных решений – 28%, малоприемлемых – 23% и некачественных – 17%.

Таблица 3.2.8 - Шкала суммарной оценки набора организационно-методических решений в ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ

Организационные	r	Реализация возможностей (%)	Абс.	%
Некачественная	А	0	17	17
Малоприемлемая	Б	50	23	23
Слабокачественная	В	75	28	28
Приемлемая	Г	100	42	42

На основании изучения организационно-методических аспектов решения ЭС у пострадавших при оказании оперативно-реанимационной помощи пострадавшим, находящимся в ЭС, нами сформулировано нижеследующее резюме-суждения.

Резюме.

С точки зрения клинической рискологии ЭС целесообразно выделения двух категорий пострадавших, требующих: немедленной операции, как элемента реанимационных мер; агонирующие. У пострадавших с ЭСКН и ЭСВЭ, как правило, наиболее часто встречаются повреждения головного мозга и костей черепа, костей туловища, разрывы паренхиматозных органов, брыжейки и кишечника, а основными причинами гибели являются СПОН и СПСН.

Типичной особенностью пострадавших, находящихся в ЭС является наличие синдрома взаимного отягощения, что непосредственным образом сказывается на объеме и содержании оперативно-реанимационной работы. Первое и второе место среди организационно-методических просчетов занимают: отсутствие настороженности членов ХБ при прогнозировании интраоперационных осложнений; неправильная оценка ХБ свойств ЭС.

Недостаточное материально-техническое оснащение операционной,

недостаточно налажена хирургическая работа в клинике, а также недостаточное знание ХБ специфики оказания оперативно-реанимационной помощи при ЭС занимают третье и четвертое место среди организационных дефектов. Недостатки ведения необходимой документации, неправильная расстановка кадров, недостаточная реализация возможностей клиники в отношении интраоперационной диагностики и оказания оперативно-реанимационной помощи встречаются в каждом четвертом случае.

При ЭС в операционной приемлемо только безотлагательное применение всех доступных методов реанимации, включая операцию, а также параллельно методов интраоперационной диагностики помогает реализовать принцип спасения жизни пострадавшего. Относительный риск (t) и ранговая значимость (r) организационно-методических факторов нарастает - ЭСР→ЭСКН→ЭСВЭ.

В группе пострадавших с ЭСКН и в группе пострадавших с ЭСВЭ у почти половины пострадавших (47,9%) оперативно-реанимационная помощь организована плохо. О недостаточной помощи можно говорить в указанных группах у более половины пострадавших (56,2%).

3.3. Развитие технико-ресурсного компонента

Задачей данной главы является освещение тактико-технических аспектов разрешения интраоперационных ЭС. Материалом для анализа послужили соответствующие данные оказания операционно-реанимационной помощи 100 пострадавшим с тяжелыми ранениями (n-16) и политравмой (n-84), находящиеся в ЭС.

Как видно из таблицы 3.3.1, реанимация с оперативным компонентом выполнена у 97% пострадавших. 3% пострадавших умерили на фоне реанимационных мер без операции. Причем, 1 пострадавший, находился в ЭСКН, а 2 – в ЭСВЭ. Состояние расценивалось как крайне тяжелое, а тяжесть травмы или ранения у этой категории пострадавших оценивалось как несовместимое с жизнью.

Таблица 3.3.1 - Распределение пострадавших с ЭС по исходу в зависимости от выполнения операции

ЭС	n	Реанимация с оперативным компонентом		Реанимация без оперативного компонента	
		n	из них умерло	n	из них умерло
ЭСР	60	60	1	-	-
ЭСКН	24	23	7	1	1
ЭСВЭ	16	14	12	2	2
Итого:	100	97	20	3	3

Как видно из таблицы 3.3.2, практически у всех пострадавших, находящихся в ЭС имело место комбинированный шок различной степени. Как правило, у 28 пострадавших в ЭСР, шок расценивался, главным образом, как I-II ст., а у 14 – шок III-IV ст. Между тем, в группе пострадавших с ЭСКН, в большинстве случаев, фигурировали шок III-IV ст. Причем, у 5 пострадавших был шок III ст., а у 9 – IV ст. В группе пострадавших с ЭСВЭ шок III ст. был у 5 из них, а шок IV ст. – у 11 пострадавших.

Таблица 3.3.2 - Интраоперационные осложнения и летальность при ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ

Параметры		ЭС			Всего (n-100)
		ЭСР (n-60)	ЭСКН (n-24)	ЭСВЭ (n-16)	
Комбинированный шок	I ст.	28	-	-	28
	II ст.	18	5	-	23
	III ст.	8	9	5	22
	IV ст.	6	10	11	27
ПневмотораЭС		2	8	8	18
ГемотораЭС	I ст.	2	2	1	5
	II ст.	-	1	-	1
	III ст.	-	3	5	8
Гемоперитонеум	I ст.	3	2	3	8
	II ст.	-	2	2	4
	III ст.	-	6	9	15

Летальный исход	Крово-потеря	1	4	6	11
	ОДН	-	1	2	3
	ОССН	-	3	5	8

Гемоторакс различной степени отмечалось у 14 (14%) пострадавших, находящихся в ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ. Если в группе пострадавших с ЭСР наблюдался гемоторакс лишь I ст., то в группе пострадавших с ЭСКН и ЭСВЭ - II-III ст. Пневмоторакс отмечался у 2-х пострадавшего с ЭСР, у 8 пострадавших с ЭСКН и у 8 пострадавших с СВК.

У 27 пострадавшего имело место гемоперитонеум различной степени. Причем, у 3-х пострадавших с ЭСР был диагностирован гемоперитонеум I ст., у 2 пострадавших с ЭСКН и 3-х пострадавших с СВК также отмечалась такая степень кровотечения в брюшную полость, доказанная на операционном столе. Еще у 2-х пострадавших с ЭСКН и у 2-х пострадавших с ЭСВЭ гемоперитонеум равнялся II ст. У 6 пострадавших с ЭСКН и 9 пострадавших с ЭСВЭ диагностировался гемоперитонеум III ст.

Причиной летального исхода является, разумеется, декомпенсированный шок, осложненный острой массивной кровопотерей, СПСН и СПОН. В результате аутопсии причиной летальности у 11 пострадавших (1 – с ЭСР, 4 – с ЭСКН, 6 – с ЭСВЭ) была острая массивная кровопотеря, тогда как у 8 пострадавших причиной смерти является ОССН (3 – с ЭСКН, 5 – с ЭСВЭ). У 3-х пострадавших (1 – с ЭСКН, 2 – с ЭСВЭ) причиной смерти явилась ОДН.

Как видно из таблицы 3.3.3, наиболее частым тактическим упущением врачей было то, что пострадавшего, находящегося в ЭС, первоначально госпитализировали в реанимационное отделение, а потом уже оттуда перевозили его в операционную (41%).

Таблица 3.3.3 -

Следует отметить, что в процессе госпитализации пациента по маршруту №2, то есть от приемного покоя в реанимационную палату, хирурги нередко

"теряют" из виду пострадавших, что может существенно повлиять на своевременность диагностики и лечения. В свою очередь, реаниматологи, осуществляя синдромную терапию, порой не уделяют должного внимания возможным угрожающим последствиям травмы, особенно при повреждениях внутриполостного характера, что также может способствовать отложенному вмешательству. Такое пренебрежение к деталям клинической картины приводит к отодвиганию сроков необходимой операции, в то время как, как хорошо известно, в подобных ситуациях это может значительно ухудшить прогноз и даже привести к его неблагоприятному исходу. Следовательно, для эффективного ведения пациента необходима не только координация действий всех специалистов, но и постоянная настороженность в отношении возможных скрытых травм и осложнений, требующих немедленного вмешательства.

Другим, не менее частым упущением тактического характера был то, что неоправданно было затянуто время оказания реанимационных мероприятий в ущерб срочности необходимого в данный момент оперативного компонента этой реанимации (38%).

Недостаточное интраоперационное использование диагностических возможностей ХБ имело место в 20% случаев, тогда как нарушение установленного порядка применения методов диагностики, прогнозирования и оперативно-реанимационного пособия со стороны ХБ имело место у каждого четвертого пострадавшего (25%).

Недостаточное и несвоевременное использование консультативной помощи соответствующих специалистов в интраоперационном установлении диагноза, прогноза и лечения пострадавших на операционном столе отмечается в 12% случаев.

Не только со стороны анестезиологов-реаниматологов, но и со стороны хирургов допущены такие просчеты, как недооценка степени нарушения гомеостаза, а также характера повреждения внутренних органов (32%), а в результате – неоправданное расширение объема оперативного вмешательства в ущерб полноты и срока реанимационных мер (26%).

Между тем, отмечались и обратные тенденции в решениях. В частности, в 36% случаев имело место неоправданное сужение объема операции по настоянию анестезиологов-реаниматологов либо неоправданное ускорение сроков операции со стороны хирургов, уже вопреки требованиям анестезиологов-реаниматологов.

В 31% случаев зафиксировано неправильное показание к одномоментным операциям, имело место разногласия между хирургами и анестезиологами-реаниматологами. В 32% случаев со стороны членов ХБ вовремя недооценен характер интраоперационных осложнений.

Вызывает серьезные размышления то, что у определенного количества пострадавших, фактором осложнения являются недооценка со стороны ХБ либо характера и степени нарушения гомеостаза, либо характера травматизации пострадавшего, либо недооценка интраоперационных осложнений. В большинстве случаев имелись те или иные разногласия между хирургами и анестезиологами-реаниматологами (t - 3,1-4,5; r – А, Б).

Сказанное свидетельствует о том, что качество указанных тактических решений в конкретном случае явно недостаточное. Если учесть тезис о том, что хирургия сильна своей тактикой, именно в этих, на первый взгляд, малозаметных факторах лежит серьезный резерв повышения качества оперативно-реанимационной помощи пострадавшим, находящимся в ЭС.

Хотелось бы отметить, что ошибочные тактические решения встречаются почти у каждого третьего-четвертого пострадавшего. Относительно низкий опыт интраоперационной диагностики имел место у ¼ части пострадавших (t - 2,6-3,0; r – Б,В). В аспекте сказанного отмечаются и следующие непоследовательные заблуждения врачей, как нарушения технологии интраоперационного диагноза и прогнозирования (t - 2,1-2,8; r – Б,В).

Можно предположить, что в основе подобных тактических просчетов лежит самоуверенность членов ХБ, отсутствие согласованной их деятельности, моменты переоценки своих возможностей. Тому подтверждение неоправданная хирургическая активность либо необоснованное затягивание сроков операции, усложнение либо упрощение характера операции (t - 2,9-4,5; r – А,Б).

Как известно, одним из важных тактических моментов оказания оперативно-реанимационной помощи является осуществление необходимой РИК. Именно во время операции РИК обладает важным потенциалом реанимационной помощи пострадавшему во время операции.

Как видно из таблицы 3.3.4, в целом, I ст. кровопотери отмечались у 13% пострадавших, II ст. – у 5%, III ст. – у 19%. Всего случаев кровопотери у пострадавших, находившиеся в ЭС было 37 (37%). Причем, в 100% случаев при ЭСВЭ и 66,7% - при ЭСКН. Если при ЭСВЭ кровопотеря III ст. заметно преобладали, составляя 62,5%, то при ЭСКН удельный вес кровопотери

аналогичной степени составил 37,5%.

Таблица 3.3.4 - Степени кровопотери у пострадавших с ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ во время оперативно-реанимационной помощи (n,%)

ЭС	Степень полостной кровопотери			Всего
	I	II	III	
ЭСР (n-60)	5 (8,3%)	-	-	5 (8,3%)
ЭСКН (n-24)	4 (16,7%)	3 (12,5%)	9 (37,5%)	16 (66,7%)
ЭСВЭ (n-16)	4 (25%)	2 (12,5%)	10 (62,5%)	16 (100%)
Всего (n-100)	13 (13%)	5 (5%)	19 (19%)	37 (37%)

Как видно из таблицы 3.3.5, всего выполнено 18 РИК, что составляет 48,6% общего числа полостных кровотечений у пострадавших с ЭС. Причем, РИК использован у каждого второго пострадавшего с ЭСВЭ (50%), а удельный вес РИК к общему числу полостных кровопотерь у пострадавших с ЭСКН составил 62,5%.

Таблица 3.3.5 - Удельный вес РИК во время оперативно-реанимационной помощи (M±m)

ЭС	n	%	Соотношение РИК к общему кол-ву полостных кровотечений	
			Абс	%
ЭСР (n-60)	5	8,3	-	-
ЭСКН (n-24)	16	66,7	10	62,5
ЭСВЭ (n-16)	16	100	8	50,0
Всего (n-100)	37	37	18	48,6

У 4-х (2 – с II ст., 2 – с III ст. кровопотери) пострадавших с ЭСВЭ кровь для РИК не успели собрать, но планировали РИК, тогда как в остальных 4-х случаях РИК не планировали. То есть она была проигнорирована со стороны ХБ.

В группе пострадавших с ЭСКН у 2-х пострадавших (с кровопотерей III ст.) собранную кровь не успели реинфузировать из-за констатации смерти пострадавшего на операционном столе. В целом при ЭСКН объем РИК

составил 1,0±0,2 л., тогда как при ЭСВЭ - 1,6±0,3 л.

Нами проанализировано состояние свертывающей системы на операционном столе. Как видно из таблицы 3.3.6, время свертываемости крови достоверно удлиняется в зависимости от тяжести ЭС: при ЭСР - 12,9±0,2 мин., при ЭСКН - 14,8±0,6 мин., а при ЭСВЭ - 18,5±1,1 мин. Аналогичная динамика и в отношении времени рекальцификации плазмы: 92,6±6,1 сек. при ЭСВЭ против 80,4±5,5 сек. при ЭСКН и 70,2±6,3 сек. при ЭСР.

Таблица 3.3.6 - Показатели свертывания и фибринолиз крови (M±m) во время оперативно-реанимационной помощи (M±m)

Показатели	ЭС		
	ЭСР	ЭСКН	ЭСВЭ
Время свертывания крови, мин	12,9±0,2	14,8±0,6*	18,5±1,1**,***
Фибриноген,г/л плазмы	3,4±0,2	5,7±0,3*	9,2±0,8**,***
Фибринолитическая активность, %	4,3±0,1	3,2±0,5*	2,2±0,03**,***
Протромбин, %	66,2±3,5	64,3±5,2	49,2±2,8**,***
Время рекальцификации сек.	70,2±6,3	80,4±5,5	92,6±6,1**,***

Примечание: * - P<0,05 при сравнении ЭСР и ЭСКН; ** - P<0,05 при сравнении ЭСВЭ и ЭСКН; *** - P<0,05 при сравнении ЭСВЭ и ЭСР.

На таком фоне содержание фибриногена нарастает в зависимости от тяжести ЭС. Между тем, фибриналитическая активность падает в обратной зависимости. Протромбиновый индекс и толерантность плазмы к гепарину также достоверно уменьшаются (P <0,05 и P <0,05).

Как видно из таблицы 3.3.7, t достоверно возрастает в зависимости от уровня ЭС: ЭСР→ЭСКН→ЭСВЭ. При этом r различных организационно-методических факторов возрастает в аналогичной последовательности: В→Б→А.

Таблица 3.3.7 - Взаимозависимость факторов и типов ЭС

ЭСР		ЭСКН		ЭСВЭ	
t	r	t	r	t	r

1,8±0,2	В	2,7±0,3	Б	4,2±0,5	А
		P_1<0,05		P_2<0,05	
				P_3<0,05	

Примечание: P_1 – достоверно при сравнении СК и ЭСКН; P_2 – при сравнении ЭСКН и ЭСВЭ; P_3 – при сравнении ЭСР и ЭСВЭ.

Как видно из таблицы 3.3.8, при ЭСР продуманные решения были достигнуты у каждого четвертого пострадавших (25%), а при ЭСКН – у 16,7%, тогда как при ЭСВЭ – у 12,5%. Недостаточно продуманные решения встречаются при ЭСР – у 41,7%, при ЭСКН – у 37,5%, при ЭСВЭ – у 31,25%.

Таблица 3.3.8 - Распределение оценок (n,%) тактических разрешений ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ

ЭС		
ЭСР (n-60;100%)	ЭСКН (n-24;100%)	ЭСВЭ (n-16;100%)
Непродуманные (n-10;16,7%)	Непродуманные (n-3;12,5%)	Непродуманные (n-6;37,7%)
Плохо продуманные (n-10;16,7%)	Плохо продуманные (n-8;33,3%)	Плохо продуманные (n-2;12,5%)
Недостаточно продуманные (n-25;41,7%)	Недостаточно продуманные (n-9;37,5%)	Недостаточно продуманные (n-5;31,25%)
Продуманные (n-15;25%)	Продуманные (n-4;16,7%)	Продуманные (n-2;12,5%)

Плохо продуманных решений было больше при ЭСКН (33,3%), тогда как при ЭСР их было в 2 раза (16,7%), а при ЭСВЭ – в 3 раза (12,5%) меньше. Удельный вес непродуманных решений составили при ЭСВЭ – 37,7%, при ЭСР – 16,7%, а при СВК – 12,5%.

Таким образом, в группе пострадавших с ЭСВЭ непродуманные либо плохо продуманные решения выявляются у более ½ пострадавших (50,2%). В группе пострадавших с СВК эта цифра составляет 45,8%, а при ЭСР – 33,4%.

Итак, в тактическом плане оказание оперативно-реанимационной помощи пострадавшим, находящимся в ЭС, была явно недостаточным. По шкале оценок

качество такой помощи градация выглядит следующим образом (табл.3.9.).

Как видно из таблицы 3.3.9, в ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ, реализация продуманных вариантов решения использована лишь в 21% случаев, в реализации недостаточно продуманных – 39%, плохо продуманных – 20%, непродуманных - 19%.

Таблица 3.3.9 - Шкала суммарной оценки набора тактических решений в ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ

Тактические решения	r	Реализация возможностей (%)	Абс.	%
Непродуманные	А	0	19	19
Плохо продуманные	Б	50	20	20
Недостаточно продуманные	В	75	39	39
Продуманные	Г	100	21	21

При проведении рандомизированной оценки было установлено, что тактические предпосылки для развития осложнений имели вероятность t = 4,4, что соответствует 45,2% случаев. Анализ распределения количественных признаков показал, что, как и в случае организационных дефектов, данные имеют асимметричный характер и не подчиняются нормальному распределению. Это свидетельствует о наличии значительных отклонений в распределении, что указывает на сложность предсказания возможных осложнений в рамках таких ситуаций. Важно отметить, что между группами диагнозов и группами осложнений существует тесная взаимосвязь, причем наиболее выражена эта связь в подгруппах с экстренными состояниями комбинированной природы (ЭСКН) и экстренной сложной венозной эмболией (ЭСВЭ). Данная взаимозависимость подчеркивает необходимость внимательного подхода при диагностике и планировании тактики лечения в этих категориях пациентов, где малейшие отклонения могут привести к значительным последствиям, что требует дополнительного анализа и корректировки терапевтических стратегий.

Как видно из таблицы 3.3.10, при техническом разрешении ЭС наиболее высоким удельным весом обладают такие заблуждения хирургов технического характера, как неправильная интерпретация хирургической ситуации и, как

результат, искажение сущности оперативного приема (36%, t – 3,3), а также продолжительное и травматичное оперирование в условиях критического нарушения гомеостаза (39%, t - 3,9).

Среди технических дефектов следует заострить внимание на следующие группы заблуждений: во-первых, неправильный выбор очередности хирургического вмешательства, что имело место практически у каждого четвертого пострадавшего с ЭС (25%, t – 2,1), а также нецелесообразный на тот момент оперативный прием, приведший к утяжелению без того тяжелого состояния пострадавших (22%, t – 2,7).

К сожалению, имело место и такие просчеты, как в спешке случайные повреждения органов, тканей, сосудов, также способствующего утяжелению состояния пострадавшего (1%, t – 1,4), а также, к сожалению, недостаточно надежный хирургический гемостаз на фоне критической гиповолемии и постгеморрагической анемии у пострадавших (13%, t – 1,7).

На основе наших наблюдений, длительность комбинированного шока у пострадавших, находящихся в ЭС, варьировала в зависимости от степени тяжести состояния пациента. Средняя продолжительность шока составила 1,2 ± 0,5 часа при I-II степени, 2,6 ± 0,6 часа при III степени и 4,8 ± 1,1 часа при IV степени. Объем инфузионной терапевтической жидкости (ИТТ) также изменялся в зависимости от тяжести шока: при I-II степени шокового состояния он составил 1822,5 ± 250,0 мл, при III степени – 3300,0 ± 620,5 мл, а при IV степени – 4500,0 ± 800,0 мл. Эти данные подтверждают необходимость адекватной коррекции объема жидкости и своевременной оценки динамики состояния пациента в зависимости от степени шока, что критически важно для выбора дальнейшей тактики лечения и прогнозирования исхода.

Таблица 3.3.10 -

Таблица 3.3.11 - Объем (мл.) ИТТ при травматическом шоке во время оперативно-реанимационной помощи (M±m)

ЭС	I-II ст.	III ст.	IV ст.
ЭСР (n-60)	1320,2±180,0	1450,1±220,0	1920±340,0
ЭСКН (n-24)	2050,0±735,5	3400,5±520,5	3610,0±820,5
ЭСВЭ (n-16)	2200,5±550,0	3620,0±440,0	4610,0±515,0

Как демонстрирует таблица 3.3.11, объем инфузионной терапевтической

жидкости (ИТТ) при различных типах ЭС соответствует должному и прогностическому показателю. При ЭСКН и ЭСВЭ объем ИТТ соответственно в 2-2,5 раза больше, нежели при ЭСР. Естественно, объем ИТТ возрастает в зависимости от тяжести шока.

Как видно из таблицы 3.3.12, степень гипохромной постгеморрагической анемии и гиповолемии достоверно нарастает - ЭСР→ЭСКН→ЭСВЭ.

Таблица 3.3.12 - Показатели красной крови (M±m) во время оперативно-реанимационной помощи (M±m)

Показатели	ЭС		
	ЭСР	ЭСКН	ЭСВЭ
Hb, г/л	65,2±6,2	44,8±3,1*	36,6±2,8**
Эр.,1012/л	4,1±0,3x1012	3,2±0,2x1012*	3,0±0,2x1012**
Венозный Ht,%	44,2±8,4	38,6±6,8*	31,5±4,1**

Примечание: * - P<0,05 при сравнении ЭСР и ЭСКН; ** - P<0,05 при сравнении ЭСКН и ЭСВЭ

Как видно из таблицы 3.3.13, концентрация Na++ в плазме крови увеличивается до 154,6±4,2 ммоль/л. в группе пострадавших с ЭСКН, тогда как в группе с ЭСВЭ имеет место гипонатриемия (P<0,05). Концентрация K+ в плазме крови имеет обратную тенденцию, нарастая в зависимости от тяжести ЭС от 3,6±0,2 ммоль/л. при ЭСР до 6,8±0,5 ммоль/л. при ЭСВЭ (P<0,05). Следует отметить, в зависимости от тяжести ЭС, концентрация Na++ в моче нарастает, тогда как концентрация K+ снижается в зависимости от тяжести ЭС.

Таблица 3.3.13 - Концентрация Na++ и K+ (ммоль/л) во время оперативно-реанимационной помощи (M±m)

Показатели	ЭС		
	ЭСР	ЭСКН	ЭСВЭ
Na++ плазмы, ммоль/л	139,5±6,8	154,6±4,2*	136,5±5,6**
Na++ мочи, ммоль/л	54,6±2,2	66,8±3,3*	71,5±2,8***
K+ плазмы, ммоль/л	3,6±0,2	5,2±0,6*	6,8±0,5**
K+ мочи, ммоль/л	105,6±6,8	121,3±7,2*	90,6±5,5**,***
Na++ / K+ мочи	0,4±0,002	0,5±0,05	0,2±0,01

Примечание: * - P<0,05 при сравнении ЭСР и ЭСКН; ** - P<0,05 при сравнении ЭСВЭ и ЭСКН; *** - P<0,05 при сравнении ЭСВЭ и ЭСР.

Как видно из таблицы 3.3.14, t достоверно возрастает в зависимости от уровня ЭС: ЭСР→ЭСКН→ЭСВЭ. При этом r различных технических факторов возрастает в аналогичной последовательности: В→Б→А.

Таблица 3.3.14 - Взаимозависимость факторов и типов ЭС

ЭСР		ЭСКН		ЭСВЭ	
t	r	t	r	t	r
1,6±0,05	В	2,6±0,01	Б	3,6±0,05	А
		P_1<0,05		P_2<0,05	
				P_3<0,05	

Примечание: P_1 – достоверно при сравнении СК и ЭСКН; P_2 – при сравнении ЭСКН и ЭСВЭ; P_3 – при сравнении ЭСР и ЭСВЭ.

Как видно из таблицы 3.3.15, при ЭСР правильные решения были достигнуты у 30% пострадавших, а при ЭСКН – у каждого четвертого (25%), тогда как при ЭСВЭ – лишь у 12,5%. Частично правильные решения предприняты при ЭСР – у 31,7%, при ЭСКН – у 29,2%, а при ЭСВЭ – у 31,25% пострадавших.

Таблица 3.3.15 - Распределение оценок (n,%) технических разрешений ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ

ЭС		
ЭСР (n-60;100%)	ЭСКН (n-24;100%)	ЭСВЭ (n-16;100%)
Неправильные (n-11;18,3%)	Неправильные (n-4;16,7%)	Неправильные (n-6;37,5%)
Частично неправильные (n-12;20%)	Частично неправильные (n-7;29,2%)	Частично неправильные (n-3;18,7%)
Частично правильные (n-19;31,7%)	Частично правильные (n-7;29,2%)	Частично правильные (n-5;31,25%)

Правильные (n-18;30%)	Правильные (n-6;25%)	Правильные (n-2;12,5%)

Неправильные либо частично неправильные решения составили при ЭСВЭ – у более ½ части пострадавших (56,2%), при ЭСКН – у 45,9%, при ЭСР – у 38,3% пострадавших.

Таким образом, в группе пострадавших с ЭСВЭ и ЭСКН неправильные либо частично неправильные технические решения были доаущены практически у каждого второго пострадавшего. По шкале оценок градация качества технических решений ЭС выглядит следующим образом (табл.3.3.16).

Таблица 3.3.16 - Шкала суммарной оценки набора технических решений в ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ

Тактические решения	r	Реализация возможностей (%)	Абс.	%
Неправильные	А	0	21	21
Частично неправильные	Б	50	22	22
Частично правильные	В	75	31	31
Правильные	Г	100	26	26

Как видно из таблицы 3.3.16, в ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ, реализация неправильных вариантов решения использована лишь в 21% случаев, в реализации частично неправильных – 22%, частично правильных – 31%, правильных - 26%.

В ходе проведенной рандомизированной оценки нами было установлено, что вероятность возникновения тактических предпосылок для осложнений составила t = 3,5, что соответствует 35,8% случаев. Особенность распределения всех количественных признаков, как и в случае организационных дефектов, заключается в их асимметричности и отклонении от нормального распределения. Эти данные подчеркивают, что прогнозирование и анализ клинических исходов в таких условиях требует более сложных и многогранных моделей. Более того, существует устойчивая и тесная взаимосвязь между группами диагнозов и группами осложнений, особенно ярко эта связь

проявляется в подгруппах с экстренными состояниями комбинированной природы (ЭСКН) и экстренными сложными венозными эмболиями (ЭСВЭ). Это свидетельствует о том, что прогнозирование и корректировка тактики лечения в этих группах пациентов должны основываться на комплексном подходе, включающем динамическую оценку всех факторов риска и возможных осложнений.

Резюмируя вышеизложенное, можно утверждать, что для разработки эффективной процессной модели развития системы ЭХ необходимо оперировать триадной моделью, которая включает взаимодействие трех ключевых компонентов: 1) Эффективный процесс «К-ПК» (корректировка — пациентская карта); 2) Эффективный объем «О-МК» (объем медицинской помощи — медицинская карта); 3) Эффективный уровень «Т-ТК» (технологические процессы — технологическая карта). Эти компоненты образуют триадную структуру, которую можно визуализировать как ориентированный граф, в котором каждый элемент связан с другими, а сами связи имеют динамичный характер и изменяются во времени. Данная модель подразумевает, что каждый элемент системы находится в постоянном взаимодействии, и их взаимозависимость меняется в зависимости от времени, что может быть формализовано с помощью системы дифференциальных уравнений в нормальной форме Коши.

Математическое описание динамики системы здравоохранения в контексте экстренной помощи можно представить через систему дифференциальных уравнений, которая отражает все ключевые взаимосвязи между рассматриваемыми компонентами:

«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),

где: U – управляющее воздействие, f_n – в общем случае нелинейные функции.

Графическая схема данной структуры представлена на рисунке 3.3.1. Важно отметить, что три функциональных сегмента, составляющих единую

систему, должны работать в тесном и эффективном взаимодействии, обеспечивая бесперебойный процесс обмена информацией и координации действий. В контексте ЭХ при ЭС эта структура функционирует как единое целое, где каждый компонент играет свою роль в обеспечении высокого качества медицинского вмешательства. Такое взаимодействие сегментов гарантирует динамическое реагирование на изменения в состоянии пациента и своевременное принятие необходимых решений, что, в свою очередь, способствует улучшению исхода лечения и снижению вероятности возникновения осложнений.

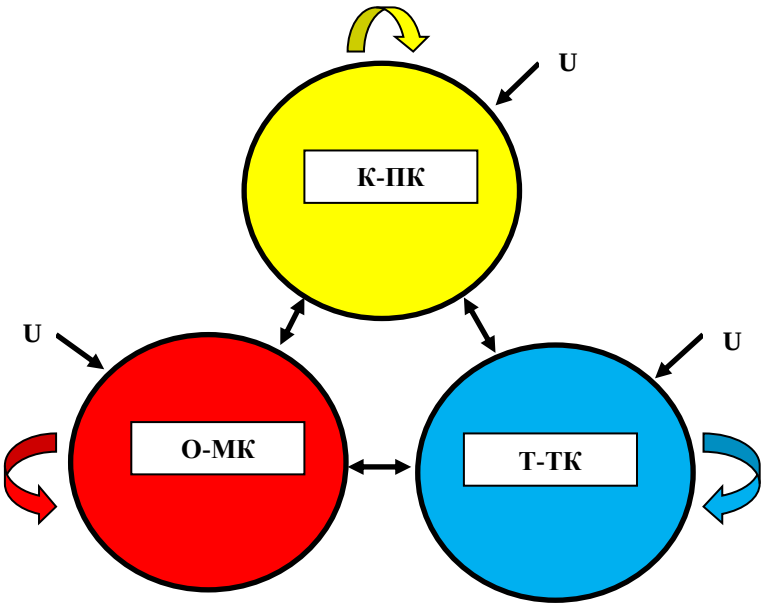

Рисунок 3.3.1 - Модель развития триады компонентов системы ЭХ.

На основании характеристики тактико-технических аспектов решения ЭС у пострадавших при оказании оперативно-реанимационной помощи пострадавшим, находящимся в ЭС, нами сформулировано нижеследующее резюме-суждения.

Резюме.

При разработке адекватной интраоперационной оценки и разрешении ЭС необходимо учитывать комплексный интегральный показатель, который включает в себя несколько ключевых факторов. В первую очередь, это степень неопределенности, связанная с прогнозируемыми последствиями ситуации,

которая возникает в ходе оперативного вмешательства. Во-вторых, следует оценивать степень реализации угрозы, т.е. вероятность того, что текущие осложнения или патофизиологические изменения приведут к необратимым последствиям. В-третьих, важным аспектом является степень прогнозирования последствий того или иного решения или вмешательства, что помогает сориентироваться в оптимальной тактике лечения.

Особое внимание в условиях ЭС должно быть уделено стратегии, направленной на ликвидацию опасных последствий и стабилизацию кризисной ситуации. Важно, чтобы тактика вмешательства строилась с учетом мониторинга жизненно важных функций организма, что позволяет своевременно реагировать на изменения состояния пациента. Одним из ключевых интегральных показателей для оценки функционального состояния организма является показатель изменения когнитивного статуса пострадавшего, который может служить индикатором уровня гипоксии, нарушений микроциркуляции и других физиологических процессов, критически важных для принятия решений в экстренной хирургии.

Таким образом, принятие решений в ходе ЭС должно опираться не только на стандартные физиологические параметры, но и на динамическую оценку когнитивных функций пациента, что позволяет более точно прогнозировать результаты оперативного вмешательства и минимизировать риск осложнений.

Наиболее частым тактическим упущением врачей было то, что пострадавшего, находящегося в ЭС, первоначально госпитализировали в реанимационное отделение, а потом уже оттуда перевозили его в операционную (41%).

Неоправданно затягивается время оказания реанимационных мероприятий в ущерб срочности необходимого в данный момент оперативного компонента этой реанимации (38%).

Недостаточное интраоперационное использование диагностических возможностей ХБ имело место в 20% случаев, тогда как нарушение установленного порядка применения методов диагностики, прогнозирования и

оперативно-реанимационного пособия - у каждого четвертого пострадавшего (25%).

Недооценка степени нарушения гомеостаза, а также характера повреждения внутренних органов (32%), а в результате – неоправданное расширение объема оперативного вмешательства в ущерб полноты и сроков реанимационных мер (26%) и, наоборот, в 36% случаев имело место неоправданное сужение объема операции по настоянию анестезиологов-реаниматологов.

В 31% случаев зафиксировано неправильное показание к одномоментным операциям, имело место разногласия между хирургами и анестезиологами-реаниматологами.

Относительный риск достоверно возрастает в зависимости от уровня ЭС: ЭСР→ЭСКН→ЭСВЭ. При этом относительный шанс различных организационно-методических факторов возрастает в аналогичной последовательности: В→Б→А.

В группе пострадавших с ЭСВЭ непродуманные либо плохо продуманные решения выявляются у более ½ пострадавших (50,2%). В группе пострадавших с СВК эта цифра составляет 45,8%, а при ЭСР – 33,4%, что свидетельствует о недостаточности оказания оперативно-реанимационной помощи пострадавшим, находящимся в ЭС.

Наиболее высоким удельным весом обладают такие заблуждения хирургов технического характера, как неправильная интерпретация хирургической ситуации и, как результат, искажение сущности оперативного приема (36%), а также продолжительное и травматичное оперирование в условиях критического нарушения гомеостаза (39%).

Неправильный выбор очередности хирургического вмешательства, что имело место практически у каждого четвертого пострадавшего с ЭС (25%), а также нецелесообразный на тот момент оперативный прием, приведший к утяжелению без того тяжелого состояния пострадавших (22%).

Относительный риск достоверно возрастает в зависимости от уровня ЭС: ЭСР→ЭСКН→ЭСВЭ. При этом относительный шанс различных технических факторов возрастает в аналогичной последовательности: В→Б→А.

В группе пострадавших с ЭСВЭ и ЭСКН неправильные либо частично

неправильные технические решения были допущены практически у каждого второго пострадавшего.

ГЛАВА 4. ТРИАДНАЯ МОДЕЛЬ РАЗВИТИЯ КАЧЕСТВА НА УРОВНЕ СИСТЕМЫ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

С учетом текущего состояния системы здравоохранения Кыргызской Республики, а также проводимых в рамках реформ структурно-функциональных преобразований, нами выделены ключевые концептуальные аспекты, обеспечивающие непрерывное совершенствование качества медицинской помощи (КМП). Данные аспекты представляют собой комплексные взаимосвязанные компоненты, направленные на оптимизацию деятельности медицинских учреждений и повышение эффективности лечебно-диагностического процесса.

1. Организационно-управленческий компонент (О-УК) – данный элемент предполагает четкое разграничение уровней ответственности и детальное определение полномочий среди всех участников медицинского процесса. Важнейшим аспектом является установление механизмов персонализированной ответственности за качество предоставляемых медицинских услуг на всех уровнях системы здравоохранения. Кроме того, данный компонент включает в себя внедрение высокоэффективных технологий в оказании медицинской помощи, что требует соответствующего контроля за их соблюдением.

2. Технико-ресурсный компонент (Т-РК) – представляет собой фундаментальную основу для обеспечения высокого качества медицинского обслуживания. Включает наличие и соответствие функциональных помещений нормативным требованиям, оснащенность медицинских организаций необходимыми диагностическими, лечебными и вспомогательными аппаратами и оборудованием. Также учитывается оптимизация коечного фонда и обеспечение достаточного количества квалифицированных специалистов, наряду с их профессиональным ростом. Особое внимание уделяется созданию условий для продуктивной работы врачебного персонала, поощрению

инициативности и повышению уровня самостоятельности руководителей структурных подразделений лечебно-профилактических учреждений.

3. Профессионально-кадровый компонент (П-КК) – направлен на формирование системы непрерывного профессионального развития медицинских работников. Включает реализацию многоуровневой системы повышения квалификации, использование современных образовательных технологий и методик последипломного обучения. Существенное значение имеет организация эффективной информационной среды, способствующей повышению осведомленности медицинских специалистов за счет обеспечения доступности, оперативности и достоверности профессионально значимой информации.

Анализируя процессную модель функционирования подсистем здравоохранения Кыргызской Республики, направленную на повышение качества медицинской помощи, целесообразно представить ее в виде трилистника (рисунок 4.1). Такой подход позволяет наглядно отобразить взаимосвязь и параллелизм между тремя ключевыми компонентами системы лечебно-профилактических учреждений: «О-УК», «Т-РК» и «П-КК».

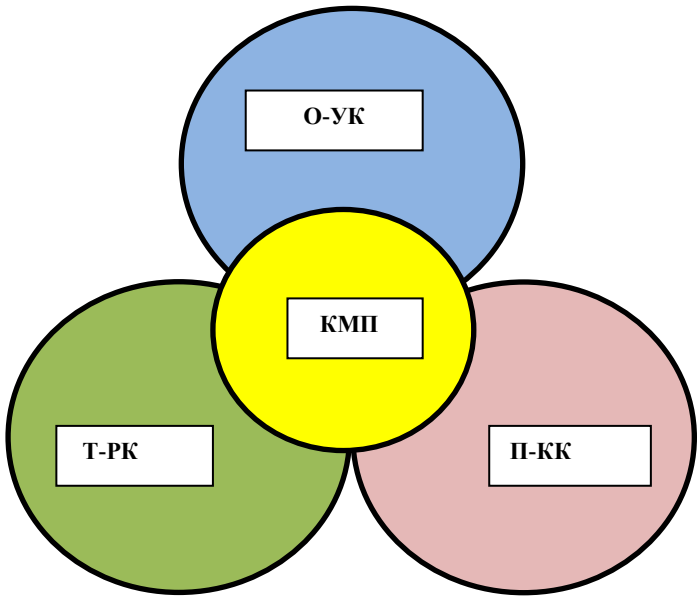

Рисунок 4.1 - Процессная модель триады компонентов системы Л-ПУ.

В данной главе ставится задача оценки процессной модели развития обозначенных компонентов, выявления их взаимного влияния, а также обоснования их значимости в контексте совершенствования медицинской системы. Особый акцент делается на выявлении корреляционных связей между данными элементами и их интегративной ролью в формировании устойчивой модели эффективного управления качеством медицинской помощи.

4.1. Развитие организационно-управленческого компонента

Современные преобразования в здравоохранении обязывают руководство отрасли не только высокого уровня профессиональной компетентности, но и современных знаний в области менеджмента и маркетинга. Эффективное управление деятельностью лечебно-профилактических учреждений (Л-ПУ) выступает в качестве ключевого механизма, обеспечивающего сохранение, развитие и непрерывное повышение качества медицинской помощи.

Система управления Л-ПУ представляет собой сложную динамическую структуру с многоуровневой иерархией, где каждый управляемый объект является совокупностью множества взаимосвязанных элементов. Рациональная организация данной системы предполагает внедрение инновационных подходов к управлению, позволяющих учитывать не только внутренние, но и внешние факторы, влияющие на медицинскую деятельность. Оптимизация процессов администрирования способствует повышению адаптивности лечебных учреждений к изменяющимся условиям, что, в свою очередь, повышает их конкурентоспособность и эффективность функционирования.

Как система, управление базируется на соответствующих принципах: 1) Принцип правовой обоснованности управленческого решения; 2) Принцип систематической оптимизации управленческой деятельности; 3) Принцип единства управления лечебно-диагностическим процессом и хозяйственной деятельностью; 4) Принцип разумного распределения ответственности; 5) Принцип баланса полномочий и ответственности; 6) Принцип автономного

замещения руководящих функций; 7) Принцип приоритета вышестоящего руководства; 8) Принцип документального обеспечения принятых решений; 9) Принцип принятия решения на основе достоверной информации; 10) Принцип проявления ответственности руководителя; 11) Принцип взаимосвязи цели и конечного результата.

В современной системе управленческой деятельности целесообразно выделить три ключевых компонента:

1. **Организационно-структурный компонент** – анализирует полноту организации управленческих процессов и преемственность между различными звеньями системы здравоохранения, включая территориальные больницы (ТБ) и центры семейной медицины (ЦСМ/ГСВ). Исследования показали, что в 14 (63,1%) ТБ и 17 (55,4%) ЦСМ отсутствовали лечебно-контрольные комиссии, а также специализированные структуры внутреннего мониторинга КМП. Только в 14,7% ТБ и 23,7% ЦСМ проводился контроль лечебно-диагностического процесса, причем этот процесс осуществлялся исключительно на уровне руководителей подразделений.

2. **Функционально-технологический компонент** – охватывает объективную оценку уровня управленческой деятельности в Л-ПУ (ГСВ/ЦСМ, ЦОВП, ТБ) на основе комплексного анализа с применением аккредитационной экспертизы. В ходе исследования была проведена оценка деятельности главных врачей и руководителей подразделений ТБ, ГСВ и ЦОВП. Аккредитационный экспертный анализ выявил, что в 36,6% случаев руководители Л-ПУ допускали несоответствия стандартам аккредитации, как в организационной, так и в клинической сферах. К числу наиболее значимых проблем относились недостаточная эффективность текущего и стратегического планирования, а также низкий уровень мониторинга КМП.

3. **Социально-психологический компонент** – включает оценку показателей эффективности использования материально-технических ресурсов и создания внутриучрежденческих информационных коммуникаций. Как видно из таблицы 4.1.1, этим стандартам соответствовали лишь 31,6% и 32,3% Л-ПУ

соответственно. Управление кадровым потенциалом и обеспечение преемственности в лечебно-диагностическом процессе соответствовали стандартам в 37,3% и 37,0% Л-ПУ соответственно. Относительно полноты оказания медицинской помощи и внедрения новых технологий показатели составили 58,9% и 54,3% Л-ПУ, что указывает на необходимость дальнейшего совершенствования управленческих стратегий в медицинских учреждениях.

Таблица 4.1.1 - Удельный вес соответствия Л-ПУ аккредитационному стандарту

Показатели	%
Внедрение новых технологий и оценка их эффективности	54,4
Наличие внутриучрежденческих информационных систем	32,3
Работа по управлению кадровым потенциалом	37,3
Обеспечение преемственности в лечебно-диагностическом процессе	37,0
Эффективное использование материально-технических ресурсов	31,6
Проведение экспертизы полноты лечебно-диагностического процесса	58,9

В ходе исследования было проведено детальное изучение коэффициента соответствия установленным стандартам в различных категориях Л-ПУ, включая ТБ, ГСВ/ЦСМ и ЦОВП. Средние значения коэффициента соответствия составили 0,79±0,08 для ТБ, 0,70±0,04 для ГСВ/ЦСМ и 0,52±0,01 для ЦОВП. Полученные данные статистически достоверно указывают на существенно более низкий уровень качества управления и эффективности деятельности руководителей ЦОВП в сравнении с коллегами из других Л-ПУ ($p<0,05$).

В рамках работы был проведен углубленный анализ средней степени соответствия аккредитационным требованиям, регламентирующим управление лечебными учреждениями, а также дана характеристика выявленных недостатков в управленческой деятельности руководителей медицинских служб обследованных учреждений.

Анализируя показатели, представленные в таблице 4.1.2, можно отметить, что уровень соответствия ключевым стандартам управления оказался наименее

удовлетворительным в ЦОВП, что подтверждается достоверно более низкими показателями в сравнении с аналогичными значениями в ГСВ/ЦСМ и ТБ. В частности, коэффициент соответствия стандартам в ЦОВП (0,52±0,01) значительно уступает показателям, зарегистрированным в ЦСМ (0,70±0,04) ($p<0,001$) и ТБ (0,79±0,08) ($p<0,001$). Данный факт свидетельствует о наличии существенных проблем в организации управленческого процесса в данных учреждениях и указывает на недостаточную эффективность руководителей.

Таблица 4.1.2 – Коэффициент соответствия стандарту в ТБ, ЦСМ/ГСВ, ЦОВП по показателям деятельности.

Показатели	ТБ	ЦСМ/ГСВ	ЦОВП
Внедрение новых технологий и оценка их эффективности	0,76±0,02	0,62±0,02	0,35±0,01
Наличие внутриучрежденческих информационных систем	0,67±0,02,	0,68±0,02	0,52±0,01
Работа по управлению кадровым потенциалом	0,56±0,01,	0,63±0,04	0,37±0,02
Обеспечение преемственности в лечебно-диагностическом процессе	0,64±0,02	0,60±0,01	0,36±0,01
Эффективное использование материально-технических ресурсов	0,63±0,02,	0,67±0,02	0,42±0,01
Проведение экспертизы качества лечебно-диагностического процесса	0,78±0,05,	0,68±0,02	0,46±0,01

В ходе анализа выявленных недостатков и дефектов управления было установлено, что значительная доля (57,7%) нарушений наблюдается в Л-ПУ. Основными проблемами стали недостаточная проработанность стратегий управления, слабый контроль за выполнением установленных нормативов, а также фрагментарное применение инструментов оценки качества и эффективности медицинской помощи. Вместе с тем, отмечены положительные сдвиги: руководители стали активнее осваивать методы анализа и учета

медико-экономической эффективности деятельности как отдельных врачей, так и структурных подразделений, увязывая ключевые показатели медицинской помощи (КМП) с финансовыми затратами. Кроме того, наблюдается улучшение процессов планирования работы лечебных учреждений, а также повышения уровня контроля и оценки эффективности использования материальных ресурсов и лекарственных препаратов.

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить значительные различия в уровне соответствия стандартам управления между разными категориями Л-ПУ, продемонстрировав критическую необходимость совершенствования управленческих процессов, особенно в ЦОВП. Необходим дальнейший комплексный анализ и разработка программ повышения качества управления для достижения оптимальных результатов в деятельности медицинских организаций.

В условиях модернизации системы здравоохранения Кыргызской Республики достигнута определенная степень преемственности в лечебно-диагностическом процессе между различными подразделениями и учреждениями, а также активно внедряются новые медицинские технологии. Установленная корреляционная зависимость между эффективностью управления Л-ПУ и уровнем КМП подтверждает, что совершенствование управленческих механизмов положительно сказывается на результатах деятельности медицинских организаций.

На основе экспертного анализа управленческой деятельности руководителей Л-ПУ, а также с учетом тенденций реформирования системы здравоохранения КР была разработана интегративная модель управления, включающая инструменты оптимизации организационной деятельности медицинских руководителей. Данная модель базируется на системном подходе и учитывает ключевые аспекты планирования, координации, контроля и мотивации.

В последние годы все большую популярность приобретает маркетинговый подход в управлении Л-ПУ. В частности, его доля в структуре

деятельности руководителей территориальных больниц (ТБ) и центров семейной медицины (ЦСМ) составила 8,3% и 13,6% соответственно. Эти изменения свидетельствуют о расширении функциональных обязанностей заведующих отделениями ТБ и руководителей ЦСМ, что влечет за собой качественные трансформации в их профессиональной деятельности.

В ходе реформирования системы здравоохранения КР была создана оптимизированная структурная модель управления медицинской службой в Л-ПУ. Ее ключевые элементы включают:

1. Четкую координацию работы различных подразделений для рационального распределения ресурсов и определения оптимального количества уровней принятия решений.

2. Формирование четких и конкретных критериев оценки эффективности деятельности структурных подразделений.

3. Организацию работы органов управления на основе стратегических целей системы здравоохранения.

Анализ функционально-технологического аспекта управленческой деятельности в Л-ПУ показал, что основное внимание уделяется контролю и учету проводимых мероприятий. В исследовании были рассмотрены 150 управленческих решений, принятых на уровне ТБ, ЦОВП и ЦСМ/ГСВ, включая приказы, распоряжения и административные постановления. Их тематическая структура распределена следующим образом:

- организация медицинской помощи – 10,8%;
- планирование, финансирование и статистика – 41,9%;
- кадровые вопросы – 9,6%;
- материально-техническая база и ремонтные работы – 16,8%;
- санитарно-эпидемиологические аспекты – 9,7%;
- КМП – 5,4%.

Как видно из таблицы 4.1.3, наиболее распространенной проблемой управления в Л-ПУ является неэффективность оформления документации, что приводит к избыточному информационному потоку. В частности, данный

недостаток выявлен в ТБ в 13,6% случаев, в ГСВ – в 25,4%, а в ЦОВП – в 58,4%. Напротив, наименьший удельный вес имеют проблемы, связанные с отсутствием управленческих решений, имеющих практическое значение, и несвоевременным доведением информации до исполнителей. Этот показатель составил 5,4% в ТБ, 3,7% в ГСВ и 5,5% в ЦОВП.

Таблица 4.1.3 - Результаты анализа качества принимаемых управленческих решений (в %)

Показатели	ТБ	ГСВ	ЦОВП
Отсутствие четкой схемы информационного обеспечения, четкой плановости в принятии решений	12,4	17,8	48,9
Дублирование принятых решений по маршрутам движения управленческих информаций	9,6	4,7	16,5
Обилие документального информационного потока	13,6	25,4	58,4
Несвоевременное доведение решений до исполнителей	5,4	3,7	5,5

Результаты анализа свидетельствуют о необходимости совершенствования управленческой деятельности в Л-ПУ. В этом контексте выделены приоритетные методы оптимизации принятия решений:

1. Научная обоснованность – учет экономических и социальных факторов, анализ достоверных данных.
2. Единство – согласованность решений с общей стратегией учреждения.
3. Правомочность – соблюдение нормативно-правовых рамок.
4. Направленность – четкая формулировка задач.
5. Конкретность – установленные сроки выполнения решений.
6. Оперативность – своевременное принятие решений в зависимости от обстоятельств.

Дополнительно выделены функции управленческой деятельности, обеспечивающие эффективную работу Л-ПУ:

- Планирование – систематический учет всех факторов, выбор оптимальных стратегий.
- Организация и регулирование – создание условий для достижения поставленных целей.
- Мотивация и стимулирование – повышение эффективности и качества труда медицинского персонала.

Фронтальный анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений (Л-ПУ) играет ключевую роль в организации эффективного управления медицинскими учреждениями. Этот процесс включает в себя систематическую и критическую оценку всех аспектов лечебно-диагностической и профилактической работы как на уровне всей организации, так и в отдельных ее структурных подразделениях. Основная цель данного анализа заключается в выявлении существующих недостатков, определении возможных резервов, а также прогнозировании будущих результатов деятельности медицинских учреждений на основе полученных данных.

Важное значение имеют социально-психологические аспекты управленческой деятельности, которые непосредственно влияют на организацию труда в Л-ПУ. Их детальное изучение и моделирование совершенствования обусловлено рядом выявленных недостатков, характерных для различных типов медицинских организаций: ТБ, ЦСМ/ГСВ, ЦОВП.

Как следует из анализа данных, представленных в таблице 4.1.4, в среднем в 34,5% случаев функциональные обязанности сотрудников аппарата управления не соответствуют их фактической ответственности и полномочиям по контролю за деятельностью подчиненных служб. В 24,5% случаев отсутствует четкое определение должностных обязанностей каждого сотрудника, что приводит к дублированию функций и снижению эффективности управленческих решений. Кроме того, в 19,6% случаев выявлено непропорциональное распределение обязанностей между руководителем Л-ПУ и его заместителями.

Таблица 4.1.4 - Удельный вес недостатков в управлении Л-ПУ (в %)

Показатели	%
Функциональные обязанности сотрудников аппарата управления не отражают истинной ответственности и прав по контролю	34,5
Нет четкого определения конкретных должностных обязанностей каждого сотрудника аппарата управления	24,5
Сохраняется непропорционально распределение обязанностей между руководителем Л-ПУ и его заместителями	19,6
Недостаточно упорядочена технология материальной и моральной мотивации управленческих процедур	67,9
Некомпетентность и пассивность руководителя из-за его несоответствия занимаемой должности	18,9
Отсутствие желания сотрудников считаться с руководителями и главными задачами Л-ПУ	3,5

Чрезмерная концентрация линий подчинения на руководителях свидетельствует о недостаточном уровне коллегиальности и наличии элементов авторитарного стиля управления. В 67,9% случаев отмечены недостатки в организации и реализации системы материальной и моральной мотивации управленческих процедур. В 18,9% случаев диагностирована некомпетентность и пассивность руководителей, обусловленная несоответствием занимаемой должности и отсутствием инициативы, направленной на модернизацию системы управления. В 3,5% случаев выявлены проявления группового эгоизма, выраженные в нежелании сотрудников учитывать стратегические цели учреждения и рекомендации руководства.

В современных условиях, когда происходит расширение автономности и самостоятельности первичной медико-санитарной помощи (ПСМП) и ТБ, управление Л-ПУ должно базироваться на интеграции трех ключевых методов: административно-распорядительного, финансово-экономического и социально-психологического. В условиях реформирования здравоохранения Кыргызской Республики применение данных методов должно быть направлено на повышение качества медицинской помощи (КМП) и достижение оптимальных

конечных результатов.

Эффективное руководство требует гибкости и стратегического подхода. Основная функция современного медицинского управленца заключается в координации процессов и ненавязчивом контроле за их исполнением. При этом основой дисциплины должны служить морально-нравственные принципы, профессиональная ответственность и осознанность персонала, а не страх перед административными мерами. Руководитель, использующий демократический стиль управления, демонстрирует заботливое отношение к подчиненным, сочетая требовательность с готовностью оказать поддержку. Он отличается высокой выдержкой, тактичностью и доброжелательностью, что способствует формированию благоприятного психологического климата в коллективе.

Анализ эффективности различных стилей управления показывает, что демократический подход является наиболее перспективным для системы здравоохранения Кыргызской Республики. В отличие от авторитарного и либерального стилей, демократический подход ориентирован на коллективное принятие решений, высокий уровень профессиональной мотивации сотрудников и реализацию творческого потенциала медицинских работников.

Управленческая деятельность Л-ПУ неразрывно связана с вопросами информационного обеспечения. Организация информационных потоков зависит от структуры учреждения, его кадрового состава и материально-технической базы. Количественный анализ документационного потока в ТБ и ЦСМ за период 2010–2011 годов показал рост объема входящей документации на 12,9% по сравнению с 2006–2008 годами.

Распределение входящих документов по источникам свидетельствует о том, что 58,6% из них поступают из вышестоящих органов здравоохранения, 18,9% – из медицинских учреждений района, 10,4% – из местных государственных органов управления и 12,1% – от других организаций и жителей. Рост объемов документации обусловлен реформированием системы здравоохранения, но при этом сохраняется низкий уровень вовлеченности населения в вопросы организации медицинского обслуживания. Кроме того,

удельный вес справочно-аналитических и научно-медицинских документов остается недостаточным, что указывает на слабую аналитико-прогностическую деятельность руководителей Л-ПУ.

По данным экспертной оценки, лишь 49,6% документов обладают полной информативностью, тогда как 21,3% содержат 50–75% необходимой информации, а 13,4% – 25–50%. На основании выявленных проблем в организации информационного обеспечения деятельности ТБ и ЦСМ были определены основные требования к медицинским информационным системам:

1. Достоверность – точное соответствие объективным показателям деятельности учреждения.
2. Достаточность – полнота информации для принятия управленческих решений.
3. Доступность – четкость и структурированность информации.
4. Динамичность – возможность анализа данных в сравнении с предыдущими периодами.
5. Однозначность – отсутствие двусмысленности в трактовке информации.
6. Грамотность – ясность изложения и отсутствие ошибок.
7. Оперативность – своевременность предоставления данных.

Разработанная модель управления Л-ПУ представляет собой системный подход, ориентированный на совершенствование управленческих процессов, использование современных методов руководства и повышение качества медицинской помощи. Внедрение эффективных механизмов оптимизации управленческой деятельности способствует устойчивому развитию системы здравоохранения Кыргызской Республики.

Анализ эффективности управленческих решений подтверждается статистическими данными. В Чуйской области уровень дефектов при обследовании снизился с 4,9% в 2011 году до 4,4% в 2012 году, а в Жалал-Абадской области – с 5,1% до 2,3% за аналогичный период. Доля медицинских карт с дефектами оформления в Чуйской области составила 9,7% в 2012 году

против 12,2% в 2011 году, а в Жалал-Абадской области – 15,3% в 2012 году против 14,4% в 2011 году. Частота дефектов в лечении снизилась с 8,2% в 2010 году до 5,2% в 2012 году в Жалал-Абадской области и с 6,3% до 5,8% в Чуйской области за аналогичный период. Данные результаты подтверждают необходимость дальнейшего совершенствования управленческих процессов в Л-ПУ и внедрения современных методов оптимизации их деятельности.

4.2 Развитие технико-ресурсного компонента

В программе «Манас», «Манас-Таалими» принят новый подход к разработке методологий и методов мониторинга деятельности системы здравоохранения, а именно разработка программ, ориентированных на конечный результат.

Проведенный выше анализ состояния здоровья населения республики, причин присвоения группы инвалидности и случаев смерти в работоспособном возрасте позволил установить, что приоритетными задачами оказания медицинской помощи являются снижение заболеваемости с временной и стойкой утратой трудоспособности, снижение смертности населения в трудоспособном возрасте по заболеваниям, а также снижение первичного выхода на инвалидность по заболеваниям ССС и органов дыхания.

При разработке модели планирования медицинской помощи необходимо учитывать влияние широкого спектра внешних факторов, оказывающих значительное воздействие на систему здравоохранения. В условиях Кыргызской Республики эти факторы включают географические, экономические и социальные особенности, требующие комплексного подхода к организации медицинского обслуживания.

Среди ключевых географических факторов следует отметить сложные условия горной местности, характеризующиеся значительными перепадами высот и климатическими особенностями, влияющими на доступность медицинской помощи. Многие населенные пункты расположены на удалении от районных центров, что усугубляется слаборазвитой транспортной и коммуникационной инфраструктурой, затрудняющей своевременное оказание медицинской помощи, особенно в экстренных ситуациях. Низкая плотность

населения в ряде регионов приводит к увеличению радиуса обслуживания и снижению доступности лечебно-профилактических учреждений (Л-ПУ), что требует внедрения альтернативных форм организации медицинской помощи, таких как телемедицина и мобильные медицинские бригады.

Экономические факторы также оказывают значительное влияние на систему здравоохранения. В сельской местности наблюдается высокий уровень бедности, что снижает возможность населения обращаться за медицинской помощью, особенно в условиях ограниченного финансирования и низкой платежеспособности. Дополнительно, неравномерное распределение сельских Л-ПУ приводит к необходимости пересмотра стратегии их размещения и ресурсного обеспечения. Рост безработицы усугубляет ситуацию, снижая уровень доступности медицинских услуг для широких слоев населения.

Социальные факторы также требуют особого внимания. Недостаточный уровень санитарно-гигиенических условий и общей культуры здоровья населения приводит к высокому риску распространения инфекционных заболеваний и снижению эффективности профилактических мероприятий. Ограниченные образовательные возможности, выражающиеся в сокращении на 38,6% количества дошкольных учреждений, клубов и библиотек, способствуют снижению уровня осведомленности населения о мерах профилактики и здорового образа жизни. Это указывает на необходимость интеграции образовательных и медицинских программ для повышения информированности граждан и улучшения показателей общественного здоровья.

Таким образом, разработка эффективной модели планирования медицинской помощи в Кыргызской Республике должна основываться на комплексном учете всех перечисленных факторов. Необходимо формирование адаптивных стратегий, направленных на повышение доступности медицинских услуг, улучшение транспортной и коммуникационной инфраструктуры, а также разработку экономически обоснованных решений для поддержки медицинского обслуживания населения в условиях социально-экономических и географических ограничений.

Основополагающим принципом модели планирования является: 1) Продолжение структурно-функциональных преобразований с организацией новых медицинской службы в здравоохранении с целью адаптации Л-ПУ к выполнению приоритетных задач; 2) Создание обновленной системы организации КМП за счет: взаимосвязи всех элементов системы на основе реализации стандартов; прогрессивных методов мониторинга и прогнозирования КМП по изменениям его составляющих элементов; рационального и эффективного использования сил и средств посредством установления соответствия их требуемому КМП; разработок подходов к материальному стимулированию в соответствии с КМП.

В контексте продолжающегося реформирования системы здравоохранения Кыргызской Республики, проблема адаптации Л-ПУ к обозначенным вызовам стала неотъемлемой частью стратегии развития медицинской службы. Эта задача решалась параллельно с активизацией деятельности ФАП, ЦСМ/ГСВ, ТБ, ЦОВП Важную роль в процессе улучшения функциональной структуры этих учреждений сыграло научное обоснование новых моделей и прогрессивных форм их структурно-функциональной деятельности. Учитывая сложные социально-экономические и географические условия, особое внимание было уделено поиску инновационных решений для оптимизации работы медицинских учреждений в сельской местности.

Кроме того, реформирование потребовало пересмотра подходов к организации и предоставлению медицинской помощи, что стало основой для углубленного развития семейной медицины. Для этого был предпринят ряд шагов, включая структурные изменения, направленные на создание мощных медицинских центров. Эти центры были ориентированы на повышение качества медицинской помощи (КМП) и улучшение доступности специализированных услуг для населения, проживающего в удаленных и труднодоступных районах страны.

В частности, анализ экспертных данных за период 2006-2008 гг. показал, что значительный процент пациентов в процессе медицинского обслуживания в

ГСВ/ЦСМ нуждался в дополнительных консультациях специалистов. Так, 28,7% больных требовали услуг невропатологов, 34,2% - кардиологов, а 14,5% - фтизиатров. Эти данные свидетельствуют о высоком уровне заболеваемости в данных областях и подчеркивают важность создания специализированных центров, обеспечивающих комплексное медицинское обслуживание.

В целом, повышению КМП способствуют: эффективная организация профилактических и санитарно-просветительских мероприятий среди здоровых людей; внедрение новых методов организационных и медицинских технологий в работу Л-ПУ; развитие стационарзамещающих методов лечения; создание паллиативных отделений; организационные меры, направленные на рациональное и эффективное использование ресурсных потенциалов; внедрение новых методов стандартизации оказания помощи населению, экономических методов управления деятельностью Л-ПУ.

Вопрос совершенствования использования материально-технической базы в системе здравоохранения, а также повышение эффективности работы семейных врачей и структур Л-ПУ представляет собой ключевую составляющую успешного функционирования медицинских учреждений. Невозможно представить непрерывное улучшение КМП населению без эффективного управления и постоянного совершенствования материально-технической базы, которая играет важную роль в обеспечении высококачественного медицинского обслуживания.

Анализ существующей ситуации в системе здравоохранения Кыргызской Республики, приведенный в таблице 4.2.5, выявляет проблему хронического дефицита материально-технического оснащения на всех уровнях медицинских учреждений. Согласно данным, в 62% случаев, включая 42% в ЦОВП и 20% в ТБ, наблюдается низкое качество работы вспомогательных подразделений, таких как прачечные, кухни и отделения переливания крови. Этот дефицит материальных ресурсов непосредственно влияет на эффективность работы медицинского персонала и, как следствие, на качество предоставляемой медицинской помощи.

Таблица 4.2.5 – Удельный вес дефицитов элементов материально-технической базы (в %)

Показатели	ТБ	ГСВ	ЦОВП
Дефицит всех видов мягкого и твердого инвентаря	34,6	21,2	76,5
Дефицит ультразвукового, рентгенологического, электрокардиографического оборудования, лабораторной техники	42,0	68,4	77,2
Кол-во подразделений с высокой изношенностью медицинского оборудования	17,1	36,6	47,9
Кол-во Л-ПУ, в которых отмечалось плохое качество работы вспомогательных подразделений	20,0	-	42,0

Экспертное обследование материально-технической базы ЦСМ и ТБ в период 2006-2009 гг. показало следующие основные проблемы. В 86% случаев ЦСМ испытывали нехватку функциональных помещений, что затрудняло полноценное обслуживание пациентов. К тому же 42,2% ЦСМ находились в удаленных районах, что затрудняло доступность медицинской помощи для местного населения. Кроме того, на 34,6% ТБ, 21,2% ЦСМ и 76,5% ЦОВП было зафиксировано значительное количество нехватки как мягкого, так и твердого инвентаря, что серьезно ограничивало возможности для обеспечения качественного медицинского обслуживания.

Особое внимание стоит уделить состоянию инженерных коммуникаций. Экспертная оценка показала, что в большинстве отделений ТБ и ЦОВП (87,6%) не функционировали полностью системы водоснабжения и канализации, что может привести к повышенному риску санитарных проблем и затруднениям в проведении медицинских процедур. В 42% ЦСМ также отмечался дефицит ультразвукового, рентгенологического, электрокардиографического оборудования и лабораторной техники, что ограничивало возможности для диагностики и лечения пациентов.

Кроме того, было установлено, что средний возраст используемого медицинского оборудования и медицинской техники в сельских Л-ПУ

превышал 10 лет. Такой долгий срок эксплуатации значительно снижает функциональность оборудования и увеличивает частоту его поломок. В частности, около 9,5% техники простаивало из-за отсутствия необходимых запасных частей, что дополнительно ухудшало ситуацию с предоставлением медицинских услуг.

Важным аспектом является состояние коечного фонда стационаров в ТБ. За период 2006-2012 гг. наблюдалось сокращение коечного фонда в среднем на 4,8%. Однако, это сокращение не сопровождалось повышением рациональности использования коек. Так, занятость койки в ряде областей оставалась ниже нормативных показателей, составляя в среднем 310±6,8 дней в год. Это не коррелировало с увеличением числа выздоровевших пациентов, что указывает на неэффективное использование коечного фонда и, возможно, на низкую организационную эффективность в лечении пациентов.

По результатам исследования установлено, что значительная доля подразделений, сталкивающихся с высокой изношенностью медицинского оборудования, составляет 36,6% в ЦОВП и 11,6% в ТБ. Также в 65% Л-ПУ – включая 47,9% в ЦОВП и 17,1% в ТБ – отсутствует необходимая диагностическая и лечебная аппаратура, такая как электрокардиографы, ультразвуковые аппараты, дефибрилляторы, суточные мониторы и лабораторные приборы. Эти пробелы в оснащении непосредственно влияют на качество диагностики и лечения. Еще одной проблемой является низкий уровень обеспечения Л-ПУ лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, который составляет всего 10-15% от потребности.

В рамках процесса реформирования и трансформации здравоохранения, ориентированного на улучшение качества медицинской помощи, необходимо выделить несколько ключевых направлений, которые будут способствовать эффективному решению проблем материально-технической базы медицинских учреждений. Среди приоритетных задач следует выделить следующие:

1. Разработка и утверждение новых методологических подходов, а также механизмов оптимизации оснащения Л-ПУ современным медицинским

оборудованием. Это предполагает создание универсальных стандартов, которые будут соответствовать актуальным требованиям и возможностям разных уровней медицинских учреждений.

2. Разработка и внедрение табелей оснащения медицинскими изделиями, которые будут учитывать специфику каждого учреждения, его потребности и технические возможности. Такой подход обеспечит более точную оценку нужд и своевременную закупку необходимой техники.

3. Осуществление комплексной модернизации существующего парка медицинской техники, а также переоснащение устаревших аппаратов с учетом новых технологических достижений и требований здравоохранения. Важно также организовать постоянное повышение квалификации врачебного и технического персонала, чтобы они могли эффективно работать с новыми медицинскими средствами.

4. Разработка и внедрение реальных механизмов долгосрочной стратегии по поставкам высококачественных импортных медицинских средств и оборудования. Это позволит снизить риски дефицита современного оборудования и обеспечит доступность качественной техники для отечественных медицинских учреждений.

Особое внимание стоит уделить вопросам технического обслуживания и ремонта медицинского оборудования. Согласно анализу, только 12,1% Л-ПУ имеют квалифицированный персонал, способный обслуживать медицинскую технику, в то время как 88,7% учреждений не привлекают инженерно-технические организации для обслуживания оборудования. Это серьезная проблема, которая усугубляется отсутствием необходимых навыков у текущего персонала и нехваткой специалистов, что ведет к снижению уровня эксплуатации оборудования и сокращению срока его службы.

Таким образом, в современных условиях для достижения существенных улучшений в здравоохранении и повышения качества медицинской помощи необходимо применять комплексный подход к развитию материально-технической базы. Эффективная эксплуатация парка медицинской техники,

являясь частью организационной технологии, напрямую влияет на повышение КМП и доступность качественного медицинского обслуживания для населения.

Официальные отчеты и результаты медицинских осмотров подтверждают, что потребности пациентов в медицинской помощи могут существенно различаться по срочности, длительности лечения, а также по набору специфических услуг и особенностей ухода. В связи с этим всех пациентов можно условно классифицировать на три категории:

1. Экстренные пациенты, требующие неотложной помощи с краткосрочной госпитализацией (Усл. – «Э»).

2. Пациенты с хроническими заболеваниями, нуждающиеся в специализированной помощи по нозологиям и долгосрочной госпитализации (Усл. – «Х»).

3. Пациенты, нуждающиеся в высокотехнологичных медицинских услугах (Усл. – «Я»).

Исходя из данной классификации, медицинские учреждения (Л-ПУ) должны быть разделены на три категории:

1. Первая категория - учреждения для краткосрочной госпитализации. Согласно данным за 2006-2012 годы, в Кыргызской Республике в экстренном порядке госпитализируется в среднем 33,9±4,2 тыс. больных ежегодно, что составляет около 29,2±3,3% от общего числа госпитализаций. Средняя продолжительность пребывания в стационаре для таких пациентов составляет 11,6±2,6 дней, из которых интенсивная терапия занимает 2,3±1,1 дня, а восстановительное лечение - оставшиеся дни.

2. Вторая категория - учреждения для длительного пребывания. Для больных, нуждающихся в длительном лечении, в период 2006-2012 годов в медицинские учреждения на длительное лечение поступило 38,4±7,1 тыс. пациентов, что составило 33,2±4,1% от общего числа госпитализированных. Средняя продолжительность их пребывания в стационаре составила 18,6±2,8 дня, из которых 1,6±0,4 дня уходило на подготовку к лечению, 11,2±0,8 дня — на интенсивную терапию, а еще 6,2±1,4 дня — на восстановительное лечение.

Из этой группы больных в 2012 году с выздоровлением выписано 17%, улучшением — 51,6%, без изменений — 21%, с ухудшением состояния — 7%, умерло — 3,4%.

3. Третья категория - учреждения для высокоспециализированной помощи. Группа пациентов, претендующих на длительное стационарное лечение, является довольно сложной и включает в себя болезни, характерные для пожилого и старческого возраста, такие как атеросклероз, хроническая сердечная недостаточность, старческая деменция и другие заболевания, которые затрудняют обращение в амбулаторные учреждения. Пациенты с более тяжелыми заболеваниями, как правило, реже посещают амбулаторные приемы. Например, из числа лиц со второй и третьей группой здоровья помощь в амбулаторных условиях требуется 283,2 из 1000 пациентов, в то время как для больных с четвертой группой — 213,1, а с пятой группой — всего 32,7. Такие пациенты часто вызывают врачей на дом и активнее пользуются услугами скорой медицинской помощи.

Наиболее часто встречаемые заболевания, такие как артериальная гипертензия (АГ), требуют регулярного обращения к врачам. Согласно данным опроса и записям в амбулаторных картах, каждый пациент с АГ в среднем 2,5 раза обращался за медицинской помощью в Центры семейной медицины (ЦСМ) и территориальные больницы (ЦОВП). Из 428 пациентов с АГ у 413 возникали неотложные состояния, требующие вмешательства врачей. В реанимационных мероприятиях принимало участие 220 пациентов, а бригада скорой медицинской помощи оказала помощь 193 больным. Эффективные реанимационные мероприятия были проведены 331 пациенту (80,1%), в то время как у 82 (19,9%) пациентов реанимация не дала результата, и их направили в специализированные медицинские учреждения для дальнейшего лечения.

Таким образом, организация медицинской помощи в зависимости от категории заболеваний и состояния пациентов требует дифференцированного подхода, предусматривающего как экстренное вмешательство, так и длительное

стационарное лечение с применением высокотехнологичных медицинских услуг.

Подобная ситуация наблюдается и при других заболеваниях. Наиболее часто неотложные состояния возникали у пациентов с бронхиальной астмой, что было зафиксировано у 84,4% из 100 больных. Эти пациенты, как и больные со злокачественными новообразованиями, чаще направлялись в К-СК, в то время как пациенты с язвенной болезнью реже обращались за помощью в «А-ПК».

Наибольшее количество пациентов, требующих посторонней помощи, наблюдается среди больных с злокачественными новообразованиями (39,3%), затем среди больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ССС) (26,0%) и психическими расстройствами (20,1%). В целом, в республике ежегодно около 4157 тысяч граждан становятся инвалидами и нуждаются в медицинской помощи на уровне «М-СК».

Структура первичной инвалидности в республике демонстрирует доминирование расстройств психики, большинство пациентов с которыми также требуют медицинской социальной помощи. В течение года в Кыргызстане, по статистике, умирает в среднем 7,5 тыс. человек, из которых лишь 5,6-9,4% получают помощь в Л-ПУ, в то время как 90,6% умирают на дому или на улице. Среди тех, кто умирает в К-СК, наиболее высокие показатели смертности наблюдаются среди больных с туберкулезом (57,3±7,6% в 2006-2007 гг.), однако в период 2009-2012 гг. эта цифра снизилась до 10,2±2,1%.

Следует отметить, что туберкулез является инфекционным заболеванием, и, учитывая, что 89,8-42,7% умирающих на дому представляют определенную угрозу заражения для своих родственников и близких, данная проблема требует особого внимания. Онкологические пациенты, как правило, умирают на дому (88,2-99,3%), что подчеркивает необходимость создания более благоприятных условий для их ухода на дому.

Таким образом, можно сделать вывод, что для большинства пациентов в

Кыргызстане (в среднем 90%) место смерти — это не медицинские учреждения, а их дома или хосписы, которые должны быть отдельно организованы и переданы в частную собственность. Это будет способствовать созданию более комфортных условий для ухода за неизлечимыми больными и улучшению качества жизни в последние дни их существования.

4.3 Развитие профессионально-кадрового компонента

Одним из важных аспектов эффективной работы системы здравоохранения является обеспечение правильного подбора, расстановки и рационального использования медицинских кадров в лечебно-профилактических учреждениях (Л-ПУ). В 2012 году в КР медицинскую помощь оказывали 12 718 врачей, что соответствует уровню обеспеченности 22,5 врача на 10 000 человек населения. Однако, за последние годы наблюдается тенденция к сокращению числа убывающих врачей, что является положительным явлением. В частности, в 2012 году количество убывших специалистов составило 1326 человек, что на 189 меньше по сравнению с 2011 годом, когда этот показатель равнялся 1515. Также можно отметить, что снижение численности медицинских кадров в значительной степени обусловлено миграцией врачей за пределы страны, хотя и здесь наблюдается некоторое сокращение: в 2012 году выехало 126 специалистов, а в 2011 году – 138.

Особое внимание следует уделить различиям в обеспеченности медицинскими кадрами в различных районах республики. Наименьшая обеспеченность наблюдается в таких районах, как Чаткальский (8,6 на 10 000 человек), Сузакский (8,6), Ала-Букинский (9,5), Тюпский (7,7), Джеты-Огузский (8,0), Нарынский (8,3), Алайский (8,8), Манасский (7,3), Таласский (8,5), Бакай-Атинский (9,5), Панфиловский (9,1) и Сокулукский (9,1). Дефицит врачебных кадров в этих районах негативно влияет на доступность медицинской помощи и качество оказываемых услуг населению.

Наиболее значимыми причинами, препятствующими привлечению врачей

в сельские и удаленные районы, являются низкий уровень развития инфраструктуры, ограниченные возможности для профессионального роста и неудовлетворительные условия для проживания и быта. В некоторых регионах страны, помимо общей нехватки семейных врачей, также наблюдается дефицит специалистов узкого профиля в первичной медицинской санитарной помощи (ПМСП) и в системе «К-СК», включая таких специалистов, как анестезиологи-реаниматологи, неонатологи, акушеры-гинекологи и хирурги.

В последние годы на фоне проводимых реформ в системе здравоохранения КР особое внимание уделяется вопросам гендерного равенства. В соответствии с Законом КР «Об основах государственных гарантий обеспечения гендерного равенства» и Указом Президента КР «О дальнейшем совершенствовании кадровой политики по привлечению женщин-лидеров к государственному управлению», система здравоохранения стремится сохранять гендерное равенство среди руководящих кадров. Из 423 руководителей Л-ПУ 164 составляют женщины (38,8%). Среди заместителей руководителей, которых в общей сложности 349, женщины составляют 61% (213 человек). В целом по республике из 12 614 врачей 65,3% составляют женщины, что эквивалентно 8233 специалистам.

Одним из ключевых направлений реформ в сфере здравоохранения является стандартизация медицинских процессов. В рамках «Концепции по созданию и развитию системы стандартизации в здравоохранении Кыргызской Республики» появилась необходимость разработки и внедрения клинических протоколов (КП). Эти стандарты определяют объем профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, а также сроки их проведения в зависимости от заболевания и региона. КП ориентированы на системный подход и направлены на повышение качества медицинской помощи, учитывая не только медицинские, но и социальные, правовые и этические аспекты. Важно, что такие протоколы помогают медицинским работникам чётко определить свои действия в различных клинических ситуациях, улучшая качество предоставляемой помощи и снижая риски.

Составление программы КП соответствует следующим принципам: 1) определение объемов, сроков и критериев оказания медицинской помощи в ходе анализа мировой и отечественной научно-практической информации, анализа и обобщения результатов научно-исследовательских достижений, полученных по принципу ДМ; 2) определение оптимальных сроков выполнения стандартных показателей осуществляется в результате глубокого изучения технологических процессов медицинской помощи населению; 3) дифференциация клинических протоколов в соответствии с этапностью оказания медицинской помощи; 4) технология оказания помощи представляет собой алгоритм действий медицинского работника для оптимального выполнения объемов и сроков врачебной помощи.

Основные требования к КП: 1) адекватность, используемая при установлении диагноза и выборе лечебно-диагностических мероприятий; 2) полнота объема мероприятий и последовательность при выполнении этих мероприятий; 3) временная связь и адресность выполняемых мероприятий; 4) эффективность и оптимальность (реальность) выполнения требований с учетом имеющихся кадровых и материально-технических и др. ресурсов.

КП являются неотъемлемым компонентом эффективного функционирования Л-ПУ в рамках реализации обязательного медицинского страхования (ОМС). Они играют ключевую роль в системах мониторинга качества медицинской помощи, включая оценку и контроль за выполнением стандартов оказания медицинских услуг. Использование КП в повседневной практической деятельности врачей способствует достижению конечных приоритетных целей службы здравоохранения в региональном контексте. Внедрение этих протоколов также позволяет более точно рассчитывать стоимость медицинских услуг, что становится основой для дальнейшего формирования тарифов и ценообразования в сфере здравоохранения.

Протоколы, разработанные в рамках системы здравоохранения Кыргызской Республики, применяются на всех уровнях медицинской помощи, начиная от первичной и заканчивая специализированной и высокотехнологичной. Благодаря внедрению КП удалось добиться

значительного снижения числа дефектов в технологии оказания медицинской помощи, которые можно классифицировать как организационные, диагностические и лечебные. Эти дефекты проявляются как при оказании экстренной, так и плановой медицинской помощи и достоверно сократились в таких учреждениях, как ЦСМ, ГСВ, ТБ, а также ЦОВП.

Анализ экспертных карт, на основе которых были извлечены данные из историй болезней стационарных отделений туберкулезных больниц и амбулаторных карт пациентов в ГСВ и ЦСМ, показал существенное улучшение в качестве и полноте оформления медицинских записей. Также наблюдается повышение информативности этих записей, что напрямую влияет на своевременность и эффективность профилактических, диагностических и лечебных мероприятий. Такие улучшения в процессе медицинского обслуживания больных свидетельствуют о положительном воздействии внедрения КП на качество медицинской помощи.

Применение клинических протоколов способствует стандартизации медицинских процедур, что, в свою очередь, ведет к улучшению качества оказания медицинских услуг, повышению безопасности для пациентов и эффективному использованию ресурсов здравоохранения. Это дает возможность не только снизить вероятность медицинских ошибок, но и обеспечить равномерное распределение медицинской помощи по всем уровням системы здравоохранения, что особенно важно для регионов с ограниченными ресурсами.

Результаты проведенного анализа показали, что внедрение КП оказало существенное влияние на повышение обоснованности госпитализации пациентов с различными заболеваниями, что является важным индикатором успешной интеграции семейной медицины с стационарным звеном медицинского обслуживания. Так, по сравнению с периодом 2006-2009 годов, наблюдается значительное снижение удельного веса дефектов, ранее характеризовавшихся как «непроведение исследований» или «неполное обследование», в период 2010-2011 годов: на 96,7% и 46,4% соответственно.

Это свидетельствует о более высокой квалификации врачей и повышении уровня медицинского обслуживания пациентов.

Кроме того, за период с 2006 по 2012 годы существенно повысился уровень обеспеченности больничными койками. Если в 2006 году на 10 000 человек населения приходилось 32,5 койки, то к 2012 году этот показатель увеличился до 45,9. Важным индикатором улучшения работы стационарных учреждений является среднегодовая занятость койки, которая возросла с 317,9 в 2006 году до 326 в 2012 году. Эти данные свидетельствуют о более эффективном использовании имеющихся ресурсов.

Также следует отметить, что нагрузка на одного специалиста в организациях ПМСП, таких как ЦСМ и ГСВ, также увеличилась. Это указывает на рост объема медицинской помощи, оказываемой в этих учреждениях, что отражает усилия по улучшению доступности медицинских услуг для населения.

В сельской местности врачебная помощь представлена участковыми амбулаториями, большинство из которых обслуживает население, превышающее 1500 человек (58,7%). По данным за период 2006-2008 годов, посещаемость этих амбулаторий составляла всего 37,5%, однако с 2009 по 2011 год этот показатель значительно возрос до 78,9%. Этот рост свидетельствует о повышении доступности медицинских услуг в сельских районах и улучшении общей организации медицинской помощи.

До начала реформирования здравоохранения в Кыргызской Республике в 2006 году 75,5% всех средств, выделяемых из государственного бюджета, расходовалось на содержание сети Л-ПУ, включая заработную плату медицинского и обслуживающего персонала, содержание зданий и оплату коммунальных услуг, таких как тепло, водоснабжение и электроэнергия. На медикаменты и питание больных в тот период уходило всего 24,5% бюджетных средств. Однако успешная реализация проекта реструктуризации Л-ПУ в рамках Национальной программы реформирования системы здравоохранения, таких как «Манас» и «Манас Таалими», а также внедрение принципов ОМС, привели к существенным изменениям в структуре расходов. В результате этих

реформ соотношение бюджета, выделяемого на обслуживание больных, изменилось в сторону увеличения доли расходов на непосредственное медицинское обслуживание, что составило 67,7% против 32,3% на содержание инфраструктуры и административные расходы.

Таким образом, внедрение клинических протоколов и успешная реализация реформ в системе здравоохранения оказали положительное влияние на повышение качества медицинской помощи, улучшение доступности медицинских услуг и более эффективное распределение бюджетных средств. Эти изменения свидетельствуют о прогрессе в обеспечении здоровья населения и оптимизации использования ресурсов здравоохранения в Кыргызской Республике.

В Кыргызской Республике подготовка медицинских кадров осуществляется в шести ведущих вузах: Кыргызской Государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева (КГМА), Кыргызском Российском Славянском университете имени Б.Н. Ельцина (КРСУ), Ошском государственном университете (ОшГУ), Жалал-Абадском государственном университете (ЖАГУ), Медицинской высшей школе медицины при МУК и Азиатском медицинском институте имени С.Тентишева (АЗМИ). В 2012-2013 учебном году в указанных вузах было подготовлено 1602 выпускника, из которых 263 были иностранными гражданами (в 2011-2012 гг. — 1179 выпускников, в том числе 337 иностранных студентов).

Особое внимание стоит уделить тому факту, что в ЖАГУ и АЗМИ имени С.Тентишева состоялись первые выпуски студентов в 2014-2015 учебном году. Важно отметить, что в системе Министерства здравоохранения КР непосредственно подчиняется только КГМА имени И.К. Ахунбаева, что создает определенные сложности в мониторинге и оценке качества подготовки и профессиональных навыков выпускников. Это также вызывает проблемы с распределением молодых специалистов и обеспечением необходимыми клиническими базами для проведения учебных занятий.

В КГМА имени И.К. Ахунбаева с учетом современных требований ГОСТ

нового поколения начата подготовка врачей общей практики. В этом контексте были пересмотрены учебные программы по специальностям «Лечебное дело» и «Педиатрия» с ориентацией на подготовку семейных врачей. Введен объективный структурированный клинический экзамен (ОСКЭ), который позволяет оценить клинические навыки студентов. Кроме того, для повышения качества подготовки студентов, в вузе был открыт Центр развития клинических навыков и оценки знаний, что также способствует совершенствованию образовательного процесса.

Повышение квалификации и переподготовка кадров в медицинской сфере также активно осуществляется в КГМА имени И.К. Ахунбаева, Кыргызском государственном медицинском институте повышения квалификации и переподготовки кадров (КГМИПиПК), Национальном центре кардиологии и терапии имени М.М. Миррахимова (НЦКиТ), Бишкекском научно-исследовательском институте травматологии и ортопедии (БНИЦТО), Национальном центре охраны материнства и детства (НЦОМиД), Национальном хирургическом центре (НХЦ), а также в Южном филиале КГМИПиПК в городе Ош. В 2012-2013 учебном году количество выпускников клинической ординатуры составило 578 человек, из которых 22 были иностранными гражданами. В том же году 388 врачей-интернов завершили свое обучение, из них 4 являлись иностранными студентами.

Для стимулирования медицинских специалистов, работающих в отдаленных и сельских районах, было принято Постановление Правительства КР «О мерах по дополнительному стимулированию врачей, работающих в организациях здравоохранения отдаленных районов, малых городов и сельской местности Кыргызской Республики» (№570, 16.08.2012). В рамках этого постановления в 2013 году в программу было включено 101 врач, 48 из которых являлись выпускниками 2013 года.

В целях повышения управленческой и финансовой автономии медицинских учреждений, а также для улучшения конкурсного отбора руководителей, было создано Положение о руководителе организации

здравоохранения КР (Приказ МЗ КР №117, 15.03.2013) и Положение о конкурсном отборе руководителей государственных организаций здравоохранения КР (Приказ МЗ КР №224, 02.05.2013). В этой связи был организован единый Центр тестирования при КГМИППК и его Южном филиале в г. Ош, что позволило проводить комплексное тестирование медицинских работников для оценки их профессиональной подготовки и знаний.

За 2012 год было протестировано 3503 медицинских работника, что позволило оценить уровень их профессиональных навыков. В период 2012-2013 гг. в рамках присвоения квалификационных категорий было проведено тестирование 2801 врача, из которых 891 (31,8%) не набрали проходной балл, что подчеркивает важность дальнейшего совершенствования системы аттестации.

Повышение ответственности сотрудников Л-ПУ за качество своей работы напрямую зависит от эффективной системы подготовки и переподготовки кадров. Важно, чтобы процессы повышения квалификации и профессионального уровня врачей и медицинских работников проводились на постоянной основе, как в текущем, так и в перспективном направлении. В этом контексте стратегическое планирование использования кадрового потенциала и обеспечение высокого качества медицинской помощи является ключевым элементом в повышении экономической эффективности и результативности функционирования лечебно-профилактических учреждений.

Таким образом, успешная реализация системы управления кадровыми ресурсами и повышение профессионализма медицинских работников являются важнейшими задачами для достижения качественного и доступного здравоохранения в Кыргызской Республике.

В рамках исследования организационно-медицинской технологии службы было выбрано 66 ЦСМ), 16 ГСВ, 26 ЦОВП, 41 Л-ПУ и 12 СМП. Полученные данные позволяют сделать выводы о состоянии медицинской помощи на различных уровнях, а также выявить проблемы, влияющие на ее качество.

Одной из главных проблем является низкая заработная плата работников системы здравоохранения, что напрямую связано с отсутствием должного внимания к компенсации за объем манипуляций, выполняемых семейными врачами. Интеграция узкоспециализированных медицинских услуг в практику семейного врача также не отражается на оплате труда, что негативно сказывается на имидже специалистов в сфере семейной медицины (СМ). В ответ на эту ситуацию, по инициативе Агентства государственной службы здравоохранения и семейной медицины Кыргызстана (08.10.2012), было предложено установить оплату за участковость на уровне 50% и за смешанный прием - 30%. Однако было утверждено соотношение в 30% и 20%, что не решает проблемы финансирования и мотивации специалистов.

Отток медицинских кадров за пределы страны также усугубил ситуацию. По состоянию на 2011 год в 56 ЦСМ не было ни одного врача, а в 189 ЦСМ, где должно было работать от 3 до 7 специалистов, остался лишь один врач. Это создало дефицит врачебных услуг для более чем 350 000 жителей, особенно в пограничных районах, таких как Чуйская, Иссык-Кульская и Таласская области, где уровень обеспеченности медицинскими кадрами является крайне низким.

На уровне ПМСП более 70% работников составляют лица предпенсионного и пенсионного возраста, что увеличивает нагрузку на этих специалистов, поскольку они выполняют обязанности трех-четырех врачей. Это приводит к перегрузке и снижению качества обслуживания пациентов.

Нагрузка на врачей ЦСМ в городе Бишкек составляет 2863 пациента на одного врача, в то время как нагрузка на одного семейного врача достигает 4716 человек. Фактическое число обслуживаемого населения на одного семейного врача варьируется от 5000 до 18 000 человек, что значительно превышает нормативы и сказывается на качестве медицинской помощи.

В современных условиях, когда в стране реализуются принципы ОМС, а также проходят процессы децентрализации и автономизации Л-ПУ, важнейшим фактором повышения качества медицинской помощи является квалификация

врачей, их способность адаптироваться к внедрению прогрессивных медицинских и организационных технологий, а также участие в формировании конкурентных отношений на рынке медицинских услуг.

Экспертная оценка профессионализма врачей в ТБ и ЦСМ продолжает служить основой для разработки методологических подходов к планированию численности кадров и повышению их квалификации в рамках национальных программ реформирования системы здравоохранения. Одним из приоритетных направлений таких реформ является создание эффективной системы рационального планирования кадров, а также обеспечение их качественной подготовки и переподготовки, что стало важной целью до 2010 года в рамках программ «Здравоохранение Кыргызстана в XXI веке», «Манас» и «Манас-Таалими».

Комплексный анализ должностной и профессионально-квалификационной структуры кадров показал наличие значительного дисбаланса в численности, качестве и распределении врачей по профилям Л-ПУ. Особенно выражены проблемы с кадровым обеспечением экстренной и плановой медицинской помощи в отдаленных и сельских районах, где более 28% медицинской помощи предоставляется врачами ЦСМ и ГСВ. На сегодняшний день уровень обеспеченности населения врачами ЦСМ значительно ниже среднереспубликанского уровня, особенно в Чуйской, Ошской и Иссык-Кульской областях, где обеспеченность врачами в два раза ниже.

Таким образом, проблема кадрового дефицита и неравномерного распределения медицинских специалистов между регионами является одной из основных проблем системы здравоохранения Кыргызской Республики, требующих незамедлительного решения для улучшения доступности и качества медицинской помощи для всех категорий населения.

Анализ данных, представленных на рисунке 4.3.1, ясно демонстрирует значительный дисбаланс в обеспечении врачами и медицинскими кадрами в разных регионах Кыргызской Республики. Особенно остро проблема

ощущается в Иссык-Кульской (2,5 на 10 000 населения) и Жалал-Абадской областях (2,8 на 10 000 населения), где обеспеченность врачами наименьшая. За период с 2006 по 2008 годы в этих регионах наблюдается снижение абсолютной численности врачей на 6,9%, что указывает на негативные тенденции в области медицинского обеспечения населения.

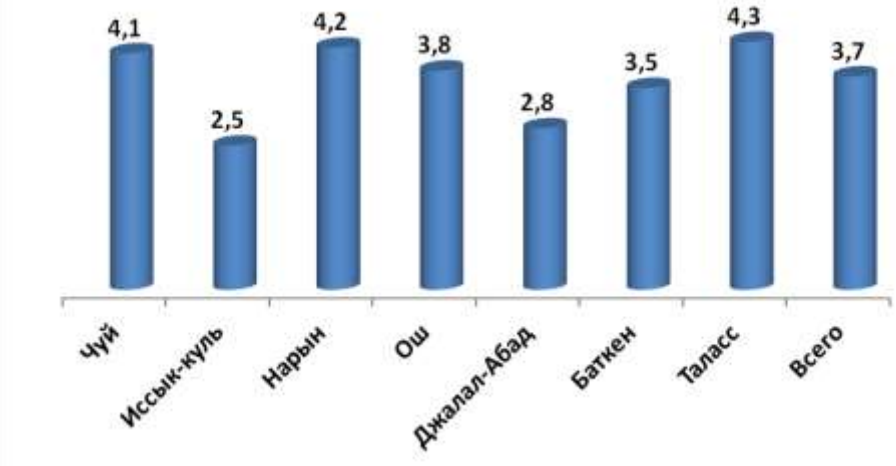

Рисунок 4.3.1 - Обеспеченность врачами на 10000 населения.

Особенно сложной является ситуация с врачебным составом в сельской местности, где наблюдается увеличение числа работников старшего возраста. Так, в Баткенской, Ошской, Жалал-Абадской и Нарынской областях 35,6% практикующих врачей имеют возраст от 40 до 45 лет. В то же время в Бишкеке 54,2% врачей составляют специалисты моложе 40 лет, что свидетельствует о концентрации молодых кадров в столице и дефиците молодых специалистов в регионах.

На протяжении 2006-2008 годов в сельских районах в два раза сократилась доля молодых врачей (до 30 лет). В период с 2007 по 2010 годы только 17,8% врачей трудоустроились в Л-ПУ сельских районов, при этом в таких областях, как Баткенская, Нарынская и Таласская, их доля была минимальной и составила 6,0%, 2,7% и 1,1% соответственно. Эти данные свидетельствуют о проблемах с привлечением молодежи к работе в отдаленных и сельских районах, что усугубляет кадровый дефицит и снижает доступность медицинских услуг.

Качество медицинской помощи зависит не только от уровня профессиональной подготовки врачей и своевременности прохождения курсов повышения квалификации, но и от ПДО. В настоящее время в Л-ПУ практически отсутствует система ПДО, а также возможность обучения врачей без отрыва от основной деятельности. Это ограничивает возможности специалистов для повышения своей квалификации, особенно в условиях недостаточного финансирования.

Внедрение и реализация системы ПДО, а также использование дистанционного обучения, могли бы значительно улучшить уровень профессионализма врачей без значительных материальных затрат, таких как обучение в КГМИППК или его филиале в г.Ош. Проведенная экспертная оценка соответствия врачебной практики стандартам должностной и профессионально-квалификационной структуры в ТБ показала, что соответствие составляет 0,75±0,03, что подтверждает наличие высокого уровня соответствия установленным стандартам — 75%.

Сравнительный анализ соответствия врачебных кадров стандартам в ЦСМ Чуйской и Иссык-Кульской областей показал, что эти показатели составляют 0,59±0,04 и 0,53±0,02 соответственно. Эти данные существенно ниже, чем показатели в ТБ, что свидетельствует о более низком уровне профессиональной подготовки врачей в данных областях.

Примечательно, что был выявлен прямой корреляционный коэффициент между уровнем кадрового потенциала и качеством медицинской помощи в ЦСМ, который составил к = +0,7 ±0,01. Это подтверждает, что повышение качества и профессионализма медицинских работников неизменно ведет к улучшению показателей качества медицинской помощи.

Полученные результаты анализа численности и профессионально-квалификационной структуры медицинских кадров требуют разработки новых механизмов планирования их численности в сельских районах. В действующих отраслевых нормативных документах предусмотрена возможность корректировки численности медицинских работников в зависимости от

местных условий, таких как заболеваемость населения, демографическая ситуация и транспортная доступность. Необходимость таких корректировок обусловлена разнообразием потребностей различных регионов и спецификой оказания медицинской помощи в удаленных территориях.

По итогам 2011 года в Кыргызстане численность врачей составила 12 614 человек, что эквивалентно 22,7 врача на 10 000 населения. Уровень укомплектованности врачебными кадрами по республике составил 91,3%, при этом коэффициент совместительства равен 1,3. Для решения проблемы нехватки медицинских кадров в регионах был внедрен ряд инициатив, включая программу "Депозит врача", стартовавшую в 2006 году. Согласно этой программе, врачам, работающим в удаленных районах, дополнительно к основному окладу выплачивается 3000 сом в месяц.

В 2012 году была введена обновленная версия программы, которая предусматривала более значительную финансовую мотивацию, увеличив размер ежемесячной доплаты до 7 000 сом для врачей, работающих в удаленных территориях. Эти меры сыграли важную роль в стабилизации кадровой ситуации, что видно на примере динамики изменения числа врачей на 10 000 населения: в 2009 году этот показатель составлял 23,0, в 2010 году — 22,3, а в 2011 году он немного возрос до 22,7.

Однако для эффективного решения кадровых проблем и обеспечения качественного медицинского обслуживания в условиях реформирования системы здравоохранения необходимо обеспечить рациональное и стратегическое планирование кадрового потенциала. В современных условиях оно должно решать несколько ключевых задач:

1. Кадровое планирование должно учитывать основные цели реструктуризации системы здравоохранения, включая делегирование полномочий Л-ПУ по управлению своими ресурсами.

2. Следует четко определять перечень медицинских услуг, которые Л-ПУ намерены предоставлять.

3. Важно также уточнить виды деятельности, которые должны выполнять

медицинские работники, в зависимости от потребностей населения.

Основным приоритетом является обеспечение Л-ПУ врачами, которые могут эффективно и своевременно оказывать необходимые медицинские услуги. Важно, чтобы распределение обязанностей было направлено на развитие профессиональных навыков сотрудников, их полную загрузку и удовлетворение от выполненной работы.

Кроме того, процесс планирования кадров должен включать меры по мотивации и повышению эффективности работы, что будет способствовать улучшению качества медицинской помощи и увеличению удовлетворенности работников. В таких условиях значительно возрастают экономические факторы, включая необходимость стимулирования профессионального роста медицинского персонала, повышения качества труда и интенсивности работы.

Для практической реализации кадрового планирования в Л-ПУ важно предпринять ряд взаимосвязанных мероприятий. Основным этапом является анализ качественного состава кадров, с выделением группы врачей с высшей квалификационной категорией и большим стажем работы. На 2006 год в ЦСМ наблюдается увеличение доли врачей с опытом работы менее 5 лет по сравнению с ТБ, в то время как в ЦОВП зафиксировано значительное снижение доли таких специалистов.

По результатам исследований установлено, что наблюдается устойчивая тенденция к увеличению доли врачей с опытом работы более 5 лет. Если в 2008 году этот показатель составлял 42,6%, то в 2010 году он вырос до 48,9%. В то же время, в период с 2005 по 2007 годы средний процент врачей с опытом работы менее 5 лет составлял 38,6%. Однако в ЦОВП наблюдается обратная динамика, где доля врачей с опытом более 5 лет значительно снижалась: в 2008 году — 24,5%, а в 2010 году — лишь 8,0%. В ЦСМ данный показатель в два раза ниже, чем в ТБ, что также подтверждается данными за 2008-2010 годы.

Анализ кадровой текучести за этот период показал значительные изменения в составе врачебных кадров. Например, в 2008 году наблюдалась рекордная утечка кадров: из ТБ покинуло 46,6% врачей, из ЦСМ — 13,5%, а из

ЦОВП — 69,9%. В общей сложности за 2006-2010 годы из системы здравоохранения республики ушло 34,7% врачей. Среди выбывших 52,1% составили женщины, а 61,2% уходящих врачей имели опыт работы менее 5 лет. Это свидетельствует о значительных проблемах в удержании кадров и необходимости повышения привлекательности работы в медучреждениях.

Также выявлено, что нагрузка на врачей в сельских Л-ПУ часто превышает норму, при этом многие врачи совмещают несколько должностей. Так, в ТБ и ЦСМ 56,4% врачей занимались совместительством, причем 43,5% из них работали более чем на половину ставки. В то же время уровень укомплектованности врачами в ТБ, ЦСМ и ЦОВП составил 82,5%, а коэффициент совместительства — 1,4.

Условия труда врачей в Л-ПУ были исследованы на примере 50 ЦСМ и 20 ТБ. Установлено, что только 68,4% врачей в ЦСМ работали в условиях, соответствующих эргономике труда, в то время как в ТБ этот показатель был выше — 87,9%. У семейных врачей радиус обслуживания населения в среднем составил от 2 до 5 км в 54,7% случаев, от 6 до 10 км — в 26,3%, а более 10 км — в 19%. Рабочий день семейных врачей колебался от 6,5 до 20 часов, при этом 93,3% врачей периодически обслуживали вызовы для оказания скорой медицинской помощи.

Исследования также показали, что среди врачей, работающих в ТБ и ЦСМ, 17,2% стационарных врачей и 47,2% семейных врачей со стажем 5-10 лет не имели ни званий, ни поощрений. А среди врачей с опытом работы 15-20 лет 5,2% и 2,3% соответственно продолжали работать без продвижения по службе в одном отделении или Л-ПУ.

Таким образом, реальные условия работы в Л-ПУ, особенно в сельских регионах, требуют пересмотра методов и подходов к кадровому планированию. В связи с текущим социально-экономическим состоянием региона важно применять новые методологические и методические решения для улучшения социального и экономического положения врачей, что в свою очередь, должно способствовать снижению текучести кадров и повышению эффективности

медицинского обслуживания населения.

Одним из ключевых факторов в повышении профессионального статуса и улучшении условий труда медицинских работников является внедрение системы дифференцированной оплаты труда, с учетом индивидуального вклада каждого сотрудника, что позволяет оценивать результативность и эффективность (КТУ).

Применение модели непрерывного улучшения качества работы врачей в Л-ПУ требует перехода от реализации традиционных мероприятий к внедрению более эффективных подходов. Это включает в себя переход от выполнения формальных процедур к реальному улучшению качества работы, от критики и наказаний к системе поощрений и мотивации, а также от простого выявления ошибок к предотвращению их возникновения. В этой связи анализ профессиональных ошибок, а также развитие гражданской ответственности врачей становятся важными аспектами повышения КМП.

На первом плане в условиях современной конкуренции на рынке медицинских услуг стоит задача улучшения работы медицинского персонала и их подразделений, что особенно важно для повышения конкурентоспособности Л-ПУ. Это требует совершенствования системы внутриучрежденческой самооценки и контроля качества, а также эффективного использования врачебного потенциала. Главная цель таких реформ — обеспечить стабильный высокий уровень работы каждого сотрудника, а также поддержку и развитие специалистов, обладающих высокой квалификацией и талантом.

При этом оценка объема и качества предоставляемых медицинских услуг должна включать в себя не только полноту и своевременность диагностики и профилактических мероприятий, но и такие показатели, как доступность диагностических исследований, а также соблюдение всех требований к качеству медицинских услуг. Важно наличие четкой и последовательной взаимосвязи между различными уровнями оказания медицинской помощи: ЦОВП, ЦСМ, ГСВ, ТБ.

Внедрение системы семейных врачей и развитие ЦСМ на селе

способствовало повышению эффективности оказания медицинских услуг при относительно низких затратах ресурсов. Так, с 2006 по 2008 год количество посещений семейного врача на одного жителя увеличилось с 4,3±0,3 до 5,6±0,6 (с достоверностью $P<0,05$). Однако посещения на дому изменились незначительно: с 0,5±0,01 до 0,6±0,01, что указывает на неполный переход к модели семейного обслуживания населения.

Процесс раннего выявления заболеваний и уровень диспансерного наблюдения за пациентами оставались на достаточно низком уровне. За период 2006-2010 гг. в ГСВ диспансерное наблюдение было проведено только для 68,9% пациентов с болезнями сердечно-сосудистой системы, 58,9% — с заболеваниями дыхательных путей, и 79,1% — с болезнями органов пищеварения. При этом в 46,5% случаев пациенты могли бы получать необходимое лечение на уровне ЦСМ, что подчеркивает важность оптимизации работы первичного звена.

Дальнейшее развитие ЦОВП было обусловлено необходимостью обеспечения медицинской помощи в удаленных от ТБ населенных пунктах. Однако из госпитализированных в ТБ только 27,1% получили квалифицированную медицинскую помощь, в то время как остальная часть (72,9%) столкнулась с неквалифицированным обслуживанием.

С 2006 года началась реструктуризация системы здравоохранения, включающая передачу коечного фонда в ТБ, которые находятся вблизи крупных областных центров, а также создание отделений реабилитации и ДС в ЦОВП и ЦСМ. В результате ТБ стало центром медицинской помощи, в котором размещается более 60% коечного фонда. При этом в горных районах с низкой плотностью населения количество коек в ТБ варьировалось от 75 до 100.

Одним из значимых этапов реформирования стало внедрение ОМС, которое обеспечило социальную защиту населения и повысило ответственность государства, медицинских учреждений и работников за сохранение здоровья граждан. Это также способствовало улучшению качества и доступности медицинских услуг на всех уровнях.

Подводя итоги, можно отметить, что развитие системы Л-ПУ должно основываться на трех ключевых компонентах, которые могут быть представлены как взаимодействующие подсистемы: 1) эффективное управление качеством; 2) эффективное использование ресурсов; 3) эффективное соблюдение стандартов качества. Эти компоненты можно рассматривать как динамическую систему, которая подчиняется изменяющимся условиям и зависит от времени.

Математически такая модель может быть описана через систему дифференциальных уравнений, что позволяет прогнозировать ее развитие и применять к ней адаптивные механизмы управления.

«О-УК» = f_1 («О-УК», «Т-РК», «П-КК», U); «Т-РК» = f_2 («О-УК», «Т-РК», «П-КК», U); «П-КК» = f_3 («О-УК», «Т-РК», «П-КК», U),

где: U – управляющее воздействие, f_n – в общем случае нелинейные функции.

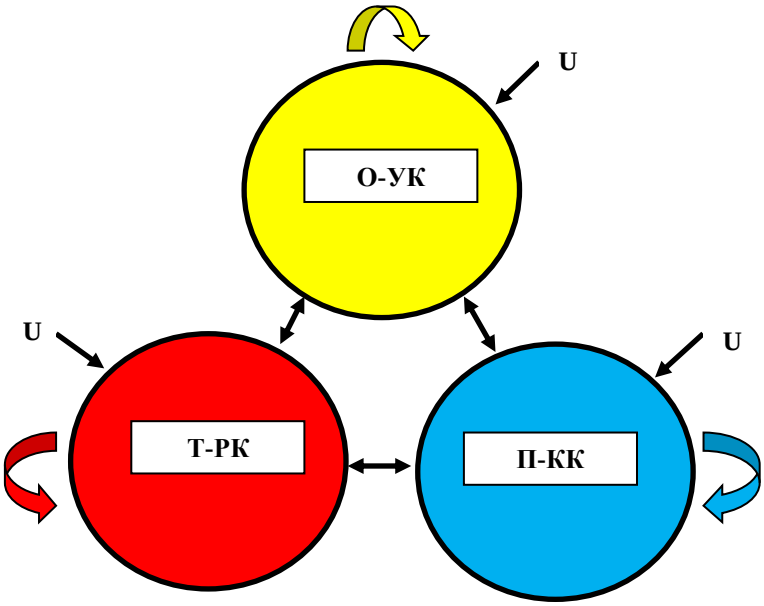

Рисунок 4.3.2 - Модель развития триады подсистем ЛПУ.

На рисунке 4.3.2 представлена граф-схема, отражающая архитектурное построение исследуемой структуры. В рамках предложенной модели три ключевых компонента образуют единую систему, эффективность которой определяется степенью их слаженного и синергетического взаимодействия. При этом Л-ПУ функционирует как целостная подсистема, обладающая

внутренней сбалансированностью и сохраняющая функциональную автономию в рамках общего системного контура.

Резюме.

Одним из наиболее значимых результатов преобразования системы здравоохранения Кыргызской Республики является внедрение системного подхода к СМ и реструктуризация стационарного сектора. Эти изменения привели к созданию таких структур, как ГСВ/ЦСМ, ЦОВП, ТБ и других стационарозамещающих форм, что, в свою очередь, способствовало появлению новых форм организации медицинской помощи. Внедрение обязательного медицинского страхования обеспечило законодательно гарантированное право на проведение комплексных экспертных обследований деятельности Л-ПУ с целью оценки их соответствия КМП.

С 2006 по 2012 годы, в ходе экспертных и системных исследований, был выявлен низкий уровень развития всех трех компонентов системы Л-ПУ: «О-УК», «Т-РК» и «П-КК». Проведенная экспертная оценка деятельности ЦСМ/ГСВ, ТБ и ЦОВП позволила обнаружить прямую корреляционную зависимость между показателями «О-УК», «Т-РК», «П-КК», а также между этими компонентами и уровнем КМП. Это подтверждает важность взаимосвязанных процессов для достижения высокого уровня эффективности системы здравоохранения.

В связи с этим разработка и внедрение модели оптимизации организационной деятельности Л-ПУ должны быть ориентированы на повышение качества и эффективности всех ключевых аспектов их работы. В качестве основополагающих направлений можно выделить три ключевых подхода: первое - разработка и внедрение оптимальных методов планирования кадрового потенциала на всех уровнях; второе - формирование и реализация новых принципов повышения статуса кадрового потенциала в здравоохранении; третье - внедрение эффективной системы внутреннего мониторинга за управлением медицинскими кадрами.

Процессная модель развития системы Л-ПУ должна базироваться на принципе триадности, где каждая из подсистем — эффективное «О-УК», эффективный объем «Т-РК» и эффективный уровень «П-КК» — взаимодействуют друг с другом, создавая динамичную и взаимозависимую структуру. Важно отметить, что на основе этих принципов были выработаны научно обоснованные организационно-структурные, функционально-технологические и социально-психологические аспекты работы системы здравоохранения КР в целом.

В условиях, когда в Кыргызской Республике реализуются принципы обязательного медицинского страхования, экономических методов управления и конкурентных отношений, а также происходит процесс децентрализации и автономизации Л-ПУ, важным фактором для повышения КМП становится врач, который не только обладает высоким профессионализмом, но и способен к постоянному профессиональному и непрофессиональному повышению квалификации (ПДО).

ГЛАВА 5. ТРИАДНАЯ МОДЕЛЬ РАЗВИТИЯ КАЧЕСТВА НА УРОВНЕ СИСТЕМЫ ПОСТДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

В условиях трансформации системы здравоохранения Кыргызской Республики (КР) особую актуальность приобретает модернизация постдипломного образования (ПДО) медицинских работников. Анализ текущего состояния ПДО в КР и структурно-функциональных изменений, инициированных реформой, позволил выделить три ключевых компонента, детерминирующих качество последипломного образования (КПДО):

1. Образовательно-организационный компонент (О-ОК). Данный элемент системы предполагает строгую регламентацию уровней ответственности и распределение полномочий между субъектами, обеспечивающими КПДО. Оптимизация организационной структуры предполагает: чёткое разграничение компетенций между координационными органами и исполнителями; внедрение механизмов контроля за соблюдением нормативных требований; разработку критериев эффективности управленческих решений в сфере ПДО.

2. Учебно-методический компонент (У-МК). Качество образовательного процесса напрямую зависит от материально-технического оснащения и профессионального уровня преподавательского состава. Ключевые аспекты включают: наличие специализированных учебных помещений, соответствующих современным стандартам; обеспечение доступа к актуальным образовательным ресурсам; систематическое повышение квалификации профессорско-преподавательского состава (ППС).

3. Компетентностно-личностный компонент (К-ЛК). Современные требования к медицинским специалистам предполагают непрерывное профессиональное развитие. В связи с этим необходимы: внедрение многоуровневой системы повышения квалификации; применение инновационных образовательных технологий (симуляционное обучение, дистанционные курсы и др.); формирование индивидуальных траекторий профессионального роста.

Для визуализации взаимосвязи выделенных компонентов нами предложена процессная модель, представленная в виде трилистника (Рис. 5.1). Данная модель отражает синхронность и взаимозависимость элементов системы, обеспечивающих КПДО.

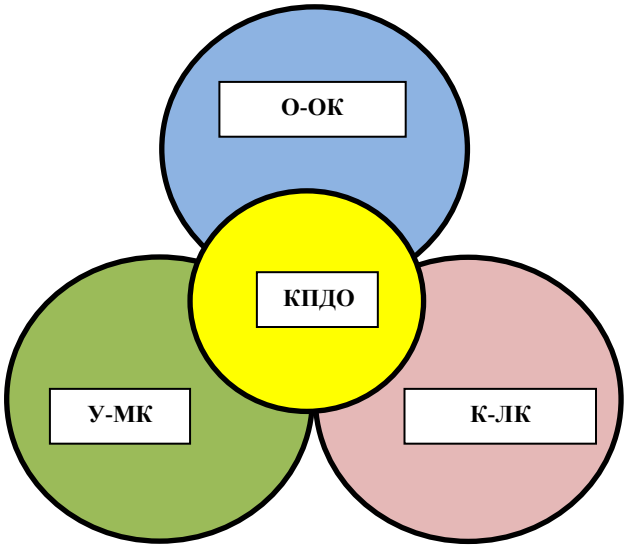

Рисунок 5.1 - Процессная модель триады компонентов системы ПДО.

Основной задачей исследования является оценка эффективности предложенной модели, а также анализ степени параллелизма между компонентами «О-ОК», «У-МК» и «К-ЛК». Особое внимание уделяется динамике их взаимодействия в контексте реформирования системы последипломного образования.

5.1 Развитие образовательно-организационного компонента

В последние годы наблюдается увеличивающийся интерес к вопросам качества постдипломного образования (КПДО), как со стороны государственных структур, так и со стороны общества в целом. Этот процесс охватывает создание благоприятных условий для всесторонней подготовки врачей и формирование системы непрерывного профессионального образования, которая должна действовать на протяжении всей профессиональной карьеры медицинских работников.

Необходимо отметить, что несмотря на явное стремление к совершенствованию системы КПДО, теория этого процесса все еще не

получила четкого теоретического обоснования. Само понятие КПДО в его нынешнем виде не имеет единого общепринятого определения и часто воспринимается как разрозненная концепция, охватывающая различные аспекты образовательного и профессионального развития. Однако, в контексте современных вызовов и требований системы здравоохранения, КПДО должно восприниматься как неотъемлемая составляющая национальной системы медицинского образования. Это направление непосредственно влияет на уровень подготовки специалистов и их способность эффективно адаптироваться к постоянно изменяющимся социально-экономическим, технологическим и научным условиям, которые характерны для инновационного этапа развития медицины.

С нашей точки зрения, процесс модернизации системы ПДО требует четкой координации и научного подхода, а также педагогического руководства на всех этапах. Без эффективного управления образовательным процессом невозможно создать конкурентоспособные учебные заведения в области ПДО. Для этого необходимо формирование системы управления качеством образования, которая должна включать в себя разработку и внедрение нормативных актов, регламентирующих ключевые аспекты образовательного процесса, а также реализацию стратегии качества (СК), которая будет направлена на поддержку и постоянное совершенствование образовательных практик.

Такая система должна быть построена на основе четко сформулированной миссии, видения и основополагающих принципов, которые бы учитывали как национальные, так и международные стандарты в области медицинского образования. Применение этих принципов в реальной практике позволит не только повысить качество подготовки будущих специалистов, но и создать условия для их дальнейшего профессионального роста и совершенствования в ходе всей карьеры.

Идеологические основы СК в сфере медицинского образования отражены в «Концепции непрерывного медицинского образования», которая нацелена на

создание комплексной системы, направленной на достижение высокого уровня подготовки специалистов. Эта концепция ориентирована на несколько ключевых аспектов: определение уровней и подсистем качества, интегрированных в единую систему управления КПДО, формирование критериев для оценки каждой составляющей системы, а также разработку методов и процедур контроля эффективности КПДО.

Система управления КПДО в КГМИППК опирается на несколько важных подсистем. Каждая из них имеет свои специфические цели и задачи, которые должны обеспечивать стабильный рост качества образования. Основными подсистемами являются:

1. Управление качеством образовательных программ — включает в себя разработку актуальных учебных планов и программ, которые соответствуют современным требованиям рынка труда и здравоохранения.

2. Формирование контингента обучающихся — направлено на привлечение наиболее подготовленных специалистов и создание условий для их профессионального роста и развития.

3. Информационно-методическое и материально-техническое обеспечение образовательного процесса — предполагает развитие и внедрение инновационных технологий, а также улучшение материально-технической базы учебного процесса.

4. Кадровое, социальное, технологическое и экономическое обеспечение образовательного процесса — включает подбор высококвалифицированных преподавателей, создание эффективных условий для их работы, а также обеспечение социальной стабильности и экономической устойчивости системы.

5. Мониторинг профессионального и личностного развития обучающихся — направлен на постоянную оценку успехов студентов, их профессиональных навыков и личностных качеств, что способствует индивидуализации образовательного подхода.

Ключевым элементом в подсистеме управления КПДО является определение приоритетных направлений подготовки врачей, что должно

опираться на перспективы развития системы здравоохранения. Это включает в себя несколько важных этапов:

1. Анализ рынка труда и образовательных услуг, а также составление прогнозов на краткосрочную и долгосрочную перспективу. Это позволяет гибко реагировать на изменения в потребностях медицинской отрасли и адаптировать учебные программы.

2. Развитие системы непрерывного образования, которая способствует постоянному повышению квалификации медицинских работников на протяжении всей их карьеры.

3. Лицензирование и открытие новых направлений подготовки врачей, что требует оценки актуальности и необходимости таких направлений на основе изменений в медицинской практике и потребностей общества.

4. Разработка учебных планов, программ и государственных образовательных стандартов, которые обеспечат высокое качество образовательного процесса и соответствие международным стандартам.

5. Создание условий для социальной и академической мобильности врачей, что обеспечит возможность для дальнейшего профессионального роста и межкультурного обмена опытом, а также повысит гибкость и адаптивность системы медицинского образования.

Таким образом, стратегия качества в контексте КПДО представляет собой многогранную и динамичную систему, которая позволяет не только улучшать качество медицинского образования, но и создавать условия для его развития, отвечая на вызовы современного здравоохранения.

КГМИППК обладает значительным опытом в разработке и применении систем планирования, прогнозирования и мониторинга подготовки врачей, что является основой для эффективной организации системы последипломного образования. Еще в 2006 году была разработана и внедрена информационно-поисковая система «Медицинский персонал», которая стала важным инструментом для перспективного и текущего планирования в области медицинского образования и трудоустройства. Эта система предоставляет

возможность детального анализа кадрового обеспечения на всех уровнях — как на уровне всей республики, так и в рамках каждого конкретного ЛПУ. Благодаря её использованию решаются вопросы трудоустройства специалистов, с учетом уровня их образования и потребностей системы здравоохранения.

Особенностью работы системы является возможность отслеживания профессионального пути каждого врача, включая обучение по программам ПДО и развитие его карьеры вплоть до выхода на пенсию. Это значительно упрощает организацию работы отдела кадров Министерства здравоохранения КР, РМИЦ, ЛПУ и вузов, позволяя эффективно планировать и организовывать непрерывное медицинское образование.

Определяющей целью подсистемы управления качеством информационно-методического и материально-технического обеспечения образовательного процесса является совершенствование образовательной среды. Важно отметить, что реальное улучшение КПДО возможно только при условии создания благоприятных условий для внедрения инновационных процессов, а также для интеграции учебной, научной и практической деятельности. Для достижения этого необходимо обеспечить взаимодействие всех элементов образовательного процесса, что способствует более эффективному подготовлению врачей и развитию медицины в целом.

Одним из инновационных направлений, активно развиваемых в КГМИППК, является создание и внедрение новой научно-познавательной образовательной системы, ориентированной на современные требования медицинской практики. Преподавательский состав института активно работает над созданием учебников и учебно-методических пособий, которые являются важным инструментом для эффективного усвоения материала. Эти пособия, в свою очередь, способствуют качественному обучению специалистов и обеспечивают высокий уровень подготовки будущих врачей, что непосредственно влияет на качество здравоохранения в стране.

Концепция практико-ориентированных технологий, внедряемых в

образовательный процесс КГМИППК, охватывает широкий спектр фундаментальных вопросов, требующих комплексного анализа и научного обоснования. В первую очередь, необходимо определить, какие именно организационно-управленческие стратегии и профессионально-педагогические подходы являются наиболее целесообразными в контексте совершенствования системы повышения квалификации. Кроме того, важной задачей является выявление и внедрение наиболее эффективных образовательных технологий, обеспечивающих адекватные результаты освоения программ ПДО при переходе с квалификационного на компетентностный подход. В этом контексте критически важно оценить, способствует ли реализуемая образовательная модель достижению стратегической цели – формированию профессиональных компетенций обучающихся.

Современные государственные образовательные стандарты предоставляют КГМИППК значительные возможности для самостоятельного формирования содержания основных профессиональных образовательных программ. В их рамках определяется как содержание учебных дисциплин, входящих в базовые части образовательных программ, так и состав и наполнение дисциплин вариативного блока, что позволяет гибко адаптировать учебные планы под актуальные требования профессиональной деятельности.

Компетенция, как интегративная характеристика профессионала, представляет собой сложный синтез различных компонентов: специализированных знаний, практических умений и навыков, личностных качеств, ценностно-смысловых ориентиров, мотивационных аспектов, а также индивидуального стиля деятельности и коммуникативного взаимодействия. Важно подчеркнуть, что формирование компетенций невозможно осуществить исключительно в рамках образовательного процесса или усилиями отдельного структурного подразделения. Их развитие требует целостного подхода, включающего образовательные, воспитательные и развивающие компоненты, а также тесную интеграцию всех участников образовательного процесса.

Функциональное значение профессионально-педагогических практико-

ориентированных площадок заключается в синергетическом объединении усилий преподавательского состава, научных сотрудников и административных единиц КГМИППК для реализации единой образовательной стратегии. Этот процесс предполагает не только актуализацию, но и генерацию корпоративных знаний, необходимых для эффективного обеспечения профессионального роста обучающихся.

Во-первых, формирование профессиональных компетенций должно опираться на комплексное взаимодействие учебного процесса, системы воспитательной работы и механизмов личностного развития обучающихся. Только интеграция данных элементов позволит обеспечить целостное профессиональное становление специалистов.

Во-вторых, разработка и проектирование основных профессиональных программ ПДО, а также построение соответствующего образовательного процесса должны осуществляться в формате междисциплинарного сотрудничества с привлечением всех заинтересованных сторон. Это обеспечит не только методологическую обоснованность программ, но и их соответствие реальным потребностям профессиональной среды.

В-третьих, уровень качества компетентностно-ориентированных образовательных программ определяется не только выполнением установленных нормативных требований, но и глубиной профессионально-педагогического обоснования, лежащего в их основе. Таким образом, для достижения высокой эффективности образовательного процесса необходимо учитывать не только формальные аспекты, но и структурные, методологические и педагогические принципы, обеспечивающие результативность подготовки специалистов в системе дополнительного профессионального образования.

Традиционные механизмы организации внутренних рабочих процессов в КГМИППК не всегда позволяют в полной мере реализовать актуальные образовательные и воспитательные задачи. В частности, разработанная документация систем менеджмента КПДО зачастую не охватывает аспекты

познавательной, воспитательной и культурологической деятельности, что снижает эффективность интеграции этих направлений в профессиональное развитие специалистов.

Кроме того, данные компоненты нередко планируются и реализуются в отрыве от ключевых процессов профессионального становления врачей, ограничиваясь уровнем самообразования. В свою очередь, процесс формирования учебных планов и разработка профессиональных программ ПДО зачастую осуществляется без активного участия профессорско-преподавательского состава КГМИППК, что приводит к несогласованности образовательного процесса с реальными потребностями обучающихся.

Актуальной проблемой КГМИППК в данном контексте является необходимость переориентации профессорско-преподавательского состава с традиционной модели передачи готового знания на более прогрессивную концепцию, включающую педагогическую прогностику, образовательную инженерию, сотрудничество и сотворчество. Данный подход направлен на формирование у слушателей не только профессиональных компетенций, но и развитой познавательной культуры, что соответствует современным требованиям к образовательному процессу.

Одним из действенных способов решения данной проблемы является организация и проведение профессионально-педагогических практико-ориентированных площадок в формате лекториев, семинаров и факультативных занятий. В рамках этого подхода можно выделить три ключевых условия обеспечения качества компетентностно-ориентированных программ ПДО:

1. Оптимизация внутренних рабочих процессов в образовательных организациях для повышения их эффективности;

2. Разработка унифицированного алгоритма, регулирующего формирование целевых, содержательных и технологических компонентов профессиональных программ ПДО;

3. Трансформация образовательного процесса в субъектно-ориентированную модель, учитывающую индивидуальные потребности

обучающихся и создающую условия для их активного включения в процесс профессионального развития.

Современные условия требуют рассматривать образовательные организации системы ПДО не просто как институты передачи знаний, а как обучающиеся организации, способные к самосовершенствованию и адаптации к изменяющимся требованиям профессиональной среды. Для эффективного функционирования таких организаций необходимо организовать целостную подготовку профессорско-преподавательского состава, включающую три ключевых компонента: специальный, педагогический и корпоративный.

Проект профессионально-педагогической практико-ориентированной площадки следует рассматривать как значимое дополнение к перечню корпоративных форм подготовки преподавателей КГМИППК. Под данным форматом образовательной деятельности понимается организация коллективного взаимодействия субъектов образовательного процесса, направленная на повышение их профессиональной компетентности. Эти площадки служат оперативным инструментом совершенствования системы повышения квалификации преподавателей, способствуя развитию их педагогического мастерства и профессионального роста.

Нацеливая участников КГМИППК на развитие их креативных, личных и профессиональных качеств, площадки выполняют ряд важнейших функций: они предоставляют информацию, экспертизу, координацию, коммуникацию и мотивацию. Тематика и содержание мероприятий варьируются в зависимости от текущих приоритетов, что обуславливает разнообразие форматов организации, таких как мозговые штурмы, тренинги, ролевые игры, работа проектных творческих групп и деятельность экспертов.

В рамках модернизации системы последипломного медицинского образования на кафедре хирургии факультета усовершенствования врачей в период с 2006 по 2012 год была осуществлена системная разработка инновационных педагогических методик, направленных на формирование комплексных исследовательских компетенций у слушателей. Данный процесс

сопровождался созданием уникальных междисциплинарных и транстеоретических образовательных подходов, что позволило осуществить переход к принципиально новой многоуровневой модели профессиональной подготовки медицинских специалистов.

Реализованная образовательная модель предусматривала реализацию следующих ключевых аспектов:

1. Совершенствование профессиональных навыков:

- ✓ Развитие аналитических компетенций у преподавательского состава и слушателей
- ✓ Формирование навыков прогностической деятельности в клинической практике
- ✓ Оптимизация методологии научно-исследовательской работы
- ✓ Внедрение системы мониторинга образовательных результатов

2. Методическое обеспечение образовательного процесса:

- ✓ Разработка инновационных подходов к проектированию образовательных программ
- ✓ Создание модулей по развитию креативного мышления у медицинских специалистов
- ✓ Формирование алгоритмов принятия клинических решений в нестандартных ситуациях

3. Организационно-педагогические инновации:

- ✓ Внедрение технологий командообразования в профессиональной подготовке
- ✓ Создание платформы для обмена клиническим и педагогическим опытом
- ✓ Разработка и апробация новых образовательных технологий
- ✓ Оптимизация технологий организации рабочих процессов в медицинской практике

4. Инновационная деятельность:

- ✓ Реализация научно-практических проектов в области медицинского

образования

- ✓ Внедрение инновационных подходов в образовательный процесс
- ✓ Создание механизмов трансляции передового педагогического опыта

Особенностью данного подхода стало создание интегративной образовательной среды, сочетающей традиционные методы последипломной подготовки с инновационными педагогическими технологиями. Реализованная модель позволила существенно повысить качество профессиональной подготовки медицинских кадров, обеспечив формирование у выпускников комплексных компетенций, необходимых для современной клинической и научно-исследовательской деятельности.

Современная трансформация образовательной парадигмы от традиционной модели «образование на всю жизнь» к динамичной концепции «образование длиною в жизнь» обусловила возникновение в Кыргызской Республике принципиально нового концепта – «непрерывное образование» (lifelong learning). Данный феномен предполагает постоянное обновление знаний, умений и компетенций в ответ на стремительные изменения социально-экономических и технологических условий.

В институциональном аспекте формальное непрерывное образование в КР обладает относительно структурированной организацией, включая такие элементы, как нормативно-правовое регулирование, утвержденные образовательные стандарты и механизмы финансирования. Последние преимущественно обеспечиваются за счет средств государственного и муниципального бюджетов, а также посредством частных инвестиций со стороны самих обучающихся. Однако неформальный сегмент непрерывного образования, представленный преимущественно программами ПДО и курсами повышения квалификации, остается слабо институционализированным.

Ключевой проблемой неформального образования в Кыргызстане является отсутствие четких системных атрибутов, таких как унифицированные стандарты качества, прозрачные механизмы аккредитации и устойчивые источники финансирования. В отличие от формального сектора, где

государство играет централизованную регулирующую роль, неформальные образовательные инициативы зачастую носят фрагментарный характер и зависят от локальных условий, коммерческих интересов провайдеров или международных донорских программ.

Таким образом, формирование целостной системы непрерывного образования в КР требует не только дальнейшего развития формальных институтов, но и интеграции неформальных практик в единую образовательную экосистему. Это предполагает разработку стратегических документов, стимулирующих взаимодействие между государственными, частными и общественными субъектами образовательного процесса, а также внедрение механизмов признания неформального обучения в рамках национальной квалификационной системы.

В Кыргызской Республике наблюдается явная тенденция увеличения роли ЛПУ в финансировании повышения квалификации медработников, что, в большей степени, обусловлено финансовыми интересами, нежели понятием "социальной ответственности за дополнительное образование". Мы полагаем, что назрела необходимость внедрения ваучерной системы переквалификации врачей, которая даст медицинским работникам возможность самостоятельно выбирать виды, формы, темпы и сроки обучения, а также организации, предоставляющие соответствующие услуги.

Переход к системе непрерывного многоуровневого обучения в Кыргызской Республике происходил на фоне изменений в системе внешней оценки качества образовательных учреждений. В рамках национальной системы оценки качества образования (НСОКО) была внедрена новая процедура - аккредитация. Тем не менее, первый опыт государственной аккредитации высших учебных заведений в 2001 году продемонстрировал ее формальный характер и полное дублирование механизма аттестации, как в процедуре проведения, так и по содержанию.

Несмотря на формальное сходство процедуры национальной аккредитации с международными аналогами, её содержательная составляющая

обладает выраженной спецификой, во многом воспроизводя логику государственной аттестации. Ключевое отличие заключается в методологии применения количественных показателей: если в международной практике они служат инструментом динамического мониторинга системного улучшения качества образования, то в национальной системе эти индикаторы приобретают характер жёстких нормативных критериев, закрепляющих статичное представление о качестве, что соответствует традиционной парадигме аттестационного контроля. Такой подход фактически трансформирует аккредитацию в модифицированную версию аттестации, сохраняя её административно-нормативную сущность при формальном заимствовании терминологии международных систем обеспечения качества.

КГМИППК обосновывает необходимость внедрения процессного подхода в качестве методологической основы обеспечения КПДО, поскольку данный подход обеспечивает системное отслеживание эффективности реализуемых мероприятий за счет применения комплексных технологий мониторинга и многоуровневой оценки, что позволяет оптимизировать управленческие решения и повышать результативность образовательных процессов.

КГМИППК представляет собой уникальное образовательное учреждение, в котором органично интегрированы фундаментальные принципы классического высшего образования и современные инновационные педагогические технологии. В рамках института реализуются масштабные проекты, охватывающие учебную, методическую, научно-исследовательскую, творческую и воспитательную деятельность, что способствует формированию комплексной образовательной среды. Особое внимание уделяется внедрению концепции непрерывного профессионального развития (lifelong learning), соответствующей глобальным трендам в медицинском образовании. Институт ориентирован на создание эффективной системы трансфера знаний, обеспечивающей доступность и высокое качество образовательных услуг для медицинских специалистов на всех этапах их профессиональной карьеры, что

соответствует современным международным стандартам подготовки медицинских кадров.

С точки зрения практического воплощения, трансфер знаний представляет собой комплексную организационно-методическую систему, направленную на обеспечение многопланового и иерархически структурированного взаимодействия высшего учебного заведения с ключевыми внешними стейкхолдерами, включая Министерство образования и науки Кыргызской Республики (МОН КР) и Министерство здравоохранения КР (МЗ КР). Данный процесс предполагает реализацию интегрированных образовательно-научных инициатив, включая проектирование и внедрение инновационных образовательных программ, просветительских и воспитательных проектов, а также разработку современных механизмов функционирования системы непрерывного профессионального образования. Важнейшими составляющими данного процесса выступают программы повышения квалификации медицинских специалистов, совершенствование академической мобильности преподавательского состава и оптимизация научно-исследовательской деятельности профессорско-преподавательского состава и обучающихся в контексте интеграции образовательной и научной деятельности.

Ключевым стратегическим направлением деятельности КГМИППК выступает формирование инновационной системы управления непрерывным профессиональным развитием медицинских работников, направленной на повышение их конкурентоспособности в современных условиях. Внедрение процессного подхода в данной сфере представляется методологически обоснованным, поскольку его технологическая универсальность позволяет осуществлять системный мониторинг, комплексный анализ и последующую интеграцию данных, касающихся как динамики образовательного процесса, так и состояния его материально-технического обеспечения.

В КГМИППК инициирован процесс внедрения системы внутреннего мониторинга КПДО, основанной на интеграции международных и

национальных стандартов обеспечения качества. Данная система разработана с учетом требований Стандартов и директив Европейской ассоциации гарантии качества высшего образования (ENQA), регламентирующих процедуры внутреннего аудита и совершенствования образовательных процессов, а также положений Национального стандарта Российской Федерации ГОСТ РИСО 9001-2008, устанавливающих унифицированные требования к системам менеджмента качества. Реализация данного проекта направлена на оптимизацию образовательных процессов посредством внедрения стандартизированных механизмов оценки и контроля, обеспечивающих соответствие предоставляемых услуг международным критериям академического превосходства.

Роль личностного фактора в обеспечении качества образовательного процесса приобретает ключевое значение, особенно в сфере медицинского образования, где профессиональная компетентность преподавателей напрямую влияет на уровень подготовки будущих специалистов. В КГМИППК реализована балльно-рейтинговая система мониторинга эффективности педагогической деятельности ППС, выполняющая не только оценочную, но и стимулирующую функцию посредством дифференцированного материального поощрения. Аналогичным образом, внедрение индивидуализированной системы подготовки клинических ординаторов, основанной на авторских методиках, направлено на оптимизацию образовательного процесса и повышение его результативности. Данные инновационные подходы способствуют формированию объективных критериев оценки профессионального вклада преподавателей и создают условия для непрерывного совершенствования образовательных технологий.

В контексте современного развития медицинской науки и образования представляется императив (imperative) сосредоточить внимание на углубленном изучении методологических и фундаментальных аспектов исследований, учитывая их определяющее значение в формировании общенаучной парадигмы и мировоззренческих основ. В этой связи КГМИППК, руководствуясь

спецификой своей миссии, должен реализовывать стратегию гармоничного развития не только прикладных научно-практических дисциплин, но и фундаментальных разделов медицинского знания, включая методологию науки, образовательные технологии, клиническую практику, а также междисциплинарные исследования в области медицинской психологии и социологии, что позволит обеспечить целостность и системность профессиональной подготовки специалистов здравоохранения.

Реализация ключевых приоритетов последипломного образования медицинских специалистов осуществляется преимущественно посредством программно-целевого подхода, который предполагает системное планирование и координацию образовательных процессов. В данном контексте КГМИППК должен активизировать механизмы интеграции научной, практической и образовательной деятельности, трансформируя профильные кафедры и учебные программы в инновационные центры, способные генерировать и внедрять передовые медицинские технологии, тем самым обеспечивая качественный рост профессиональной компетентности врачей и развитие системы здравоохранения в целом.

В контексте модернизации системы непрерывного медицинского образования особую значимость приобретает разработка комплексных интеграционных научно-образовательных программ КГМИППК, которые должны выполнять системообразующую функцию в обеспечении синергетического взаимодействия между фундаментальными исследованиями, клинической практикой и последипломным образованием, что предполагает оптимизацию их структурно-функциональной организации, совершенствование механизмов координации и повышение эффективности междисциплинарного сотрудничества в рамках единого образовательного пространства.

Реформирование научно-практической и образовательной деятельности КГМИППК должно базироваться на комплексной системе критериев, разработанных с учетом консенсуса среди представителей научно-практического медицинского сообщества, включающей многофакторную

оценку качества и значимости научно-исследовательских разработок, глубины теоретических обобщений, а также инновационного потенциала предлагаемых проектов и методических решений.

Безусловно, формирование системы подготовки научно-практических медицинских кадров требует строгой синхронизации с актуальными потребностями и стратегическими приоритетами развития здравоохранения как на национальном, так и на региональном уровнях. В этой связи представляется imperative разработка и реализация комплексной межведомственной программы, направленной на оптимизацию процессов подготовки, распределения и рационального использования врачебных кадров в масштабах государства. Особое внимание должно быть уделено усилению научно-практического потенциала региональных медицинских служб посредством создания интегрированной системы непрерывного профессионального развития, сочетающей образовательные, исследовательские и клинические компоненты, что позволит обеспечить гармоничное развитие медицинской науки, практики и образования не только в региональных центрах, но и на субрегиональном уровне, включая отдаленные и сельские территории.

В целях оптимизации системы непрерывного медицинского образования представляется целесообразным усилить координационное взаимодействие между региональными центрами последипломной подготовки и лечебно-профилактическими учреждениями на местах, что позволит гармонизировать общенациональные приоритеты в сфере научно-образовательной политики с региональными особенностями организации медицинской помощи и профессионального развития кадрового потенциала.

Научно-исследовательские и образовательные центры формируются вокруг высококвалифицированных специалистов – докторов наук, профессоров, обладающих значительным научным потенциалом и подготовивших перспективных последователей, а также членов Национальной академии наук Кыргызской Республики и международных научных ассоциаций. В связи с этим при лицензировании деятельности подобных

учреждений целесообразно вводить нормативные требования к количественному и качественному составу научных кадров, предусматривающие обязательное включение в штат сотрудников указанных категорий исследователей с целью обеспечения высокого уровня научно-методического руководства и преемственности знаний.

В современной системе ПДО медицинских работников актуализируется потребность в адаптивном подходе, обеспечивающем соответствие образовательных программ динамично изменяющимся запросам практического здравоохранения. Данная цель требует систематического обновления содержательного компонента учебных планов, внедрения инновационных педагогических технологий, а также разработки новых дисциплин и профессиональных модулей, отражающих актуальные тенденции клинической практики, достижения медицинской науки и требования к компетенциям специалистов. Ключевым аспектом модернизации ПДО становится реализация принципа гибкости, позволяющего оперативно корректировать образовательные траектории в соответствии с потребностями конкретных медицинских учреждений и индивидуальными профессиональными дефицитами обучающихся.

Актуальным направлением модернизации системы профессионального образования представляется создание сети региональных и межрегиональных ресурсных центров профессиональной подготовки, а также многофункциональных центров прикладных квалификаций, что соответствует современным тенденциям децентрализации образовательных услуг и их адаптации к локальным потребностям рынка труда. В настоящее время подобная инфраструктура представлена единичным примером – ресурсным центром в г. Ош, тогда как потенциал для расширения данной практики остается нереализованным. Примечательно, что в контексте медицинского образования уже сформирована сеть региональных ресурсных центров семейной медицины, выполняющих функции образовательных кластеров, оснащенных материально-технической базой и методическими ресурсами,

необходимыми для качественной подготовки медицинских специалистов. Однако отсутствие аналогичных структур в других сферах профессионального образования свидетельствует о диспропорции в развитии инфраструктуры непрерывного обучения, что требует системного решения на уровне образовательной политики.

Следует особо отметить, что формирование ресурсных центров происходило не исключительно за счёт ассигнований из региональных бюджетов, но и посредством активного привлечения альтернативных источников финансирования, среди которых ключевую роль играли инвестиции работодателей. Данные структуры выполняют не только функцию аккумуляции и совместного использования материально-технических ресурсов, но и реализуют комплекс научно-исследовательских и маркетинговых инициатив, формируя уникальную методическую платформу КГМИППК. Принципиально важным аспектом является ориентация образовательного процесса на соответствие международным нормам профессиональной подготовки, включая внедрение дуальной системы обучения, которая предусматривает гармоничное сочетание теоретической подготовки с практико-ориентированным компонентом непосредственно на рабочих местах.

Внедрение дуальной системы обучения в сфере медицинского образования демонстрирует значительную эффективность, поскольку обеспечивает тесную интеграцию теоретической подготовки специалистов с практическими аспектами клинической деятельности, что способствует формированию компетенций, соответствующих актуальным запросам системы здравоохранения. Данный подход не только оптимизирует процесс профессиональной адаптации выпускников, но и минимизирует проблему их последующего трудоустройства, поскольку работодатели получают возможность непосредственно участвовать в формировании кадрового потенциала, а обучающиеся – приобретают опыт, востребованный в реальных условиях медицинской практики.

В настоящее время КГМИППК осуществляет стратегически важную

миссию по формированию эффективной системы непрерывного медицинского образования, адаптированной к динамично трансформирующимся потребностям практического здравоохранения и долгосрочным приоритетам развития отрасли в Республике. Институт последовательно реализует комплекс организационно-методических мероприятий, направленных на оптимизацию образовательных программ в соответствии с актуальными профессиональными стандартами, эпидемиологическими вызовами и инновационными тенденциями в медицине, что способствует созданию устойчивой модели подготовки квалифицированных медицинских кадров, способных обеспечивать качественную медицинскую помощь населению в условиях современных вызовов.

Трансформация профессиональной деятельности в сфере медицинского образования осуществляется по нескольким стратегически важным направлениям, каждое из которых направлено на системное совершенствование качества подготовки медицинских кадров. В первую очередь, акцент делается на оптимизацию процесса профессиональной подготовки врачей посредством внедрения инновационных образовательных технологий, что способствует повышению её эффективности и соответствию современным клиническим стандартам. Параллельно осуществляется совершенствование научно-методического обеспечения системы повышения квалификации, включающее разработку актуальных учебных программ, основанных на доказательной медицине, и интеграцию междисциплинарных подходов. Важным аспектом является создание методологически обоснованных условий для распространения передового медико-социального опыта, что подразумевает формирование платформ для профессионального обмена знаниями, включая научные конференции, публикации в рецензируемых журналах и специализированные цифровые ресурсы. Кроме того, особое внимание уделяется дальнейшему развитию системы мониторинга повышения квалификации медицинских работников, предусматривающему внедрение объективных критериев оценки эффективности образовательных программ,

автоматизированных систем сбора данных и аналитических инструментов для долгосрочного прогнозирования потребностей в профессиональном развитии медицинского сообщества.

В 2013 году КГМИППК осуществил масштабную модернизацию образовательного процесса, проведя ревизию и актуализацию содержания 27 учебных программ в соответствии с принципами системно-деятельностного подхода, что предполагает ориентацию на формирование профессиональных компетенций через практико-ориентированную деятельность, а также внедрение индивидуализированных траекторий обучения, учитывающих когнитивные особенности и профессиональные запросы слушателей. Параллельно, в ответ на динамично изменяющиеся требования медицинского сообщества, институт существенно диверсифицировал спектр дополнительных профессиональных образовательных программ, разработав специализированные курсы, направленные на удовлетворение актуальных потребностей врачей в условиях трансформации healthcare-системы. Реализация системного подхода к повышению квалификации медицинских специалистов осуществляется последовательно и поэтапно, что подразумевает цикличность обновления учебных модулей, интеграцию инновационных педагогических технологий и постоянный мониторинг эффективности образовательных outcomes для обеспечения соответствия международным стандартам непрерывного медицинского образования.

Первый этап организационно-методического процесса представляет собой комплексную диагностическую кампанию, направленную на системное выявление актуальных профессионально-квалификационных дефицитов и образовательных потребностей педагогических кадров, в рамках которой осуществляется разработка структурированных технических заданий для программ повышения квалификации с последующей индивидуализацией учебных траекторий посредством персонифицированных заданий для каждого слушателя. В качестве предварительной подготовки к очному формату обучения реализуется дистанционный образовательный модуль объемом 36

академических часов, предполагающий самостоятельное освоение содержательного компонента педагогами с последующей диагностикой уровня сформированности компетенций посредством критериально-ориентированного оценочного механизма, что обеспечивает формирование преемственности между заочной и очной стадиями образовательного процесса.

Второй этап теоретико-практического процесса представляет собой ключевую фазу курсового обучения, направленного на профессиональное совершенствование медицинских специалистов в рамках программ повышения квалификации. Все образовательные курсы разрабатываются с учетом актуальных требований клинической практики и строго соответствуют государственному заданию, выполнение которого достигает 100% за счет системного контроля качества образовательного процесса. В рамках данного этапа осуществляется комплексный мониторинг эффективности курсовой подготовки, включающий анализ динамики профессионального роста слушателей. Особую значимость приобретает входная диагностика, позволяющая объективно оценить исходный уровень теоретической подготовки и сформированность практических компетенций участников, что обеспечивает индивидуализацию учебного процесса и оптимизацию педагогических стратегий в соответствии с выявленными дефицитами знаний и навыков.

Результаты исследования выявили недостаточный уровень теоретической и практической подготовленности медицинских специалистов на начальном этапе, что подтверждается низким показателем успешного выполнения заданий по теоретико-методологическим основам – лишь 40% врачей продемонстрировали удовлетворительные результаты. Однако после прохождения специализированных курсов, включающих систематизированное изучение ключевых дисциплин и обязательную клиническую стажировку, направленную на формирование профессиональных компетенций, наблюдался значительный прогресс: показатель усвоения материала увеличился более чем в два раза, достигнув 85%. Интеграция практико-ориентированного компонента в образовательный процесс, в частности, реализация стажировки как

обязательного элемента программы, способствовала не только закреплению теоретических знаний, но и развитию прикладных навыков, что в совокупности обеспечило существенное повышение эффективности обучения.

Третий этап рефлексивно-внедренческого процесса представляет собой завершающую фазу профессионального совершенствования, в рамках которого осуществляется демонстрация педагогического мастерства через проведение открытых уроков и мастер-классов, реализацию курсовых проектов, активное участие в межкурсовых научно-практических конференциях и методических семинарах, а также системную подготовку к процедуре аттестации. Статистические данные свидетельствуют о последовательном увеличении количества аттестованных специалистов: в 2013 году соответствующий квалификационный уровень подтвердили 797 врачей, в 2014 году – 896 медицинских работников, тогда как в 2015 году данный показатель достиг 1022 человек, что отражает положительную динамику в области повышения профессиональной компетентности и соответствия современным стандартам медицинской практики.

В рамках реализации системного подхода осуществляется комплексная модернизация системы оценки качества программ повышения квалификации, что предполагает разработку и внедрение инновационных механизмов интеграции образовательного процесса КГМИППК с актуальными научными достижениями и передовой педагогической практикой. Данная трансформация сопровождается активным внедрением специализированных методических разработок, направленных на формирование у слушателей новых профессиональных компетенций в соответствии с современными требованиями образовательной парадигмы. В результате системных преобразований создаются оптимальные условия для приобретения слушателями не только теоретических знаний, но и практических навыков проектирования современного урока в контексте актуальных педагогических технологий, а также для овладения методологией экспертно-оценочной деятельности, что в совокупности способствует качественному повышению их профессиональной

компетентности и готовности к реализации инновационных подходов в образовательной практике.

В настоящее время в КГМИППК осуществляется комплексная реализация стратегически значимых проектов, направленных на научно-методическое сопровождение государственной итоговой аттестации слушателей, что включает в себя систематизацию и модернизацию оценочных процедур в соответствии с современными образовательными стандартами. Научно-методическое сопровождение учебно-познавательного процесса организовано на высоком уровне эффективности, что подтверждается внедрением инновационных педагогических технологий, адаптированных к потребностям последипломного медицинского образования. В рамках данного процесса регулярно проводятся мониторинговые исследования, позволяющие оценивать динамику образовательных результатов и корректировать методические подходы. Кроме того, осуществлено значительное обновление учебно-методических комплексов по ключевым аспектам различных клинических дисциплин, что способствует повышению качества подготовки специалистов. Разработанные учебные материалы базируются на принципах междисциплинарной интеграции, что обеспечивает целостность восприятия медицинских знаний, а также учитывают когнитивные особенности и профессиональные потребности врачей регионального уровня, что способствует оптимизации образовательного процесса в контексте непрерывного медицинского образования.

С 2006 года в КГМИППК инициирован процесс реформирования системы подготовки медицинских кадров, предполагающий переход на компетентностно-ориентированную модель обучения, основанную на современных профессиональных стандартах и направленную на формирование у выпускников узкоспециализированных практических навыков, востребованных в реальном секторе здравоохранения. В рамках данной трансформации были разработаны образовательные стандарты третьего поколения, интегрирующие требования профессиональных сообществ и

международные рекомендации, а также создан инновационный механизм независимой оценки и сертификации квалификаций, обеспечивающий соответствие уровня подготовки специалистов актуальным запросам системы здравоохранения. Важным организационно-методическим элементом данной реформы стало учреждение специализированного структурного подразделения – сектора профессиональной стандартизации и сертификации квалификаций, выполняющего функции разработки нормативно-методической базы, координации взаимодействия с работодателями и проведения экспертной оценки качества профессиональной подготовки.

КГМИППК демонстрирует высокую эффективность в реализации ПДО, разработанных в соответствии с приоритетными направлениями развития современной медицинской науки и инновационных технологий. В условиях трансформации системы здравоохранения институт играет ключевую роль в формировании новой парадигмы подготовки медицинских кадров, адаптированной к вызовам цифровой эпохи и требованиям доказательной медицины. С точки зрения антропоцентрического подхода, профессиональное образование и повышение квалификации приобретают мультидименсиональное значение: они не только детерминируют уровень компетентности специалиста, но и выступают критически важным фактором обеспечения социальной стабильности, профессиональной востребованности и долгосрочной конкурентоспособности на динамично эволюционирующем рынке медицинских услуг. Институт, таким образом, реализует стратегическую функцию социального лифтинга, обеспечивая непрерывное профессиональное развитие медицинских работников в соответствии с принципами «lifelong learning».

В контексте современных социально-экономических трансформаций и динамичного развития системы здравоохранения перед профессиональной подготовкой медицинских кадров возникает комплекс стратегически значимых задач, детерминированных необходимостью адаптации ЛПУ к рыночным механизмам хозяйствования, масштабными процессами модернизации

материально-технической базы и структурного перепрофилирования медицинских организаций, кардинальной реструктуризацией кадровой политики в сфере занятости, а также эволюцией квалификационных требований к уровню КМП специалистов, что в совокупности требует фундаментального пересмотра образовательных парадигм в контексте компетентностного подхода и внедрения инновационных педагогических технологий.

Профессиональная переподготовка и повышение квалификации специалистов представляют собой системный процесс углублённого освоения новых компетенций, направленный на формирование расширенного спектра теоретических знаний, практических умений и профессиональных навыков, необходимых для эффективной адаптации к динамично изменяющимся социально-экономическим условиям и стремительному технологическому прогрессу в условиях глобализации. Данный процесс предполагает не только совершенствование существующих профессиональных компетенций, но и овладение принципиально новыми видами деятельности, что особенно актуально в контексте трансформации современных рынков труда. Ключевым аспектом при этом выступает ориентация на инновационные методики и передовые технологии, включая интеграцию международных стандартов качества (таких как ISO, ECVET, EQF) и лучших мировых практик, что обеспечивает соответствие профессионального уровня специалистов требованиям глобальной конкуренции и способствует их успешной интеграции в международное профессиональное сообщество.

В контексте непрерывного профессионального развития медицинских кадров возникает комплекс актуальных вопросов, требующих научного осмысления и системного решения: каковы оптимальные организационные формы построения системы ПДО, обеспечивающие его эффективность и доступность? Какие специальности и направления подготовки должны быть приоритетными при разработке программ переподготовки и повышения квалификации врачей с учётом современных вызовов здравоохранения и достижений медицинской науки? Каковы методологические основы создания

учебно-методического обеспечения ПДО, включающего инновационные образовательные технологии, цифровые платформы и практико-ориентированные модули? Какие потенциальные источники финансирования (бюджетные, страховые, частные инвестиции, международные гранты) могут обеспечить устойчивость системы ПДО в условиях ограниченных ресурсов? Какова должна быть степень участия государства в нормативно-правовом регулировании, стандартизации и финансовой поддержке системы ПДО для гарантии её качества и соответствия стратегическим задачам развития здравоохранения? Эти проблемные аспекты требуют междисциплинарного исследования на стыке медицинского образования, экономики здравоохранения и образовательной политики.

Необходимость обеспечения гибкости и адаптивности системы ПДО в условиях динамично изменяющихся требований современного здравоохранения обусловливает потребность в систематическом совершенствовании её научно-методического и информационного сопровождения, что предполагает разработку комплексных методологических подходов, внедрение инновационных образовательных технологий и создание многоуровневой системы мониторинга актуальных потребностей практического здравоохранения, с целью формирования эффективного механизма непрерывного профессионального развития медицинских кадров посредством реализации дифференцированных программ повышения квалификации и профессиональной переподготовки, обеспечивающих своевременное реагирование на трансформацию профессиональных компетенций, технологических стандартов и эпидемиологических вызовов, что в совокупности способствует оптимизации кадрового потенциала системы здравоохранения в соответствии с принципами доказательной медицины и требованиями национальных приоритетов в сфере охраны здоровья населения.

Программы профессиональной ПДО представляют собой системно организованный комплекс педагогических, методических и технологических мер, направленных на создание качественно новой, высокоразвитой

информационно-образовательной среды, которая способствует подготовке высококвалифицированных специалистов, обладающих не только фундаментальными профессиональными знаниями, но и сформированной информационно-коммуникационной компетентностью, соответствующей современным требованиям цифровой экономики и инновационного развития общества. Основополагающей целью данных программ выступает систематическое обновление и углубление теоретических знаний, практических умений и профессиональных навыков специалистов в условиях динамично изменяющихся требований к уровню квалификации, обусловленных технологическим прогрессом, трансформацией профессиональных стандартов и необходимостью овладения инновационными методами решения актуальных профессиональных задач. Кроме того, программы ПДО ориентированы на формирование комплексной системы актуальных компетенций, включающей когнитивные, операциональные и личностные компоненты, что в совокупности обеспечивает готовность специалистов к продуктивной инновационной деятельности в рамках своей профессиональной сферы, способствует их адаптации к изменяющимся условиям труда и позволяет эффективно реализовывать профессиональные функции в контексте современных вызовов и тенденций развития соответствующей отрасли.

Программы ПДО представляют собой систематизированный комплекс теоретических и практических образовательных модулей, разработанных в строгом соответствии с актуальными государственными образовательными стандартами и нормативными требованиями. При проектировании данных программ осуществляется всесторонний анализ динамики рынка труда, включая мониторинг текущего и прогнозируемого спроса на специалистов конкретных профилей, что позволяет адаптировать содержание образовательного процесса к реальным потребностям экономики. Особое внимание уделяется интеграции образовательной деятельности с фундаментальными и прикладными научными исследованиями, а также с инновационными разработками, что обеспечивает формирование у

обучающихся актуальных компетенций. Кроме того, в процессе реализации программ ПДО активно внедряются современные образовательные технологии, в том числе цифровые платформы, дистанционные форматы обучения, интерактивные методы преподавания и технологии виртуальной и дополненной реальности, что способствует повышению эффективности усвоения материала и развитию практических навыков.

Программа предусматривает комплексный подход к модернизации образовательного процесса, включающий внедрение инновационных организационных форм и активных методов обучения, направленных на повышение эффективности усвоения знаний и формирования практических компетенций. В рамках реализации программы планируется привлечение высококвалифицированных специалистов, обладающих фундаментальной теоретической подготовкой и значительным практическим опытом, что обеспечит качественную разработку и внедрение инновационных образовательных технологий. Особое внимание уделяется установлению международного сотрудничества с зарубежными партнерами, что позволит обмениваться передовым опытом и адаптировать лучшие мировые практики в области образования. Кроме того, программа предусматривает развитие совместных научных исследований в сфере ПДО, направленных на разработку методологических основ и практических рекомендаций по совершенствованию образовательных стандартов и технологий. Реализация данных направлений будет способствовать созданию современной, конкурентоспособной образовательной системы, соответствующей актуальным требованиям глобального образовательного пространства.

КГМИППК осуществляет системное взаимодействие с ЛПУ и высшими учебными заведениями медицинской направленности, реализуя комплексный подход к непрерывному профессиональному развитию медицинских кадров. Ежегодно институт разрабатывает и распространяет по региональным медицинским организациям аккредитованные программы повышения квалификации, адаптированные к современным требованиям здравоохранения.

В рамках стратегического партнерства КГМИППК обеспечивает своевременное информирование ЛПУ о новейших программах ДПО, организует выездные циклы обучения специалистов на базе областных и городских медицинских учреждений, в том числе с применением льготных финансовых условий, а также осуществляет персонализированную разработку и подбор образовательных программ ДПО с учетом специфики запросов конкретных учреждений, что способствует оптимизации профессиональной подготовки медицинских работников в соответствии с региональными потребностями и современными тенденциями развития медицины.

Для преодоления дефицита высококвалифицированных медицинских специалистов КГМИППК инициировал стратегическое заимствование международного опыта, интегрируя передовые мировые образовательные технологии в национальную систему подготовки врачей. В качестве методологической основы модернизированного учебного процесса была избрана немецкая дуальная система образования, представляющая собой синтез теоретического обучения и практико-ориентированной подготовки, что подтверждается многочисленными исследованиями как высокоэффективная модель, оптимально соответствующая требованиям современной рыночной экономики. Данная система, характеризующаяся бинарной структурой организации образовательного процесса (чередование академических циклов и клинической практики), была подвергнута тщательной адаптации с учетом специфики отечественного здравоохранения, что позволило создать инновационную образовательную парадигму, сочетающую международные стандарты медицинского образования с национальными традициями подготовки врачебных кадров.

ЛПУ несут значительные финансовые затраты, связанные с организацией и реализацией образовательных программ для подготовки будущих медицинских кадров, что обусловлено их стратегической заинтересованностью в долгосрочных инвестициях в человеческий капитал. Будучи ключевыми работодателями, они демонстрируют высокую степень вовлеченности не

только в оценку итоговых результатов обучения, но и в содержательный аспект ПДО, что подчеркивает их роль в формировании профессиональных компетенций выпускников. Данный подход находит свое выражение в дуальной системе обучения, которая выступает в качестве эффективного механизма интеграции теоретической подготовки и практико-ориентированного обучения, тем самым минимизируя существующий диссонанс между академическими стандартами и реальными требованиями клинической практики. Таким образом, дуальная система способствует оптимизации процесса подготовки квалифицированных медицинских специалистов, обеспечивая соответствие их профессиональных навыков актуальным потребностям системы здравоохранения.

В период с 2006 по 2012 годы в КГМИППК был реализован комплекс организационно-методических преобразований, направленных на оптимизацию образовательного процесса. Первостепенное значение имела модернизация учебных программ, в рамках которой произошло существенное перераспределение временных ресурсов в пользу углублённого изучения теоретических дисциплин при сохранении необходимого объёма практической подготовки, что позволило достичь более сбалансированного соотношения фундаментальных знаний и прикладных навыков. Параллельно наблюдалась значительная динамика в повышении профессиональной компетентности слушателей, что проявлялось в расширении когнитивных стратегий решения клинических задач, развитии аналитического мышления и усилении рефлексивных компонентов профессиональной деятельности. Важным индикатором эффективности реформ стал сформировавшийся среди обучающихся устойчивый познавательный интерес, выражающийся в осознанной потребности в непрерывном профессиональном совершенствовании и систематическом самообразовании, что соответствует современным тенденциям «lifelong learning» в медицинском образовании.

Руководители ЛПУ выразили положительное мнение о недавно разработанной образовательной стратегии КГМИППК, подчеркивая её

многочисленные преимущества. Анализ внедрения дуальной системы обучения в образовательный процесс в Кыргызской Республике демонстрирует, что сочетание теоретических знаний с практическими навыками является самым эффективным и результативным подходом к организации образовательного процесса. Это метод не только содействует глубокому пониманию дисциплин, но и активно развивает профессиональные и социальные качества будущих врачей. Благодаря такому подходу, слушатели быстрее и успешнее адаптируются к постоянно меняющимся условиям на рынке труда, что в свою очередь повышает их конкурентоспособность и готовность к практической деятельности в реальных медицинских условиях. Таким образом, новая образовательная стратегия становится важным шагом к созданию высококвалифицированных специалистов, способных успешно работать в современной healthcare-экосистеме.

5.2. Развитие учебно-методического компонента

Министерство здравоохранения Кыргызской Республики, в рамках проводимых реформ, придает огромное значение непрерывному медицинскому образованию. За управление этой сферой назначен Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации (КГМИППК), основанный в 1993 году. В соответствии с Постановлением Правительства КР «О Кыргызском государственном медицинском институте переподготовки и повышения квалификации» (№375 от 26.06.2001 г.), КГМИППК является ведущим учебным заведением в системе непрерывного медицинского образования страны. Как независимый хозяйствующий субъект, КГМИППК обладает Свидетельством Министерства юстиции КР (№8469-3301-УЕ от 29.08.2001 г.), а также лицензией Министерства образования и науки КР как образовательное учреждение (№365 от 10.06.2004 г.).

Институт имеет хорошо организованную структуру, включающую 21

кафедру, 4 профессорских курса и 7 доцентских циклов. В Оше располагается мощный филиал, в рамках которого работают 8 кафедр. 61% преподавательского состава имеют ученую степень, из них 28% являются докторами наук, а 72% — кандидатами наук.

Материально-техническая база КГМИППК полностью соответствует современным санитарно-гигиеническим и техническим нормативам, что подтверждается наличием необходимой инфраструктуры, оборудованных учебных помещений и лабораторий, соответствующих требованиям государственных стандартов в сфере медицинского образования. Институт располагает обширной сетью клинических баз, включающих ведущие Национальные центры, крупные ЛПУ и многопрофильные клиники, что обеспечивает высокий уровень практической подготовки специалистов через систему факультетского обучения и клинической ординатуры. Особое значение имеет собственная клиническая база института по направлению семейной медицины (СМ), обслуживающая прикреплённое население численностью 21 000 человек, что создаёт уникальные возможности для организации практико-ориентированного обучения врачей общей практики, среднего медицинского персонала, а также клинических ординаторов с применением современных методов диагностики, лечения и профилактики в условиях, максимально приближенных к реальной клинической практике.

КГМИППК демонстрирует активное развитие международного сотрудничества, что подтверждается реализацией масштабных совместных проектов с ведущими зарубежными организациями и учреждениями. Среди наиболее значимых инициатив следует выделить Кыргызско-Финский проект, направленный на совершенствование медицинского образования, а также долгосрочные партнёрские программы с Фондом народонаселения ООН (UNFPA), Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и международными гуманитарными организациями Citi-Hope и HOPE, что способствует интеграции института в глобальное образовательное и научное пространство. Важно отметить, что учебные программы КГМИППК разработаны в строгом

соответствии с национальными образовательными стандартами Кыргызской Республики, включая требования лицензирующих органов, что гарантирует их соответствие аккредитационным нормативам и обеспечивает высокий уровень подготовки специалистов в сфере здравоохранения. Данные аспекты подчёркивают институт как ключевое учреждение в системе непрерывного медицинского образования, сочетающее международные практики с национальной нормативной базой.

Учебные планы КГМИППК подвергаются систематическому пересмотру и актуализации на ежегодной основе с целью обеспечения соответствия современным образовательным стандартам и требованиям медицинской практики. Данный процесс включает в себя интеграцию международных учебных программ, что способствует гармонизации образовательного процесса с глобальными тенденциями в медицинском образовании, а также внедрение типовых государственных учебных программ, обеспечивающих соблюдение национальных образовательных нормативов. Кроме того, в учебные планы вносятся коррективы, связанные с переходом на новую классификацию Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10), что позволяет привести образовательный процесс в соответствие с современными диагностическими и статистическими стандартами. Важное внимание уделяется включению в учебные программы информации о новейших медицинских технологиях и методах медицинского обеспечения, что обеспечивает подготовку специалистов, владеющих актуальными практическими навыками. Учитываются также достижения доказательной медицины (ДМ), что способствует формированию у обучающихся научно обоснованного подхода к клинической практике. Наконец, учебные планы адаптируются в соответствии с новыми протоколами, клиническими рекомендациями и нормативными документами, разработанными Министерством здравоохранения Кыргызской Республики (МЗ КР) и Министерством образования и науки Кыргызской Республики (МОН КР), что гарантирует их соответствие текущим требованиям системы

здравоохранения и образования.

КГМИППК имеет обширный собственный библиотечный фонд, который включает более 15 тысяч экземпляров медицинской литературы и учебных пособий, свыше 2 тысяч экземпляров периодических изданий, представленных 30 наименованиями, а также более 8 тысяч экземпляров специализированной медицинской литературы. Кроме того, библиотечный фонд располагает доступом к 40 периодическим изданиям, включая зарубежные научно-практические журналы, что обеспечивает возможность ознакомления с актуальными международными исследованиями. Важным компонентом ресурсной базы является наличие более 20 аккредитованных электронных изданий, что способствует расширению доступа к современным образовательным и научным материалам в цифровом формате. Данный объем и разнообразие фонда позволяют обеспечить высокий уровень информационной поддержки учебного процесса и научно-исследовательской деятельности.

Практические занятия организуются с комплексным применением современных образовательных технологий, включающих три ключевых компонента: во-первых, специализированные тренажерные средства обучения, к которым относятся демонстрационные приборы, анатомические муляжи, фантомы и другие наглядные пособия, способствующие формированию практических навыков; во-вторых, интерактивные мультимедийные средства обучения, такие как визуализированные информационные модули (визинформация), учебные видеофильмы, симуляционные программы и иные цифровые образовательные ресурсы, обеспечивающие наглядность и интерактивность учебного процесса; в-третьих, интегрированное использование возможностей глобальной информационной сети Интернет, доступ к которой предоставлен как преподавательскому составу, так и обучающимся, что позволяет оперативно получать актуальную информацию, использовать дистанционные образовательные платформы и участвовать в виртуальных академических сообществах, тем самым значительно расширяя дидактические возможности образовательного процесса. Данный

многоуровневый подход обеспечивает максимальную эффективность усвоения учебного материала через сочетание традиционных и инновационных педагогических методик.

КГМИППК реализует систематизированную программу непрерывного профессионального образования медицинских кадров Кыргызской Республики с установленной пятилетней периодичностью, охватывающую как врачей, так и специалистов среднего звена. В рамках образовательного процесса институт применяет инновационные модификации традиционных форм обучения, включая модульные программы повышения квалификации, реализуемые как на собственной учебной базе, так и непосредственно в медицинских организациях-«заказчиках», с возможностью проведения занятий в различных временных форматах – во внерабочее время, в смешанном режиме (частично в рабочее и внерабочее время) или по гибкому графику. Особое внимание уделяется внедрению прерывистых (дистанционно-очных) образовательных циклов, комбинирующих теоретическую подготовку в аудиториях КГМИППК с практико-ориентированным обучением на клинических базах учреждений здравоохранения, что обеспечивает интеграцию академических знаний с непосредственной профессиональной деятельностью и способствует оптимизации образовательного процесса без отрыва от производства. Данная модель соответствует современным тенденциям непрерывного медицинского образования, обеспечивая его доступность, гибкость и адресный характер с учетом потребностей конкретных медицинских учреждений.

В современной образовательной практике активно применяются инновационные педагогические подходы, направленные на оптимизацию учебного процесса и повышение его эффективности. К числу таких прогрессивных форм обучения относится модульный принцип организации образовательных программ, обеспечивающий гибкость и адаптивность учебного плана, а также технология обучения «до результата», которая гарантирует достижение слушателями требуемого уровня компетенций независимо от исходной подготовки. Вариативность сроков обучения позволяет

индивидуализировать образовательный маршрут в зависимости от когнитивных особенностей и профессионального опыта обучающихся, что способствует более глубокому усвоению материала. Кроме того, реализуется персонализированный подход к проектированию учебных программ, учитывающий специфические потребности и карьерные траектории каждого слушателя. Особое внимание уделяется профессионально ориентированному отбору кандидатов на различные должности, что обеспечивает соответствие образовательного процесса актуальным требованиям рынка труда и способствует формированию высококвалифицированных кадров. В совокупности эти методы формируют комплексную систему, направленную на максимальное раскрытие потенциала обучающихся и их успешную интеграцию в профессиональную среду.

В современной системе образования и профессиональной подготовки медицинских кадров реализуются принципы активности, дифференцированности и контролируемости учебных программ, что обеспечивает их адаптивность к индивидуальным потребностям обучающихся и требованиям практического здравоохранения. В рамках модернизации учебного процесса внедряется инновационная модель организации непрерывного медицинского образования, основанная на интеграции двух ключевых компонентов – системного повышения качества медицинской помощи и последовательного совершенствования профессиональной квалификации медицинских работников. Данная модель предусматривает обязательный мониторинг эффективности клинической деятельности врачей и среднего медицинского персонала, что позволяет осуществлять объективную оценку результатов обучения и их влияния на практическую медицину, формируя тем самым замкнутый цикл «обучение – практика – контроль – совершенствование». Такой подход соответствует современным тенденциям в области медицинского образования, ориентированным на достижение максимальной синергии между теоретической подготовкой специалистов и их практической компетентностью.

В условиях наличия субъективных факторов в традиционной системе контроля качества профессиональной подготовки и переподготовки специалистов, выраженных в образовательных нормативах, стандартизированных требованиях, унифицированных оценочных процедурах и квалификационных характеристиках, КГМИППК реализует инновационную модель обучения, основанную на принципе «достижения конечного результата». Данный подход предполагает индивидуально ориентированное образовательное сопровождение до полного освоения компетенций, что обеспечивает соответствие уровня подготовки специалистов актуальным требованиям системы здравоохранения. Институт осуществляет масштабную образовательную деятельность, предлагая программы повышения квалификации и профессиональной переподготовки по 73 медицинским специальностям, что способствует непрерывному профессиональному развитию кадрового потенциала отрасли и повышению качества медицинского обслуживания населения.

Сфера деятельности КГМИППК представляет собой уникальную образовательную экосистему, характеризующуюся специфическим характером взаимодействия субъектов педагогического процесса, выраженной профессионально-ориентированной мотивацией обучающихся, а также четко сформулированными стратегическими задачами подготовки высококвалифицированных медицинских кадров, осуществляющих параллельно трудовую и образовательную деятельность. Ключевыми детерминантами эффективности данного учебного заведения выступают: развитая многоуровневая система коммуникативных связей, обеспечивающая интеграцию теоретической подготовки с практической деятельностью; наличие современной материально-технической базы, включающей профильные клинические учреждения различного уровня аккредитации; системное понимание актуальных проблем непрерывного медицинского образования; детализированное определение целевой аудитории и ее профессиональных потребностей; научно обоснованный выбор организационных форм обучения,

предполагающий применение инновационных педагогических технологий; а также разработка дифференцированных учебных программ, адаптированных к уровню базовой подготовки и специализации слушателей с учетом требований современной медицинской практики.

Таким образом, в контексте прогрессирующей либерализации системы последипломного и непрерывного медицинского образования в Кыргызской Республике, сопровождающейся значительным расширением спектра аккредитованных и интегрируемых международных образовательных программ, а также активным внедрением инновационных педагогических подходов, включая ДМ и принципы Болонской декларации, возникает объективная необходимость системного реформирования образовательной парадигмы. Данная трансформация должна осуществляться с учетом современных глобальных тенденций в медицинском образовании, обеспечения соответствия международным стандартам качества, оптимизации учебных планов и методологии преподавания, а также создания эффективных механизмов аккредитации и контроля для достижения максимальной академической мобильности, повышения профессиональной компетентности медицинских специалистов и обеспечения устойчивого развития системы здравоохранения в долгосрочной перспективе.

Во-первых, сохранить КГМИППК в качестве единого головного учебно-методического центра в системе МЗ КР и МОН КР по совершенствованию непрерывного образования подготовки медицинских и фармацевтических работников, сохранив при этом методическую подчиненность вновь создаваемых альтернативных ему учебных медицинских учреждений;

Во-первых, в контексте модернизации системы непрерывного медицинского и фармацевтического образования первостепенное значение имеет сохранение КГМИППК в качестве ведущего учебно-методического центра, координирующего деятельность в рамках МЗ КР и МОН КР. Ключевым аспектом данной стратегии является обеспечение методического единства, включая подчинение вновь создаваемых альтернативных образовательных

структур, что позволит поддерживать стандартизацию учебных программ и контроль качества подготовки специалистов. Данный подход минимизирует риски фрагментации системы и способствует сохранению преемственности в обучении медицинских кадров.

Во-вторых, не менее важной задачей является разработка и реализация совместной стратегии МЗ КР и МОН КР, направленной на регулирование количества образовательных учреждений в сфере непрерывного медицинского образования. Чрезмерное увеличение числа таких структур без должного обоснования может привести к снижению качества обучения врачей и среднего медицинского персонала. В связи с этим необходима рациональная политика лицензирования и аккредитации, учитывающая реальные потребности системы здравоохранения и обеспечивающая соответствие образовательных программ современным профессиональным стандартам.

В-третьих, успешное функционирование учреждений непрерывного медицинского образования зависит от ряда критически важных факторов. Среди них - наличие развитой коммуникативной инфраструктуры, позволяющей осуществлять обмен знаниями и передовыми методиками; достаточная клиническая база для практической подготовки; точное определение целевой аудитории с учетом профессиональных и социальных характеристик слушателей. Кроме того, необходимо внедрение гибких форм обучения, а также разработка мотивационных механизмов, способствующих поддержанию интереса к профессиональному развитию у медицинских работников.

В-четвертых, в рамках совершенствования системы непрерывного образования особую актуальность приобретает стратегия КГМИППК, предполагающая интеграцию инновационных образовательных моделей. К ним относятся междисциплинарные подходы, основанные на принципах доказательной медицины, а также проблемно-ориентированное обучение, стирающее границы между теоретической подготовкой и клинической практикой. Важным направлением является адаптация принципов Болонского

процесса, предусматривающая переход от изолированных образовательных программ к мультипрофессиональным, что способствует формированию гибких компетенций и готовности специалистов к динамично изменяющимся условиям профессиональной деятельности.

5.3 Развитие компетентностно-личного компонента

В современном государстве, характеризующемся наличием комплексных медико-социальных гарантий и эффективной моделью частно-государственного партнерства в сфере здравоохранения, наблюдается устойчивая тенденция к расширению частного сектора медицинских услуг, активизации научно-исследовательской деятельности и трансформации образовательных парадигм. Данные процессы детерминируют формирование инновационной стратегии модернизации научно-образовательной системы, предполагающей не только технологическое совершенствование образовательных методик, но и целенаправленное культивирование образовательной культуры в социуме. В этом контексте особую актуальность приобретает необходимость обеспечения непрерывной структурно-функциональной трансформации медицинских образовательных систем, что обусловлено требованиями динамично развивающейся медицинской науки, изменяющимися потребностями общества и глобальными вызовами современности, требующими постоянной адаптации образовательных стандартов и интеграции междисциплинарных знаний.

И в современной научной парадигме интеграция образования, науки и клинической практики представляет собой стратегически важный процесс синергетического взаимодействия между академическими, исследовательскими и медицинскими учреждениями, направленный на формирование комплексной системы подготовки, непрерывного профессионального развития и актуализации компетенций медицинских специалистов высшей квалификации. Данная модель предполагает эффективное объединение ресурсного потенциала образовательных организаций, научно-исследовательских центров и лечебно-

профилактических учреждений с целью создания инновационной экосистемы, обеспечивающей соответствие уровня подготовки медицинских кадров динамично изменяющимся требованиям современного рынка труда, обусловленным глобальными тенденциями цифровизации, внедрением прорывных медицинских технологий и трансформацией образовательных стандартов в условиях постиндустриальной экономики знаний. Такой интегрированный подход способствует формированию преемственной триады "образование-наука-практика", что позволяет не только оптимизировать процесс профессиональной социализации будущих медицинских работников, но и обеспечить мультидисциплинарный характер научных исследований, их скорейшую трансляцию в клиническую практику, а также обратную связь для совершенствования образовательных программ на основе актуальных запросов здравоохранения.

На наш взгляд, современные интеграционные процессы демонстрируют высокую степень комплексности, охватывая широкий спектр взаимосвязанных направлений деятельности, что находит своё отражение в многообразии форм их реализации. Ключевыми аспектами данных процессов выступают системная подготовка высококвалифицированных специалистов для научно-исследовательской и медицинской практики, а также для высокотехнологичных производственных отраслей, что способствует формированию кадрового потенциала инновационной экономики. Параллельно наблюдается активизация целенаправленных научных изысканий междисциплинарного характера, ориентированных на решение актуальных проблем современности. Не менее значимым компонентом является разработка и последующая имплементация прорывных технологических решений, включая, но не ограничиваясь, передовыми информационно-аналитическими системами управления, что в совокупности формирует устойчивую платформу для технологической модернизации и повышения конкурентоспособности в глобальном масштабе.

Проведённый комплексный анализ актуальных проблем в сфере образования, науки и медицинской практики демонстрирует наличие тесной

взаимосвязи и параллельного характера их эволюции, что позволяет выделить три ключевые системные проблемы, требующие незамедлительного решения: во-первых, трансформация механизмов финансового обеспечения высших учебных заведений, сопровождающаяся прогрессирующей деградацией качества подготовки медицинских специалистов, что обусловлено сокращением бюджетного финансирования и отсутствием эффективных стимулов для привлечения внебюджетных средств; во-вторых, нарастающая социальная стратификация, базирующаяся не на интеллектуально-ценностных характеристиках индивидов, а исключительно на их материальном положении, что приводит к дисбалансу в доступности качественного образования и формированию неравных возможностей для профессиональной реализации; в-третьих, снижение уровня профессионализма будущих специалистов вследствие несовершенства системы отбора абитуриентов, обусловленного чрезмерной коммерциализацией образовательных услуг, когда финансовые критерии превалируют над оценкой академических способностей и профессиональной ориентации поступающих, что в долгосрочной перспективе негативно сказывается на качестве человеческого капитала в медико-биологической сфере.

Дезорганизация учебных планов, обусловленная чрезмерной учебно-методической нагрузкой на ППС, создаёт системные препятствия для обеспечения качественной подготовки выпускников, соответствующих современным требованиям к уровню компетенций, профессиональных умений и практических навыков. Указанная проблема усугубляется тенденцией миграции высококвалифицированных педагогических кадров в смежные области научной деятельности и иные профессиональные сферы, что детерминировано недостаточным уровнем финансового обеспечения высших учебных заведений, а также отсутствием эффективных механизмов материального стимулирования преподавательского труда. Данная ситуация приводит к снижению кадрового потенциала образовательных учреждений, что негативно отражается на качестве учебного процесса и, как следствие, на

конкурентоспособности выпускников на рынке труда.

Современная медицинская наука сталкивается с рядом системных проблем, которые можно представить в виде триады ключевых вызовов. Во-первых, отсутствуют методологически обоснованные критерии для стратегического выбора перспективных научных направлений, определяющих развитие медицины на 20–30 лет вперед. Во-вторых, модернизация материально-технической базы научных исследований затруднена из-за стремительного технологического прогресса и недостаточно четких стандартов, определяющих соответствие инфраструктуры современным требованиям доказательной медицины и трансляционных исследований. В-третьих, назрел кризис подготовки высококвалифицированных научных кадров: современным специалистам недостаточно осваивать существующие методики, требуется способность к разработке принципиально новых медицинских технологий. Решение этих проблем требует системного подхода, охватывающего институциональный, методологический и ресурсный уровни.

Современная медицинская практика также сталкивается с триадой ключевых вызовов. Прежде всего, актуальна проблема технико-технологического переоснащения клинических учреждений, требующая модернизации оборудования в соответствии с последними достижениями науки. Во-вторых, существенным барьером является недостаточное ресурсное обеспечение инновационных процессов, связанное с высокой стоимостью медицинского оборудования, лицензированием передовых методик и их дальнейшим обслуживанием. В-третьих, остро стоит кадровый вопрос: нехватка специалистов, владеющих современными технологиями, цифровыми инструментами и способных интегрировать информационно-аналитические системы в клиническую практику, сдерживает внедрение инноваций. Решение этих проблем требует стратегического планирования, оптимального распределения ресурсов и совершенствования системы непрерывного медицинского образования.

Проведённый компаративный анализ структурных компонентов

современных медицинских образовательных систем на глобальном уровне выявил наличие значительного количества высших учебных заведений, функционирующих как мультидисциплинарные инновационные кластеры, которые интегрируют в единый организационно-функциональный комплекс образовательные модули, научно-исследовательские подразделения и специализированные структуры, ориентированные на генерацию, внедрение и коммерциализацию инноваций в сфере медицинского образования, фундаментальной и прикладной медицины, клинической практики и здравоохранения, что свидетельствует о формировании новой парадигмы медицинского образования, основанной на принципах интеграции образовательного процесса с научной деятельностью и практическим здравоохранением в условиях четвёртой промышленной революции.

В современной образовательной и научной практике наблюдается активное развитие кооперации между высшими учебными заведениями и клиническими, а также научно-исследовательскими центрами, что реализуется через создание совместных исследовательских и клинических структур, а также инновационно-технологических центров, направленных на интеграцию академических знаний, медицинской практики и передовых научных разработок. Эффективность данной модели подтверждается успешным опытом функционирования медицинских вузов в качестве инновационных университетских комплексов в ведущих странах мира, включая США, государства Западной Европы, Японию и ряд других развитых стран, где подобная синергия способствует не только повышению качества медицинского образования, но и ускорению внедрения инновационных технологий в клиническую практику, а также стимулированию междисциплинарных исследований на стыке медицины, биотехнологий и цифровых наук.

Инновационная деятельность высших учебных заведений выступает ключевым фактором их конкурентоспособности и устойчивого развития в условиях динамично трансформирующегося рынка труда, что проявляется в способности академических институтов оперативно адаптироваться к

изменяющимся социально-экономическим запросам, внедрять прогрессивные образовательные технологии и эффективно интегрировать научно-исследовательский потенциал в практико-ориентированную подготовку высококвалифицированных специалистов медицинского и научного профилей, обеспечивая тем самым не только непрерывное совершенствование учебных программ в соответствии с актуальными профессиональными стандартами, но и системную переподготовку кадрового резерва с учетом перспективных направлений развития биомедицинских наук и здравоохранения, что в совокупности способствует формированию инновационной экосистемы образования, отвечающей стратегическим задачам национальной экономики знаний.

Следует подчеркнуть, что в Кыргызской Республике наблюдается значительный прогресс в развитии интеграционных процессов между высшими учебными заведениями и научно-производственной сферой, что проявляется в формировании на базе ведущих университетов страны, включая Кыргызскую государственную медицинскую академию (КГМА), Международный университет Кыргызстана (МУК), Ошский государственный университет (ОшГУ), Жалал-Абадский государственный университет (Ж-АГУ), Кыргызско-Российский Славянский университет (КРСУ), Кыргызско-Турецкий университет «Манас» (КТУ «Манас»), Азиатский медицинский институт (АЗМИ) и другие, специализированных учебно-научных производственных комплексов, а также в создании инновационных учебно-научных структур и научно-исследовательских институтов, которые способствуют эффективному внедрению академических знаний в практическую деятельность, обеспечивая тем самым не только повышение качества подготовки высококвалифицированных выпускников, но и активное участие вузов в решении актуальных задач, стоящих перед современной медициной, фундаментальной и прикладной наукой, а также системой высшего образования в контексте инновационного развития.

Современное медицинское высшее учебное заведение играет ключевую

роль в формировании и развитии инновационных направлений медицины, научных исследований и образовательных процессов, способствуя усилению значимости фундаментальных и прикладных знаний для достижения устойчивых конкурентных преимуществ в условиях глобализации здравоохранения. В контексте динамично развивающейся биомедицинской отрасли одной из приоритетных задач является создание эффективной системы интеграции между теоретической подготовкой будущих специалистов, научно-исследовательской деятельностью и практическим здравоохранением, что предполагает разработку междисциплинарных образовательных программ, внедрение клинико-ориентированных методов обучения и формирование научно-производственных кластеров для трансляции инновационных решений в реальную медицинскую практику. Данный подход не только обеспечивает преемственность между академической средой и профессиональной деятельностью, но и способствует формированию нового поколения медицинских кадров, обладающих компетенциями, соответствующими вызовам современной доказательной медицины и цифровой трансформации отрасли.

В настоящее время наблюдается недостаточная вовлечённость ППС в научно-исследовательскую деятельность, что представляет собой критическую проблему для медицинской сферы, поскольку прогресс в здравоохранении напрямую зависит от интеграции фундаментальных исследований, инновационных разработок и клинической практики. Современные механизмы объединения медицинского образования, науки и практики реализуются через многообразные организационные формы, включая создание учебно-научно-практических центров, внедрение моделей «вуз-клиника» и «университетская клиника», организацию филиалов и базовых кафедр на площадках лечебных учреждений, формирование проблемно-ориентированных научно-исследовательских центров и лабораторий, а также развитие междисциплинарных творческих коллективов, объединяющих специалистов и студентов в рамках целевых проектов и программ. Подобная системная интеграция способствует не только повышению качества подготовки

медицинских кадров, но и обеспечивает трансляцию научных достижений в практическое здравоохранение, что является неотъемлемым условием для инновационного развития отрасли.

На основании проведённого анализа можно утверждать, что обозначенные триады проблем обладают тесной взаимосвязью и синергетическим эффектом, что обусловливает необходимость их комплексного решения посредством создания инновационных образовательных структур – учебно-научно-клинических комплексов (УНКК), представляющих собой интегративную модель, объединяющую три ключевых компонента современного высшего образования: учебную, научно-исследовательскую и клинико-практическую деятельность. Реализация данной модели требует разработки специализированной системы организационного управления, учитывающей специфику взаимодействия между структурными элементами комплекса, включая оптимизацию административных процессов, координацию междисциплинарных исследований и внедрение инновационных образовательных технологий, что в совокупности обеспечит синергию академического, научного и практического потенциалов в рамках единой институциональной платформы.

На наш взгляд, перспективные УНКК должны быть ориентированы на достижение триединой стратегической цели, заключающейся в формировании высококвалифицированных специалистов, обладающих комплексом фундаментальных и прикладных компетенций. Во-первых, УНКК призваны обеспечить усвоение выпускниками системных знаний, умений и навыков (ЗУН), сочетающих глубокую теоретическую подготовку с практико-ориентированными аспектами, а также развить способности к проведению самостоятельных научных изысканий, направленных на генерацию новых знаний и их интеграцию в академический дискурс. Во-вторых, ключевой задачей таких комплексов является формирование у обучающихся способности к проектированию, разработке и внедрению инновационных технологий в профессиональную деятельность, что предполагает овладение методологией

исследований, навыками работы с современным оборудованием и умением адаптировать научные достижения к реальным практическим условиям. В-третьих, УНКК должны способствовать достижению выпускниками высшего уровня профессиональной компетентности, включающей не только предметные знания, но и метакомпетенции, такие как способность к самоорганизации, непрерывному саморазвитию и рефлексивной оценке собственной деятельности, что в совокупности обеспечит их конкурентоспособность на «rapidly evolving» рынке труда и готовность к решению сложных междисциплинарных задач.

Исходя из системного подхода к анализу структуры УПКК, можно заключить, что его оптимальная архитектура должна базироваться на триадной модели, интегрирующей три взаимосвязанных структурных компонента: общеобразовательный сегмент (условное обозначение – «P»), обеспечивающий фундаментальную подготовку; научно-исследовательский сегмент (условное обозначение – «S»), ответственный за генерацию новых знаний; и клинический сегмент (условное обозначение – «K»), ориентированный на практическую реализацию полученных результатов. Данная триада может быть формализована в виде ориентированного взвешенного графа и представляют структурные элементы, а дуги отражают динамические взаимосвязи между ними, характеризующиеся нелинейной зависимостью от временного параметра *t*. В силу динамической природы системы, ее эволюция может быть описана системой трех автономных дифференциальных уравнений в нормальной форме Коши. Такая математическая модель позволяет не только анализировать устойчивость системы, но и прогнозировать ее развитие при различных управляющих параметрах, что имеет важное значение для оптимизации функционирования УНКК в условиях изменяющейся образовательной и научной среды.

$$\text{«P»} = f_1(P, S, K, U);\ \text{«S»} = f_2(P, S, K, U);\ \text{«K»} = f_3(P, S, K, U);$$

В рамках предложенной модели управляющее воздействие U определяется посредством нелинейных функций f_n, которые в общем случае

могут иметь сложную аналитическую форму, отражающую динамику взаимодействия элементов системы.

На рисунке 5.3.1 представлена граф-схема данной структуры, демонстрирующая три функциональных сегмента, интегрированных в единый УНКК. Эффективность функционирования УНКК обусловлена интенсивным синергетическим взаимодействием между этими сегментами, что обеспечивает его трансформацию в целостную систему. По своей сути, УНКК представляет собой полифункциональный научно-образовательный и научно-клинический центр, который реализует профессиональную подготовку медицинских кадров высшей квалификации на основе перспективных научно-практических проектов, охватывающих широкий спектр направлений медицинской науки, образования и клинической практики. Деятельность УНКК направлена на обеспечение инновационного развития медицины и здравоохранения посредством интеграции фундаментальных исследований, прикладных разработок и образовательных технологий, что способствует формированию единого научно-практического пространства и повышению качества медицинской помощи в масштабах страны.

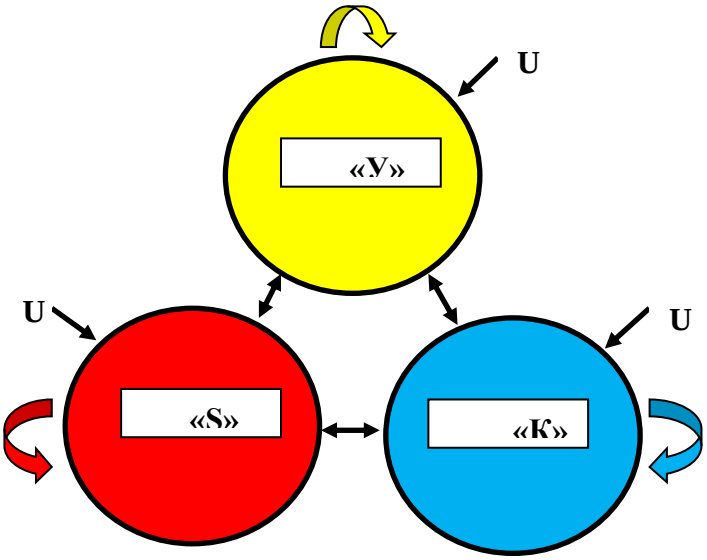

Рисунок 5.3.1 - Граф-схема структуры УНКК.

Триада целей УНКК представляет собой стратегически выверенную систему приоритетов, направленных на всестороннее развитие медицинского образования, науки и практики. Первый компонент триады, обозначенный как «P» (образование), предполагает системное совершенствование образовательной деятельности через оптимизацию педагогических методик, внедрение инновационных учебных программ и обеспечение трансляции актуальных знаний, что в совокупности способствует подготовке высококвалифицированных врачей, соответствующих динамичным требованиям современного рынка труда. Второй элемент – «S» (наука) – акцентирован на интенсификацию научно-исследовательской деятельности, разработку прорывных медицинских технологий и формирование конкурентоспособного кадрового потенциала в сфере биомедицинских исследований и педагогики, что обеспечивает синергию между академической наукой и практическим здравоохранением. Третий компонент – «К» (координация) – интегрирует усилия образовательных и научных структур для системной подготовки специалистов в области высокотехнологичной медицины, что подразумевает междисциплинарный подход, стандартизацию компетенций и адаптацию учебных процессов к глобальным трендам медицинской индустрии, тем самым гарантируя выпускникам профессиональную востребованность и лидерские позиции в «highly competitive» профессиональной среде. Данная триада отражает комплексный подход к формированию непрерывной образовательно-научно-практической экосистемы, соответствующей вызовам современной медицины.

Триадное взаимодействие между образовательными («P»), научными («S») и клиническими («К») структурами реализуется посредством трех взаимосвязанных механизмов. Во-первых, образовательный компонент («P») выполняет ключевую функцию в подготовке квалифицированных кадров для научной сферы («S»), обеспечивая трансфер актуальных знаний и методологий, при этом результаты научных исследований интегрируются в образовательные программы «P», что способствует обогащению учебного процесса и передаче

практического опыта исследовательской деятельности. Во-вторых, клинический сегмент («К») предоставляет научным организациям («S») материально-техническую базу для проведения прикладных исследований, формулируя актуальные проблемы в области лечебно-диагностических технологий, тогда как результаты научных изысканий «S» внедряются в практику «К», обеспечивая непрерывное совершенствование медицинских услуг. В-третьих, взаимодействие «Р» и «К» выражается в подготовке специалистов для клинической сферы, при этом «К» участвует в формировании требований к компетенциям выпускников, а также предоставляет клинико-лабораторные площадки для их практического обучения, способствуя формированию профессиональных навыков, соответствующих современным стандартам здравоохранения. Таким образом, триадная модель обеспечивает синергию образования, науки и практики, создавая замкнутый цикл генерации, передачи и внедрения знаний.

В рамках образовательной деятельности ППС «Р» осуществляет комплексную реализацию ключевых академических функций, включая трансляцию научных знаний, разработку инновационных учебно-методических комплексов по дисциплинам, а также формирование у обучающихся компетенций в области практического применения фундаментальных теоретических концепций. Параллельно сотрудники научного подразделения «S» выполняют стратегически важную задачу по подготовке высококвалифицированных научных кадров высшей категории, совмещая исследовательскую деятельность с преподавательской работой в соответствии с современными стандартами академической интеграции. В свою очередь, специалисты образовательной структуры «К» реализуют многоуровневую систему профессиональной подготовки студентов, обеспечивая формирование когнитивных, операциональных и практико-ориентированных компетенций, а также осуществляя системное повышение квалификации медицинских специалистов, что институционально закрепляет принцип непрерывного ПДО в контексте современных требований к медицинскому образованию.

Резюме.

Для обеспечения эффективного ПДО необходимо приоритизировать углублённые методологические и фундаментальные исследования, учитывая их ключевую роль в формировании целостного научного мировоззрения и методологической базы специалистов. В частности, КГМИППК должен реализовывать стратегически сбалансированный подход, направленный на интеграцию как прикладных научно-практических дисциплин, так и фундаментальных разделов медицинской науки, включая теоретико-методологические аспекты медицинского образования, клинической практики, психологии и социологии здравоохранения. Такой комплексный подход позволит обеспечить не только высокий уровень профессиональной подготовки специалистов, но и формирование у них системного мышления, способствующего инновационному развитию медицинской науки и практики в условиях современных вызовов;

КГМИППК должен трансформироваться в УНКК, реализующий три ключевые стратегические цели: во-первых, обеспечение выпускников фундаментальными и прикладными системными знаниями, а также формирование у них компетенций в области научно-исследовательской деятельности, включая освоение методологии проведения изысканий, критического анализа эмпирических данных и генерации новых теоретических концепций, соответствующих современным академическим стандартам; во-вторых, развитие у обучающихся способностей к проектированию и внедрению инновационных технологий в профессиональную практику, что предполагает овладение навыками адаптации передовых научных достижений к конкретным условиям клинической и организационной деятельности; в-третьих, достижение высшего уровня профессиональной компетентности, предполагающего не только владение узкоспециализированными умениями, но и способность к непрерывному самообразованию, рефлексивной оценке собственной деятельности и автономному профессиональному росту в условиях динамично развивающейся медико-биологической науки;

Основным инструментом реализации обозначенных приоритетов ПДО медицинских работников выступает программно-целевой метод, который предполагает системное планирование, координацию и контроль выполнения целевых программ, направленных на совершенствование профессиональной подготовки специалистов. В рамках данного подхода КГМИППК должен активизировать процессы интеграции научной, практической и образовательной деятельности, обеспечивая трансформацию профильных кафедр и учебных курсов в ключевые центры научно-инновационного развития системы здравоохранения. Это предполагает внедрение современных образовательных технологий, усиление междисциплинарного взаимодействия, а также стимулирование исследовательской работы в области медицины с последующей апробацией и внедрением полученных результатов в клиническую практику, что в конечном итоге способствует повышению качества медицинских услуг и оптимизации функционирования медицинской службы в целом;

В рамках КГМИППК формирование интеграционно-научно-образовательных программ представляет собой стратегически значимый вектор развития, направленный на оптимизацию взаимодействия фундаментальной науки, прикладных исследований, клинической практики и системы последипломного медицинского образования. Данный процесс включает не только структурную рационализацию указанных компонентов, но и разработку эффективных механизмов их интеграции, обеспечивающих синергетическое взаимодействие. Важнейшими аспектами данного подхода являются внедрение инновационных образовательных технологий, создание междисциплинарных исследовательских платформ и реализация программ непрерывного профессионального развития медицинских специалистов в соответствии с современными принципами доказательной медицины и международными стандартами медицинского образования;

Реформирование научно-практической и образовательной деятельности КГМИППК должно базироваться на комплексной методологической основе,

предполагающей разработку и внедрение строго формализованных критериев оценки качества научно-исследовательской деятельности, включающих как количественные, так и качественные показатели результативности, с обязательным учетом консенсусного мнения профессионального медицинского сообщества, выраженного через экспертные оценки, публичные дискуссии и анализ релевантных публикаций в рецензируемых научных изданиях, при этом особое внимание следует уделить валидности методологических подходов, степени инновационности предлагаемых решений, практической значимости теоретических обобщений, а также потенциалу внедрения научно-исследовательских проектов в клиническую практику с учетом современных тенденций доказательной медицины и международных стандартов научной деятельности;

За анализируемый период с 2006 по 2012 годы наблюдалась значительная оптимизация КПДО, что подтверждается рядом качественных и количественных изменений. Прежде всего, отмечается существенное повышение уровня общетеоретической подготовки слушателей, что сопровождалось структурной трансформацией учебных программ в сторону рационального перераспределения часов между теоретическими и практическими модулями. Во-вторых, эмпирические данные свидетельствуют о прогрессирующем росте профессиональной компетентности обучающихся, что коррелирует с их личностным развитием, включая формирование устойчивой мотивации к непрерывному образованию и автономному самообразованию. Эти тенденции указывают на системное совершенствование образовательной модели, обеспечивающее не только академическую подготовку, но и развитие метакогнитивных навыков, необходимых для адаптации к динамично изменяющимся профессиональным требованиям.

ГЛАВА 6. ТРИАДНАЯ МОДЕЛЬ РАЗВИТИЯ КАЧЕСТВА НА УРОВНЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Задачей настоящей главы является комплексный анализ процессной модели развития триадной системы здравоохранения, включающей три взаимосвязанных компонента: клинико-стационарный компонент (К-СК), амбулаторно-поликлинический компонент (А-ПК) и медико-социальный компонент (М-СК), с последующей оценкой их синергетического взаимодействия в контексте повышения качества медицинской помощи (КМП). Визуализация данной модели представлена в форме трилистника (Рисунок 6.1), что символизирует не только структурное единство системы, но и динамическую взаимозависимость её элементов.

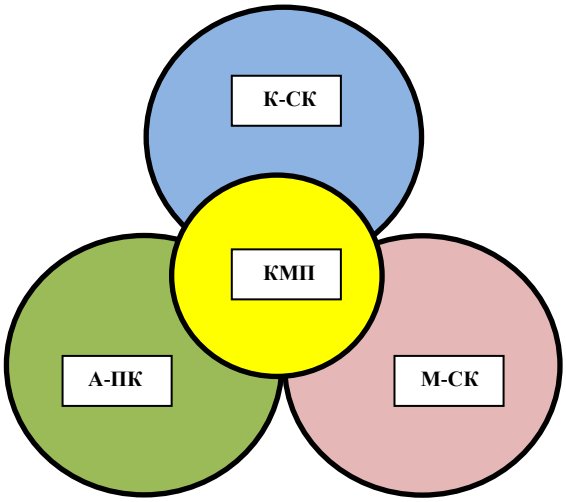

Рисунок 6.1 - Концептуальная триадная модель здравоохранения.

Особое внимание уделяется исследованию параллелизма функционирования указанных компонентов в системе здравоохранения Кыргызской Республики (КР), поскольку ключевой проблемой современной организации медицинской помощи является оптимизация пропорционального соотношения между: (1) стационарным лечением (К-СК), обеспечивающим специализированную и высокотехнологичную помощь; (2) амбулаторно-поликлиническими услугами (А-ПК), ориентированными на первичную медико-санитарную помощь и профилактику; (3) медико-социальной

поддержкой (М-СК), направленной на реабилитацию и социальную адаптацию пациентов. Данное исследование основывается на методологическом предположении, что сбалансированное развитие всех трёх компонентов является критически важным условием для создания эффективной, устойчивой и пациентоориентированной системы здравоохранения.

6.1 Оценка сложившейся модели обеспечения качества медицинской помощи населению

На рубеже XX–XXI веков в Кыргызской Республике (КР) была осуществлена масштабная правовая реформа в сфере здравоохранения, направленная на либерализацию государственного регулирования и внедрение рыночных механизмов в медицинский сектор. Важнейшими нормативно-правовыми актами этого периода стали: Закон КР «Об охране здоровья народа в Республике Кыргызстан» (1992), заложивший концептуальные основы современной системы здравоохранения; Закон «О медицинском страховании граждан в Республике Кыргызстан», ознаменовавший переход к страховой модели финансирования медицины; а также Закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения в Республике Кыргызстан» (1994), регламентирующий профилактические мероприятия и санитарный контроль. Принятие данного пакета законодательных инициатив отражало общемировую тенденцию децентрализации управления здравоохранением и способствовало формированию новой институциональной среды в отечественной медицине, сочетающей элементы государственного регулирования с рыночными принципами функционирования.

В процессе реализации вышеупомянутых нормативно-правовых актов Министерство здравоохранения Кыргызской Республики (МЗ КР) определило ряд ключевых тактических задач, направленных на системную модернизацию отрасли. Приоритетными направлениями стали кадровое обеспечение, включающее оптимизацию численности медицинского персонала и повышение его квалификации, а также укрепление материально-технической базы

учреждений здравоохранения посредством обновления инфраструктуры и оснащения современным оборудованием. Особое внимание было уделено созданию благоприятных условий для частнопрактикующих врачей с целью интеграции их в систему оказания медицинской помощи. Кроме того, проводилась рациональная реаллокация ресурсов, предусматривающая их перераспределение из сферы «К-СК» в сторону «А-ПК», что соответствует современным тенденциям децентрализации и первичной медико-санитарной ориентированности. Центральной целью данных структурных преобразований являлось достижение качественно нового уровня клинико-медицинских показателей (КМП), что в долгосрочной перспективе должно способствовать повышению эффективности, доступности и результативности медицинского обслуживания населения.

Управление КМП представляет собой сложный, многоуровневый механизм, направленный на оптимизацию медицинской помощи посредством системного подхода, который обеспечивает достижение максимальных клинических результатов при минимальных экономических и организационных затратах. В рамках системы Единого плательщика реализация принципов управления КМП основывается на непрерывном цикле совершенствования, включающем регулярное проведение экспертной оценки клинико-медицинских практик, систематический мониторинг и количественно-качественный анализ объемов оказываемой помощи, а также всестороннюю оценку эффективности и рациональности использования материальных, финансовых и кадровых ресурсов. Ключевым элементом данного процесса является углубленный аналитический разбор полученных результатов, позволяющий выявлять узкие места, несоответствия стандартам и потенциальные резервы для оптимизации, что в дальнейшем формирует доказательную базу для принятия управленческих решений, направленных на повышение качества, доступности и экономической устойчивости медицинской помощи в рамках действующей системы здравоохранения.

Система управления КМП отражены в последовательных положениях и

приказах ФОМС: 1) «Об утверждении Методики проведения экспертизы качества оказания медицинских услуг» (№59, 28.04.2004 г.); 2) «О совершенствовании управления качеством медицинских услуг и повышении эффективности договорного процесса при реализации Программы государственных гарантий» (№157, 14.12.2007 г.); 3) «Об утверждении Типовых договоров между ТУ ФОМС и ЛПУ, предоставляющими медико-санитарную помощь в системе Единого плательщика» (№11,1.01.2010 г.); 4) «Положение о применении финансовых санкций к поставщикам медицинских услуг, работающим по договорам с территориальными управлениями ФОМС» (№117, 16.06.2010 г.).

В ходе проведенного исследования был осуществлен комплексный анализ динамики ключевых показателей заболеваемости среди взрослого населения Кыргызской Республики в контексте реализации этапных реформ системы здравоохранения, охватывающих сравнительные периоды 1997-2000 и 2006-2012 годов. Статистически значимые эпидемиологические данные свидетельствуют о выраженной негативной тенденции: показатель распространенности заболеваний на 100 000 населения демонстрирует достоверный рост ($P<0,001$) с 71,0±0,2 случаев в 2006 году до 94,4±0,3 случаев в 2010 году, что эквивалентно увеличению заболеваемости в 1,33 раза (95% доверительный интервал: 1,30-1,36). Полученные результаты позволяют констатировать существенную деградацию медико-демографических показателей в постреформенный период, что требует пересмотра концептуальных подходов к модернизации системы охраны здоровья с учетом доказательной медицины и международного опыта эффективных преобразований.

Согласно анализу эпидемиологических данных за период 2006–2012 годов, наблюдается статистически достоверное увеличение показателей первичной заболеваемости по обращаемости в сравнении с предшествующим временным интервалом (1997–2000 гг.), при этом наиболее выраженная динамика роста зафиксирована в 2010–2012 гг., что проявляется значительным

повышением распространённости нозологических форм, среди которых доминируют железодефицитная анемия (увеличение в 3,2 раза), артериальная гипертензия (рост в 2,8 раза) и бронхиальная астма (увеличение в 1,7 раза), что может быть обусловлено совокупностью факторов, включая улучшение диагностики, изменение экологической ситуации, трансформацию демографической структуры населения и модификацию критериев верификации диагнозов в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями.

В ходе анализа динамики заболеваемости и распространенности нозологических форм среди населения Кыргызской Республики в период с 2006 по 2012 годы можно констатировать, что реализуемый комплекс лечебно-профилактических мероприятий в рамках государственных и международных программ, направленных на популяризацию здорового образа жизни и профилактику заболеваний, не привел к статистически значимому улучшению эпидемиологических показателей. Отсутствие выраженной положительной динамики может быть обусловлено рядом системных факторов, включая недостаточную адаптацию профилактических стратегий к региональным особенностям, ограниченное финансирование, низкий уровень межведомственного взаимодействия, а также социокультурные и экономические детерминанты здоровья населения, что в совокупности нивелировало потенциальную эффективность предпринимаемых мер и требует пересмотра методологических подходов к организации системы общественного здравоохранения в республике.

Результаты проведенного анализа демонстрируют, что в период с 2006 по 2012 годы среди взрослого населения наблюдалась устойчивая структура первичной инвалидности, где ведущими нозологическими формами, детерминирующими утрату трудоспособности, выступали: заболевания сердечно-сосудистой системы (15,5% от общего числа случаев), психические расстройства и расстройства поведения (13,1%), последствия травм и отравлений различной локализации (11,2%), злокачественные новообразования

(10,3%), а также патологии органов дыхания (9,8%). Несмотря на регистрируемое в исследуемом временном интервале статистически значимое снижение общего показателя первичной инвалидности, регрессионный анализ выявил достоверное ($p<0,05$) преобладание случаев стойкой утраты трудоспособности среди лиц с кардиоваскулярной патологией, что свидетельствует о необходимости совершенствования программ вторичной профилактики и медико-социальной реабилитации данной категории пациентов.

В ходе проведённого эпидемиологического анализа динамики уровня первичной инвалидности взрослого населения, обусловленной сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), было установлено статистически значимое увеличение данного показателя с 5,7±0,24 случаев на 10 000 населения в 2006-2007 гг. до 10,6±0,3 случаев в 2009-2011 гг. ($p<0,001$), что свидетельствует о прогрессирующем характере инвалидизации по данной патологии. Структурно-нозологический анализ выявил доминирующую роль ишемической болезни сердца (ИБС) и гипертонической болезни (ГБ) в формировании изучаемого показателя: за указанные периоды частота инвалидизации вследствие ИБС возросла с 2,9±0,17 до 4,6±0,18 случаев на 10 000 населения ($p<0,001$), а в результате ГБ – с 1,6±0,11 до 2,9±0,18 случаев ($p<0,05$), что подтверждает их ведущее значение в ухудшении трудоспособности населения и требует разработки целевых профилактических программ.

В контексте общенациональной тенденции к снижению показателей первичной инвалидности, наблюдается статистически значимое увеличение частоты установления инвалидности среди взрослого населения, страдающего заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ССС), что подтверждается сравнительным анализом динамики эпидемиологических данных: если в 2006-2007 гг. уровень первичной инвалидности, ассоциированной с патологиями ССС, составлял 5,7±0,24 случая на 10 000 взрослого населения, то в 2009-2011 гг. данный показатель достиг 10,6±0,3 случая на аналогичную популяционную когорту ($p<0,001$), демонстрируя выраженную прогрессию и подчеркивая

необходимость разработки специализированных профилактических и реабилитационных программ для данной категории пациентов.

Проведённый анализ динамики смертности населения трудоспособного возраста в сельских регионах Кыргызской Республики за период 2006–2011 гг. выявил статистически значимое увеличение данного показателя: если в 2006–2007 гг. уровень смертности составлял 6,46±0,09 на 1000 взрослого населения, то в 2008–2011 гг. он достиг 7,37±0,1 ($p < 0,05$), что свидетельствует о негативной тенденции в состоянии общественного здоровья. Структура причинно-следственных факторов смертности демонстрирует доминирование сердечно-сосудистых заболеваний (44,9% в 2006–2007 гг.), патологий органов дыхания (17,6%) и злокачественных новообразований (7,7%), а также значительный вклад внешних причин, включая травмы и отравления, что соответствует глобальным эпидемиологическим закономерностям в аграрных регионах с ограниченным доступом к медицинской инфраструктуре и профилактическим мероприятиям. Полученные данные подчёркивают необходимость разработки целевых программ по снижению предотвратимой смертности в данной демографической группе.

Проведённый анализ динамики смертности населения трудоспособного возраста в период 2006–2011 годов выявил статистически значимую тенденцию к росту показателей летальности как от болезней системы кровообращения (БСК), так и от патологий органов дыхания. В частности, в 2006–2008 годах стандартизированный коэффициент смертности от БСК составлял 1,48±0,02 случая на 1000 населения, тогда как в 2009–2011 годах данный показатель достиг 2,78±0,05 ($p<0,05$), демонстрируя достоверное увеличение на 87,8%. Аналогичная динамика наблюдалась в структуре смертности от заболеваний респираторной системы: если в 2006–2008 годах значение составляло 0,36±0,01 на 1000 населения, то в последующем трёхлетнем периоде зафиксирован рост до 0,59±0,02 ($p<0,05$), что соответствует увеличению на 63,9%. Примечательно, что во всех анализируемых категориях обнаружены существенные гендерные диспропорции: стандартизированные показатели смертности мужчин от БСК

превышали таковые у женщин в 2,6 раза, при этом в подгруппе острого инфаркта миокарда (ОИМ) этот дисбаланс достигал 4,6-кратного значения, а в случае болезней органов дыхания – трёхкратного различия, что свидетельствует о выраженной половой дифференциации в структуре смертности и требует дальнейшего изучения этиопатогенетических механизмов выявленных закономерностей.

Проведённый анализ демографических и медицинских показателей выявил, что лица трудоспособного возраста составляют четверть (25%) от общего числа умерших в республике, что свидетельствует о значительных социально-экономических потерях, а уровень инвалидизации населения за исследуемый период достиг 31,5%, что указывает на устойчивую негативную тенденцию в состоянии общественного здоровья. Эпидемиологический мониторинг динамики первичной заболеваемости по обращаемости за 2006–2012 годы продемонстрировал статистически достоверный рост патологической поражённости населения по сравнению с предшествующими временными интервалами, что может быть связано как с ухудшением экологических и социально-гигиенических условий, так и с совершенствованием методов диагностики. При этом реализованные в указанный период профилактические и лечебно-реабилитационные программы, как показал ретроспективный анализ, не оказали значимого влияния ни на снижение распространённости нозологических форм, ни на динамику показателей инвалидности, что требует пересмотра существующих подходов к организации медицинской помощи и разработки более эффективных стратегий управления здоровьем населения с учётом современных эпидемиологических вызовов.

Таким образом, тенденции показателя смертности в регионах – это прямое отражение значительного ухудшения здоровья населения КР. Одно лишь расширение охвата населения медицинской помощью без радикального улучшения КМП за счет внедрения новых организационных и медицинских технологий, очевидно, не может обеспечить значимых успехов в борьбе со смертностью, инвалидностью, ростом заболеваемости.

В современном глобальном контексте проблема увеличения распространённости хронических заболеваний (ХЗ) вызывает серьёзную озабоченность международного сообщества, что обусловлено значительными экономическими и социальными затратами, связанными с лечением данной категории пациентов, о чём свидетельствуют аналитические данные Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) за период 1991–2000 годов. Особый интерес представляет ситуация в развитых странах дальнего зарубежья, где ключевым фактором роста заболеваемости ХЗ выступает демографическое старение населения, обусловленное устойчивым повышением ожидаемой продолжительности жизни, достигшей, например, в Японии рекордного показателя в 80 лет, что создаёт дополнительные вызовы для систем здравоохранения в условиях необходимости обеспечения качественной медицинской помощи пожилым людям с множественными хроническими патологиями.

Наблюдается устойчивая тенденция к увеличению распространённости ХЗ среди населения, что подтверждается динамикой статистических данных: если в 1990 году патологии диагностировались у 9% обследованных лиц, то к 1995 году показатель возрос до 9,9%, а к 2000 году достиг 14,3%, демонстрируя выраженный рост заболеваемости. В то же время в детской популяции зафиксирована противоположная тенденция: уровень ХЗ снизился с 24,3% в 2000 году до 23,2% в 2002 году, что может свидетельствовать об улучшении профилактических мер или изменении диагностических критериев. Согласно анализу первичной обращаемости, 13% пациентов впервые узнали о наличии у них хронической патологии при обращении за медицинской помощью, что подчеркивает проблему низкой осведомлённости населения о своём здоровье. Особого внимания заслуживает возрастная группа 25–35 лет, где доля ХЗ превышает 23%, что может быть связано с совокупностью факторов, включая образ жизни, экологическую обстановку и генетическую предрасположенность. Полученные данные указывают на необходимость усиления скрининговых программ и профилактических мероприятий, особенно среди молодых

взрослых.

Следует подчеркнуть, что, согласно данным профилактических осмотров, уровень заболеваемости в КР на 40% превышает аналогичные показатели, зафиксированные по обращаемости населения в медицинские учреждения, что свидетельствует о наличии значительного числа пациентов, либо прибегающих к самолечению, либо полностью игнорирующих необходимость терапии. Подобная тенденция, отражающая недостаточную осведомлённость населения о важности своевременного медицинского вмешательства, а также пренебрежительное отношение к собственному здоровью, является одним из ключевых факторов, способствующих прогрессированию ХЗ. Кроме того, существенным препятствием в борьбе с ХЗ выступает неполноценность терапевтических мероприятий или их преждевременное прекращение, что приводит к хронизации патологических процессов. Согласно проведённому анализу, среди пациентов, обратившихся в «А-ПК», хронические заболевания диагностированы у 42,9% обследованных, при этом распространённость ХЗ варьирует в зависимости от возрастных групп: среди детей младше 14 лет данный показатель составляет 24,3%, тогда как среди взрослых и подростков достигает 50%, что подтверждает необходимость разработки дифференцированных подходов к профилактике и лечению с учётом возрастных особенностей.

Следует подчеркнуть, что в структуре экономически активного населения наблюдается устойчивая тенденция к увеличению распространённости хронических заболеваний, что обусловлено комплексом социально-экономических и поведенческих факторов, среди которых ключевое значение имеет сознательное ограничение обращаемости за медицинской помощью с целью сохранения профессионального имиджа в условиях конкурентной трудовой среды. Данная поведенческая стратегия приводит к прогрессирующей хронизации патологических процессов, формированию полиморбидных состояний, росту показателей инвалидизации и преждевременной смертности, что в совокупности оказывает деструктивное влияние на демографические и

трудовые ресурсы общества. В этой связи представляется imperative реализация комплексных профилактических мер, включающих систематическое скрининговое обследование целевых групп населения, совершенствование системы диспансерного наблюдения и внедрение индивидуальных программ медицинского сопровождения, что позволит минимизировать риски развития осложнений, стабилизировать показатели заболеваемости и достичь устойчивого снижения уровня смертности в долгосрочной перспективе.

Согласно официальным данным Национального статистического комитета за 2012 год, уровень младенческой смертности в стране достигал 20,0 случаев на 1000 живорождённых, при этом наиболее критическая ситуация наблюдалась в городе Ош, где данный показатель составлял 50,9, что существенно превышало средние значения. Основными этиологическими факторами младенческой смертности выступили патологические состояния перинатального периода (64,9% от общего числа случаев), врождённые пороки развития (15,1%), заболевания респираторной системы (11,9%) и инфекционные болезни (3,4%). Параллельно отмечалась положительная динамика в снижении коэффициента смертности среди детей в возрасте до пяти лет, который уменьшился с 23,4‰ в предыдущем периоде до 22,5‰ на 1000 живорождённых в 2012 году, что свидетельствует о постепенной оптимизации системы здравоохранения в области охраны материнства и детства.

В ходе анализа демографических показателей за период 2006–2010 гг. выявлена устойчиво высокая частота случаев детской смертности на дому, а также летальных исходов в течение первых 24 часов госпитализации, при этом статистические данные не демонстрируют положительной динамики в сторону снижения указанных показателей. Основными детерминирующими факторами данной негативной тенденции выступают: запоздалое обращение за медицинской помощью вследствие низкой санитарной грамотности населения, ошибочная клиническая оценка степени тяжести состояния пациента на этапе первичного осмотра медицинскими работниками, а также недостаточный уровень профессиональной компетентности персонала при оказании

экстренной медицинской помощи как на догоспитальном этапе, так и в условиях стационарного лечения, что в совокупности обусловливает необходимость пересмотра существующих протоколов диагностики и терапии критических состояний в педиатрической практике.

В Кыргызской Республике в 2013 году наблюдался значительный рост показателей досуточной летальности среди детей в возрасте 1–2 лет, достигнув 20,9% от общего числа случаев детской смертности в стационарах, что на 45,1% превысило аналогичный показатель за 2012 год (14,4%). Наиболее выраженная динамика зафиксирована в Ошской области, где доля умерших в первые 24 часа после госпитализации составила 21,3%. В предшествующем 2012 году уровень досуточной летальности в целом по стране находился на отметке 14,7%, демонстрируя сопоставимый относительный прирост (r = +44,7), тогда как в городе Ош данный показатель достиг 71,4%, что на 19,0% выше, чем в предыдущем году (60,0%). Эти статистические данные свидетельствуют о необходимости углубленного анализа факторов, способствующих столь высокой ранней постгоспитализационной смертности, включая качество экстренной медицинской помощи, своевременность госпитализации и эффективность терапевтических вмешательств в педиатрической практике.

Статистические данные за 2013 год по Кыргызской Республике демонстрируют увеличение доли младенческой смертности в домашних условиях до 7,7% по сравнению с предыдущим годом (7,2%), что отражает негативную динамику с темпом прироста +7,0%. Особую тревогу вызывает значительный рост показателей в отдельных регионах: Чуйская область (5,0% против 3,0% в 2012 г.), Иссык-Кульская область (14,4% против 9,7%) и Нарынская область (14,2% против 12,8%), что может свидетельствовать о системных недостатках в организации первичной медико-санитарной помощи и недостаточной эффективности реанимационных служб стационарных медицинских учреждений. Наиболее критичная ситуация наблюдается в Жайылском районе (9,1% против 2,6%), Тюпском районе (25,0% против 9,1%) и

Акталинском районе (37,5% против 8,3%), где показатели превышают средние по стране в несколько раз, что требует немедленного вмешательства на уровне государственной политики здравоохранения для улучшения доступности и качества медицинского обслуживания в данных локациях.

В 2012 году подавляющее большинство (95%) учреждений родовспоможения были интегрированы в систему эффективного перинатального ухода, что свидетельствует о значительном прогрессе в организации медицинской помощи беременным и роженицам. Согласно статистическим данным, динамика материнской смертности демонстрирует выраженную позитивную тенденцию: в 2012 году данный показатель составлял 78 случаев на 100 000 живорождённых, тогда как в 2013 году он снизился до 50,3 случаев, что отражает уменьшение на 22,1% за указанный период. Это существенное достижение может быть обусловлено комплексом факторов, включая совершенствование медицинских технологий, повышение квалификации медицинского персонала, а также оптимизацию системы мониторинга перинатальных исходов.

В 2012 году наблюдаются значительные региональные различия в уровне изучаемого показателя: максимальное значение зафиксировано в Иссык-Кульской области (88,3 единицы), что существенно превышает показатели Баткенской (50,7 единицы) и Нарынской (70,3 единицы) областей. Примечательно, что в динамике по сравнению с 2011 годом наиболее выраженный положительный прирост продемонстрировали Нарынская и Баткенская области (10,4%), а также город Бишкек (16,0%), что свидетельствует о существенной региональной дифференциации социально-экономических процессов. Данная вариативность может быть обусловлена комплексом факторов, включая различия в уровне экономического развития, демографических характеристиках и эффективности региональной политики.

Согласно статистическим данным, в общей структуре смертности отмечается значительный рост доли женщин, не состоявших на учёте в ЛПУ по беременности, что в 2012 году составило 13,5% от общего числа умерших.

Особую тревогу вызывает крайне низкий уровень охвата медицинским наблюдением беременных женщин в отдельных регионах: в Тонском районе Иссык-Кульской области и Баткенском районе Баткенской области данный показатель достигает лишь 50,0%, в Кара-Суйском районе Ошской области он снижается до 40,0%, а в Аксыйском районе Жалал-Абадской области регистрируется минимальное значение – 33,3%, что свидетельствует о существенных территориальных диспропорциях в организации системы антенатального наблюдения и требует разработки целевых программ по улучшению доступности медицинской помощи для беременных в данных локалитетах.

Согласно проведённому анализу структуры материнской смертности, ведущей причиной летальных исходов является кровотечение, составляющее 32,8% (20 случаев), что обусловлено его острым характером и высокой вероятностью развития геморрагического шока при несвоевременном оказании медицинской помощи. На втором месте по значимости находятся экстрагенитальные заболевания – 21,3% (13 случаев), среди которых преобладают патологии, не ассоциированные с гестационным процессом: 84,6% (11 случаев), включая врождённые и приобретённые пороки сердца (7 случаев), сахарный диабет 2 типа (2 случая), системную красную волчанку (1 случай) и вирусный гепатит (1 случай). Третью позицию занимает преэклампсия – 16,4% (10 случаев), что подчёркивает важность раннего скрининга и контроля артериальной гипертензии у беременных. Равнозначную долю в структуре летальности имеют сепсис (11,5%, 7 случаев) и прочие причины (11,5%, 7 случаев), что свидетельствует о необходимости совершенствования инфекционного контроля и мультидисциплинарного подхода к ведению осложнённой беременности. Полученные данные указывают на необходимость оптимизации профилактических мер, ранней диагностики и интенсивной терапии критических состояний в акушерской практике.

В 2013 году наблюдалось статистически значимое снижение процента

вскрытий случаев материнской смертности на 7,2 процентных пункта по сравнению с предыдущим отчётным периодом (2012 год), что составило 55,7% от общего числа зарегистрированных летальных исходов (34 случая), тогда как в 44,3% случаев (27 случаев материнской смертности) патологоанатомические исследования проведены не были; региональный анализ выявил выраженную межтерриториальную вариабельность данного показателя, достигая критически низкого уровня в Жалал-Абадской области, где доля вскрытий не превышала 27,3%, что свидетельствует о существенных диспропорциях в организации медицинского контроля материнской смертности на региональном уровне.

В ходе реализации Дополнительной программы обязательного медицинского страхования (ОМС) по лекарственному обеспечению застрахованных граждан на амбулаторном уровне за 2012 год было выполнено 901,1 тыс. рецептурных назначений, что свидетельствует о значительном охвате населения фармацевтической помощью. Финансовое освоение средств, выделенных на данную программу, в целом по стране достигло 101%, демонстрируя эффективное использование бюджетных ресурсов, при этом наблюдались региональные различия в степени реализации программы: наиболее высокие показатели были зафиксированы в Ошской области (116%) и Таласской области (101%), тогда как в г. Бишкек, Чуйской, Жалал-Абадской, Нарынской и Иссык-Кульской областях уровень освоения варьировался в пределах 92–97%, что может указывать на необходимость оптимизации логистики лекарственных средств и усиления контроля за исполнением программы в этих регионах для достижения равномерно высоких результатов по всем административно-территориальным единицам.

За анализируемый период 2010–2012 годов организации здравоохранения Баткенской области демонстрировали относительно низкий уровень освоения бюджетных средств, достигавший 88%, что, тем не менее, свидетельствует о значительном прогрессе по сравнению с предшествующим временным интервалом 2006–2009 годов, в течение которого данный показатель варьировался в диапазоне 50–70%, отражая недостаточную эффективность

финансового управления в указанной сфере. Несмотря на сохраняющуюся необходимость дальнейшей оптимизации распределения ресурсов, наблюдаемая положительная динамика может быть интерпретирована как результат внедрения более рациональных механизмов планирования и контроля, что в перспективе способно обеспечить устойчивое повышение эффективности бюджетных расходов в региональной системе здравоохранения.

6.2 Развитие клинико-стационарного, амбулаторно-поликлинического и медико-социального компонентов

В рамках экспертизы качества медицинской помощи (КМП) «К-СК» проведен комплексный анализ динамики основных показателей эффективности здравоохранения Республики за период 2006–2011 гг. Согласно полученным данным, наблюдается устойчивая положительная тенденция роста объема оказанной медицинской помощи: количество пролеченных случаев увеличилось с 854 047,0 в 2008 году до 944 720,0 в 2011 году, что свидетельствует о расширении доступности медицинских услуг. Параллельно отмечается значительное улучшение качества оказания медицинской помощи, выраженное в систематическом снижении количества выявленных дефектов как диагностического, так и терапевтического характера на протяжении 2006–2010 гг., что наглядно иллюстрируется данными, представленными на рисунке 6.2.1.

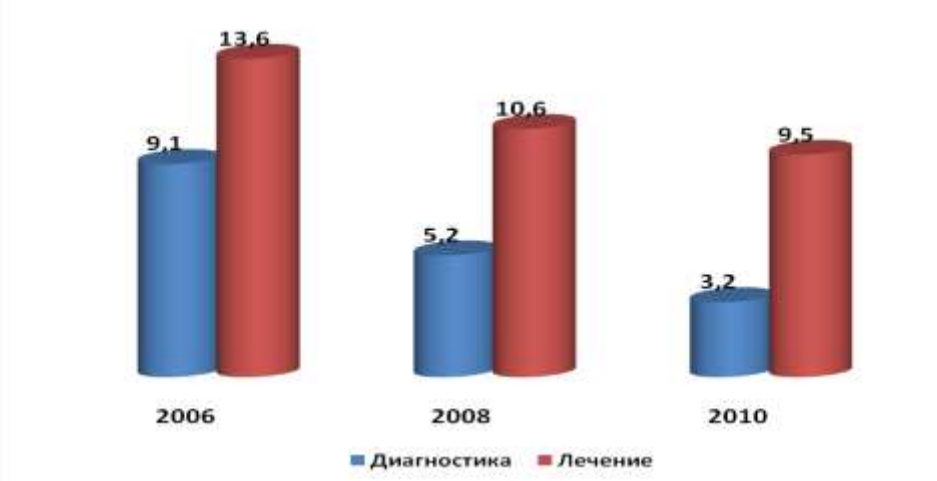

Рисунок 6.2.1 - Доля дефектов в предоставлении медицинской помощи в «К-СК».

Указанные изменения отражают результативность внедренных организационных и методических усовершенствований в системе здравоохранения региона.

Проведённый анализ динамики медицинских дефектов за период с 2006 по 2010 годы демонстрирует устойчивую тенденцию к снижению как в сфере обследования пациентов, так и в области их лечения: если в 2006 году удельный вес дефектов диагностического характера достигал 9,1%, то к 2008 году данный показатель сократился до 5,2% (снижение в 1,75 раза), а к 2010 году – до 3,2% (уменьшение в 2,84 раза по сравнению с исходным уровнем); аналогичная прогрессирующая положительная динамика наблюдается в отношении терапевтических дефектов, где зафиксировано последовательное уменьшение показателей с 13,6% (2006 г.) до 10,6% (2008 г.) и 9,5% (2010 г.), что свидетельствует о системном улучшении качества медицинской помощи и оптимизации клинических протоколов на протяжении исследуемого пятилетнего периода.

В ходе анализа динамики медицинских дефектов за 2011-2012 годы было установлено, что показатели дефектов при обследовании пациентов оставались стабильными на республиканском уровне, демонстрируя незначительные колебания (2,6% в 2011 году против 2,8% в 2012 году). Аналогичная тенденция наблюдалась в отношении дефектов лечения, где общереспубликанские значения сохранились практически без изменений (7,1% в 2011 году и 7,4% в 2012 году), однако региональный анализ выявил существенную вариабельность данных показателей. Наиболее выраженные межрегиональные различия зафиксированы в уровне дефектов лечения: от минимального значения в Нарынской области (3,6% в 2011 году с последующим снижением до 3,1% в 2012 году) до максимального показателя в г. Бишкек (13,2% в 2011 году с заметным улучшением до 9,6% в 2012 году). Примечательной представляется положительная динамика в Таласской области, где показатель снизился с 9,1% до 7,3%, в то время как в Чуйской области зафиксирован противоречивый тренд - незначительный рост с 5,8% до 6,3%, что требует дополнительного изучения

причин данной аномалии. Полученные данные свидетельствуют о необходимости дифференцированного подхода к разработке корректирующих мероприятий с учетом региональной специфики.

Проведённый анализ данных свидетельствует о наличии региональных различий в показателях необоснованных госпитализаций: так, в городе Ош зафиксирован удельный вес в размере 0,8% в 2010 году, тогда как в Таласской области данный показатель составил 0,7% в 2009 году с последующим снижением до 0,3% в 2010 году, что демонстрирует положительную динамику. Вместе с тем, на общереспубликанском уровне наблюдается рост данного показателя на 0,4 процентных пункта в период с 2009 по 2010 годы, что может указывать на необходимость дальнейшего изучения факторов, влияющих на обоснованность госпитализаций, включая качество первичной диагностики, доступность амбулаторного лечения и соблюдение клинических протоколов. Полученные результаты подчёркивают важность оптимизации системы медицинского обеспечения с целью минимизации нерационального использования стационарной помощи.

Согласно анализу данных стационарного уровня за 2012 год, наблюдается значительный рост количества дефектных случаев, который составил 28,0% по сравнению с предыдущим периодом, при этом структурный анализ выявил увеличение дефектов, связанных с диагностическими процедурами, на 22,0%, а дефектов терапевтического вмешательства – на 17,0%. Особую тревогу вызывает двукратный рост случаев необоснованной госпитализации, что свидетельствует о системных нарушениях в критериях отбора пациентов для стационарного лечения. Финансовые последствия указанных недостатков проявились в наложении санкций на 3488 дефектных случаев в 2012 году, что существенно превышает аналогичный показатель 2011 года (1917 случаев), демонстрируя усиление контроля со стороны надзорных органов и необходимость оптимизации клинико-организационных процессов в медицинском учреждении.

Анализ экспертизы качества медицинской помощи на первичном уровне

здравоохранения, выраженный в процентном соотношении от общего количества проанализированных медицинских карт, демонстрирует устойчивую положительную динамику по ключевым параметрам за период с 2006 по 2010 годы. Согласно представленным данным (рис. 6.2.2), уровень дефектов, связанных с обследованием пациентов, снизился с 9,2% до 5,6%, что свидетельствует о повышении точности и полноты диагностических процедур. Аналогичная тенденция наблюдается в сфере лечебных мероприятий, где процент нарушений сократился с 14,7% до 11,6%, что может быть обусловлено совершенствованием клинических протоколов и повышением квалификации медицинского персонала. Наиболее значительное улучшение зафиксировано в области диспансеризации: показатель дефектов уменьшился более чем в два раза – с 10,1% до 3,9%, что указывает на усиление профилактической направленности первичной медико-санитарной помощи. Полученные статистические данные позволяют сделать вывод о системном повышении эффективности контроля за качеством медицинской помощи в рассматриваемый период, что отражает результативность внедренных организационно-методических мероприятий в системе здравоохранения республики.

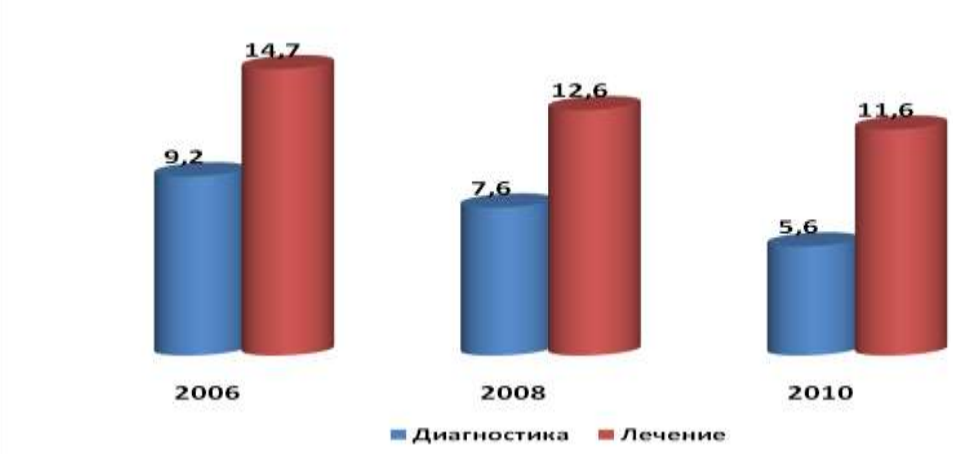

Рисунок 6.2.2 – Доля дефектов в предоставлении медицинской помощи в «А-ПК».

Результаты экспертной оценки КМП на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), выраженные в процентном соотношении от общего количества проанализированных медицинских документов,

демонстрируют значительную вариабельность уровня выявленных нарушений. Проведенный анализ установил, что доля медицинских карт, содержащих те или иные дефекты, варьируется в диапазоне от 12,2% до 28,8%, при этом средний показатель по Республике достигает 19,9%. Наибольшая концентрация несоответствий зафиксирована в территориальных управлениях Фонда обязательного медицинского страхования (ТУ ФОМС) Нарынской (28,8%) и Иссык-Кульской (26,4%) областей, что может свидетельствовать о системных проблемах в организации медицинского документооборота или качестве оказания помощи в данных регионах. Полученные данные подчеркивают необходимость дальнейшего углубленного изучения причинно-следственных связей, а также разработки адресных мер по повышению качества ведения медицинской документации и стандартизации клинических протоколов на уровне ПМСП.

Проведённый анализ динамики дефектов медицинской помощи на первичном уровне за 2011–2012 гг. выявил статистически значимый рост количества неудовлетворительных случаев на 6,1% в годовом сопоставлении, при этом наиболее выраженная негативная тенденция зафиксирована в ключевых аспектах оказания медицинских услуг: частота дефектов при проведении диагностических мероприятий увеличилась на 17,0%, в терапевтической практике – на 15,0%, а в системе диспансерного наблюдения – на 43,5%, что свидетельствует о системных нарушениях в организации профилактической помощи. Особую тревогу вызывает трёхкратный рост необоснованных направлений на стационарное лечение, указывающий на снижение качества первичной диагностики и нерациональное использование ресурсов здравоохранения. В рамках контроля за соблюдением стандартов оказания медицинской помощи Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) применил финансовые санкции по 6425 случаям, что подчёркивает масштаб выявленных нарушений и необходимость усиления механизмов внутреннего аудита в медицинских учреждениях.

Важнейшим критерием оценки качества медицинской помощи выступает

показатель результативности, который отражает степень достижения запланированных медицинских результатов в соотношении с принятыми стандартами оказания помощи. Проведенный анализ дефектов в системе здравоохранения, выявленных в ходе аккредитации ЛПУ, демонстрирует, что наибольшая доля медицинских дефектов (с статистически значимым преобладанием) связана с нарушениями в организации лечебно-диагностического процесса, особенно при проведении диспансеризации и плановой медицинской помощи. При этом отмечается достоверное ($p<0,05$) различие между количественными показателями дефектов, возникающих вследствие недостатков в организации работы врачебной службы в целом, и дефектами, выявляемыми при оказании экстренной (скорой) и плановой медицинской помощи, что свидетельствует о необходимости дифференцированного подхода к совершенствованию данных направлений медицинской деятельности. Полученные данные подчеркивают важность системного анализа факторов, влияющих на качество врачебной помощи, с последующей разработкой адресных организационно-методических мероприятий по оптимизации как управленческих, так и клинических аспектов оказания медицинской помощи.

Согласно данным, представленным на рисунке 6.2.3, можно констатировать, что уровень соответствия стандартам технологии оказания врачебной помощи в территориальных больницах, распределённых по областям Кыргызстана, варьируется в диапазоне от 71,8% до 77,0%, что свидетельствует о наличии региональных различий в соблюдении медицинских нормативов. Наибольший показатель соответствия зафиксирован в Нарынской области (77,0%), что может указывать на более эффективную организацию медицинских услуг в данном регионе, тогда как наименьший уровень отмечен в Чуйской области (71,8%), что предполагает необходимость оптимизации процессов оказания медицинской помощи. Промежуточные значения демонстрируют Иссык-Кульская (73,2%), Ошская (73,4%), Джалал-Абадская (75,3%), Баткенская (72,0%) и Таласская (74,8%) области, что отражает

неоднородность внедрения стандартизированных медицинских протоколов на региональном уровне и требует дальнейшего анализа факторов, влияющих на данные показатели, включая ресурсное обеспечение, квалификацию персонала и инфраструктурные условия.

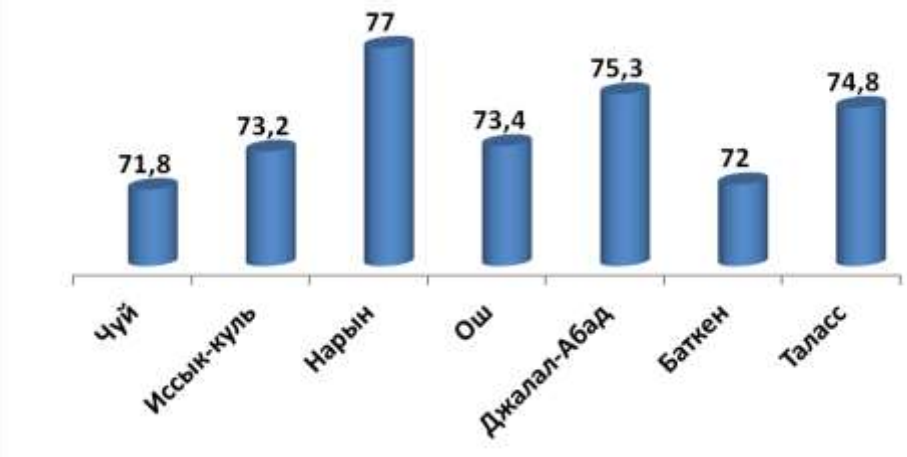

Рисунок 6.2.3 – Сравнительный анализ соответствия стандартам в ТБ по регионам (в %).

Таким образом, проведённый анализ выявил значительную региональную дифференциацию в соблюдении стандартов оказания медицинской помощи на территории Кыргызстана. Нарынская и Таласская области демонстрируют наиболее высокий уровень соответствия утверждённым клиническим протоколам (*adherence to established clinical protocols*), что, вероятно, обусловлено эффективной организацией системы здравоохранения, оптимальной укомплектованностью медицинскими кадрами и строгим контролем за исполнением нормативных требований со стороны региональных органов управления. В то же время в Чуйской и Баткенской областях зафиксированы статистически значимые (*statistically significant*) отклонения от регламентированных показателей качества медицинской помощи, что может быть связано с такими факторами, как высокая нагрузка на лечебные учреждения, дефицит квалифицированных специалистов и недостаточное финансирование медицинской инфраструктуры. Устранение выявленных диспропорций требует разработки целевых мер (*targeted interventions*), направленных на оптимизацию системы здравоохранения в данных регионах.

Согласно результатам экспертной оценки, к ключевым дефектам организации врачебной помощи на системном уровне относятся следующие недостатки: сохранение устаревшего участкового принципа оказания медицинской помощи, что не соответствует современным требованиям к эффективности и доступности медицинских услуг; недостаточная реализация фундаментальных принципов преемственности и взаимозаменяемости между ЛПУ, приводящая к фрагментации терапевтических стратегий; несвоевременное направление пациентов на последующие этапы лечения, обусловленное как организационными просчетами, так и недостаточной квалификацией медицинского персонала; высокий уровень необоснованной госпитализации, увеличивающий нагрузку на стационары и снижающий экономическую эффективность системы здравоохранения; неудовлетворительная организация внутреннего контроля КМП, проявляющаяся в формальном подходе к оценке профессиональной деятельности; а также критически низкий уровень внедрения инновационных медицинских технологий, что препятствует модернизации отрасли и снижает конкурентоспособность отечественного здравоохранения в международном контексте.

Как демонстрируют данные, представленные на рисунке 6.2.4, сравнительный анализ эффективности терапевтических вмешательств в различных медицинских учреждениях выявил существенные различия в результативности лечения пациентов, выраженные в процентном соотношении. В ГСВ доля пациентов с положительной динамикой, включающей полное выздоровление или значительное улучшение состояния, составила 78,2%, тогда как 29,9% больных не продемонстрировали существенных изменений в клинической картине, и у 12,0% было зафиксировано ухудшение состояния. В ЦОВП соответствующие показатели распределились следующим образом: 46,0% пациентов достигли улучшения, 38,9% остались без изменений, а 26,6% столкнулись с прогрессированием заболевания. Напротив, в группе ТБ зафиксированы наиболее высокие показатели эффективности: 91,2% пациентов

показали положительную динамику, тогда как лишь 10,0% не имели значимых изменений, и 8,6% подверглись ухудшению состояния. Примечательно, что частота дефектов медицинской помощи, связанных с неудовлетворительными результатами лечения, оказалась наиболее высокой в ЦОВП (12,1%), по сравнению с ГСВ (29,6%) и ТБ (8,3%), что свидетельствует о необходимости оптимизации клинических протоколов и повышения качества оказания медицинской помощи в специализированных центрах. Данные результаты подчеркивают значимость дифференцированного подхода к выбору лечебных стратегий в зависимости от типа медицинского учреждения и специфики пациентов.

Рисунок 6.2.4 – Сравнительный анализ эффективности лечения пациентов (в %).

В ходе диагностического обследования пациентов все выявленные дефекты могут быть систематизированы в три ключевые категории: 1) полное отсутствие необходимых диагностических процедур, 2) проведение исследований, не обладающих достаточной информативностью для постановки точного диагноза, и 3) неполный объем выполненных диагностических мероприятий.

Согласно данным, представленным на рисунке 6.2.5, нарушения в диагностическом процессе были зафиксированы у 87,4% больных, госпитализированных в ЦОВП, что существенно превышает аналогичные

показатели в ГСВ (36,6%) и ТБ (13,6%), что свидетельствует о значительной вариабельности качества диагностики в зависимости от медицинского учреждения и подчеркивает необходимость стандартизации диагностических протоколов для минимизации ошибок и повышения эффективности клинической практики.

Рисунок 6.2.5 – Процентное распределение недостатков в оказании медицинской помощи населению.

На наш взгляд, значительная доля дефектов, выявляемых на начальном этапе оказания медицинской помощи, обусловлена недостаточной оснащённостью ЛПУ современным медицинским оборудованием и необходимыми техническими средствами, что особенно характерно для ТБ и ЦОВП. Данная проблема усугубляется отсутствием системного подхода к материально-техническому обеспечению медицинских организаций, что приводит к несоответствию их ресурсной базы актуальным клиническим потребностям. Недостаточная укомплектованность ЛПУ диагностической аппаратурой, расходными материалами и специализированными изделиями медицинского назначения создаёт объективные препятствия для соблюдения стандартов оказания медицинской помощи, что в конечном итоге негативно сказывается на её качестве и эффективности. Особую озабоченность вызывает ситуация в учреждениях первичного звена здравоохранения, где дефицит

оборудования проявляется наиболее остро, что требует незамедлительных мер по оптимизации системы материально-технического обеспечения медицинских организаций.

Как свидетельствуют данные современных исследований, одним из ключевых критериев оценки эффективности диагностического процесса является уровень расхождения первичных и верифицированных диагнозов, отражающий качество дифференциальной диагностики. Согласно результатам проведенного экспертного анализа, средний показатель диагностических ошибок при различных каналах направления пациентов в ТБ достигает 18,5%, что свидетельствует о существенных резервах повышения точности диагностики. Наибольшая частота расхождений зафиксирована при направлениях из ЦОВП 32,7%, что может быть обусловлено ограниченными возможностями инструментальной диагностики в амбулаторных условиях, тогда как в группе пациентов, доставленных службой скорой медицинской помощи, этот показатель был достоверно ниже (21,8%), что, вероятно, связано с более выраженной клинической картиной заболевания и наличием ургентной симптоматики, облегчающей процесс диагностики. Полученные данные подчеркивают необходимость совершенствования алгоритмов диагностики на первичном этапе оказания медицинской помощи.

Согласно проведённому анализу, уровень диагностических ошибок в направлениях, предоставленных ЦСМ, остаётся относительно низким (15,6%), что может свидетельствовать о повышении профессиональной компетентности врачей общей практики (ГСВ) и совершенствовании диагностических алгоритмов. При этом статистически значимые различия выявлены в зависимости от типа госпитализации: минимальная доля расхождений диагнозов наблюдается при плановой (12,2%) и своевременной (13,1%) госпитализации, тогда как при экстренной (20,8%) и внеплановой (20,6%) медицинской помощи частота диагностических ошибок возрастает почти в 1,7 раза, что, вероятно, обусловлено дефицитом времени, недостаточным объёмом обследований и острым состоянием пациентов. Наибольшие диагностические

сложности связаны с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (18,8%), что может объясняться полиморфизмом клинических проявлений, а также патологиями мочеполовой системы (16,5%) и органов пищеварения (15,6%), требующими дифференциальной диагностики, в то время как болезни нервной системы и органов чувств (9,1%) представляют меньшие трудности благодаря развитию современных визуализационных и нейрофизиологических методов исследования.

Результаты проведённого исследования демонстрируют существенные недостатки в организации качественной медицинской помощи (КМП) в различных типах медицинских учреждений: ЦСМ не обеспечили надлежащий уровень КМП в 49,0% случаев, тогда как в ЦОВП в среднем 33,1% госпитализированных пациентов не получили необходимого объема медицинской помощи. В то же время, анализ данных указывает на более высокую эффективность оказания КМП на уровне ТБ, что подтверждается статистически значимым снижением частоты дефектов лечения на 19,1%, что свидетельствует о необходимости оптимизации управленческих решений и стандартизации медицинских протоколов в учреждениях первичного звена здравоохранения.

В современной медицинской практике выделяется ряд существенных дефектов технологического обеспечения лечебного процесса, которые детерминируют снижение его качества и эффективности: (1) нерациональное применение фармакотерапевтических и нефармакологических методов лечения, характеризующееся отсутствием доказательной базы и клинико-экономического обоснования; (2) недостаточная результативность профилактических мероприятий, обусловленная их формальным проведением, отсутствием системного подхода и низким уровнем комплаенса среди различных групп населения; (3) дефицит компетенций медицинских работников в области клинической диагностики, проявляющийся в недостаточной аргументированности формулируемых диагнозов и их несоответствии современным классификационным критериям; (4) нарушение

фундаментальных принципов медицинского документооборота, включая неполноту, субъективность и статичность описания динамики состояния пациента, а также несоблюдение регламентированных требований к заполнению первичной медицинской документации, что в совокупности снижает достоверность и преемственность лечебно-диагностического процесса. Устранение указанных системных недостатков требует комплексного подхода, включающего оптимизацию клинических рекомендаций, совершенствование образовательных программ и внедрение стандартизированных протоколов документального сопровождения медицинской деятельности.

Проведенный анализ этиологических факторов возникновения дефектов в оказании медицинской помощи позволил осуществить их систематизацию по критерию управляемости на две основные категории: во-первых, "неуправляемые" факторы, включающие обстоятельства, не зависящие от профессиональных действий медицинского персонала, такие как объективные ограничения ресурсного обеспечения лечебных учреждений (недостаточное финансирование, дефицит современного оборудования и расходных материалов), а также клинически сложные случаи, характеризующиеся тяжелым или злокачественным течением патологического процесса; во-вторых, "управляемые" факторы, объединяющие причины, связанные непосредственно с профессиональной деятельностью медицинских работников, а именно: недостаточный уровень специальной подготовки, неполное усвоение академического курса заболеваний, недобросовестное исполнение должностных обязанностей, нарушение принципа преемственности в лечебно-диагностическом процессе, а также различные организационные упущения. Согласно полученным в ходе исследования данным, количественное распределение указанных категорий причин составило 42,2% и 57,8% соответственно, что свидетельствует о преобладании управляемых факторов, на которые возможно целенаправленно воздействовать посредством совершенствования системы медицинского образования, оптимизации управления качеством и организацией медицинской помощи.

Установлено, что организационные дефекты занимают доминирующее положение в структуре недостатков медицинской помощи, превосходя по удельному весу совокупность дефектов диагностического и лечебного характера; однако, несмотря на количественное преобладание первых, именно диагностические и терапевтические недочеты оказывают наиболее существенное негативное воздействие на качество оказания медицинской помощи пациентам в условиях территориальных больничных учреждений, что обусловлено их прямым влиянием на точность постановки диагноза, адекватность выбранной тактики лечения и, как следствие, на клинические исходы заболеваний**.**

Рисунок 6.2.6 – Анализ распределения дефектов, влияющих на полноту и своевременность лечебно-диагностических процессов, с учётом коэффициента корреляции (r).

На рисунках 6.2.5 и 6.2.6 визуализированы результаты комплексного анализа структурного распределения ключевых дефектов, оказывающих детерминирующее влияние на качественные показатели лечебно-диагностического процесса в условиях стационарного медицинского обслуживания. Согласно представленным данным, количественная оценка диагностических дефектов демонстрирует их значительную долю в общей структуре – 22,0% от общего массива исследованных случаев (методика

расчёта: 249 исторических болезней × 100 / 1136 совокупных наблюдений). Параллельно отмечается существенный вклад дефектов терапевтического вмешательства, достигающий 20,0% от общего объёма анализируемых данных (расчётный показатель: 227 исторических болезней × 100 / 1136). Полученные количественные соотношения свидетельствуют о необходимости оптимизации как диагностических алгоритмов, так и протоколов лечебных мероприятий с целью минимизации системных ошибок и повышения эффективности оказания медицинской помощи на стационарном этапе лечения.

На основании проведённого анализа установлено, что организационные дефекты занимают значительную долю в структуре факторов, негативно влияющих на качество лечебно-диагностических процессов на первичном уровне медицинской помощи, что подтверждается статистическими данными, согласно которым их удельный вес составляет 58,0% (расчётный показатель получен путём соотношения 660 изученных случаев заболеваний к общему количеству 1136, умноженного на 100). При этом наиболее выраженная корреляционная зависимость ($p < 0,05$) наблюдается между качеством оказания медицинской помощи и профессиональной подготовкой врачей, что проявляется в двух ключевых аспектах: недостаточном уровне клинической компетентности медицинских специалистов и неполном объёме актуальных знаний в области нозологических форм, что в совокупности приводит к существенному снижению эффективности диагностических алгоритмов и терапевтических вмешательств. Данные результаты подчёркивают критическую важность непрерывного медицинского образования и систематического повышения квалификации врачей первичного звена как основного направления совершенствования качества медицинской помощи.

Анализ данных, представленных на рисунке 6.2.7, позволяет выявить структуру факторов, влияющих на исследуемый процесс, с количественной оценкой их вклада: организационные недостатки занимают доминирующую позицию (58,0% от общего распределения, что подтверждается расчетом 58,0×100/100), за ними следует злокачественное течение болезни (22,1%,

расчет: 22,1×100/100), тогда как неисполнение функциональных обязанностей составляет 16,2% (16,2×100/100), а недостаточная квалификация медицинского персонала демонстрирует наименьший удельный вес (4,1%, расчет: 4,1×100/100). Полученные количественные соотношения свидетельствуют о превалировании системных (организационных) и объективных (патогенетических) факторов над субъективными (профессионально-кадровыми) аспектами в исследуемой выборке.

Рисунок 6.2.7 – Анализ взаимосвязи основных причин дефектов с полнотой и своевременностью лечебно-диагностических процессов в условиях стационара (r – коэффициент корреляции).

Как демонстрируют данные, представленные на рисунке 6.2.8, анализ факторов, влияющих на качество медицинской помощи в ЦСМ, выявил следующее распределение причин: недостаточная профессиональная подготовка врачей составляет 8,2% от общего числа случаев (расчётное значение: 8,2 × 100 / 100 = 8,2%), дефицит знаний в рамках учебного курса по патологиям – 9,1% (9,1 × 100 / 100 = 9,1%), несоблюдение должностных инструкций медицинским персоналом – 17,4% (17,4 × 100 / 100 = 17,4%), наличие агрессивных форм заболеваний с неблагоприятным прогнозом – 23,0% (23,0 × 100 / 100 = 23,0%), а также системные недостатки в организации лечебно-диагностического процесса занимают наибольшую долю – 43,1% (43,1 × 100 / 100 = 43,1%), что указывает на преобладание управленческих и

инфраструктурных проблем над индивидуальными профессиональными дефицитами.

Рисунок 6.2.8 - Корреляция между ключевыми причинами дефектов и их воздействием на полноту и своевременность лечебно-диагностических мероприятий в первичной медико-санитарной помощи (r — коэффициент корреляции).

С целью оптимизации «М-СК» для пациентов пожилого и старческого возраста, включая одиноких лиц и других социально уязвимых категорий населения, страдающих ХЗ и нуждающихся в длительном поддерживающем лечении, представляется целесообразным создание ОСУ и специализированных геронтологических стационаров на базе территориальных больниц, потребность в которых демонстрирует устойчивую тенденцию к возрастанию в связи с прогрессирующим старением населения. Несмотря на подготовку медицинских сестер с высшим образованием, в Кыргызской Республике на сегодняшний день отсутствует развитая инфраструктура ОСУ, что создает существенный дефицит в оказании комплексной помощи данной категории пациентов. Согласно проведенным расчетам, текущая потребность в койках ОСУ на республиканском уровне оценивается в диапазоне 1500–2000 единиц, что соответствует обеспеченности 2–3 койками на одного семейного врача, что

подчеркивает необходимость скорейшего внедрения соответствующих организационных решений в систему здравоохранения.

В рамках оптимизации системы здравоохранения и улучшения качества медицинского обслуживания лиц пожилого и старческого возраста представляется целесообразным дальнейшее развитие дневных стационаров (ДС), организованных в форме специализированных пансионов, что позволит обеспечить комплексный подход к реабилитации, лечению и социальной адаптации данной категории пациентов. Правовой основой для реализации данной инициативы служит Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики №561 от 15 октября 2012 года «Об утверждении типового положения о стационарозамещающем отделении (палате) ЦСМ/ГСВ», который регламентирует функционирование гериатрических служб с выделением соответствующих коечных мест, что подчеркивает необходимость создания специализированных структур, сочетающих медицинское наблюдение, профилактику возраст-ассоциированных заболеваний и социально-бытовую поддержку в условиях, приближенных к домашним, но с сохранением возможности оказания своевременной квалифицированной медицинской помощи. Внедрение подобной модели соответствует современным тенденциям в геронтологии и гериатрии, направленным на снижение нагрузки на круглосуточные стационары, минимизацию рисков госпитальной дезадаптации и повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения.

Резюмируя совокупность представленных эмпирических данных, следует констатировать наличие статистически значимой корреляционной зависимости между качественными и количественными параметрами выявленных дефектов в организации лечебно-диагностического процесса и итоговыми экспертными оценками, присваиваемыми аккредитуемому лечебно-профилактическому учреждению в рамках процедуры комплексной оценки его деятельности, что свидетельствует о детерминирующем влиянии указанных критериев на формирование заключительного аккредитационного заключения и объективно

отражает уровень соответствия медицинской организации установленным стандартам оказания медицинской помощи.

На основании проведённого анализа можно констатировать, что в условиях модернизированной системы здравоохранения ключевое значение приобретает интеграция профилактических, диагностических, терапевтических и реабилитационных мероприятий на всех уровнях оказания медицинской помощи, что предполагает скоординированное взаимодействие между различными этапами лечебно-диагностического процесса с целью обеспечения максимально возможного КМП для каждого пациента. Несоблюдение данного принципа приводит к дезорганизации системы, проявляющейся либо в нерациональном дублировании медицинских услуг на разных этапах, либо в недостаточном объёме предоставляемых лечебно-профилактических вмешательств, что в совокупности обусловливает снижение эффективности медицинской помощи, ухудшение клинических outcomes и, как следствие, уменьшение общего показателя КМП, что требует системного подхода к оптимизации взаимодействия между структурными элементами «healthcare system».

Анализ динамики показателей госпитализации и использования коечного фонда в период с 1991 по 2011–2012 гг. демонстрирует значительное сокращение числа пациентов, обслуживаемых в рамках «К-СК», на 24,0% – с 1034,2 тыс. случаев в 1991 г. до 785,7 тыс. в 2007 г., что сопровождалось снижением коэффициента госпитализации с 23,1 до 15,1 на 100 человек населения. Данная тенденция может быть объяснена перераспределением медицинской нагрузки в пользу «А-ПК», которая взяла на себя существенную долю оказываемой помощи, что привело к оптимизации работы стационаров. В связи с этим дальнейшее развитие стационарозамещающих технологий требует пересмотра финансовых потоков в сторону увеличения финансирования «А-ПК» за счет сокращения ассигнований, направляемых на «К-СК», что позволит обеспечить более эффективное использование ресурсов здравоохранения и повысит доступность медицинской помощи для населения.

В настоящее время наблюдается значительное замедление темпов оптимизации распределения финансовых ресурсов в системе ЛПУ, что приводит к выраженному структурному дисбалансу в объеме финансирования отдельных направлений. Согласно актуальным статистическим данным, наибольшая доля бюджетных ассигнований – 71,8% – направляется на содержание «К-СК», тогда как на развитие «А-ПК» выделяется лишь 17,4% от общего объема финансирования, при этом внутри данного направления наблюдается дальнейшая диспропорция: санитарно-эпидемиологические и просветительные службы получают 7,1%, а станции скорой медицинской помощи (СМП) – лишь 1,0%, что свидетельствует о критическом недофинансировании ключевых элементов системы здравоохранения и требует немедленного пересмотра бюджетной политики для обеспечения сбалансированного распределения финансовых потоков.

На основании проведенного анализа представленных данных можно заключить, что существующая модель финансирования здравоохранения демонстрирует недостаточную эффективность в аспекте перераспределения объемов медицинской помощи между различными уровнями системы, в частности, не обеспечивает ожидаемого смещения акцента с высокозатратного третичного звена, представленного «К-СК», в сторону более экономичного первичного «А-ПК». Выявленная диспропорция в распределении финансовых потоков приводит к неоптимальному использованию ресурсов здравоохранения, что свидетельствует о необходимости системного реформирования текущего механизма финансирования с целью достижения сбалансированности структуры оказания медицинской помощи и повышения экономической эффективности отрасли в целом.

6.3 Оценка качества медицинской помощи в дневных стационарах и станциях скорой медицинской помощи

В КР, наряду с плановым сокращением больничного коечного фонда, начиная с 1997 г. в альтернативном порядке стали развиваться стационар

замещающие технологии медицинской помощи. В частности, ДС при «К-СК», ДС при «А-ПК», стационары на дому, центры амбулаторной хирургии и др.

В КР насчитывается 4294 коек в ДС, что составляет 6% от численности общего коечного фонда «К-СК». Всего пролечено в ДС - 31819 (11%) всех больных. Обеспеченность койками ДС составила в 2000 г. - 91,8 на 10000 населения и имеет тенденцию к снижению (в 2005 г. - 107,2, в 2007 г. - 92,6). При снижении общего количества коек уровень госпитализации на 1000 населения увеличился со 169,8 человек в 2000 г. до 200,0 - в 2007 г. Отмечается тенденция к снижению средней продолжительности пребывания больного на койке ДС - 9 дней (2000 г.) и 6 дней (2007 г.).

Эффективность ДС, как в «К-СК», так и «А-ПК» имеют существенные различия в плане затрат и КМП. ДС при «А-ПК» было 46 в 1991 г., а к 2000 г. их число увеличилось до 126, в которых было развернуто 418 коек. Однако, к сожалению, повсеместно интерес к этой форме со временем угасает. В итоге в 2007 г. коечный фонд ДС составил 326 коек.

По данным 2007-2010 гг. наибольшее количество коек ДС развернуто в Ошской области и в г.Бишкек. Причем, в Ошской области койка ДС работала 203,2±12,6 дня в году, то в г.Бишкек - 297±10,8 дней. Если в койко-дни в Ошской области составили 7,5±1,6 дня, то в г.Бишкек - 5,3±0,5 дня, а в Баткенской области - 8,3±1,1 дня. В целом, в ДС пролечено 11100 больных, средняя длительность лечения которых составила 7,2±0,8 дня.

Развитие ДС при «К-СК» также угасает. Из 1038 ДС, развернутых в 1991 г., к 2002 г. осталось 652, а число пролеченных больных сократилось за этот период в 3 раза (с 16800 до 5000). Наиболее часто в ДС направляются больные с АГ (9,8%), затем больные МКБ без клинических проявлений (7,7%) и больные хроническим бронхитом (7,6%). Наиболее часто услугами ДС пользуются терапевты (55,5%) и акушеры-гинекологи (28,8%).

Установлено, что услугами ДС пользуются в основном жители (92%), проживающие в данном селе. Пациенты, проживающих на расстоянии >10 км. от ДС, составили всего 0,7%. В ДС лечение проводится преимущественно

взрослым (87,5%), тогда как детям в 4 раза реже (12,5%). Удельный вес больных, осмотренных консультантами, в ДС при «К-СК» составляет 17,2%, а в ДС при «А-ПК» почти в 5 раз меньше (3,6%).

На наш взгляд, накопленный опыт показывает, что ДС наиболее приемлемы для лечения больных с ХЗ, подготовке беременных к родам и больных, нуждающихся в плановой госпитализации. Такой подход ориентирует ЛПУ на пересмотр нормативов потребностей населения в госпитальных койках и на создание нормативов потребности в объемах и койках для стационарзамещающих учреждений.

Оценка деятельности городской службы СМП. Анализ показал, 89,9% вызовов СМП были обоснованными. Доля необоснованных обращений по поводу травм и отравлений составила 23,1%, болезней ССС - 12,2%, органов дыхания - 8,1% и органов пищеварения - 3,2%. Доля необоснованных вызовов СМП у женщин на 15,9% выше, чем у мужчин.

Из общего числа необоснованных вызовов СМП, по мнению экспертов, в 42,9% вызовов могли быть обслужены средним медицинским персоналом в поликлинике, 39,3% - врачом поликлиники, 17,8% - не нуждались в оказании СМП. Результаты исследования показали, что 78% вызовов СМП обслужены врачебной бригадой, 13,3% - специализированной бригадой и 8,7% - фельдшерской бригадой.

Экспертная оценка качества диагностики заболеваний показала, что у 10,3% больных диагноз установлен несвоевременно. Причем, несвоевременно был установлен диагноз у 12,8% больных с заболеваниями ССС, у 23,1% больных с травмами и отравлениями, у 11,1% больных с заболеваниями органов дыхания, у 5,0% больных с заболеваниями органов пищеварения. Необоснованно был поставлен диагноз у 2,8% больных.

Эффективность оказания СМП во многом определяется своевременностью выезда и временем, затраченном на обслуживании выезда. Установлено, что <15 мин. после принятия вызова, осуществляется выезд бригады СМП в 38,8% случаях, 15-30 мин. - в 27,3%, 30-45 мин. - в 23%, 45-60

мин. - в 3,2%, 60-90 мин. - 5,7%, >90 мин. - 2% случаев. В целом по четырем классам болезней у 53,9% больных средние затраты времени на обслуживании одного вызова составили 1 час, у 26,7% - <30 мин., у 18,2% - 1-2 ч., у 1,2% - >2 ч.

По данным экспертных оценок, качество СМП было в 89,7% случаях своевременным, в 10,3% - несвоевременным. СМП по всем заболеваниям в 89,1% случаях было полноценной, в 10,9% - неполноценной. Неполноценно СМП была оказана при травмах и отравлениях в 28,2% случаях, при болезнях ССС - в 11,8%, при болезнях органов пищеварения - в 7,9%, при болезнях органов дыхания - в 3% случаев.

Основными причинами неполноценного оказания СМП эксперты в 45,9% случаях считали особенности течения заболевания, в 27,9% - неправильная и несвоевременная диагностики заболеваний, в 23% - отсутствие лекарственных средств, в 3,2% - недостаточная квалификация врача линейной бригады СМП.

По данным экспертов оформление карт вызовов СМП в 79,6% случаев было удовлетворительное, в 20,4% - неудовлетворительное. Основными дефектами в ведении и оформлении документации явились: некачественное оформление записей (37,2%), отсутствие рекомендаций больным (28,7%), недостаточное описание состояния больного (19,7%), отсутствие динамики наблюдения (14,4%).

Изучение качества оказания СМИ взрослому населению показало, что имеются значительные резервы для ее улучшения, зависящие в первую очередь от уровня профессиональной подготовки врачей СМП, четко организованного контроля за их деятельностью и наличием нормативно-правовых документов и методических рекомендаций по системе управления и контроля за качеством СМП.

Выявленные дефекты в организации и качестве оказания СМП свидетельствуют о недостаточной эффективности существующей системы контроля за качеством СМП. Анализ показал, что на лечебно-диагностическую работу (осмотр и оказание СМП) приходится 37,0% рабочего времени.

Остальное время врача СМП уходит на переходы, переезды (24,2%), подготовительную работу (11,3%).

Для разработки мероприятий по оптимизации деятельности СМП было изучено мнение населения. Проведен анкетный опрос 637 пациентов, обратившихся за СМП. Анализ анкетирования показал, что среди респондентов 66,9% составляют женщины и 33,3% - мужчины. Среди опрошенных 26,3% был в возрасте 31-40 лет, 19,6% - 41-50 лет, 18,4% - 51-60 лет, 11,5% - 61-70 лет. В зависимости социально-профессионального статуса респонденты, распределились следующим образом: служащие (41,8%), пенсионеры (19,9%), рабочие (14,6%), безработные (12,3%), студенты (3,7%) и др. 50,7% респондентов имели высшее образование, 42,3% - среднее, 7% - начальное образование.

Одним из факторов, влияющих на КМП, является частота обращения за СМП в течение года. Анализ частота вызовов СМП показал, что 47,3% респондентов обращались 1-2 раза в год, 16% - 3-4 раза, 4,8% - >5 раза, 31,9% - не обращались. Анализ показал, что <30 мин. было обслужено 26,3% опрошенных, <45 мин. - 35,8%, <1 ч.- 24,0%, >1 ч. - 13,9%. Отказы в приеме вызовов диспетчером СМП составили 4,4%.

Сравнительный анализ социологического опроса населения с результатами исследования, основанными на материалах текущего наблюдения, свидетельствует о том, что население значительно завышает время от момента поступления вызова до прибытия бригады СМП к месту вызова.

Анализ показал, что только 51,4% респондентов были удовлетворены организацией работы СМП, 22% - не удовлетворены, 26,6% - воздержались от ответа. Определены основные причины неудовлетворенности работой СМП: несвоевременное оказание помощи (47,6%), невнимательность, торопливость (16,7%), нетактичное отношение (14,6%), низкая квалификация фельдшеров (11,4%), низкая квалификация врачей (9,7%).

Для изучения мнения об организации и качестве оказания СМП было проведено анкетирование 206 врачей и среднего медицинского персонала

станции СМП, которые хорошо знают положительные и отрицательные моменты своей работы. Среди медицинских работников СМП 42,6% составили врачи, 35,2% - фельдшера врачебных бригад, 22,2% - фельдшеры фельдшерских бригад.

Немаловажным фактором, влияющим на КМП, является профессиональная подготовка медицинских работников. 20,3% врачей и фельдшеров станции СМП за последние 5 лет (2008-2012 гг.) не прошли повышении квалификации. Качество оказания СМП в значительной степени зависит от нагрузки врачей. 51,3% опрошенных считает нагрузку оптимальной, 38,9% - высокой, 12,8% - воздержались от ответа.

Одним из важных показателей СМП является состояние технической оснащенности станций СМП. 36,4% опрошенных считали что, техническая обеспеченность полностью соответствует существующим стандартам, 46,2% - не полностью соответствует, 14,5% - частично, 2,9% - не соответствуют стандартам. На вопрос «Удается ли Вам оказывать медицинскую помощь больным и пострадавшим в соответствии с существующими стандартами» 25,1% опрошенных ответил, что в полном объеме, 58,9% - в неполном объеме, 16,0% указали, что частично.

Медицинские работники СМП оценивали качество первой помощи, оказываемой пострадавшим и больным сотрудниками ГАИ, водителями автотранспорта и населением. По мнению врачей СМП, 70,9% сотрудников ГАИ не оказывали первую помощь пострадавшим на месте происшествия, 25,6% - оказывали частично. Водителями автотранспортных средств, своевременно оказывали первую помощь лишь в 2,1%, частично - в 48,3%, не оказывали - в 41,9%.

Респондентами была оценена оперативность, согласованность и организованность работы приемных отделений стационаров при доставке пациентов. Врачи бригад станции СМП в 56,5% случаев отметили работу этого подразделения как достаточной, в 43,5% случаях - недостаточной. Качество работы приемных отделений «К-СК» 71,9% врачей СМП оценили как

неполноценное, а 28,1% - как полноценное.

Таким образом, изучение мнения населения и медперсонала СМП о качестве работы выявило основные причины неудовлетворенности населения СМП: недостаточная обеспеченность бригад СМП лекарственными препаратами; низкая квалификация медперсонала; низкая культура обслуживания; несвоевременное обслуживание; нетактичное отношение медперсонала к больным; низкая техническая оснащенность; несоблюдение стандартов; неполная информация о пациенте и др.

Результаты экспертной оценки показали, что при внедрении организационных мероприятий значительно улучшились качественные показатели оказания СМП сельскому населению: доля обоснованных вызовов в целом по всем заболеваниям составило 95,3% случаев. Особенно увеличилась доля обоснованных вызовов к больным с заболеваниями ССС (с 87,8% до 93,9%), с травмами и отравлениями - с 76,9% до 85,1%. Улучшилась преемственность в работе станции СМП и «А-ПК».

По данным экспертных оценок сократилось число вызовов СМП к больным с ХЗ (с 35,5 до 30,6%); снизилась частота расхождения несвоевременно установленных диагнозов врачами СМП (с 10,3% до 3,8%), особенно при болезнях ССС (с 12,8% до 7,2%), при травмах и отравлениях (с 23,1% до 10,6%), при болезнях органов дыхания (с 11,1% до 5,7%).

Анализ показал, что сократилось время выезда СМП в среднем по всем заболеваниям: удельный вес выездов бригад СМП после поступления вызова <15 мин. увеличился с 38,8 до 41,8%, 16-30 мин. - с 27,3 до 36,6%. В то же время сократилось время выезда 30-45 мин. – с 23% до 18,2%; 45-60 мин. - с 3,2% до 2%; 60-90 мин. - с 5,7% до 1,2%, >90 мин. - почти в 10 раз.

Нужно отметит и то, что увеличилось число выездов, на которые было затрачено <30 мин. - с 26,7% до 33,3%, особенно это отмечается при болезнях органов дыхания (с 21,2 до 30,3%), при травмах и отравлениях (с 35,9 до 53,8%), при болезнях ССС (с 22 до 26,6%).

Нужно отметит и то, что увеличилось время обслуживания вызовов в

среднем по всем классам болезней <1 ч. - с 53,9 до 56,6%. Число выездов обслуженных 1-2 ч. сократилось с 18,2 до 9,7%, >2 ч. - с 1,2 до 0,4%. Своевременность оказания СМП в среднем по всем классам возросла с 89,7% до 93,5%, особенно при болезнях органов пищеварения - с 76,2 до 80,9%, при травмах и отравлениях - с 76,9 до 89,7%.

Несвоевременность оказания СМП в среднем по всем классам снизилась с 10,3 до 6,5%, а между тем, улучшилось качество оказания СМП, в среднем по всем классам болезней. В частности, полноценность оказания СМП возросла с 89,1 до 94,5%, особенно при болезнях ССС (с 88,2 до 93,4%), при болезнях органов пищеварения (с 92,1 до 96,8%), при травмах и отравлениях (с 71,8 до 87,2%). Доля больных, получивших неполноценную СМП, сократилась с 10,9 до 5,5%.

Таким образом, исследование качества оказания СМП сельскому населению по материалам экспертных оценок выявило дефекты: в 11,1% случаев по всем заболеваниям диагноз установлено несвоевременно, в 10,3% случаев необоснованно; в 10,6% случаев СМП была оказана несвоевременно и неполноценно. Выявленные дефекты в организации СМП свидетельствуют о недостаточной эффективности существующей системы внутриведомственного контроля качества СМИ.

По мнению экспертов из общего числа необоснованных вызовов в 82,2% случаев СМП могла быть оказана в «А-ПК» и в 17,8% случаях больные не нуждались в оказании СМП. Это свидетельствует не только о высокой доступности, но и о нерациональном использовании сил и средств службы СМП.

Изучение мнения населения об организации СМИ показало, что более половины респондентов (51,4%) оценили работу СМП удовлетворительно, каждый пятый (22%) - неудовлетворительно, каждый четвертый (26,6%) - воздержались от ответа. Основными причинами неудовлетворенности явились: несвоевременное оказание СМП, недостаточная обеспеченность бригад СМП лекарственными средствами, низкая культура обслуживания,

невнимательность, нетактичное отношение медицинского персонала к больным, низкая квалификация медицинского персонала СМП.

Оценка деятельности СМП в сельских районах. Нужно отметить недостаточную доступность услуг СМП сельскому населению. Динамика роста вызовов СМП (с 324,6 вызовов на 1000 населения в 2000 г. до 334,7 в 2003 г.) свидетельствует о том, что учреждения СМП также взяли на себя часть стационарных услуг по оказанию неотложной помощи пациентам с ХЗ и с острыми простудными заболеваниями. При этом сохраняется низкий процент передачи скорых вызовов в «А-ПП» (3,9%).

Нами проведен точечное исследование обращаемости за СМП взрослого населения проведен на основании сведений станции СМП Кара-Сууйского района за период 2008-2012 гг. (форма №40). Из общего числа карт вызовов СМП (327000) взрослому населению 87209 карт проанализированы методом выборки. Установлено, что в динамике за 2008-2012 гг. частота обращаемости населения за СМП возросла с 198,7 до 260,4 на 1000 взрослого населения ($P<0,05$).

Анализ возрастно-половых показателей обращаемости за СМП показал, что среди обратившихся за СМП преобладали лица в возрасте >70 лет (19,7%). На 20-29 лет приходится - 21,7%, 50-59 лет - 15,7%, 40-49 лет - 14,6%, 30-39 лет - 13,5%, 60-69 лет - 10,5%.

В структуре обращаемости, как у мужчин, так и у женщин на первом месте стоят болезни ССС (27,2% и 33,5%), на втором - болезни органов дыхания (28,6% и 31,1%), на третьем - у мужчин травмы и отравления (8,3%), а у женщин - болезни нервной системы (16,2%). Почти одинаковый удельный вес как у мужчин, так у женщин занимают болезни органов пищеварения (11,9% и 12,1%).

Структура обращаемости за СМП в разрезе отдельных возрастных групп выявила следующую закономерность: у мужчин тенденция роста обращаемости возрастом увеличивается (с 162,54‰ до 705,58‰), у женщин - этот показатель подвержен некоторым колебаниям: в возрасте <19 лет частота обращений

составила 306,1 случаев на 1000 населения соответствующего возраста против 223,3 случаев в возрасте 20-29 лет и 200,2‰ в возрасте 30-39 лет. При переходе к старшим возрастным группам (>40 лет) интенсивность обращений у женщин, равно как и у мужчин, стабильно нарастает (от 248,52‰ до 994,56‰) (P<0,05).

В числе больных, обратившихся за СМИ по поводу болезней ССС, каждый четвертый (24,5%) был с ИБС, каждый третий (32,7%) с АГ. Основную долю обращений за СМП по поводу болезней органов дыхания составили больные с ОРВИ, грипп (38,7%), с острым бронхитом (10,4%), с острой пневмонией (4,9%).

Анализ обращаемости населения за СМП по времени суток показал, что они распределены неравномерно. 85,9% вызовов поступают в период 8.00-24.00 ч. В начале суток (первый период – 00-8.00 часов) в среднем поступает 14,1% вызовов, то во втором периоде - (8.00-18.00) - 51,3 %, а в третьем периоде (18.00-24.00) поступает 34,6% вызовов.

При внезапных заболеваниях или обострениях ХЗ в утренние часы больные предпочитают обращаться не к участковому врачу, а на станцию СМП, так как она более доступна и бригада пребывает примерно через 15-20 мин. после вызова. Третий период суток (18.00-24.00 ч.) характеризуется резким повышением обращаемости населения. Высокий уровень обращаемости за СМП отмечается в 20 ч. вечера и составляет 15,1 случаев на 1000 населения.

После достижения второго наивысшего уровня (18.00-24.00 ч.), в дальнейшем она имеет тенденцию к спаду и к 24.00 часам составляет 7,5%. Больше половины обращений (51,3%) обращений взрослого населения за СМП были в часы работы ГСВ/ЦСМ, что свидетельствует о недостаточной преемственности в работе «А-ПК» и станции СМП.

Установлено, что почти половина (48,6%) обращений приходится на понедельник, среду и воскресенье. Интенсивный максимальный показатель обращаемости среди населения в течение года отмечен в понедельник - 31,5 случаев на 1000 населения, наименьший в пятницу - 29,8%. Наибольшее количество вызовов населения приходится на весенний период - 26 % или 55,8

обращений на 1000 взрослого населения, на зимний период - 25,7% или 55,1 обращений и наименьшее на летний период-23,9% или 51,3 случаев на 1000 населения.

Высокая обращаемость взрослого населения за СМП в весенний период в значительной степени связана с сезонностью заболеваний, особенно органов дыхания, на долю которых приходится более половины всех обращений, увеличением числа обострений ХЗ, несчастных случаев и травм, требующих оказания экстренной помощи на до госпитальном периоде. Следовательно, обращаемость населения на СМП имеет вполне определенную закономерность во времени поступления вызовов.

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что за исследуемый период частота обращаемости взрослого населения за СМП в динамике за 2004-2010 гг. возросла с 198,7‰ до 260,4‰. В структуре вызовов бригад СМП основная доля обращений приходится на внезапные заболевания (84,6%). Обращаемость по поводу несчастных случаев стабильно занимает второе место (6,6%), а третье - перевозка больных и рожениц (5,8%).

Изучение потока вызовов СМП выявило неравномерность их поступления по сезонам года, по дням недели и по часам суток. Максимум вызовов поступает в весенний период, минимум - в летний. По дням недели - в понедельник, а в остальные дни недели показатели примерно равны. По часам суток высокая обращаемость зарегистрирована в период 8.00-18.00 ч.; наивысшая - в 20.00 ч., а наименьшая - в 5 ч. утра.

Подводя итоги проведенного исследования, необходимо подчеркнуть, что процессная модель модернизации системы здравоохранения Кыргызской Республики должна базироваться на триадной архитектуре, предполагающей системное взаимодействие трех ключевых подсистем: 1) клинико-стационарного компонента (К-СК), обеспечивающего оказание высокотехнологичной медицинской помощи; 2) амбулаторно-поликлинического компонента (А-ПК), ответственного за первичную медико-санитарную помощь; 3) медико-социального компонента (М-СК),

интегрирующего профилактические и социально-ориентированные медицинские услуги. Указанную триадную структуру целесообразно формализовать посредством ориентированного графа, вершины которого соответствуют указанным компонентам, а дуги отражают динамические взаимосвязи между ними. Учитывая временную зависимость интенсивности взаимодействия элементов системы, предлагается математическая модель в виде системы трех автономных дифференциальных уравнений в нормальной форме Коши, что позволяет исследовать эволюцию системы во времени и прогнозировать ее развитие с учетом изменяющихся внешних и внутренних параметров. Данный подход обеспечивает методологическую основу для построения адаптивной системы здравоохранения, способной эффективно реагировать на вызовы современности.

Динамику системы здравоохранения КР можно смоделировать с помощью следующей системы дифференциальных уравнений:

«К-СК» = f_1 («К-СК», «А-ПК», «М-СК», U); «А-ПК» = f_2 («К-СК», «А-ПК», «М-СК»,U); «М-СК» = f_3 («К-СК», «А-ПК», «М-СК», U);

где U – управляющее воздействие, f_n – в общем случае нелинейные функции.

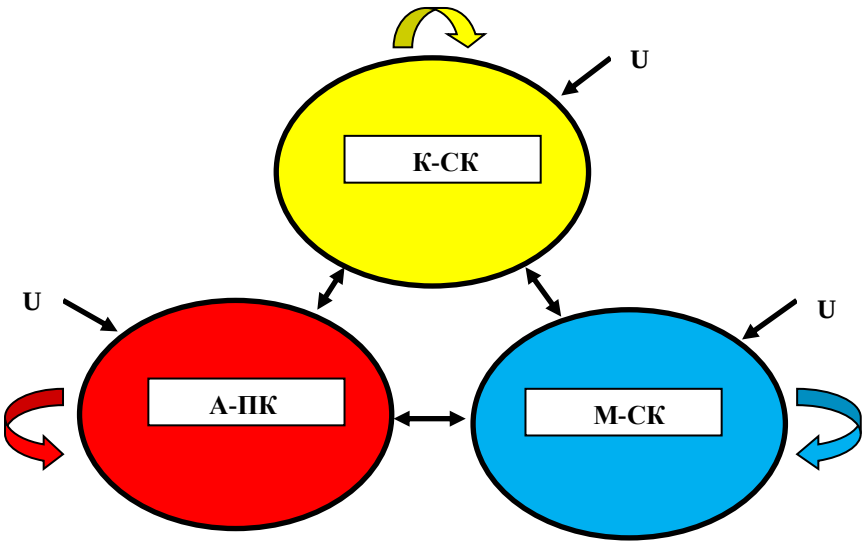

Рисунок 6.3.1 – Концептуальная модель эволюции триады компонентов системы здравоохранения Кыргызской Республики.

Графическая интерпретация рассматриваемой структуры, представленная

на рисунке 6.3.1, демонстрирует интеграцию трёх функциональных сегментов, объединённых в единую организационную модель, которая предполагает необходимость их интенсивного и скоординированного взаимодействия для достижения максимальной эффективности. В данном контексте система здравоохранения концептуализируется как целостный механизм, функционирование которого зависит от слаженного сотрудничества всех составляющих её элементов, что подчёркивает её системный характер и взаимозависимость компонентов, направленных на обеспечение устойчивого развития и оптимизацию медицинского обслуживания.

Резюме.

Процессная модель развития системы здравоохранения Кыргызской Республики выявляет параллельную эволюцию трех ключевых компонентов: клинико-стационарного (К-СК), амбулаторно-поликлинического (А-ПК) и медико-социального (М-СК). Анализ показывает устойчивую оптимизацию их взаимодействия, что связано с государственной стратегией системной трансформации здравоохранения, включающей развитие инфраструктуры, кадров и нормативной базы. Это способствует повышению доступности, эффективности и качества медицинской помощи в стране.

Оптимизация системы здравоохранения Кыргызской Республики, выраженная в перераспределении функциональной нагрузки между медицинскими учреждениями (снижение роли «К-СК» и усиление «А-ПК»), способствовала повышению эффективности использования ресурсов. Для закрепления положительной динамики и внедрения современных медицинских технологий целесообразно перераспределить финансирование в пользу «А-ПК», что обеспечит дальнейшее развитие стационарозамещающей помощи, улучшит доступность и качество услуг в соответствии с международными стандартами.

Лицензионная и аккредитационная экспертиза медицинских специалистов в ГСВ/ЦСМ, ЦОВП и ТБ выявила значительные отклонения от

нормативов качества медицинской помощи, указывающие на системное несоответствие лицензионным и аккредитационным стандартам. Анализ показал серьезные недостатки в организации лечебно-диагностического процесса, что негативно влияет на качество диагностики, адекватность лечения и его результативность. Эти факторы способствуют устойчивому снижению уровня медицинской помощи в данных учреждениях.

Основными причинами низкого качества медицинской помощи в ЛПУ являются системные организационные и лечебно-диагностические недостатки, включая дефицит квалифицированных кадров, устаревшую материально-техническую базу и хроническое недофинансирование. Эти факторы препятствуют внедрению современных методов диагностики, лечения и профессионального развития персонала. Решение проблемы требует комплексных мер: увеличения финансирования, модернизации инфраструктуры и усиления кадровой политики через непрерывное образование и повышение мотивации медицинских работников.

Анализ выявил, что организационные недостатки в системе здравоохранения преобладают над диагностическими и лечебными, указывая на системные управленческие проблемы. При этом диагностические и терапевтические ошибки сильнее влияют на качество помощи в стационарах, чем в первичном звене (семейные врачи, ЦСМ), что связано со сложностью пациентопотока и повышенными требованиями к точности диагностики в условиях ограниченных ресурсов. Результаты подчёркивают необходимость дифференцированного улучшения контроля качества: оптимизации управления в стационарах и снижения диагностических ошибок на первичном уровне.

Анализ заболеваемости в Кыргызской Республике (2006–2012 гг.) показал, что лечебно-профилактические программы, включая пропаганду ЗОЖ, не привели к значимому улучшению эпидемиологических показателей. Несмотря на усилия по модернизации здравоохранения и профилактике, заболеваемость оставалась на прежнем уровне, что требует пересмотра стратегий с учетом региональных и социально-экономических факторов.

Для значительного улучшения медико-демографических показателей (смертности, инвалидности, заболеваемости) в Кыргызской Республике недостаточно лишь увеличить доступность медуслуг — необходимо радикально повысить качество медицинской помощи за счёт внедрения инновационных технологий, эффективного кадрового управления и комплексного реформирования системы здравоохранения на основе доказательных практик.

Разработана инновационная модель управления качеством медицинской помощи, основанная на стратегическом планировании, цифровизации и доказательных практиках. Она включает систематизированные критерии оценки, такие как снижение летальности и повышение удовлетворённости пациентов, что повышает её эффективность и применимость. Модель прошла апробацию и может использоваться на институциональном и региональном уровнях для оптимизации здравоохранения.

ВЫВОДЫ

1. Главным достижением модели развития триады компонентов: «К-ПК», «О-МК», «Т-ТК» системы ЭХ при ЭС является то, что коллегиальность ХБ следует понимать, как тщательно взвешенное, компромиссное разрешение ЭС на основе стратегических и тактико-технических компонентов («К-ПК»+«О-МК»+«К-ЛК»), а также динамической коррекции модели своего действия в зависимости от разновидностей ЭС. При этом решения «О-МК» и «Т-ТК» решения, предпринимаемые ХБ, должны быть прогнозируемыми, результативными, а это и есть аксиологичность решения, как выражение сути методологической их целесообразности;

2. «Нормы-рекомендации» при ЭС, составленные на основе сопоставления с существующими «нормами-требованиями» следует воспринимать в качестве определенного уравнителя (модель «К-ПК»+«О-МК»+«Т-ТК») предпринимаемых шагов ХБ у пострадавших с ЭС. Для ХБ в ЭСКН и ЭСВЭ возникает необходимость более активного пользования «стратегией отчаяния», а ЭСКН и ЭСВЭ следует воспринимать, как «интраоперационную чрезвычайную ситуацию» (ИОЧС) с соответствующей психологией восприятия этого феномена. Совместная стратегия коррекции ЭС должна представлять собой сбалансированное решение, учитывающее соотношение потенциальных рисков и ожидаемых преимуществ применяемых корректирующих мероприятий;

3. В системе ЭХ при ЭС приемлемо безотлагательное применение всех доступных методов реанимации, включая операцию, а также параллельно методов интраоперационной диагностики. При определении адекватной интраоперационной оценки и разрешении ЭС необходимо ориентироваться на такие интегральные показатели, как КА, КУ, КН, КП. Кроме того, необходимо использовать тактику, направленную на ликвидацию наиболее опасных последствий кризиса, ориентируясь на такой интегральные показатели, как показатель динамики интраоперационного когнитивного статуса

пострадавшего. Относительный риск и ранговая значимость организационно-методических и тактико-технических факторов нарастает - ЭСР→ЭСКН→ЭСВЭ;

4. Наиболее высоким удельным весом обладают такие заблуждения хирургов технического характера, как неправильная интерпретация хирургической ситуации и, как результат, искажение сущности оперативного приема (36%), а также продолжительное и травматичное оперирование (39%). Неправильный выбор очередности операций, а также нецелесообразного на тот момент оперативного приема, приведший к утяжелению состояния пострадавших, имеет место у каждого четвертого (22-25%) пострадавшего с ЭС.

5. Система здравоохранения КР в период 2006-2012 гг. характеризовалась увеличением числа неотложных состояний (на 3,2%), снижением обеспеченности койками (с 10,3 до 9,3 на 10 тыс. населения), высоким удельным весом организационных и лечебно-диагностических дефектов в стационарном (68,9%) и амбулаторном (38,8%) секторах. Главным достижением модели развития триады компонентов: «К-СК», «А-ПК», «М-СК» является упразднение значительного количества ТБ и ЦОВП с параллельным внедрением СМ (ЦСМ/ГСВ, ДС, АДО), а также внедрение системы ОМС. Явное улучшение динамики системы здравоохранения Кыргызской Республики объясняется перераспределением функциональной нагрузки: структура «А-ПК» существенно взяла на себя обязанности, ранее сосредоточенные в «К-СК;

6. Главным достижением реализации модели развития триады «О-УК», «Т-РК», «П-КК» Л-ПУ является повышение качества планирования работы (на 13,2%), оптимизация коечного фонда (на 9,9%), снижение числа организационных дефектов (на 29,6%), увеличение объема использования новых медицинских технологий (на 14,2%). Кроме того, увеличились доля семейных врачей (на 8,7%) и молодых специалистов на селе (на 5,5%), а также модернизировался парк медицинской техники (на 48,8%), выросла эффективность их использования (в 1,9 раза);

7. В результате внедрения экспертного контроля ОМС, внедрения КК и КП лечения больных в Л-ПУ снизился удельный вес недостатков в лечебно-диагностической работе (на 29,6%), в проведении диспансерного наблюдения (на 16,5%), при оказании экстренной, неотложной и плановой медицинской помощи (на 18,6%), а также повысилось КМП в ЦСМ/ГСВ (на 18,9%), улучшилась диагностика внутренних болезней (в 2,2 раза), снизился объема неотложной медицинской помощи стационарным больным (на 9,4%);

8. КПДО следует рассматривать как неотъемлемый элемент системы совершенствования качества медицинской помощи населению. В соответствии с современными научно-методологическими подходами, приоритетное внимание должно быть уделено сбалансированному развитию не только триады ключевых компонентов – «наука», «образование», «клиническая практика», – но и фундаментально-методологических и мировоззренческих аспектов последипломного образования, включая психологические и социологические аспекты. КГМИППК, являясь ведущим учреждением в сфере последипломной подготовки врачей в Кыргызской Республике, должна усилить интеграционные процессы, направленные на трансформацию профильных кафедр и курсов в центры научно-инновационного развития системы здравоохранения. В период 2006–2012 гг. наблюдалось повышение уровня общетеоретической подготовки слушателей, а также рост их мотивации к профессиональному и личностному развитию, что свидетельствует об эффективности реализуемых образовательных стратегий.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

На уровне системы ЭХ при разрешении ЭС.

1) Организаторы здравоохранения и хирургическое сообщество в своей деятельности в ЭС должны руководствоваться следующими положениями:

~ при недостаточном организационно-управленческом обеспечении ЭС возможны ошибки из-за слабой координации ЛПУ, нерационального распределения кадров и недостаточной оперативности работы ХБ во время операций.

~ при ЭС, необходимая на тот момент операция, сама по себе, может серьезно угрожать жизни пострадавшего, однако, в то же время, она является признанным жизнеспасительным реанимационным пособием. При этом неизбежность ОР и АР не должно пониматься как утверждение безответственности ХБ, а степень ОР и АР не должен превышать опасность самого жизнеопасного повреждения.

~ интеллектуальность членов ХБ следует рассматривать, как способность эффективно формулировать цель, ставить задачу, найти оптимальное их решение в ЭС. При этом задачи целесообразно выделять – стратегические, тактические, технические и соответственно им принимать решения на трех уровнях.

~ коллегиальное решение должны быть тщательно взвешенным, компромиссным, согласованным, квалифицированным и в то же время ХБ должна имеет возможность корригировать модель своего действия в зависимости от ЭС.

~ при ЭСКН и ЭСВЭ необходимо более активно использовать «стратегию отчаяния», но при условии выработки для ХБ «карт-бланша» в виде «норм-рекомендаций», основанной на таких критериях, как КА, КУ, КН, КП.

~ при ЭСКН и ЭСВЭ, вред, причиняемый операцией пострадавшему, избежать нельзя, но этот вред является меньшим, чем последствие отказа от операции, имеющей жизнеспасительный потенциал.

~ необходимо IV-V ст. ОР выделить в особую категорию ЭС и условно обозначить как «интраоперационную чрезвычайную ситуацию» (ИОЧС) с соответствующей психологией восприятия этого феномена в порядке «чрезвычайшины», как некой системы взглядов на саму проблему.

~ целесообразно разработать «нормы-рекомендации» при ЭС на основе сопоставления с существующими «нормами-требований»и воспринимать его в качестве некоего уравнителя предпринимаемых шагов ХБ у пострадавших с ЭС.

~ при ЭС необходимо тесное интраоперационное содружество хирургов и анестезиологов-реаниматологов, воспринимаемых в единстве, как ХБ с единой целью усвоение системы совместной оценки ЭС и принятия коллегиально-компетентностых решений по ее коррекции.

~ ХБ следует рассматривать, как «универсальных решателей задач» в стесненных условиях, в особенности подчеркивая их стремление осмысленно варьировать свои точки зрения по решению совместных задач.

~ среди организационно-методических просчетов первые места занимают такие, как недостаточное материально-техническое оснащение операционной, недостаточно налажена хирургическая работа в клинике, а также недостаточное знание ХБ специфики оказания оперативно-реанимационной помощи при ЭС.

~ недостатки ведения необходимой документации, неправильная расстановка кадров, недостаточная реализация возможностей клиники в отношении интраоперационной диагностики и оказания оперативно-реанимационной помощи встречаются в каждом четвертом случае.

2. Хирурги и анестезиологи-реаниматологи в своей деятельности в ЭС должны руководствоваться следующими положениями:

~ тактико-технические решения, предпринимаемые ХБ должны быть точными, прогнозируемыми, результативными. Члены ХБ обязаны выполнять свой долг тщательно, ответственно, коллегиально, квалифицировано без спешки и давления друг на друга.

~ новизна и необычность ЭС для членов ХБ определяет их поспешное и неэффективное решение, а слабая их ориентировка в вопросах вероятных возможностей операции, как реанимационного пособия, усугубляет интраоперационную ситуацию.

~ чрезмерная склонность членов ХБ прислушиваться к мнению друг друга, а также других специалистов отражается на оптимальности принимаемых решений по коррекции ЭС.

~ недостаточное знание в отношении тактики и технологии, применяемых в ЭС, а также прочие отвлекающие факторы во время оказания оперативно-реанимационной помощи пострадавшим ухудшают результаты. Однако, ведение ЭС включает навыки, которым нужно систематически обучиться.

~ обучение членов ХБ соблюдению коллегиальности в принятии решений и совместной координации действий при ЭС, а также систематическая теоретическая подготовка, в том числе на основе моделей являются определяющим подходом.

~ первичные психологические предпосылки традиционно рассматриваются как ключевые элементы, влияющие на эффективность взаимодействия членов ХБ, и охватывают такие аспекты, как индивидуальные особенности личности, уровень профессиональной компетентности, поведенческие модели, а также степень психологической совместимости между участниками группы, что в совокупности определяет успешность их совместной деятельности.

~ оптимальный план коррекции ЭС требует сбалансированного подхода, учитывающего все потенциальные риски и выгоды принимаемых решений. Успешное управление нестабильными условиями зависит от способности специалистов по химической и биологической безопасности оперативно анализировать поток изменчивых интраоперационных данных, используя адаптивные стратегии и методы приблизительного прогнозирования для быстрого принятия эффективных решений в условиях неопределенности.

~ концепция управления ресурсами охватывает способность ХБ осуществлять контроль и управление всеми внутренними и внешними ресурсами, направленными на преодоление ЭС в операционной.

~ самонадеянность, самоуверенность, бравада, повышенная импульсивность или пессимизм серьезно помешают воспринимать признаки неблагополучия, распознать проблемы, что, в конечном итоге, ведет к ошибочному решению.

~ на протяжении всей оперативно-реанимационной помощи ХБ должна отдавать себе отчет в любых происходящих вокруг переменах. Если обнаруживается жизнеопасное осложнение, реаниматолог обязан приостановить операцию, пока не найдется другой ресурс компенсации и коррекции.

~ ХБ нужно всегда помнить то, что ни на одной стадии ЭС нельзя сказать наверняка, что ее удалось преодолеть. Ей нужно думать о цепи причинных факторов, обусловивших проблему, следовать протоколу, принятому в ЛПУ.

~ при ЭС в операционной приемлемо только безотлагательное применение всех доступных методов реанимации, включая операцию, а также параллельно методов интраоперационной диагностики помогает реализовать принцип спасения жизни пострадавшего.

~ при определении адекватной интраоперационной оценки и разрешении ЭС необходимо ориентироваться на такой интегральный показатель, как степени неопределенности, степени реализации угрозы, степени прогнозирования последствий выбора той или иной альтернативы оперативного вмешательства.

~ в ЭС необходимо использовать тактику, направленную на ликвидацию опасных последствий, на стабилизацию кризиса, ориентируясь на такой интегральные показатели функций жизненно-важных органов и систем, как показатель изменения когнитивного статуса пострадавшего.

На уровне системы здравоохранения (МЗ КР, ФОМС) необходимо:

~ широкое внедрение системы управления КМП, результаты которой

необходимо оценивать по комплексным показателям в соответствии с разработанными методами и подходами.

~ расширить организацию новых структурных подразделений, в том числе и стационара замещающие службы (АДО, ДС, стационар на дому, ОСУ, хосписы и др.).

~ разработать новые требования Госстандарта, международные и типовые государственные учебные программы.

~ внедрить новые медицинские технологии и медицинского обеспечения, а также достижений ДМ и интерактивных методов ПДО.

~ улучшить взаимоотношения МЗ КР, Л-ПУ, НИУ, КГМА, КГМИППК по принципу: «Заказчик – исполнитель».

~ восстановить принцип «потребность – реализация», так как подготовка врачей на различных уровнях должна представлять собой взаимосвязанный целостный процесс.

~ создать институты независимой оценки КМП (страховые компании, комиссии по соблюдении биэтики, ассоциации по защите интересов, как профессиональных групп, так и населения).

~ повысить роль научной медицины, а не только ДМ.

~ изменить поведенческую культуру и организационную структуру стационарных служб, а также улучшить КМП через включение четких мотивационных механизмов,

~ наладить эффективное взаимодействие всех участников медико-организационного процесса, а также внедрить систему доверия управлением здравоохранения подготовленным профессиональным управленцам.

~ ФОМС при осуществлении контроля КМП в ЛПУ производить скрининг-контроль КМП на основании соответствия ее стандартам и требованиям программы госгарантий на основании тарифов, рассчитанных в соответствии со стандартами диагностики и лечения.

~ лицензирующим органам при выдаче лицензии и при осуществлении контроля оценивать возможность выполнения лицензионных требований в

части обеспечения КМП и соблюдения стандартов обследования и лечения, в том числе на основании стандартов Л-ПУ и договоров между Л-ПУ об оказании медицинской помощи в системе ФОМС.

~ участниками медико-организационного процесса по обеспечению КМП учесть, что для оценки степени реализация основных направлений политики здравоохранения КР, выявления преимуществ или, наоборот, просчетов проведенных реформ, направленных на повышение уровня КМП, целесообразно использовать триадный, процессный и системно-ответственные подходы.

~ учесть то, что проведения экспертизы КМП в системе Единого плательщика и ее практическая реализация в республике способствует эффективному выполнению приоритетных задач и достижения высоких конечных результатов

~ принять во внимание тот факт, что в результате реструктуризации системы здравоохранении, внедрения стационарзамещающих технологий диагностики и лечения больных повышается эффективность Л-ПУ на всех уровнях.

~ процессная модель демонстрирует, что развитие компонентов системы здравоохранения Кыргызской Республики происходит параллельно, что способствует комплексному повышению качества медицинской помощи, обеспечивая синхронное совершенствование инфраструктуры, кадрового потенциала и нормативно-правовой базы.

~ следует учитывать, что заметное улучшение системы здравоохранения КР связано с тем, что «А-ПК» приняла на себя значительную долю нагрузки, ранее лежавшей на «К-СК».

На уровне системы Л-ПУ необходимо:

~ постоянное совершенствование управленческой, кадровой и материально-технической базы Л-ПУ. При этом конкретизация целей, определение приоритетных задач, должны основываться на КК и КП.

~ учесть, что материальное стимулирование медицинского работника в

Л-ПУ в соответствии с КМП необходимо осуществлять во взаимосвязи с достижением высоких конечных результатов деятельности.

~ прививать врачам аналитические, коммуникативные, управленческие навыки, навыков самостоятельной «добычи» и усвоению знаний, постоянной самоподготовки и плановое повышение;;

~ прививать врачам принципы человеческого достоинства, профессиональной этики и солидарности, а также знание социальных и культурных характеристик населения региона.

~ использовать организационные преобразования, предусматривающие корректировку нормирования труда, четкую формулировку должностных обязанностей, повышение заработной платы.

~ оформлять медицинскую документацию в соответствии с разработанной технологией, предусматривающей реализацию прав пациентов и обеспечивающей защиту врача и Л-ПУ от необоснованных претензий.

~ учесть, что применение теории и практики систематизированных моделей оптимизации деятельности Л-ПУ, кадрового менеджмента, личностного подхода и обоснование необходимости формирования качества потенциала врачей способствуют эффективному управлению КМП и КПДО.

~ помнить, что управление КМП и КПДО позволит оптимизировать использование организационного, управленческого, кадрового, материально-технического потенциала, внедрить новые условия оказания помощи, соразмерной оплаты труда.

~ стандартизировать и оптимизировать технологии организации, управления, ресурсного и кадрового обеспечения Л-ПУ, внедрения КК, КП, принципов ДМ и ПДО врачей обеспечивают КМП на всех этапах, обеспечивают унификацию и последовательность реализации технологий.

~ оптимизировать деятельности Л-ПУ и врачей на основе пересмотра штатных нормативов Л-ПУ с научно обоснованной корректировкой нормирования труда.

~ внедрить научно обоснованную систему оценки КМП, а также

современные ресурсосберегающие технологии.

~ следует учитывать, что при лицензировании и аккредитационной экспертизе деятельности врачей ГСВ/ЦСМ, ЦОВП, ТБ был выявлен значительно более низкий уровень соответствия установленным стандартам качества медицинской помощи, что, в свою очередь, свидетельствует о низком уровне КМП.

~ следует учитывать, что основными недостатками в работе Л-ПУ, приводящими к низкому уровню КМП, являются организационные и лечебно-диагностические ошибки медицинского персонала, вызванные недостаточной квалификацией кадров, слабой материально-технической оснащённостью учреждения, а также ограниченным финансированием.

~ необходимо учитывать, что доля организационных недостатков превосходит совокупное количество ошибок в диагностике и лечении, при этом их влияние на качество оказания медицинской помощи пациентам в ТБ является наиболее значимым по сравнению с ЦСМ/ГСВ и ЦОВП.

На уровне системы ПДО (КГМИППК, медвузы) необходимо:

~ необходимо учитывать, что ключевыми факторами успешного функционирования учреждений дополнительного профессионального образования являются: а) развитая и многоканальная система коммуникации; б) мощная и хорошо оснащенная клиническая база; в) детальное понимание целевой аудитории с учетом профессиональных и иных характеристик; г) анализ и учет как социальных, так и индивидуальных потребностей обучающихся; д) определение наиболее эффективного формата образовательного процесса; ж) создание действенных механизмов мотивации и поддержки интереса к обучению.

~ следует учитывать, что для совершенствования системы непрерывного последипломного образования медицинских специалистов необходимо внедрение следующих элементов: а) комплексных и междисциплинарных моделей, обеспечивающих интегрированный подход; б) проблемно-ориентированных методик обучения, которые устраняют разрыв

между теорией и практическими навыками; в) принципов Болонского процесса, способствующих трансформации системы последипломного и непрерывного образования от узкоспециализированного формата к мультипрофессиональному взаимодействию, что повышает адаптивность специалистов к изменяющимся условиям.

~ учесть, что в целях повышения КПДО следует восстановить принцип: «полуфабрикат – продукт», когда учебные заведения дипломной и последипломной подготовки должны подготовить достаточно высокого качества «полуфабрикат» для КГМИППК, так как лишь в этом случае он сможет реализовать свою задачу по подготовке качественного «продукт».

~ помнить, что в условиях изменения стратегии подготовки специалистов СМ необходимо: а) создать методический отдел с интеграцией всех обучающих курсов; б) разработать и утвердить стандартные кредит-часы; в) разработать механизмы долевого участия Л-ПУ; г) пересмотреть сроки и формы обучения; д) готовить кураторов и тренеров, координаторов, методистов и специалистов программного обеспечения.

~ знать, что профессиональное развитие на базе эффективного ПДО врачей является мощным мотивационным фактором, определяющим его профессиональную компетентность. Включение вопросов формирования качества профессионального и личностного потенциала врачей в программы ПДО способствует повышению КМП.

~ учесть, что в совершенствование подготовки врачей, формирование у них не только профессиональной компетентности, но и повышения общетеоретического и научно-мировоззренческого уровня, существенный методологический и организационный вклад вносит КГМИППК, который должен усилить методологическую и организационную роль в не только в профессиональном, но и непрофессиональном ПДО.

~ разработать учебные курсы и практикумы для слушателей и клинических ординаторов КГМИППК по проблемам профессионального становления и его диагностики.

~ помнить, что параллельное повышение КПДО следует рассматривать в качестве важнейшего компонента системы здравоохранения по повышению КМП населении. Эффективность реализуемых моделей развития той или иной подсистемы здравоохранения и ПДО следует оценивать на основе динамики влияние и вклада в достижение КМП и КПДО.

~ необходимо осознавать, что при внедрении КПДО, в соответствии с актуальной научно-познавательной стратегией, важно стремиться к гармоничному развитию не только смежных научно-практических дисциплин, но и ключевых фундаментально-методологических аспектов медицинской науки, образования, клинической практики, а также психологии, социологии и философии.

~ помнить, что в современных условиях, когда в Кыргызской Республике внедряются принципы обязательного медицинского страхования, экономические методы управления и рыночные механизмы, а также происходит децентрализация и повышение автономности лечебно-профилактических учреждений, ключевую роль в улучшении качества медицинской помощи играет не только высококвалифицированный врач, но и специалист, обладающий навыками как профессионального, так и непрофессионального непрерывного развития.

~ добиваться того, чтобы КГМИППК функционировал как УНКК, ориентированный на три ключевые цели: а) предоставление выпускникам комплексных фундаментальных и практических знаний, а также формирование у них исследовательских навыков и способности к генерации новых теоретических концепций высокого уровня; б) развитие у выпускников компетенций в области проектирования и внедрения инновационных технологий; в) обеспечение высокого уровня профессиональной подготовки, навыков самоорганизации и стремления к постоянному самосовершенствованию.

~ необходимо осознавать, что ключевым инструментом воплощения приоритетов ПДО врачей является программно-целевой подход. Для его

эффективной реализации КГМИППК следует активизировать интеграцию науки, практики и образовательного процесса, трансформируя профильные кафедры и курсы в центры научных и инновационных разработок в сфере медицинского обслуживания.

~ необходимо учитывать, что создание интеграционных научно-образовательных программ КГМИППК должно стать ключевым направлением в реализации связей между наукой, практикой и профессиональным развитием обучающихся, а также в оптимизации их структуры, функционирования и взаимодействия.

~ необходимо учитывать, что при реформировании научно-практической и образовательной деятельности КГМИППК основой должны стать критерии оценки качества и уровня научно-практических работ, теоретических обобщений и научно-инновационных проектов, которые являются тщательно обоснованными и отражают позицию научно-практической медицинской общественности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. **Абдиев, А.Ш.** Оценка качества медицинской помощи организатором практического здравоохранения // Хирургия Кыргызстана [Текст] / А.Ш.Абдиев, Б.А.Абилов, Ж.О.Белеков. - 2005. – №2. – С. 3-10.
2. **Агаджанян, В.В.** Политравма: проблемы и практические вопросы [Текст] / В.В. Агаджанян // Политравма. - 2006. - №3. – С.5-17.
3. **Азаров А.В.** Научные основы обеспечения и защиты прав граждан при оказании медицинской помощи в системе ОМС [Текст]: автореф. дис. … докт.мед.наук. /А.В.Азаров. - М., 2002. - 28 с.
4. **Айдаралиев, А.А.** Оценка управленческих функций и профессиональной компетенции управленческих кадров в частных и независимых клиниках Кыргызской Республики [Текст] // Вестн. Междунар. университета Кыргызстана / А.А.Айдаралиев. – Бишкек, 2002. - №1(14) - С. 55-58.
5. **Акопян, А.С.** Индустрия здоровья: экономика и управление: под ред. Л.Е. Сырцовой [Текст] / А.С.Акопян, Ю.В.Шиленко, Т.В.Юрьева. - М.:«Дрофа», 2003. - 448 с.
6. **Акиныпин, А.В.** Реанимационное обеспечение пострадавших в чрезвычайных ситуациях [Текст] / А.В. Акиныпин, З.А. Албакова, Ю.А. Котов. - Всерос. центр мед. катастроф "Защита". - М., 2003. - 49 с.
7. **Акимов, В.А.** Методические рекомендации по определению количества пострадавших при чрезвычайных ситуациях техногенного характера [Текст] / В.А.Акимов, А.А.Быков, В.Ю.Востоков // Проблемы анализа риска. – 2007. - Т.4. - №4. – С. 347-367.
8. **Александрова, О.Ю.** Правовая основа медицинской деятельности по оказанию качественной медицинской помощи [Текст] / О.Ю.Александрова, И.Ю.Григорьев, Т.В.Тимошенкова // Здравоохранение. - 2006. - №10. - С. 117-126.
9. **Алексеев, Н.А.** Инструменты повышения эффективности деятельности медицинских учреждений [Текст] / Н.А.Алексеев, О.В.Андреева, Л.Е.Исакова // Главврач. - 2004. - №6. - С.33-40.
10. **Андреева, О.В.** Показатели эффективности и качества медицинского обслуживания населения. [Текст] / О.В.Андреева //Здравоохранение Российской Федерации. - 2002. - №5. - С.24-25.
11. **Артамонова, Г.В.** Анализ и оценка эффективности ресурсного обеспечения учреждений здравоохранения [Текст] / Г.В.Артамонова, В.А.Гебель // Главврач. - 2004. - №6. - С.55-60.

12. **Артамонов, В.С.** Основные положения теории управлении риском [Текст] / В.С.Артамонов // Вестник СПбИГПС. – 2004. - №1. - С. 22-26.
13. **Астафьева, Н.Г.** Пути повышения качества и экономической эффективности медицинской помощи пациентам стационара [Текст] / Н.Г.Астафьева, Н.В.Китавина // Главный врач. - 2002. - №6. - С.11-17.
14. **Ахунжанов, Р.А.** Объем организации помощи пострадавшим при открытых и закрытых повреждениях конечностей на этапах медицинской эвакуации при экстремальных ситуациях травматологической бригадой постоянной готовности» [Текст] / Р.А.Ахунжанов, П.А.Абдираев // Медицина Кыргызстана. – 2011. - №4. – С. 24-25.
15. **Ашимов, И.А.** Диалог с самим собой (О методологических проблемах хирургии рубежа XX и XXI веков) [Текст] / И.А.Ашимов. - Бишкек, 2001. - 553 с.
16. **Ашимов, И.А**. Рискология: дилеммы, суждения, решения (III том избранных трудов «BIOфилософия») [Текст] / И.А.Ашимов. – Б., «Илим», 2012. – 272 с.
17. **Ашимов, И.А.** Нерегламентированная безопасность..... [Текст] / И.А.Ашимов // I том «Медицина: ре-презентация постулатов и парадигм»). – Б.: ГП «Типография» при УДПиПКР, 2015. – 195 с.
18. **Багненко, С.Ф.** Принципы организации медицинской помощи лицам, пострадавшим в результате ДТП [Текст] / С.Ф.Багненко, В.В.Стожаров, А.Г.Мирошниченко // Скорая медицинская помощь. - 2007. - №2. - С. 3-5.
19. **Бакланова, Т.Н.** Обеспечение прав пациентов на качественную медицинскую помощь в условиях многопрофильного стационара (новые технологии, пути и методы решения) [Текст]: автореф. дис. …канд.мед.наук / Т.Н.Бакланова. – М., 2013. – 20 с.
20. **Балохина, С.А.** Современное обоснование управления качеством медицинской помощи в условиях многоукладности здравоохранения [Текст]: автореф. дис. …докт.мед.наук. / С.А.Болохина. – М.,2005. – 45 с.
21. **Банин, С.** Развитие стационарозамещающих технологий в здравоохранении Томской области [Текст] / С.Банин // Главврач. - 2004. - №2. - С.18-25.
22. **Баранцев, Р.Г.** Становление тринитарного мышления [Текст] / Р.Г.Баранцев. - М., «Академия Тринитаризма», 2008. – 544 с.
23. **Баранов, И.Н.** Оценка пациентами способов защиты своих прав в вопросах качества медицинской помощи [Текст] / И.Н.Баранов, Т.М.Скляр // Менеджер здравоохранения. — 2004. - №3. - С.19-20.

24. **Батаршев, А.В.** Диагностика профессионально важных качеств [Текст] / А.В.Батаршев, И.Ю.Алексеева, Е.В.Майорова. - Спб.: Питер, 2007. - 192 с.
25. **Бервик, Д.М.** Роль врача в управлении качеством [Текст] // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи / Д.М.Бервик, А.Энтховен, Д.П.Банкер - 2006. - №4. - С.43-54.
26. **Бесстремянная, Г.Е.** Первые результаты введения медико-экономических стандартов в системе здравоохранения Японии [Текст] / Г.Е.Бесстремянная // Проблемы управления здравоохранением. - 2008. - №2. - С.56-64.
27. **Бисенков, Л.Н.**, Неотложная хирургия груди и живота / Руководство для врачей [Текст] / Л.Н.Бисенков, П.Н.Зубарев, В.М.Трофимов. - М. - СПб: Гиппократ, 2002. - 302 с.
28. **Блохин, А.Б.** К проблемам эффективности управления лечебно-профилактическими учреждениями [Текст] /А.Б. Блохин // Здравоохранение РФ. - 2003. - №5. - С.24-27.
29. **Босиков, Д.В.** Организация работы скорой медицинской помощи при массовых поражениях и катастрофах [Текст] / Д.В.Босиков // Неотложная терапия. -2005. - № 1-2. - С.20-21.
30. **Бояр, И.** Влияние исследования качества услуг в учреждениях здравоохранения на эффективность управления [Текст] / И.Бояр, Л.Вдовяк // Управление здравоохранением. — Львов: Львовский НМУ. 2008. - С.53-55.
31. **Бурлов, В.Г.** Основы теории анализа и управления риском в чрезвычайных ситуациях. Монография в 2-х томах [Текст] / В.Г.Бурлов, А.В.Матвеев, В.В.Матвеев, В.В.Потапов. - СПб.: Санкт-Петербургский государственный политехнический университет, 2003. - 407с.
32. **Бурсикова, Д.В.** Научное обоснование оптимизации управления доврачебной помощью сельскому населению [Текст]: автореф. дис. … канд. мед. наук / Д.В.Бурсикова. - Иваново, 2002. – 20 с.
33. **Быкова, Ж.Е.** Анализ влияния экономических стимулов на деятельность медицинских учреждений [Текст] / Ж.Е.Быкова, Е.Л.Потемкин // Экономика здравоохранения. - 2000. - № 9-10/48. - С. 12-15.
34. **Вардосанидзе, С.Л.** Теоретические и прикладные аспекты управления качеством лечебно-диагностического процесса в многопрофильном стационаре [Текст]: автореф. дис. …канд.мед.наук / С.Л.Варсанидзе. - М.,2002. – 49 с.

35. **Варданян, А.А.** Общие цели подготовки кадров в медицинских ВУЗах [Текст] // Сборник научных трудов «Проблемы городского здравоохранения» (Выпуск 6) / А.А.Варданян. – С.Пб. - 2001. - С.210-213.
36. **Васильева, Т.П.** Парадигма управления факторами, определяющими качество медицинской помощи (теоретические и медико-социальные проблемы [Текст] / Т.П.Васильева, Г.И.Куценко, О.В.Тюрина, У.О.Каппушев. – Иваново, 2002. – 76 с.
37. **Вербицкий, А.А.** Комплексное обучение в системе профессионального образования [Текст] // Медицинская сестра /А.А.Вербицкий. - 2000.- №6. - С.20-29.
38. **Владимиров, В.А.** Управление риском. Риск, устойчивое развитие, синергетика [Текст] / В.А.Владимиров, В.Л.Воробьев В.Л. - М., 2000. - 432 с.
39. **Власенкова, В.В.** Правовое регулирование качества медицинской помощи в Российской Федерации [Текст] / В.В.Власенкова // Законодательство. - 2007. - №2. – С.21-27.
40. **Воробьев, П.А.** Дискуссия о стандартах на сайте МОООФИ: научное издание [Текст] / П.А.Воробьев // Проблемы стандартизации в здравоохранении. Управление качеством. - 2008. - №6.- С.3-13.
41. **Выготский, Л.С.** Психология [Текст] / Л.С.Выготский. - М.: Апрель-Пресс, Эксмо-пресс, 2000. - 108 с.
42. **Вялков В.И.** Инновационные технологии управления ресурсами в здравоохранении [Текст] / В.И.Вялков. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. - 144 с.
43. **Вялков, А.И.** Ключевые стратегии ВОЗ по совершенствованию национальных систем здравоохранения [Текст] / А.И.Вялков, В. А.Полесский, С. А.Мартынчик // Главврач. - 2008. - №5 . - С.10-25.
44. **Гаджиев, Р.С.** Мнение городского населения об амбулаторно-поликлинической помощи [Текст] / Р.С.Гаджиев, З.К.Назарлиева // Здравоохранение РФ. - 2003. - №1. - С. 27-32.
45. **Галанова, Г.И.** Методологические основы системы обеспечения качества медицинской помощи населению [Текст]: автореф. дис. д-ра мед. наук / Г.И. Галанова. - М., 2000. - 268с.
46. **Галкин, Р.А.** Экономическая эффективность стационарозамещающих видов медицинской помощи [Текст] / Р.А.Галкин, Н.М.Скуратова; Т.С. Федосеева // Экономика здравоохранения. - 2000. - №9. -10/48. - С.16-18.
47. **Гмурман Е.В.** Руководство к решению задач по теории вероятностей и математической статистике [Текст] / Е.В.Гмурман // Изд. 9-е,

стереотипное. - М.: Высшая школа, 2004. - 404 с.

48. **Голухов, Г.Н.** Медико-социальный комплекс: здоровье, экономика, управление [Текст] / Г.Н.Голухов, А.С.Акопян, Ю.В.Шиленко. - М.: Фонд «Клиника XXI века», 2002. - 208 с.
49. **Гончаров, С.Ф.** Организация медицинского обеспечения населения в условиях вооруженных конфликтов: методические рекомендации [Текст] / С.Ф.Гончаров, Б.В.Бобий, В.И.Крюклов. - М.: ВЦМК «Защита», 2003. - 78 с.
50. **Гранатович, О.В.** Медико-социальные потребности и реализация прав пациентов в условиях многопрофильного стационара [Текст]: автореф. дис. …канд.мед.наук / О.В.Гранатович. – С.Пб.,2008. – 20 с.
51. **Гребнев, Л.** Высшее образование в Болонском измерении: российские особенности и ограничения [Текст] // Высшее образование в России / Л.Гребнев. - 2004. - №1. – С.34-36.
52. **Гройсман, В.А.** Совершенствование технологий управления лечебно-профилактическим учреждением [Текст]: автореф. дис. …докт.мед.наук / В.А.Гройсман. - М.,2000. - С.14-38.
53. **Гузаиров, М.Б.** Проблемы интеграции образовательных, научных и производственных систем [Текст] // Вестник УГАТУ / М.Б.Гузаиров, Б.Г.Ильясов, А.Г.Карамзина, Ю.Р.Фазлетдинова. – 2014. - №3 (64). – С.189-195.
54. **Давыдов, В.М.** Методология оценки функционирования оптимизации системы военно-медицинского образования в современных условиях [Текст] / В.М.Давыдов: Автореф. дис. … докт. мед. наук. - М., 2006. - 48 с.
55. **Даненков, А.С.** О повышении эффективности работы дневного стационара [Текст] / А.С.Даненков, Н.А.Даненкова // Здравоохранение. - 2004. - №5. - С.37-39.
56. **Дедков, Е.Д.** Проблемы реформирования стационарной медицинской помощи в условиях крупного города: под ред.проф. Вишнякова Н.И. [Текст] / Е.Д.Дедков, Н.М.Федорова, Ю.В.Павлов // Актуальные проблемы здравоохранения: сб. науч. стат. - СПб.,2003. - С.91-94.
57. **Денисов, И.Н.** Развитие семейной медицины [Текст] / И.Н.Денисов // Заместитель главного врача. - 2006. - №5. - С. 28-35.
58. **Дубинин, С.А.** Формирование системы медико-социальной реабилитации на основе доказанных медицинских технологий (на примере Московской области) [Текст]: автореф. дис.

…докт. мед. наук / С.А.Дубинин. - М.,2003. - 48 с.

59. **Духанина, И.В.** Мотивационное управление лечебно-профилактическим учреждением [Текст] / И.В.Духанина, М.В.Духанина // Главврач. - 2005. - №7. - С.33-38.
60. **Жданов, В.Г.** Научное обоснование системы управления персоналом крупной многопрофильной больницы // Проблемы управления здравоохранением / В.Г.Жданов. - 2002. - №5(6). - С.15.
61. **Жуков, В.А.** Механизм перераспределения ресурсов с госпитального звена на амбулаторное [Текст] / В.А.Жуков, В.Т.Карташов // Экономика здравоохранения. - 2000. - №12. - С. 25-29.
62. **Еругина, М.В.** Научное обоснование концепции оптимизации качества медицинской помощи при взаимодействии участников медико-организационного процесса [Текст]: автореф. дис. …докт.мед.наук / В.Еругина. - Рязань, 2005. – 44 с.
63. **Ерюхин, И.А.** Экстремальное состояние организма [Текст] / И.А.Ерюхин, С.А.Шляпников. - СПб.: Эскулап, 1997.– 288 с;
64. **Ефименко, С.А.** Социология пациента [Текст]: автореф. дис. …докт.соц.наук / С.А.Ефименко. - М.,2007. – 46 с.
65. **Ивочкин, А.М.** Оказание анестезиологической и реанимационной помощи на догоспитальном этапе [Текст] / А.М.Ивочкин, А.А.Громов, Е.М.Ракитянский // Медицина катастроф. - 2005. - №3-4. - С. 84-85.
66. **Захаров, И.А.** Современные экономические процессы и явления в здравоохранении [Текст] / И.А.Захаров, И.Г.Новокрещенова, И.В.Новокрещенов // Гуманитарные методы исследования в медицине: состояние и перспективы. - Саратов: СГМУ,2007. - С.8-12.
67. **Зуева, Л.П.** Формирование специалиста в системе последипломного профессионального образования. [Текст] / Л.П.Зуева, Е.С.Трегубова, В.Г.Маймулов // Вестник СПбГМА им. И.И. Мечникова. - СПб., 2000. - №4. - С.78-79.
68. **Какорина, Е.П.** Статистический учет и отчетность амбулаторно-поликлинических учреждений [Текст] / Е.П.Какорина // Заместитель главного врача. - 2007. - №2 (9). - С. 64-79.
69. **Калашников, Н.М.** Пути оптимизация межличностного взаимодействия пациентов и медицинского работников с позиции обеспечения качества медицинской помощи в условиях ОМС [Текст]: автореф. дис. …канд.мед.наук / Н.М.Калашников. - Иваново, 2006. – 22 с.
70. **Калининская, А.А.** Развитие коечного фонда стационарозамещающих

форм медицинской помощи в Российской Федерации [Текст] / А.А.Калининская, С.И.Шляйфер // Здравоохранение. - 2000. - №12. - С. 11-15.

71. **Канунникова, П.В.** Обоснование модели оказания правовой помощи медицинским работникам, учреждениям и организациям в субъекте Российской Федерации [Текст]: автореф. дис. …докт.мед.наук / П.В.Канунникова. - Новосибирск, 2006. – 23 с.
72. **Каппушев, У.О.** Социально-гигиеническое исследование удовлетворенности больного медицинской помощью как свойства ее качества [Текст]: автореф. дис. …канд.мед.наук / У.О.Каппушев. - Иваново, 2001. - 19 с.
73. **Капилович, Л.В.** Проблема управления качеством в здравоохранении. [Текст] / Л.В.Капилович // Здравоохранение Российской Федерации. - 2002. - №4. - С.54.
74. **Каратаев, М.М.** Научное обоснование системы финансирования здравоохранения в условиях перехода к рыночной экономике (на примере Кыргызстана) [Текст]: автореф. дис. … докт.мед.наук / М.М.Каратаев. – М., 2000. – 45 с.
75. **Касиев, Н.К.** Научное обоснование основных направлений реформы здравоохранения и ее реализация в Кыргызской Республике [Текст]: автореф. дис. …докт.мед.наук / Н.К.Касиев. – М.,1999. – 45 с.
76. **Касымова, Г.П.** Научные основы реформы сельского здравоохранения в Казахстане [Текст] / Г.П.Касымова. - Алматы, 2000. - 98 с.
77. Клинический менеджмент [Текст] / А.И. Вялков и др. - М.: Медицина, 2006. - 298 с.
78. Клиническая психология: монография под ред. М.Перре, У.Баумана [Текст]. – СПб.:Питер, 2003. – 1312 с.
79. **Клименко, Н.Б.** Поэтапное прогнозирование ранних исходов лечения тяжелой черепно-мозговой травмы [Текст] / Н.Б.Клименко: Автореф. дис. … д-ра мед. наук. - СПб, 2001. - 38 с.
80. **Коврик, С.А.** Удовлетворенность пациентов медицинским обслуживанием как индикатор качества медицинской помощи [Текст] / С.А.Коврик // Заместитель главного врача. - 2008. - №1 (20). - С.66-69.
81. **Ковалев, Е.В.** Роль медицинских технологий и стандартов в обеспечении качества медицинской помощи [Текст] / Е.В.Ковалев // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. - 2008. - №4 . - С. 3-5.
82. **Комаров, Г.А.** О концепции развития здравоохранения Российской

Федерации на ближайшую перспективу [Текст] / Г.А.Комаров // Здравоохранение: журнал для руководителя и главного бухгалтера. 2008. - №3 . - С. 155-160.

83. **Комаров, Н.В.** Оценка качества медицинской помощи на основе социологических опросов врачей и пациентов [Текст] / Н.В.Комаров, Р.Н.Комаров // Главврач. - 2005. - №12. - С.44-45.
84. **Крутова, Я.В.** Научное обоснование медико-организационных мероприятий, направленных на оптимизацию качества правового сопровождения медицинских услуг хирургического профиля [Текст]: автореф. дис. …канд.мед.наук / Я.В.Крутова. - Иваново, 2007. - 20 с.
85. **Краснощеков, П.С.** Принципы построения моделей [Текст] / П.С.Краснощеков, А.А.Петров. - 2-е изд., пересмотр, и доп. - М.:ФАЗИС: ВЦ РАН, 2000. - 411 с.
86. **Кучеренко, В.З.** Стратегия клинического менеджмента как основа повышения качества медицинской помощи и ресурсосбережения [Текст] / В.З.Кучеренко, В.П.Яковлев // Пробл. управления здравоохранением. - 2002. - №2. - С.24-28.
87. **Кучеренко, В.З.** Общественное здоровье и здравоохранение в условиях реформирования здравоохранения и медицинского образования [Текст] / В.З.Кучеренко, О.А.Манерова. // Экономика здравоохранения. - 2007. - №11. - С.18-23.
88. **Кучеренко, В.З.** Риск-менеджмент медицинского страхования [Текст]. / В.З.Кучеренко, А.Г.Соколов, С.А.Мартынчик // Экономика здравоохранения. - 2008. - №1 (122). - С.5-15.
89. **Кудрин, В.С.** Концептуально-методологические и организационные основы оценки медицинской деятельности [Текст] / В.С.Кудрин. – Оренбург, 2003. - 266 с.
90. **Кузнецов, П.П.** Информационно-аналитическое обеспечение управления ресурсами здравоохранения [Текст]: автореф. дис. … докт.мед.наук / П.П.Кузнецов. - М.,2003. - 48 с.
91. **Кубрин, С.С.** Математические модели и методы информационно-аналитических систем [Текст] / С.С.Кубрин. - М.:Энергоатомиздат, 2002. - 131 с.
92. **Кулдашев, К.А.** Совершенствование помощи пострадавшим с сочетанной черепно-мозговой травмой [Текст] / К.А.Кулдашев, Н.М.Курбанов, Б.Н.Давлатов // Нейрохирургия. - 2004. - №3. - С.42-46.
93. **Ларин, А.В.** Развитие нормативно-правовой базы лицензирования в

сфере здравоохранения: научное издание [Текст] / А.В.Ларин, Ю.А.Тюков // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. - 2008. - №1. - С.5-10.

94. **Ленская, Л.Г.** О методах менеджмента заболевания [Текст] / Л.Г.Ленская, М.В.Малаховская // Здравоохранение Рос. Федерации. - 2006. - №1. -С.11-14.
95. **Лебедев, Н.В.** Проблема объективной оценки тяжести сочетанной и множественной травмы [Текст] / Н.В.Лебедев // Нейрохирургия. - 2000. - №4. - С.54-58.
96. **Лесик, Н.В.** Опыт организации лечебно-эвакуационных мероприятий при массовых травматических повреждениях [Текст] / Н.В.Лесик, В.М.Дубровин, Б.В.Кровец // Медицина катастроф. - 2005. - №2. - С.65.
97. **Лисицын, Ю.П.** Психологическая медицина [Текст] / Ю.П. Лисицын. - М.:«Медицина», 2004. - 147 с.
98. **Линок, И.А.** Оптимизация управления ресурсами в здравоохранении (на примере Томской обл.) [Текст]: автореф. дис. …канд.мед.наук / И.А.Ленок. – Кемерово, 2007. – 18 с.
99. **Лившиц, С.А.** Особенности управления финансовыми ресурсами в лечебно-профилактических организациях различных форм собственности [Текст]: автореф. дис. …докт.мед.наук / С.А.Лифщиц. - М.,2003. - 49 с.
100. **Ликстанов, М.И.** Научное обоснование оптимизации деятельности многопрофильной больницы на основании применения маркетинговых технологий [Текст]: автореф. дис. …канд.мед.наук. / М.И.Линкастов. - Иваново, 2001. – 21 с.
101. **Ликстанов, М.И.** Соотношение медицинских и информационных технологий в управлении больницей: научное издание [Текст] / М.И.Ликстанов // Проблемы стандартизации в здравоохранении. Управление качеством. - 2008. - №1 . - С. 161-162.
102. **Ливелсбергер, Б.** Кыргызстан: поведенческие изменения в системе здравоохранения [Текст] // Время быть здоровым / Б.Ливерсберг. - 2002. - №5(13). - С. 1-3.
103. **Линденбратен, А.Л.** Некоторые рассуждения о качестве медицинской помощи [Текст] / А.Л.Линденбратен // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2007. - №10. – С.3-5.
104. **Лисицын, Ю.П.** Медицинские кадры [Текст] / Ю.П. Лисицын // Общественное здоровье и здравоохранение.- М., 2002. - С.367-375.
105. **Лукова, Н.Х.** Научное обоснование правовых и этических

взаимоотношений врача и пациента в здравоохранении [Текст]: автореф. дис. …канд.мед.наук. / Н.Х.Лукова. - М., 2001. - 19 с.

106. **Маллаев, А.М.** Клиническая рискология [Текст] / А.М.Маллаев: под ред. И.А.Ашимова. - Бишкек, 2002. – 182 с.
107. **Маманазаров, Д.М.** Организация медицинской помощи и лечение пострадавших при экстремальных ситуациях» [Текст] / Д.М.Маманазаров, Н.М.Курбанов, К.Х.Худайбердиев. - Ташкент. Издательство медицинской литературы им. Абу Аль Ибн Сина, 2003. – 163 с.
108. **Маманазаров, Д.М.** Объем оказания помощи пострадавшим с открытыми и закрытыми повреждениями конечностей на этапах медицинской эвакуации при экстремальных ситуациях травматологической бригадой постоянной готовности [Текст] / Д.М.Маманазаров, М.А.Арипжанов, Р.Ахунжанов // Медицина Кыргызстана. – 2011. - №4. – С.24-26.
109. **Мамакеев, М.М.** Концепция развития и совершенствования хирургической службы Кыргызской Республики на период 2003–2010 гг. [Текст] // Хирургия Кыргызстана / М.М.Мамакеев, И.А.Ашимов, А.А. Сопуев, С.Ш.Тойматов. – 2002. - №1. – С.4-18.
110. **Мамакеев, М.М.** Основные этапы развития, достижения и перспективы кыргызской хирургии, как науки и сферы профессиональной деятельности (сообщение 1) [Текст] // Хирургия Кыргызстана / М.М.Мамакеев., И.А.Ашимов, К.М.Мамакеев. - 2010. - №1. – С.2-9.
111. **Мамакеев, М.М.** Основные этапы развития, достижения и перспективы кыргызской хирургии, как науки и сферы профессиональной деятельности (сообщение 2) [Текст] // Хирургия Кыргызстана / М.М.Мамакеев., И.А.Ашимов, К.М.Мамакеев. – 2010. - №2. – С.3-10.
112. **Мамакеев, К.М.** Экстренная хирургия [Текст] // К.М.Мамакеев. - Бишкек, 2003. – 322 с.
113. **Манерова, О.А.** Научное обоснование системы формирования кадрового потенциала в условиях реформы здравоохранения [Текст]: автореф. дис. … докт.мед.наук / О.А.Манерова. – М., 2006. – 44 с.
114. **Мануйлов, В.** Целевая подготовка специалистов. Модели [Текст] / В.Мануйлов, И.Фёдоров // Высшее образование в России. - 2004. - №2. - С.46-53.
115. **Максимов, И.И.** Качество медицинской помощи и влияние профессионального менталитета медицинских работников на его

непрерывное повышение [Текст]: автореф. дис. ..канд.мед.наук / И.И.Максимов. – М.,2006. – 21 с.

116. **Матвеев, А.В.** Оценка и управление риском: Учебное пособие [Текст] / А.В.Матвеев. - Санкт-Петербург, НПО «Стратегия будущего», 2010. – 279 с.
117. **Мартынчик, С.А.** Организационные основы мониторинга и оценки эффективности деятельности ЛПУ на территориальном уровне [Текст] / С.А.Мартынчик // Экономика здравоохранения. - 2007. - №11. – С.77-84.
118. Медико-социальный и профессионально личностный портрет врачебного персонала многопрофильной больницы [Текст] / Т.П.Васильева, Г.Н.Голухов, Д.Л.Мушников // Социология медицины. — 2003. - №2. - С. 33-35.
119. **Мелешкина, Н.В.** Оценка социальной и экономической эффективности функционирования системы здравоохранения [Текст] / Н.В.Мелешкина // Экономика здравоохранения. — 2005. №7. — С. 19-21.
120. **Мейманалиев, Т.С.** Кыргызская модель здравоохранения [Текст] / Т.С.Мейманалиев. – Б.,«Учкун», 2003. - 682 с.
121. **Мейманалиев, Т.С.** Финансирование здравоохранения Кыргызстана в условиях перехода к рыночной экономике [Текст] / Т.С.Мейманалиев, М.М.Каратаев, А.С.Ибраимов. – Б.,2001. – 201 с.
122. **Михайлова, Н.В.** МС ИСО серия 9000: 2000 как методология обеспечения качества медицинской помощи [Текст] // Методы менеджмента качества / Н.В.Михайлова, Ю.М.Комаров, Л.А.Федорова, А.Ю.Троицкая. - 2001. - №4. - С.9-12.
123. **Михайлов, С.М.** Научно-практическое обоснование процесса непрерывного улучшения качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения [Текст]: автореф. дис. …канд.мед.наук / С.М.Михайлов. – М.,2008. – 45 с.
124. **Митронин, В.Н.** Материальное стимулирование результатов трудовой деятельности персонала медицинской организации на основе профессионализма и конкурентоспособности [Текст] / В.Н.Митронин // Главврач. - 2004. - №2. - С.8-13.
125. **Модестов, А.А.** Методологические и методические подходы к определению эффективности в здравоохранении (на примере г. Красноярска) [Текст] / А.А.Модестов, В.В.Шевченко, А.С.Ямщиков // Главврач. - 2005. - №6. - С.34-45.
126. **Муратов, А.А.** Хирургия практикасын социалдаштыруу, дарттапма

процессин индустриялаштыруу жана дарылоо ыгын жекелештирүүнүн илимий негиздери /[Текст]: автореф. дис…докт. мед. наук. - А.А.Муратов. - Бишкек, 2010. - 45 с.

127. **Мыльникова, И.С.** Об ответственности лечебно-профилактических учреждений за низкое качество медицинской помощи вследствие дефицита ресурсов [Текст] / И.С.Мыльникова // Качество медицинской помощи. - 2000. - № 3. - С. 52-53.
128. **Набережная, Ж.Б.** Анализ удовлетворенности больных медицинской помощью в стационарах [Текст] / Ж.Б.Набережная, А.Г.Сердюков // Главврач. - 2005. - №3. - С. 49-54.
129. **Назаренко, Г.И.** Менталитет медицинских работников и его влияние на успешность внедрениям практику технологической модели непрерывного повышения качества медицинской «помощи [Текст] / Г.Назаренко, Е.Полубенцева, В.Паршин // Главврач. - 2004. - №5. - С.45-53.
130. **Нестеренко, Е.И.** Методологический подход к экспертному анализу заболевания и качества медицинской помощи [Текст] / Е.И.Нестеренко, Н.В.Полунина, С.О.Захарова, В.В.Сергеев // Менеджер здравоохранения. - 2004. - №2. - С. 46-53.
131. **Николаев, Ю.В.** Производственная практика как образовательная технология. [Текст] / Вестник ИвГМА. / Ю.В.Николаев, А.В.Бурсиков - Том 8 (3-4). - 2003. - С.85-88.
132. **Олексив, О.Е.** Экспертиза деятельности анестезиологических служб как метод повышения качества медицинской помощи и основа страхования профессиональной ответственности [Текст]: Автореф. дис. …канд.мед.наук. / О.Е.Олексив. - М., 2005. – 20 с.
133. **Осмоналиев, Д.М.** Одномоментные операции при сочетанной травме [Текст] / Д.М.Осмоналиев, И.Т.Абылгазиев, Р.А.Файзуллаев, Т.И.Кичинегулов // ЦАМЖ. 2006. – Т.XII. - №3. - Приложение 3. – С.33-34.
134. **Панова, И.Н.** Организационно-технологическая оценка стандартов объема медицинской помощи [Текст]: автореф. дис. …канд.мед.наук. / И.Н.Панова. - М.,2004. – 21 с.
135. **Паскаль, А.В.** Научное обоснование организационных форм и пути повышения эффективности и качества внебольничной помощи сельскому населению района (на примере Саратовской области): [Текст]: автореф. дис. канд. мед. наук / А.В.Паскаль. - СПб., 2002. – 22 с.
136. **Пахарин, В.** Качество: мифы и реальность [Текст] / В.Пахарин // Главный

врач. - 2004. - №3. - С.45.

137. **Подлужная, М.Я.** Оценка профессионально-правовой подготовленности организаторов здравоохранения [Текст] / М.Я.Подлужная, А.В.Неверов // Проблемы управления здравоохранением. - 2008. - №3 . - С. 9-12.
138. **Поляков, И.В.** Управление качеством работы медицинской организации [Текст] / И.В.Поляков, А.С.Твердохлебов. - СПб.,2007. - 208 с.
139. **Проклова, Т.Н.** О роли планирования в деятельности системы здравоохранения [Текст] / Т.Н.Проклова // Бюл. НИИ социал. гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко. - М., 2003. - Вып. 7. - С.95 97.
140. **Пронский, А.А.** Организационные аспекты и хирургическая тактика лечения больных с политравмами в остром и раннем периодах травматической болезни [Текст] / А.А.Пронский: Автореф. дис. …д-ра мед. наук. - Новосибирск, 2001. - 43 с.
141. **Пташинский, Р.И.** Управление качеством медицинской помощи во внебольничных организациях с разными формами собственности [Текст]: автореф. дис. …канд.мед.наук / Р.И.Пташинский. - М.,2002. - 27 с.
142. **Пыщева, Л.В.** Клинико-лабораторное обоснование выбора анестезиологического пособия у больных травматической болезнью [Текст] / Л.В.Пыщева // Автореф. дисс. ... канд.мед.наук (14.00.37).- Саратов, 2009.- 105 с.
143. Развитие системы стандартизации в здравоохранении Белгородской области: научное издание [Текст] / Н.И.Белоусов, Л.А.Чужикова, С.В.Пальваль // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - Управление качеством. - 2008. - №2. - С.23-28.
144. Реформы системы здравоохранения в Европе. «Анализ современных стратегий». - ЕВРОВОЗ, 2000. - М., 2000. – 12 с.
145. Рациональное оказание медицинской помощи пострадавшим с торакальной травмой в чрезвычайных ситуациях [Текст] / К.П.Топалов, С.Б.Развин, К.Г.Лазарь, Ю.С.Овсянников, О.К.Ушкалова // Медицина катастроф. - 2006. - №3. - С.40-44.
146. **Решетников, А.В.** Медико-социологический мониторинг: руководство [Текст] / А.В.Решетников. - М.: Медицина, 2003. - 1048 с.
147. **Решетников, А.В.** Экономика здравоохранения: Учеб. пособ. 2-е изд., испр. и доп. [Текст] / А.В.Решетников, В.М.Алексеева, С.А.Ефименко — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. - 272 с.

148. **Реброва, О.Ю.** Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA [Текст] / О.Ю.Реброва. - М.: МедиаСфера, 2002. - 312 с.
149. **Рутковский, О.В.** Проблемы стратегического планирования ресурсного обеспечения здравоохранения [Текст] / О.В.Рутковский // Главврач. - 2004. - №9. - С.4-6.
150. Руководство по анестезиологии и реаниматологии [Текст] / Под ред. Ю.С. Полущена. - СПб., 2006. - 897 с.
151. **Саакян, Ж.А.** К вопросу о совершенствовании управления качеством медицинской помощи в условиях Республики Армения: научное издание [Текст] / Ж.А.Саакян // Проблемы стандартизации в здравоохранении. Управление качеством. - 2008. - №6.- С.23-26.
152. **Саваш, С.** Реформы здравоохранения в Кыргызстане: Пер. с англ. [Текст] / С.Саваш. - Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2000. - 58 с.
153. **Сагымбаев, М.А.** Теоретические и практические аспекты экстремальной медицины: монография [Текст] / М.А.Сагымбаев, Дж.Маманазаров, Р.Ахунджанов, П.А.Абдираев. - Ош: ОсОО «Азия Принт», 2009. – 444 с.
154. **Садыков, А.С.** Пути развития повышения квалификации медицинских работников по организации здравоохранения [Текст] // Медицинские кадры 21 века / А.С.Садыков, Г.М.Субанбаева, Р.С.Разыева. – 2007. - №1. – С.3-7.
155. **Салтман, Р.Б.** Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: пер. с англ. [Текст] / Р.Б.Салтман, Дж. Фигейрос. — М.: ГЭОТАР. - Медицина, 2000. - 432 с.
156. **Саркисов, К.А.** Организация работы клинико-экспертной комиссии в медицинских организациях [Текст] / К.А.Саркисов, И.М.Старовойтова // Заместитель главного врача. - 2007. - №6 (13). - С. 27-33.
157. **Сахно, И.И.** Медицина катастроф (организационные вопросы) [Текст] / И.И. Сахно, В.И.Сахно. - М.; ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. - 560 с.
158. **Сашко, С.Ю.** Юридическая оценка дефектов оказания медицинской помощи и ведения медицинской документации [Текст] / С.Ю.Сашко, А.М.Балло. - СПб.: «БиС»,2001. - 158 с.
159. **Семенов, В.Ю.** Проблемы управления качеством медицинской помощи [Текст] / В.Ю.Семенов // Здравоохранение. - 2004. - №3. - С. 20-25.
160. **Серегина, И.Ф.** Качество и доступность медицинской помощи — суть реформы здравоохранения [Текст] / И.Ф.Серегина // Здравоохранение.

2004. - №12. - С.19.

161. **Сибурина, Т.А.** Современные стратегии организации управления региональным здравоохранением: методологические подходы, перспективные технологии [Текст] / Т.А.Сибурина. — М.,2003. — 344 с.
162. **Сквирская, Г.П.** О развитии стационарозамещающих форм организации и оказании медицинской помощи населению [Текст] / Г.П.Сквирская // Здравоохранение. - 2000. - № 1. - С. 5-10.
163. Совершенствование системы контроля качества медицинской помощи. [Текст] / М.Я.Подлужная и др. // Заместитель главного врача. - 2007. -№2 (9). - С. 80-96.
164. Современное здравоохранение и последипломное медицинское образование [Текст] / В.О.Щепин и др. // Бюл. НИИ СГЭУЗ им. Н.А.Семашко. - М., 2000. - Вып. 2. - С.188-211.
165. **Солодухина, Д.П.** О деятельности стационаров дневного пребывания для пожилых (обзор данных некоторых японских городов) [Текст] / Д.П.Солодухина // Экономика здравоохранения. - М.,2002. - №5-6. - С.62-63.
166. **Сопуев, А.А.** Медико-социальный анализ острой хирургической патологии и неотложная хирургическая помощь при острых заболеваниях органов брюшной полости в Кыргызской Республике [Текст]: автореф. дис…докт. мед. наук / А.А.Сопуев. – Б.,2004. – 48 с.
167. **Старовойтова, И.М.** Формирование нормативной базы контроля качества медицинской помощи [Текст] / И.М. Старовойтова // Заместитель главного врача. - 2006. - №1. - С. 96-102.
168. **Стародубов, В.И.** Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы развития [Текст] / В.И.Стародубов, А.А.Калининская, С.И.Шляфер. - М.,«Медицина»,2007. - 264 с.
169. Статические отчетные формы №40 учреждений здравоохранения Чуйской области за 2001 г. [Текст] – Б.,2001. – 130 с.
170. **Стожаров, В.В.** Система обеспечения структурного качества медицинской помощи [Текст]: автореф. дис. …докт.мед.наук / В.В.Стожоров. – С.Пб, 2005. – 47 с.
171. **Стеценко, С.Г.** Дефекты оказания медицинской помощи: проблемы юридической квалификации и экспертизы [Текст] / С.Г.Стеценко // Российский следователь. - 2002. - №5. - С.7-11.
172. **Султанмуратов, М.Т.** Социально-экономическое обоснование проведения реструктуризации системы предоставления медицинских

услуг в Кыргызской Республике [Текст]: автореф. дис. …докт.мед.наук / М.Т.Султанмуратов. - Б.,2002. – 44 с.

173. **Султанмуратов, М.Т.** Реформа здравоохранения за восстановление социальной справедливости [Текст] / М.Т.Султанмуратов, Н.А.Муканова, Т.О.Ожукеева, Э.Т.Бокчубаев // Реформа. – Б.,2002. - С.31.
174. **Таранов, А.М.** Управление кадровым потенциалом учреждений здравоохранения (социально-гигиенические, социально-психологические и организационно-методические аспекты) / Монография. [Текст] / А.М.Таранов, И.Г.Халецкий, Т.П.Васильева - М.: ФОМС, 2005. - С.84-98.
175. **Тилеков, Э.А.** Становление и развитие высокотехнологичной хирургии в Кыргызской Республике (проблемы, факторы, меры, результаты) [Текст]: автореф. дисс…докт.мед.наук / Э.А.Тилеков. – Б.,2012. – 48 с.
176. **Тишук, Е.А.** К вопросу о ходе выполнения пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в здравоохранении [Текст] / Е.А.Тишук // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - 2008. - Том 11. - №3. - С. 44-47.
177. **Тидеманн, Б.** Дуальная система – немецкая форма профессионального образования [Текст] / Б.Тидеманн // Образование и наука. – 2011. - №6. – С.112-123.
178. **Тобес Бриджит.** Право на здоровье: Теория и практика [Текст] / Бриджит Тобес. - М.: Устойчивый мир, 2001. - С.89-96.
179. **Туйбаев, З.А.** Компететностный подход к объективизации качества повторных операций [Текст] / З.А.Туйбаев: Автореф. дис. …докт.мед.наук. – Б., 2016. – 48 с.
180. Управление кадровым потенциалом учреждений здравоохранения (социально-гигиенические, социально-психологические и организационно-методические аспекты) [Текст] / Под ред. А.М.Таранова. - М.: Федеральный фонд ОМС, 2005. - 232 с.
181. Управленческий учет в медицинской организации [Текст] / А.И.Вялков, В.З.Кучеренко, С.Л.Вардосанидзе // Главврач. - 2008. - №2. - С.42-49.
182. Факторы формирования качества медицинских услуг в сельских районах Томской области [Текст] / Л.В.Капилевич и др. // Здравоохранение Рос. Федерации. - 2006. - №1. - С. 21-23.
183. **Фатыхов, Р.Р.** Концепция кадровой политики и кадровый потенциал здравоохранения [Текст] / Р.Р.Фатыхов // Главврач. - 2004. - №6. - С.61-64.
184. **Хрупкин, В.И.** Проблемы и перспективы последипломной подготовки

военно-медицинских кадров [Текст] / В.И.Хрипкин // Воен.-мед. журн. - 2002. - №1. - С.7-12.

185. **Худолеева, О.Б.** Медико-социальная оценка оптимизации ресурсов здравоохранения в условиях реализации территориальной программы государственных гарантий медицинской помощи населению [Текст]: автореф. дис. …канд.мед.наук / О.В.Худолеева. – Хабаровск, 2004. – 21 с.
186. **Чарный, Б.И.** Новая экономическая модель функционирования амбулаторно-поликлинических учреждений [Текст] / Б.И.Чарный // Здравоохранение. - 2003. - №10. - С.47-52.
187. **Чернова, Т.В.** Мотивация персонала как одна из функций внутрибольничного управления [Текст] / Т.В.Чернова, Н.В.Махинова, Г.Н.Кочубей // Главврач. - 2007. - №2. - С.101-103.
188. **Черкасов, В.А.** Тяжелая сочетанная травма, прогнозирование тяжести и исходов [Текст] / В.А.Черкасов, И.Н.Щеткина // В кн.: Актуальные проблемы современной тяжелой травмы. - СПб., 2001. - С.128-129.
189. **Чынгышева, Ж.А.** методологические и клинические аспекты интраоперационного расширения параметров операции и анестезиологического пособия в неотложной хирургии [Текст] / Ж.А.Чынгышева: Автореф. дисс. …канд.мед.наук. – Б., 2011. - 22 с.
190. **Шелепов, А.М.** Перспективные технологии лечебно-эвакуационного обеспечения в условиях современных военных конфликтов [Текст] / А.М.Шелепов, В.В.Жидик, А.Ж.Черный // Военно-медицинский журнал. - 2007. - № 2. - С.13-15.
191. **Щепин, О.П.** Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи [Текст] / О.П.Щепин, В.И Стародубов, А.Л.Линденбратен, Г.И.Галанова. - М.:Медицина,2002. - 174с.
192. **Щепин, В.О.** Структурно-функциональные преобразования государственной системы здравоохранения [Текст] / В.О.Щепин, Е.С.Пояркова // Экономика здравоохранения. - 2007. - №11. - С.73-76.
193. **Шильникова, Н.Ф.** Научное обоснование эффективности использования ресурсов здравоохранения на региональном уровне, обеспечивающих качество и доступность медицинской помощи населению [Текст]: автореф. дис. …докт.мед.наук / Н.Ф.Шильникова. - М.,2007. – 48 с.
194. Шок: Теория, клиника, организация противошоковой помощи [Текст] / Под ред. Г.С.Мазуркевича, С.Ф.Багненко. - СПб.: Политехника, 2004. - 539 с.
195. **Шурыгина, Ю.Ю.** Роль инновационных технологий в повышении

эффективности организации медико-социальной помощи населению: [Текст]: автореф. дис. …докт.мед.наук / Ю.Ю.Шурыгина. - М.,2006. – 44 с.

196. **Шукурбаев, К.А.** Факторная модель и медико-хирургическая помощь при политравме [Текст] / К.А.Шукурбаев: Автореф. дис. …канд.мед.наук. – Б., 2002. – 20 с.
197. **Эдлинский, И.Б.** Контроль качества медицинской помощи в системе здравоохранения [Текст] / И.Б.Эдлинский // Заместитель главного врача. - 2007. - №5. - С.114-117.
198. Экстренная медицина [Текст] / Под ред. Д.Спригингса. - М.: Мед. лит., 2008. - 544 с.
199. **Югфельд, Е.А.** Анализ эффективности дуальной модели обучения при подготовке специалистов в условиях государственно-частного партнерства [Текст]. // Югфельд Е.А. - Вестник высшей школы «Alma mater», 2014. - №9. – С.44-47.
200. **Яковенко, Л.М.** Компьютерная система поддержки принятия организационных решений по оказанию медицинской помощи пораженным в дорожно-транспортных катастрофах [Текст] / Л.М.Яковенко // Мед. катастроф. - 2001. - №4. - С. 17-20.
201. **Aguilar, M.** Management of human resources in neurology [Text] / Aguilar M., Alarson A., Obdulia M. // Neurologia. - 2003. – V.l. – N.4. - P.59-70.
202. **Armstrong, S.J.** The impact of supervisor's cognitive styles on the quality of research supervision in management education [Text] / Armstrong S.J. // Br. J. Educ. Psychol. -2004. – V.4. – N.5. - P.599-616.
203. **Bamberg, R.** Approaches to leadership development used by deans of allied health [Text] // Bamberg R., Layman E.J. Allied Health. - 2004. – V.33. – N.2. - P.24-113.
204. **Berg, C.** The human resources code. Managing employee performance problems [Text] // Berg C. - Emer. Med. Serv. - 2004. - V.33. - N10. – P.156-164.
205. **Brown, G.S.** Pushing the quality envelope: a new outcomes management system [Text] // Brown G.S. - Psychiatric Serv. - 2001. - V.52. – N4. – P.925-934.
206. **Beck, K.** Growing importance of capitation in Switzerland [Text] // Beck K. - Health Care Management Science. - 2000. – V.3. - N2. - P.110-119.
207. **Buchan, J.** What difference does ("good") HRM make? [Text] // Buchan J. - Hum. Resour. Health. - 2004. – V.7. – N.2 (1). - P.6.

208. **Baker, D.J.** Multiple casualty incidents: the prehospital role of the anesthesiologist in Europe [Text] / D.J.Baker, C.Telion, P.Carli // Anesthesiol Clin. - 2007. – N.25. – V.1. - P.179-188.
209. **Bradt, D.A.** Evidence-based decision-making (part II): applications in disaster relief operations [Text] / D.A.Bradt // Prehosp Disaster Med. - 2009. – N.24. – V.6. - P.479-492.
210. **Derteloot, G.** Nursing hracticce in the context of geographic isolation: implications for training [Text] / Derteloot G., Gagnayre R. // Sante Publique. - 2004. – V.16. – N.6. - P.150-235.
211. Clinical management. Where medicine meets managemen. Those who scan. [Text] // Healyh. Serv.J. - 2004. – V.14. – N.114. – P.9-28
212. **Croasdale, M.** Federal advisory group predicts physician shortage looming [Text] / Croasdale M. // AMNews. – 2003. – V.3. – N.3. – P.3-5.
213. Chairman, Committee on Health, Education, Labor and Persons, U.S. Senate. [Text] – Washington, 2003. - P.3-67.
214. **Caillet, R.** Accreditation: the French experience [Text] / Caillet R., Baillet S. Hospital: Official Journal of the European Association of Hospital Managers. – 2000. – V.1. – N5. – P.23-24.
215. **Castle, N.** Triage and transport decisions after mass casualty incidents [Text] / N. Castle // Emerg Nurse. - 2006. – N.14. – V.1. - P. 22-25.
216. **Challen, K.** Physiological scoring: an aid to emergency medical services transport decisions? [Text] / K.Challen, D.Walter // Prehosp Disaster Med. - 2010. – N.25. – V. - P. 320-3.
217. **Cryer, H.G.** Trauma system: the backbone of disaster preparedness [Text] / H.G.Cryer, J.R.Hiatt // J Trauma. - 2009. – N.67. – V.2. - P. 111-113.
218. **Dolich, M.O.** Ultrasounds for blunt-abdominal trauma [Text] / M.O.Dolich, McKenney M.G., Varela J E., Compton R.P. // J.Trauma. - 2001. - V.1. – N.50. - P.108-112.
219. **Dickson, G.C.** Perception of risk: a study of A&E nurses and NHS managers [Text] / Dickson G.C, Price L., Maclaren WM., Stein WM. // J. Health Organ. Manag. - 2004. – V.18. – N.4-5. - P.300-308.
220. **Fritzon, K.** The application of an action system model to destructive behavior: The examples of arson and terrorism [Text] / K.Fritzon, D.Canter, Z. Wilton // Behavioral Sciences & the Law. – 2001. - V.19. – N.5-6. - P. 657-690.
221. **Franc-Law, J.M.** Accuracy of computer simulation to predict patient flow during mass-casualty incidents [Text] / J.M.Franc-Law, M.J.Bullard, F.Delia Corte // Pre-hosp. Disaster Med. - 2008. – N.23. – V.4. - P. 354-360.

222. **Fukuda, Y.** Isiovellas de la normalization international [Text] / Fukuda Y. // ISO bulletin. - 2001. – V.3. – N.2. - P.76-82.
223. **Fiqueiras, A.** One-to-one versus group sessions to improve prescription in primary care: a pragmatic randomized controlled trial [Text] / Fiqueiras A. // Med. Care. - 2001. – V.5. - N.3. - P.158-167.
224. **Gries, A.** Deficiencies in the practical management of certain emergency situations. Improvement in the emergency medical qualifications through practice oriented course concepts [Text] / A.Gries, W.Wilhelm // Anaesthesist. - 2004. – N. 53. – V.11. - P. 1043-4.
225. **Gunnarsson, B.M.** Factors influencing decision making among ambulance nurses in emergency care situations [Text] / B.M.Gunnarsson, M.Warren Stomberg // Int Emerg Nurs. - 2009. – N.17. – V.2. - P. 83-89.
226. **Gilbert, G.** Army medical robotics research [Text] / G.Gilbert, T. Turner, R.Machelsault // Rev. Int. Sant. - 2005. - V.78. - N.2. - P.105-112.
227. **Golden, P.A.** Thoracic trauma [Text] / P.A. Golden // Orthop. Nurs. - 2000. - V.19. - N.5. - P. 37-45.
228. **Dyson, S.L.** A shortage of health information management professionals: how would we know? [Text] / Dyson S.L., Greene, B., Fraher E.P. // J. Allied Health. - 2004. – V.33. – N.3. - P.153-167.
229. **Doolan, D.F.** Computerized Physician Order Entry System In Hospitals: Mandates And Incentives [Text] / Doolan D.F., Bates D.W. // Healf Affairs. - 2002. - V.21. – N.4. -P.180-188.
230. **Hylton, J.** Leadership: the next HHR crisis? / Hylton J. // Part I. Health Manage Forum. – 2004. - V.17. – N.1. - P.3-5.
231. **Hansen, A.** Organization and management structures of hospitals and hospital departaments [Text] / Hansen A. // Hospital. - 2000. - V.2. – N.1 – P.18-20.
232. **Hendriks, A.A.** Improving the assessment of (in) patients satisfaction with hospital care [Text] / Hendriks A.A. // Med. Care. 2001. - V.39. – N.3. - P.270-283.
233. **Hynes, D.M.** Data base and informatics support for QVERL [Text] / Hynes D.M. // Med. Care. -2000. - V.38. – N.6. - P.114-119.
234. **Hayward, M.** Pre-hospital response to major incidents [Text] / M. Hayward // Nurs Stand. - 2003. – N.17. – V.30. - P. 37-40.
235. **Harbour, R.** A new system for grading recommendatios in evidence based guidelines [Text] / R.Harbour, J.Miller // Br. Med. J. - 2001. – V.3. – N.23. - P.334-336.
236. **Hays, R.** Problems with problems in problem-based curricula [Text] / R. Hays.

//Med. Education. - 2002. - V.36. – N.8. - P.790.

237. **Howe, A.** Professional development in undergraduate medical curricula -the key to the door of a new culture? [Text] / A. Howe //Med. Education. - 2002. - V.36. – N.4. - P.353-359.
238. **Johnes, K.J.** Translating research into practice: voluntary reporting of medication errors in critical access hospitals. [Text] / Johnes K.J., Cochran G., Hicks R.W., Mueller K.J. // J. Rural. Health. - 2004. – V.20. – N.4. - P.43-35.
239. **Johnston, G.** Reviewing audit : barriers and facilitating factors for effective clinical audit [Text] / Johnston G.,Grombie L.K., Davies H.N.O. // Quality in Health Care. - 2000. - V.9. – N.5. – P.23-36.
240. **Jourdain, A.** Equity of a health systems / Jourdain A. // European Journal of Public Health. - 2000. – V.10. – N.3. – P.138-142.
241. **Moehr, J.R.** Medical informatics and medical education in Canada in the 21st century [Text] / Moehr J.R., Graut A. // Clin. Invest.Med. - 2000. - V.23. – N.4. - P.275-280.
242. **Parochka, J.** A continuing medical Education lecture and workshop, physician behavior, and barriers to change [Text] / Parochka J., Paprockas K. // J. Conton Educ. Health Prof. - 2001. - V.21. – N.2. - P.110-116.
243. **Pei, L.** Improving human resource management in Chinese healthcare: identifying the obstacles to change /[Text] / Pei L., Stanton P. Legge D. // Aust. Halth Rev. - 2004. – V.27. – N.6. - P.120-124.
244. **Schena, F.P.** Management human resources [Text] / Schena F.P. // G. Ital. Nefrol. - 2004. – V.8. – N.2. - P.57-64.
245. **Schena, F.P.**How to recruit and develop physician leaders: a strategy for medical staff leadership development. [Text] / Schena F.P. - New York, 2003. - P.3-39.
246. **Wyss, K.** An approach to classifying human resources constraints to attaining health-related Millennium Development Goals [Text] / Wyss K. // тHum. Resour. Health. -2004. V.6. – N.2. - P.11-14.
247. **Wish, B.** Role of external oversight in quality activities: Accreditation credentialing, licensure and deemed status [Text] / Wish.B. // American Journal of kidney Diseases. - 2001. – V.32. – N.6. – P.177-181.
248. **Wolfersteig, J.** Performance improvement: A multidimensional model. [Text] / Wolfersteig. J. Dunham. L. - 2000. - V.10. – N.4. – P.351-354.
249. **Gray, R.** Never mind the quality: What about the outcome? [Text] / Gray. R. // Nursing Management. - 2001. - V.5. – N.3. – P.20-22.
250. **Elliott, V.** Stagg Physician shortage predicted to spread [Text] / Elliott V. //

AMNews staff. - 2004. - V5. - N.2. – P. 3-5.

251. **Khorram-Manesh, A.** Management of traumatic liver injuries without a valid trauma system [Text] / A. Khorram-Manesh, B. Pourseidi // Prehosp Disaster Med. - 2009. – N.24. – V.4. - P. 349-355.
252. **Lambert, M.J.** The effects of providing the rapists with feedback on patient progress during psychotherapy: are outcomes enhanced? [Text] / Lambert M.J. // Psythotherapy Research. - 2001. - V.11. – N.2. - P.49-68.
253. **Laerum, H.** Effects of Scanning and Eliminating Paper-based Medical Records on Hospital Physicians' Clinical Work Practice [Text] / Laerum H., 'Karlsen T. H., Faxvaad A. // J Am Med Inform Assoc. - 2003. – V.12. – N.10. - P.588-595.
254. **Negus, T.L.** Determining medical staffing requirements for humanitarian assistance missions [Text] / Negus T.L., C.J. Brown, P. Konoske // Mil Med. - 2010. – N.175. – V.1. - P.1-6.
255. **Nelson, S.B.** Information management during mass casualty events [Text] / S.B.Nelson // Respir Care. - 2008. – N.53. – V.2. - P. 232-238
256. **Parsonage, I.** Making clinical decisions in emergency situations [Text] / I.Parsonage // Emerg Nurse. - 2010. – N.18. – V.4. - P.18-21.
257. **Pomerantz, J.M.** Analyzing the terrorist mind [Text] / J.M.Pomerantz // Drug Benefit Trends. - 2001. - V.13. – N.12. – P.2-3.
258. **Sasser, S.** Prehospital trauma care systems [Text] / S. Sasser, M. Varghese, A. Kellcimann. - Geneva, WHO, 2005. - P. 122-128.
259. **Shapiro, J.** Primary care resident, faculty, and patient views of barriers to cultural competence, and the skills needed to overcome them [Text] / J.Shapiro, J.Hollingshead, E.H.Morrison // Med. Education. - 2002. - V.36. – N.8. - P.749-459.
260. **Tucker, P.** Predictors of posttraumatic stress symptoms in Oklahoma City: Exposure, social support, peri-traumatic responses [Text] / P.Tucker, B.Pfefferbaum, S.J.Nixon, W.Dickson // Journal of Behavioral Health Services & Research. - 2000. - V. 27. – N.4. - P.406-416.
261. **Windokun, A.** Development of a staff recall system for mass casualty incidents using cell phone text messaging [Text] / A.Windokun, Z.Hamid // Anesth Analg. -2010. – N.111. – V.2. - P. 581-582.
262. **Van Der Kolk, B.** Exploring the nature of traumatic memory: Combining clinical knowledge with laboratory methods [Text] / B.Van Der Kolk, J.W.Hopper, J.E.Osterman // Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma. – 2001. – N.4. – V.2. – P.9-31.

263. **Yorganci, M.** Preparedness of primary healthcare centers for critical emergency situations in southwest Turkey [Text] / M.Yorganci, H. Yaman // Prehosp Disaster Med. - 2008. – N.23. – V.4. - P. 342-5.
264. **Yasuhara, H.** Blunt thoracic and abdominal vascular trauma and organ injury caused by road traffic accident [Text] / H.Yasuhara, S.Naka, T.Kuroda, N.Wada // Europ. J. Vase. Endovasc. Surg. - 2000. - V.20. -N.6. - P.517-522.
265. **Zakariassen, E.** Norwegian regular general practitioners' experiences with out-of-hours emergency situations and procedures [Text] / E.Zakariassen, H.Sandvik, S.Hun-skaar // Emerg Med J. - 2008. – N.25. – V.8. - P. 528-533.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1