



Ректор ОшГУ
М.н., профессор
Г. Кожобеков

Иванов

« 28 » 04 2025 г.

из протокола № 9 от 22.04.2025 года заседания сотрудников кафедры хирургических болезней медицинского факультета ОшГУ по предварительному рассмотрению диссертационной работы Абдурахманова Шаятбека Туланбаевича на тему: «Многоуровневое моделирование качества медицинской помощи в Кыргызской Республике», представленную на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальностям: 14.01.17 – хирургия и 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение.

Муратов А.А.

д.м.н., профессор заведующий кафедрой хирургии
медфака ОшГУ (14.01.17; 14.02.03);

2. Адиев Т.К.

к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней
медфака ОшГУ (14.01.17);

3. Абдиев А.Ш.

д.м.н., и.о. профессора кафедры хирургических
болезней медфака ОшГУ (14.01.17);

4. Каратаев М.М.

д.м.н., профессор кафедры Общественного здоровья
и здравоохранения КГМА им. И. К. Ахунбаева
(14.02.03) (научный консультант);

5. Мамаев Т.М.

д.м.н., профессор заведующий кафедрой
Общественное здравоохранение медфака ОшГУ
(14.02.03) (приглашенный);

6. Мамедов Р.Р.

д.м.н., профессор кафедры Общественное
здравоохранение медфака ОшГУ (14.02.03)
(приглашенный);

7. ОСМОНОВ Т

К.М.Н., и.о. доцент, заведующий кафедрой
хирургических болезней медфака ОшГУ (14.01.17)

8. Осумбеков Б.З.

д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней
медфака ОшГУ (14.01.17);

- | | |
|--------------------|--|
| 9. Райымбеков О.Р. | д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней медфака ОшГУ (14.01.17); |
| 10. Тилеков Э.А. | д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии КГМА им. И. К. Ахунбаева (14.01.17; 14.02.03) <i>(научный консультант)</i> ; |
| 11. Шамшиев А.А. | д.м.н., профессор кафедры Общественное здравоохранение медфака ОшГУ (14.02.03); <i>(приглашенный)</i> ; |
| 12. Ыдырысов И.Т. | д.м.н., декан медицинского факультета ОшГУ (14.01.17); |
| 13. Тажибаев М.К. | к.м.н., доцент хирургических болезней медфака ОшГУ (14.01.17); |
| 14. Джапиев У.Х. | к.м.н., ассистент кафедры хирургических болезней медфака ОшГУ (14.01.17); |
| 15. Ураимов К.А. | к.м.н., ассистент кафедры хирургических болезней медфака ОшГУ (14.01.17); |
| 16. Койчуев К.К. | к.м.н., ассистент кафедры хирургических болезней медфака ОшГУ (14.01.17); |
| 17. Кутуев Ж.А. | ассистент кафедры хирургических болезней медфака ОшГУ; |
| 18. Курманкулов А. | ассистент кафедры хирургических болезней медфака ОшГУ; |

Всего: 18

ПОВЕСТКА ДНЯ:

Предварительное рассмотрение диссертационной работы Абдурахманова Шаятбека Туланбаевича на тему: «Многоуровневое моделирование качества медицинской помощи в Кыргызской Республике», представленную на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальностям: 14.01.17 – хирургия и 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение.

Заседание открыл председатель Муратов А.А. который ознакомил присутствующих с повесткой дня, представил назначенных рецензентов и научных консультантов по диссертационной работе.

Научные консультанты:

1. доктор медицинских наук, профессор Тилеков Эрнис Абдышевич (14.01.17 – хирургия; 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение);
2. доктор медицинских наук, профессор Каратаев Мадамин Мусаевич (14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение)

Назначенные рецензенты:

1. Абдиев А.Ш. - д.м.н., и.о. профессора кафедры хирургических болезней медицинского факультета ОшГУ (14.01.17);

2. Шамшиев А.А. - д.м.н., профессор заведующий кафедрой Общественное здравоохранение медицинского факультета ОшГУ (14.02.03)

3. Ыдырысов И.Т. – д.м.н., декан медицинского факультета ОшГУ (14.01.17);

Слушали: Доклад Абдурахманова Ш.Т. (доклад сопровождался слайдами).

Глубокоуважаемый председатель! Уважаемые члены совета! Разрешите доложить основные результаты нашего исследования на тему: «Многоуровневое моделирование качества медицинской помощи в Кыргызской Республике».

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, ЛПУ, 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, находящимся 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 ЛПУ 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 проанализированы методологические аспекты разрешения интраоперационных ЭС.

Впервые дана оценка процессной модели развития триады компонентов («К-ПК», «О-МК», «Т-ТК») системы ЭХ по обеспечению КИОП. Разработаны «нормы-рекомендации» на основе сопоставления с существующими «нормами-рекомендациями» 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 впервые проведена оценка процессной модели развития триады компонентов («О-УК», «Т-РК», «П-КК») системы ЛПУ 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 заключается в следующем: 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 корректировать. 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 КДПО.

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.

Проведение 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.

Основные положения диссертации, 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-компетентных 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 уравнилеля 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.

Материал исследования: Предметом исследований определены важные аспекты проблем разрешения интраоперационных ЭС: методологические; клинико-психологические; организационно-методические; тактико-технические. За период 2009-2017 гг. совокупный материал по тяжелыми ранениями и политравмой, находившиеся в ЭС составил 184 пострадавших. Анализу подвергнуты данные 100 из них. 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%. 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.

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. 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%.

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%).

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). Аналгезия 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 (PaCO₂ 35–37 мм рт. ст.).

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 статистических 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 случая (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 фонда; 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 медицинской помощи в ЦСМ/ГСВ, ТБ, ЦОВП, ФАП, СМП с комплексной экспертной оценкой на основе «Положения об управлении КМП в системе ОМС» (МЗ КР, 2002, №297). Проведен анализ архивных материалов ФОМС, касающихся этапного состояния республиканской 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 определения 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.

В ходе проведенной работы сделаны следующие выводы:

1. Главным достижением модели развития триады компонентов: «К-ПК», «О-МК», «Т-ТК» системы 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 уравнилителя (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. Совместный план коррекции ЭС должен быть компромиссом между всеми опасностями и преимуществами предпринимаемых мер;

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. Очевидная положительная динамика системы здравоохранения КР обусловлена тем, что «А-ПК» взяла значительную часть нагрузки «К-СК» на себя;

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 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 (психологии, социологии). КГМИППК, как головное учреждение по последипломной подготовке врачей в КР, должен усилить интеграционный процесс, превращения соответствующие кафедры и курсы в центры научно-инновационного развития медицинских служб в КР. В период 2006-2012 гг. отмечается улучшение общетеоретической подготовки слушателей, возросла мотивация слушателей на повышение уровня своей профессиональной компетентности и личностного развитие.

На данном слайде, соответственно, указаны двухаспектные задачи исследования по оценке процессной модели развития триады подсистем вышеперечисленных подсистем по обеспечению КМП.

ПО ДОКЛАДУ ЗАДАНЫ ВОПРОСЫ:

Осумбеков Б.З. - д.м.н., профессор

Вопрос: каковы основные цели ХБ при ЭС?

Ответ: сохранить жизнь пострадавшего и действия на основе системы совместной оценки и принятия коллегиально-компетентностных решений по ликвидации ЭС

Осумбеков Б.З. - д.м.н., профессор

Вопрос – какие технические заблуждения чаще допускают хирурги при ЭС?

Ответ: наибольший удельный вес приходится на неправильную интерпретацию хирургической ситуации и, в результате, происходило искажение сущности оперативного приема, а также продолжительное и травматичное оперирование в условиях критического нарушения гомеостаза.

Тажибаев М.К. - к.м.н., доцент

Вопрос: -Что представляют собой процессные модели на триадной основе?

Ответ: процессная модель представляет собой описание здравоохранения,

Л-ПУ, ПДО и ЭХ как целостных систем, наделенных функциями материально-техническими, научно-образовательными, организационно-управленческими

Адиев Т.К. – к.м.н., доцент

Вопрос какие основные дефекты были обнаружены в диагностическом обследовании больных?

Ответ: все дефекты были разделены на 3 основные группы:

- 1.обследования не проводились вообще
- 2.обследования абсолютно неинформативны
- 3.обследования проведены не в полном объеме

Муратов А.А. - д.м.н.

Вопрос: в чем заключается практическая значимость вашей работы?

Ответ: положения диссертации пополняют научный потенциал современной системы здравоохранения, ЛПУ, ПДО и ЭХ.

Председатель: Осмонов Т.Ж. - Если нет других вопросов, то перейдем к обсуждению диссертационной работы. Слово предоставляется рецензентам.

ВЫСТУПЛЕНИЕ РЕЦЕНЗЕНТОВ:

Выступление первого рецензента – д.м.н. Абдиев А.ш.

Глубокоуважаемый председатель, уважаемые коллеги.

1. Актуальность темы исследования и ее связь с запросами практики и развития науки.

Диссертация Ш. Т. Абдурахманова, выполненная на стыке двух специальностей: 14.01.17 - хирургия; 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение, исходит из головных научно-практических учреждений республики. Тема диссертации предполагает прояснение методологических проблем системы взаимосвязи триадных компонентов здравоохранительного сегмента КР, а также системы последиplomного дополнительного образования врачей. Эти системы взаимосвязаны, так как в конечном итоге ведут к повышению качества медицинской помощи (КМП). Даже дополнительное образование врачей, его качество (КДО) выступает в качестве необходимого элемента КМП.

Научные результаты в рамках требований к докторским диссертациям в заявленных специальностях. Хочу сразу отметить, что акцент сделан правильно, а именно сделать это на базе комплексных исследований и с учетом пропорционального соотношения фундаментальной и прикладной науки. В этом аспекте, в медицине должны стремиться к сбалансированному развитию не только смежных научно-практических направлений, но и фундаментально-методологических разделов медицинской науки.

Прав соискатель в том, что основным инструментом реализации приоритетов последиplomной подготовки хирургических кадров является программно-целевой метод. КГМИПиПК в целях реализации метода должны усилить процесс интеграции науки, практики и образования, превращения соответствующие кафедры и курсы в центры научно-инновационного развития медицины и различных медицинских служб.

Конечно же за основу реформирования научно-практической и образовательной деятельности системы республиканского здравоохранения, а

также КГМИПКиПК следует положить тщательно взвешенные и учитывающие позицию научно-практической медицинской общественности критерии оценки качества и уровня научно-практических работ, теоретических обобщений и научно-инновационных проектов и предложений.

Работа затрагивает проблему повышения международной сопоставимости высшего профессионального медицинского образования и дообразования, вопросы улучшения условий передвижения врачей, а это непосредственно связаны с вопросами гармонизации медицинских образовательных программ и являются важнейшими задачами системы подготовки и переподготовки медицинских кадров во всем мире.

Такой подход отвечает требованиям «рынка специалистов». Более того, обеспечение мобильности врачей, ликвидация препятствий для их мобильности – это важнейшая и внутренняя задача. Согласен с тем, что формирование врачей должно быть системным и целенаправленным. Эта проблема здравоохранения приобретает особую актуальность в связи с диктатом новых парадигм отечественного здравоохранения, требующие смены всей здравоохранительной политики. В указанном плане, считаю тему актуальной.

На мой взгляд, поставленные задачи сопоставимы с целью, они адекватны и реальны. Это касается и других аспектов исследования, а именно оценка моделей развития той или иной подсистемы здравоохранения. Это касается и сроков исследований, а также набора методов для реализации задач.

О важности предполагаемых резюме исследований свидетельствует то, что будет разработана не только соответствующая Концепция, но и будет составлено системно-информационное представление о проблеме последипломного профессионального образования хирургов КР.

Хочу заметить, что работа будет опираться на работы, которые составляют методологическую основу исследования, его идейно-теоретическую базу. Такие исследования в НХЦ, а также в стенах кафедры хирургии ФУВ проводятся на протяжении многих лет.

В этом плане, в качестве материала будут использованы не только разнообразный источниковый материал, но и результаты исследований, проведенных исполнителем и научным консультантом. Хотелось бы отметить, что важной методической процедурой исследования запланирован метаанализ, а также использование принципов доказательной медицины в сравнении с научной методологией.

Согласен с тем, что основная задача ближайших лет – это создание необходимых условий для сохранения и развития наиболее перспективных разделов системы подготовки научно-практических кадров, эффективное использование научно-кадрового потенциал, реформирование ЛПУ.

В этом аспекте, приоритетным является то, что нужно предпринимать меры по формированию новых и развитию существующих научно-практических школ, преодолению их разобщенности. Предстоит реализовать политику достойной и активной поддержки развития науки, практики и ДО в качестве приоритетной задачи по реформированию непрерывной подготовки кадров, а, следовательно, оптимизации системы здравоохранения.

Достоверность полученных данных также не вызывает сомнений. Научные положения, выводы и практические рекомендации, приведенные в диссертации основаны на тщательном анализе достаточного статистического, клинического, секционного, экспериментального материала. Полученные цифровые данные подвергнуты статистической обработке с помощью пакета компьютерных программ и иллюстрированы в виде таблиц и схем. Таким образом, автором обследован и изучен достаточный клинический материал, использованы современные, информативные, соответствующие поставленным задачам, методы исследования. Научные положения и выводы обоснованы результатами самостоятельных исследований, подвергнутых статистической обработке с использованием критериев достоверности. Полученные автором научные положения, выводы и практические рекомендации аргументированы, логично завершают выполненную работу. Основные положения диссертации апробированы на практике, обсуждены в коллективе этих учреждений. Уровень публикации основных положений работы достаточный. По работе опубликовано свыше 25 статей в научно-периодических изданиях, входящих в РИНЦ. В этом плане, полнота публикации результатов работы достаточная.

Полученные результаты можно классифицировать как решение крупной прикладной проблемы, имеющей важное значение для теории и практики здравоохранения. Полученные результаты рекомендованы к более широкому внедрению в сети лечебно-профилактических учреждений, а также в педагогическую деятельность медицинских вузов при преподавании хирургии. Автореферат отражает все аспекты диссертационного исследования, соответствует содержанию диссертации. Стиль изложения и объем вполне приемлемы. В этом плане, автореферат по объему, оформлению, содержанию соответствует требованиям «Положения о присуждении ученых степеней» НАК КР.

Соблюден традиционный стиль изложения диссертации. Структура и язык диссертации правильный, ясный. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, 7 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, изложенных на 249 страницах компьютерного текста. Библиографический указатель включает 250 источника, в том числе 170 – из стран ближнего и 80 - из стран дальнего зарубежья.

Замечания и предложения. В диссертации допущен ряд некорректных выражений и сокращений. Особенно изобилуют условные обозначения, затрудняющие восприятие текста. С точки зрения компактности изложения это является преимуществом работы, однако, с точки зрения текущего анализа утомляет и зачастую вводит в заблуждение. В литературный обзор включены второстепенные сведения, напрямую не касающейся темы работы. Однако, в целом, указанные недостатки не снижают общего благоприятного впечатления и ценности диссертации.

Заключение. Диссертация Ш.Т. Абдурахманова, представленная на соискание ученой степени доктора медицинских наук, выполнена на актуальную тему, на современном методическом уровне, содержит новизну и практическую ценность. Работа законченная, соответствует требованиям НАК КР,

предъявляемым к докторским диссертациям. После исправления указанных выше недостатков диссертацию можно рекомендовать на рассмотрение в диссертационном совете, так как в работе найдено свое решение достаточно крупная, значимая научно-практическая задача и диссертантом внесен существенный вклад в проблему хирургической помощи при экстренных ситуациях и защиты организма во время оперативного вмешательства. В целом, по актуальности затрагиваемой проблемы, научной новизне основных положений, обоснованности и достоверности результатов, важности для теоретических и клинических разработок, данная диссертация соответствует требованиям «Положения о порядке присуждения ученых степеней и присвоения ученых званий» НАК Кыргызской Республики, предъявляемым к докторским диссертациям по специальностям: 14.01.17 - хирургия; 14.02.03 – общественное здоровье и организация здравоохранения, а соискатель достоин присвоения искомой степени.

Ответ соискателя рецензенту:

Глубокоуважаемый Азамат Шакирович! Большое спасибо за рецензирование нашей работы. Со многими Вашими замечаниями мы согласны и устранили в ходе подготовки к апробации.

Председатель: Муратов А.А

Слово предоставляется второму рецензенту:

Выступление второго рецензента – д.м.н. Шамшиев А.А.

Уважаемый председатель, члены научного общества!

Диссертационная работа на тему: «Многоуровневое моделирование качество медицинской помощи в Кыргызской Республике» соответствует шифру специальностей: 14.01.07 – хирургия; 14.02.03-общественное здоровье и организация здравоохранения. Хотелось бы подчеркнуть то обстоятельство, что работа исходит из головных научно-образовательных (КГМИП и ПК) и научно-практических (НХЦ) учреждений республики.

Важно то, что реализация темы предполагает исходную компетентность в исследуемых проблемах научных консультантов: доктора медицинских наук, профессора Тилекова Э.А. (по хирургии) и доктора медицинских наук, профессора Каратаева М.М. (по организации здравоохранения). Как известно, он является в КР не только высококвалифицированным ученым, педагогом, но и опытным организатором здравоохранения.

На наш взгляд, конечная задача докторанта – это не только и не столько разработка и реализация Концепции последипломной подготовки хирургических кадров в Кыргызской Республике, сколько оценка качества медицинской помощи в ракурсе моделей развития того или иного триадного компонента системы здравоохранения. Причем, качество дополнительного образования рассматривается диссертантом, как важнейшая подсистема системы повышения качества медицинской помощи. Солидарен с тем, что исследование следует начинать с прояснения исходной ситуации, а именно анализа, а в последующем, и мониторинга, как системы здравоохранения КР в разрезе всех трех уровней («стационар», «амбулаторная помощь», «первичная помощь»), как и системы подготовки и переподготовки врачебных кадров в КР.

Причем, это следует выполнять на основе соответствующего анализа на уровне соответствующего подхода (триадного, процессного, системно-ответственного, диалогического), а в последующем, эффективного использования опыт не только последипломного дополнительного образования, но и новой научно-познавательной стратегии. Так, по крайней мере, следует начинать, а в последующем добиться рассмотрения результатов передовых научно-инновационных исследований как необходимый компонент формирования квалифицированных врачебных кадров страны, не лишенных соответствующего уровня научно-мировоззренческой культуры.

На наш взгляд, самым слабым звеном в программно-целевых документах является отсутствие механизмов реализации Концепции либо Стратегии. В этом плане, диссертант задается разработкой и реализацией механизмов, как взаимодействия с вертикальными и горизонтальными структурами последипломного образования в Кыргызской Республике, так и использования новых принципов организации и управления учебно-методической работой в системе последипломной подготовки и переподготовки врачебных кадров в Кыргызской Республике.

Следует признать, что решение такой задачи является существенным вкладом в систему как здравоохранения, так и дополнительного образования врачей. Что касается разработки и применения авторской подготовки специалистов в системе последипломной подготовки и переподготовки хирургических кадров в Кыргызской Республике, то это кардинально важная задача. Здесь прослеживается системно-ответственный подход профессорско-преподавательского состава. Кстати, докторант имеет достаточно солидный педагогический стаж работы.

Особо хотелось бы отметить то, что диссертант намерен на основании проведенных исследований разрешить методологические проблемы последипломного образования врачей. Солидарен с тем, что следует сделать такой акцент в сторону методологизации проблемы. Это связано с тем, что основной задачей уже ближайших лет является создание необходимых условий для сохранения и развития наиболее перспективных разделов медицины, системы подготовки научно-практических кадров, эффективное использование научно-кадрового потенциал, реформирование служб ЛПУ.

Полагаю, что формирование интеграционных научно-образовательных программ должно стать одним из важных направлений реализации взаимосвязей между наукой, практикой и последипломным образованием, рационализации их структуры, функционирования и взаимодействия. Именно на таком фоне и с такой позиции следует активизировать процесс подготовки научно-практических кадров. В целом будут предприняты меры по оптимизации системы лицензирования и аттестации медицинских кадров Кыргызской Республики, а также их научно-исследовательской деятельности.

Считаю, что цель и задачи взаимоувязаны, выполнимы. Новизна и практическая ценность предполагаемых решений не вызывает сомнений. В целом одобряю структуру диссертации, а также сроки исследований. Что касается материалов и методов исследования, то они адекватны поставленным

задачам.

Соискатель смог осветить научно-методологические проблемы интраоперационного инцидента при экстренных ситуациях, связанного с критическим нарушением со стороны органов и систем, а также выполнить клинический и вероятностный мониторинг этих инцидентов.

Хотелось бы вновь обратить внимание на тот факт, что цельность и концептуальность исследования задает именно методологический компонент работы. Между тем, до сих пор не проводились подобных исследований совокупного характера. В этом аспекте, хочу заметить, что работа опирается на достаточно солидные результаты работы, которые составляют методологическую основу исследования, его идейно-теоретическую базу. Такие исследования в НХЦ, а также в стенах кафедры хирургии ФУВ проводятся на протяжении многих лет. Научная новизна основных положений, выносимых на обсуждение не вызывает сомнения. Полагаю, что цель и задачи исследований завершены как нельзя лучше, а полученные результаты отвечают требованиям, предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени доктора медицинских наук по заявленным специальностям.

Обзор выполненных диссертаций на соискание ученой степени доктора медицинских наук показывает, что диссертация Ш.Т.Абдурахманова отличается тем, что в качестве материала будут использованы не только разнообразный источниковый материал, но и результаты исследований, проведенных не только исполнителем, но и его командой. Между тем, это всегда выигрышный вариант, когда один и тот же предмет освещается всесторонне, на разных уровнях и в различном масштабе. Очевидно, на определенном этапе исследований какой-либо сложной проблемы необходимо осуществить концептуальную развертку объекта в виде совокупности его проекции в различных методологических кластерах. С такой постановкой вопроса следует согласиться. В целом, методология научного исследования Абдурахманова Ш.Т., на мой взгляд, выстроена правильно. Хотелось бы отметить, что важной методической процедурой исследования запланирован метаанализ, а также использование принципов доказательной медицины в сравнении с научной методологией. В этом аспекте, приоритетным является то, что нужно предпринимать меры по формированию новых и развитию существующих научно-практических школ, преодолению их разобщенности. Что касается соискателя – это зрелый, высококвалифицированный специалист, имеющий достаточно большой научно-практический опыт. В процессе работы над темой он показал себя грамотным специалистом и перспективным ученым, способным проводить самостоятельные научные исследования. В этой связи, он заслуживает присуждения искомой степени доктора медицинских наук.

Замечания и предложения. В качестве замечания следует отметить следующее:

- ~ обзору литературы можно было придать еще большую лаконичность, удалив второстепенный информационный материал;
- ~ следовало бы ликвидировать погрешности компьютерной верстки текста на стр.16, 22, 77, 80, 92, 101, 122, 233;

~ исправить грамматические и орфографические ошибки на стр. 12, 18, 24, 31, 55, 60, 61, Т84,92, 105, 155, 182, 206;

~ нужно провести стилистическую обработку на стр. 18, 28, 33, 45, 66, 81, 103, 109, 165, 170;

~ привести в соответствие с требованиям ГОСТ в списке литературы (№№76, 85, 122, 155, 178,182, 204,207;

~ следует уточнить условные сокращения.

Указанные замечания и предложения не умаляют значение полученных результатов и ценности диссертации в целом. После исправления ошибок работу можно рекомендовать на официальную защиту.

Заключение: на основании проведенного обзора основных положений диссертации, новизну полученных данных, считаю, что диссертация выполнена на актуальную тему, основные положения работы практически востребованы, а теоретические основы имеют четкую методологически выверку. В этом плане, работа отвечает требованиям НАК КР, предъявляемым к докторской диссертации, и рекомендую на рассмотрение в диссертационном совете на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальностям: 14.01.17 - хирургия; 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение.

Ответ соискателя рецензенту:

Глубокоуважаемый Абдилатип Абдрахманович! Большое спасибо за рецензирование нашей работы. Со многими Вашими замечаниями мы согласны и устранили в ходе подготовки к апробации.

Все указанные Вами замечания мы учли и исправим.

Председатель: Муратов А.А.

Слово предоставляется третьему рецензенту:

Выступление третьего рецензента – д.м.н. Ыдырысова И.Т.

Актуальность и научная значимость исследования. Диссертационная работа на тему «Многоуровневое моделирование качества медицинской помощи в Кыргызской Республике» представляет собой комплексное исследование, соответствующее профилю специальностей 14.01.07 – хирургия и 14.02.03 – общественное здоровье и организация здравоохранения. Выбор темы обусловлен ее высокой актуальностью, учитывая необходимость совершенствования системы здравоохранения Кыргызстана, в частности, в контексте последиplomной подготовки хирургических кадров и оценки качества медицинской помощи.

Методологическая основа и научное руководство. Исследование базируется на компетентном научном руководстве со стороны докторов медицинских наук, профессоров Э.А. Тилекова (хирургия) и М.М. Каратаева (организация здравоохранения). Их участие обеспечивает методологическую строгость и практическую направленность работы. Особо следует отметить вклад профессора Каратаева М.М., который сочетает научно-педагогическую деятельность с опытом организатора здравоохранения, что придает исследованию прикладную значимость.

Основная цель работы заключается не только в разработке Концепции последиplomной подготовки хирургов, но и в комплексной оценке качества

медицинской помощи с учетом триадной модели системы здравоохранения (стационарный, амбулаторный и первичный уровни). Автор обоснованно рассматривает дополнительное медицинское образование как ключевую подсистему повышения качества помощи. Важным аспектом является предложенный мониторинг системы здравоохранения и подготовки кадров с применением триадного, процессного, системно-ответственного и диалогического подходов.

Научная новизна и практическая значимость. Диссертант предлагает инновационные механизмы взаимодействия между структурами последипломного образования, а также новые принципы организации учебно-методической работы. Особую ценность представляет разработка методологических основ последипломного образования, направленная на интеграцию науки, практики и образовательных программ. Автор демонстрирует системный подход к реформированию лицензирования и аттестации медицинских кадров, что соответствует современным тенденциям в здравоохранении.

Критический анализ и замечания. Несмотря на безусловные достоинства работы, можно отметить ряд технических и стилистических недочетов:

- Избыточность в обзоре литературы, требующая сокращения второстепенных данных.

- Погрешности компьютерной верстки (стр. 16, 22, 77 и др.).
- Графические и орфографические ошибки (стр. 12, 18, 24 и др.).
- Необходимость стилистической правки в отдельных разделах.
- Требуется корректировка списка литературы в соответствии с ГОСТ.

Эти замечания носят технический характер и не снижают научной ценности исследования.

Заключение и рекомендации. Диссертация Ш.Т. Абдурахманова представляет собой завершенное научное исследование, отвечающее требованиям, предъявляемым к докторским диссертациям. Работа отличается методологической строгостью, новизной и практической значимостью. После устранения указанных замечаний диссертацию можно рекомендовать к защите на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальностям 14.01.07 – хирургия и 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение.

Ответ соискателя рецензенту:

Глубокоуважаемый Ысматилла Токтосунович! Большое спасибо за рецензирование нашей работы. Со многими Вашими замечаниями мы согласны и устранили в ходе подготовки к апробации.

Все указанные Вами замечания мы учли и исправим.

ВЫСТУПИЛИ в обсуждении:

Мамаев Т.М

Актуальность темы диссертации не вызывает сомнений. Автор попытался решить важную проблему – это ему удалось. Результаты мы сегодня прослушали. В целом диссертация предлагает новаторский подход к управлению качеством на уровне ЛПУ через триаду «О-УК, Т-РК, П-КК». Данные по аккредитации учреждений и динамике дефектов (снижение с 4.9% до 2.3%)

доказывают эффективность предложенных решений.

Но остаётся неясным, как адаптировать модель для сельских регионов, где дефицит кадров и ресурсов критичен. Автор упоминает телемедицину, но не раскрывает механизмы её интеграции. Кроме того, требует уточнения экономическая эффективность внедрения: сократит ли модель затраты ЛПУ в долгосрочной перспективе? Хотелось бы сказать, что данная работа носит выраженный практический характер. Сказанное позволяет мне рекомендовать данную диссертацию на диссертационный совет для рассмотрения.

Осумбеков Б.З. – д.м.н., профессор.

Уважаемые коллеги! Я хотел сказать, что диссертация Абдурахманова Ш.Т. отличается тем, что в качестве материала будут использованы не только разнообразный источниковый материал, но и результаты исследований, проведенных не только исполнителем, но и ее командой. Между тем, это всегда выигрышный вариант, когда один и тот же предмет освещается всесторонне, на разных уровнях и в различном масштабе. Очевидно, на определенном этапе исследований какой-либо сложной проблемы необходимо осуществить концептуальную развертку объекта в виде совокупности его проекции в различных методологических кластерах. С такой постановкой вопроса следует согласиться. В целом, методология научного исследования Абдурахманова Ш.Т., на мой взгляд, выстроена правильно. Хотелось бы отметить, что впервые были составлены процессные модели на триадной основе, что предполагает единство сразу нескольких сфер. Считаю работу законченной предлагаю подать на рассмотрение в диссертационный совет для дальнейшего обсуждения и рассмотрения.

Мамедов Р.Р. – д.м.н.

Уважаемые коллеги! Работа впечатляет глубиной проработки триадной модели (К-ПК, О-МК, Т-ТК) в системе экстренной хирургии. Автор убедительно демонстрирует, как клинико-психологические, организационные и технические компоненты влияют на качество интраоперационной помощи. Особенно ценно, что модель апробирована на 100 пострадавших, что подтверждает её практическую значимость.

Однако вызывает вопросы методология оценки когнитивных искажений у хирургических бригад. Были ли использованы стандартизированные психометрические инструменты? Также хотелось бы увидеть сравнительный анализ с зарубежными аналогами, например, с системами кризисного менеджмента в хирургии США или ЕС. В целом работа законченная, предлагаю на рассмотрение в диссертационном совете на разовую защиту по заявленным специальностям. Спасибо.

Райымбеков О.Р. – д.м.н.

Уважаемые коллеги, профессора! Докторская диссертация Абдурахманова Шаятбека Туланбаевича на тему «Многоуровневое моделирование качества медицинской помощи в Кыргызской Республике» представляет собой масштабное исследование, актуальное не только для национальной системы здравоохранения, но и для международного медицинского сообщества.

Диссертация Абдурахманова Ш.Т. - это серьёзный вклад в науку,

сочетающий теоретическую строгость и практическую ценность. Модели, предложенные автором, способны стать основой для реформирования здравоохранения Кыргызстана и других стран с аналогичными вызовами. Рекомендую диссертационную работу рассмотреть в диссертационном совете на разовую защиту на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальностям: 14.01.17 – хирургия и 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение.

Заключительное слово председателя:

Муратов А.А. – д.м.н., профессор, ОшГУ, председатель:

Мы сегодня обсудили актуальную научную работу, которую следует признать законченной. Позвольте поблагодарить рецензентов в лице д.м.н., профессоров Абдиева А.Ш., Шамшиева А.А., Ыдырысова, а также выступивших в активное обсуждение работы, которые изложили свое мнение о работе. Полагается, что сделанные ими предложения и замечания будут учтены соискателем и его научным руководителем.

Подводя итоги обсуждения, хочу отметить, что по уровню исследований, достоверности полученных результатов, научной новизне положений и выводов вполне можно признать, что диссертация соискателя выполнена на высоком методическом уровне.

Предлагаю проголосовать за то, чтобы рекомендовать диссертационную работу соискателя Абдурахманова Ш.Т. на тему «Многоуровневое моделирование качества медицинской помощи в Кыргызской Республике», представленную на соискание ученой степени доктора медицинских наук, после соответствующих исправлений по замечаниям, сделанными рецензентами, для рассмотрения в диссертационном совете на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальностям: 14.01.17 – хирургия и 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение.

Голосование:

«За»	«Против»	«Воздержавшиеся»
18	нет	нет

После обсуждения принято:

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

по предварительной апробации диссертационной работы соискателя Абдурахманова Ш.Т. на тему: «Многоуровневое моделирование качества медицинской помощи в Кыргызской Республике», представленную на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальностям: 14.01.17 – хирургия и 14.03.02 – общественное здоровье и здравоохранение

Конкретное личное участие автора в получении научных результатов, изложенных в диссертации. 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%.

Наиболее существенные результаты, полученные диссертантом

Впервые выполнена оценка процессной модели развития триады подсистем здравоохранения Кыргызстана по обеспечению качества медицинской помощи («стационарная помощь», «амбулаторно-поликлиническая помощь», «медико-социальная помощь»)

Впервые проведена оценка процессной модели развития триады подсистем лечебно-профилактических учреждений страны по обеспечению качества медицинской помощи («управление», «ресурсы», «потенциал»)

Впервые осуществлена оценка процессной модели развития триады подсистем дополнительного образования врачей в КР по обеспечению качества дополнительного образования («организация», «база», «компетенция»)

Впервые дана оценка процессной модели развития триады компонентов («К-ПК», «О-МК», «Т-ТК») системы экстренной хирургии по обеспечению

качества интраоперационной помощи. Разработаны «нормы-рекомендации» на основе сопоставления с существующими «нормами-требованиями» на практике экстренной хирургии ранений и политравм с обобщением опыта достижения качества интраоперационной помощи пострадавшим, находящихся в экстремальной ситуации риска, экстремальной ситуации крайней необходимости и экстремальной ситуации вынужденного эксперимента.

Оценка достоверности и новизны полученных данных

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 статистических 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).

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 определения 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.

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 корректировать. 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 КДПО.

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.

ПОСТАНОВИЛИ:

1. Считать, что диссертационная работа Абдурахманова Ш.Т. на тему «Многоуровневое моделирование качества медицинской помощи в Кыргызской Республике», выполнена на актуальную тему, имеет научную новизну и практическую ценность. Научные положения, выводы и практические рекомендации логически обоснованы проведенным анализом материала и могут быть рассмотрены как существенный вклад важных прикладных задач здравоохранения республики. Представленная работа является законченным самостоятельным научным исследованием, отвечающим требованиям, предъявляемым к докторским диссертациям, а сам соискатель достоин искомой степени.

2. Принять положительное заключение по диссертационной работе Абдурахманова Ш.Т. на тему «Многоуровневое моделирование качества медицинской помощи в Кыргызской Республике», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальностям 14.01.17 – хирургия, 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение.

3. Рекомендовать диссертационную работу к дальнейшему рассмотрению в диссертационном совете на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальностям 14.01.17 – хирургия, 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение.

Председатель:

Секретарь:

к.м.н., доцент кафедры
хирургических болезней
медфака ОшГУ т



Муратов А.А.

Адиев Т.К.

24.04.2025 г.

