

**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
им. И. К. АХУНБАЕВА**

**КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. Б. Н. ЕЛЬЦИНА**

Диссертационный совет Д 14.23.690

На правах рукописи
УДК 614.2:616-085(575.22)

ИСРАИЛОВА ДАРЫГУЛ КУБАНЫЧБЕКОВНА

**ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ
(НА ПРИМЕРЕ ЮЖНОГО РЕГИОНА КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ)**

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек – 2025

Работа выполнена на кафедре общественного здравоохранения медицинского факультета Ошского государственного университета.

Научный руководитель: **Шамшиев Абдилатип Абдырахманович**
доктор медицинских наук,
директор южного филиала Республиканского центра укрепления здоровья и массовой коммуникации Министерства здравоохранения Кыргызской Республики

Официальные оппоненты: **Абилов Болот Арипович**
доктор медицинских наук, профессор,
профессор кафедры клинической медицины Международного университета медицины и науки

Буларкиева Элиза Алымкуловна
доктор медицинских наук,
заместитель директора Кыргызского научно-исследовательского института курортологии и восстановительного лечения Министерства здравоохранения Кыргызской Республики

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко», Научная комиссия по направлению «Общественное здравоохранение» (105064, Российская Федерация, г. Москва, ул. Воронцово Поле, д. 12).

Защита диссертации состоится «25» сентября 2025 года в 13.00 часов на заседании диссертационного совета Д 14.23.690 по защите диссертации на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук при Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева, соучредитель Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б. Н. Ельцина по адресу: 720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92, конференц-зал. Ссылка доступа к видеоконференции защиты диссертации: <https://vc.vak.kg/b/142-c9g-rqj-fbe>

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеках Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева (720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92), Кыргызско-Российского Славянского университета им. Б. Н. Ельцина (720000, г. Бишкек, ул. Киевская, 44) и на сайте: <https://vak.kg>

Автореферат разослан «25» августа 2025 года.

Ученый секретарь диссертационного совета
кандидат медицинских наук, доцент



Д. Д. Ибраимова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации. По данным Всемирной организации здравоохранения, модель первичной медико-санитарной помощи, в отличие от традиционной медицинской помощи, должна включать меры по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, а также усилия по борьбе с факторами, способствующими ухудшению здоровья [ВОЗ, 2023]. Успешное функционирование системы здравоохранения в условиях рыночных отношений требует эффективного использования имеющихся трудовых, материальных, финансовых ресурсов для достижения максимально возможного уровня результативности, качества и доступности медицинской помощи [А. И. Вялков, 2018]. Как известно, уровень доступности и качества медицинской помощи, эффективность деятельности системы охраны здоровья, определяется состоянием и развитием первичной медико-санитарной помощи [И. Н. Денисов и соавт., 2021; К. А. Магаев, 2022]. На сегодняшний день большое внимание уделяется разработке и внедрению новых технологий ведущих к повышению качества медицинской помощи, ее доступности и эффективности [В. И. Стародубов и соавт., 2015].

Продолжительность рабочего времени врачей первичной медико-санитарной помощи в учреждениях (поликлиниках) ограничена четырьмя часами, а при подворовом обходе — двумя часами. Такой график приводит к длинным очередям пациентов в центрах семейной медицины. Кроме того, нехватка кадров, особенно в сельской местности, свидетельствует об отсутствии оптимальной и своевременной организации медицинской помощи [М. Т. Калиев, 2019].

Ряд работ за рубежом и в Кыргызстане посвящены изучению различных аспектов деятельности семейных врачей [М. М. Каратаев и др., 2017; А. Г. Гаيبов и соавт., 2019; Э. Барбацца и соавт., 2019; Р. С. Гаджиев и соавт., 2021].

Однако до настоящего времени не разработаны факторы, влияющие на объем, технологию и качество терапевтической помощи в системе первичной медико-санитарной помощи населению на амбулаторно-поликлиническом уровне, экономические аспекты и критерии оценки терапевтической помощи.

Вышеперечисленные проблемы обусловили необходимость комплексного изучения оказания терапевтической помощи в первичном звене здравоохранения и на этой основе послужили основой для определения приоритетных направлений организации терапевтической помощи на примере Ошской области.

Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями, крупными научными программами (проектами), основными научно-исследовательскими работами, проводимыми образовательными и научными учреждениями. Диссертационная работа является инициативной.

Цель исследования. Разработка мероприятий по совершенствованию организации терапевтической помощи на первичном уровне медицинских услуг с целью повышения её качества и эффективности.

Задачи исследования:

1. Изучить частоту и структуру основных классов болезней в Ошской, Джалал-Абадской и Баткенской областях Кыргызской Республики в динамике.

2. Оценить эффективность работы врачей семейной медицины на основе исследования объема, характера и особенностей организации амбулаторно-поликлинической помощи.

3. Провести комплексный сравнительный анализ организации труда и профилактической деятельности врачей общей практики.

4. Разработать и оценить эффективность организационно-технологических подходов терапевтической помощи, направленных на повышение качества ведения пациентов с мониторируемыми заболеваниями в условиях первичной медико-санитарной помощи.

Научная новизна полученных результатов:

1. Выявлена региональные особенности динамики заболеваемости населения Южного региона Кыргызской Республики с выраженными колебаниями, связанными с пандемией COVID-19.

2. Впервые выявлены особенности организации терапевтической помощи на уровне семейной медицины. Семейные врачи с базовой терапевтической подготовкой обеспечивают более высокий уровень качества первичного приёма пациентов с терапевтической патологией по сравнению с врачами общей практики, ранее специализировавшимися в педиатрии или акушерстве-гинекологии.

3. На основе системного подхода впервые проведено комплексное исследование эффективности деятельности врачей общей практики, позволившее получить новые данные о факторах, влияющих на качество и технологию их работы, что имеет значение для совершенствования организации труда и повышения результативности первичной медико-санитарной помощи.

4. Разработаны и апробированы организационно-технологические подходы к оптимизации терапевтической службы в условиях семейной медицины, внедрение которых в практическую деятельность позволило повысить качество ведения больных с мониторируемыми заболеваниями.

Практическая значимость полученных результатов.

Организационно-технологические подходы по оптимизации терапевтической службы в семейной медицине, изложенные в методическом пособии «Повышение качества и эффективности терапевтической помощи в семейной медицине» использованы и внедрены в практическую деятельность центров Семейной медицины Ноокатского района Ошской области (акт внедрения от

20.05.2024 г.), Сузакского района Джалал-Абадской области (акт внедрения от 29.04.2024 г.) и города Ош (акт внедрения от 21.10.2024 г.).

Для рационального использования рабочего времени врачей разработаны и внедрены в практическую медицину «Хронокарты», включающие организационно-технологические мероприятия, экспертная оценка качества работы врачей использованы и внедрены в практическую деятельность центров семейной медицины Ноокатского района Ошской области (акт внедрения от 20.05.2024 г.), Сузакского района Джалал-Абадской области (акт внедрения от 29.04.2024 г.) и города Ош (акт внедрения от 21.10.2024 г.).

Теоретические материалы исследования внедрены в учебный процесс кафедры общественного здравоохранения медицинского факультета Ошского государственного университета (акт внедрения от 22.05.2024 г.).

Основные положения, выносимые на защиту:

1. В динамике основных классов заболеваний в Ошской, Джалал-Абадской и Баткенской областях Кыргызской Республики за анализируемый период отмечается увеличение темпа роста болезней органов кровообращения, мочеполовой системы, органов дыхания, занимающих лидирующие места. В 2021 году наблюдалось резкое увеличение заболеваний органов дыхания, свидетельствующий о последствиях пандемии COVID-19.

2. При оценке деятельности врачей первичного звена системы здравоохранения установлено недостаточно полное выполнение основных лечебно-диагностических процедур (сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование, включающее осмотр, пальпацию, перкуссию и аускультацию).

3. Анализ профилактической деятельности врачей общей практики выявил недостаточный уровень межведомственной координации в системе здравоохранения, что приводит к нерациональному использованию рабочего времени медицинского персонала центров семейной медицины, значительная часть которого расходуется на проведение обязательных профилактических осмотров отдельных категорий населения (призывники, школьники).

4. Организационно-технологические подходы технологии опроса и обследования пациентов, а также рационального использования рабочего времени семейных врачей на первичном уровне медицинских услуг способствовали повышению качества ведения больных с мониторируемыми заболеваниями.

Личный вклад соискателя. Автором проанализированы источники отечественной и зарубежной литературы. Исследователь провел обзор деятельности учреждений первичной медико-санитарной помощи Ошской, Джалал-Абадской и Баткенской областей, провел специальные индивидуальные опросы, разработана методология научного исследования, осуществлен набор материала, статистическая обработка материала, интерпретация и обсуждение результатов, формулировка положений, выносимых на защиту, выводов и

практических рекомендаций. Автором проведен факторный анализ необходимых количественных параметров обобщенных материалов. Автором изучены результаты организации лечения больных с мониторируемыми заболеваниями.

Апробации результатов диссертации. Основные результаты исследования доложены и обсуждены на: международной научной конференции «Интеграция теории, знания и науки с практической медициной», посвященной 30-летию медицинского факультета Ошского государственного университета г. Ош, 22-23 июня 2023 г. (Ош, 2023); международной научно-практической конференции «Использование высоко инновационных технологий в профилактической медицине» г. Андижан, 30 апреля 2024 г. (Андижан, 2024).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. По теме диссертации опубликовано 10 научных статей, из них 2 – в рецензируемых изданиях, индексируемых системой РИНЦ с импакт-фактором не ниже 0,1.

Структура и объем диссертации. Диссертация написана на кыргызском языке, изложена на 150 странице, состоит из введения, обзора литературы, методологии и методов исследования, 4 глав, заключения, практических рекомендаций и приложения. Диссертация иллюстрирована 16 таблицами и 4 рисунками. Библиографический указатель включает 163 источников, в том числе 33 на иностранных.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснована актуальность проблемы, представлены цель и задачи исследования, указана научная новизна, раскрыта практическая значимость полученных результатов, сформулированы основные положения, выносимые на защиту.

Глава 1. Актуальные вопросы в организации первичной медико-санитарной помощи (литературный обзор). Проведен анализ источников отечественных и зарубежных исследований о роли и качества терапевтической помощи в общеврачебной (семейной) практике, что позволило обосновать актуальность выбранного направления диссертационной работы.

Глава 2. Методология и методы исследования.

2.1 Общая методология изучения терапевтической помощи в семейной медицине. В ходе научной работы было проведено комплексное исследование, включающее деятельность центров семейной медицины и врачей Ноокатского района Ошской области КР, центров семейной медицины Сузакского района Джалал-Абадской области, центров семейной медицины и врачей города Ош (таблица 2.1.1).

Таблица 2.1.1 – План и программа исследования

№ п/п	Задача этапа исследования	Объект, предмет и объем исследования	Метод исследования
1 этап	<p>1. Изучить динамику основных классов заболеваний на амбулаторном уровне в Ошской, Джалал-Абадской и Баткенской областях Кыргызской Республики.</p> <p>2. Оценить эффективность работы врачей семейной медицины путём исследования объёма, характера и особенностей организации амбулаторно-поликлинической помощи.</p>	<p>Объект исследования: показатель заболеваемости населения южного региона КР.</p> <p>Предмет исследования: динамика распространенности по основным классам заболеваний.</p> <p>Материал исследования: статистические данные Центра электронного здравоохранения с 2019 по 2023 годы</p>	Статистический, аналитический.
2 этап	<p>3. Провести комплексный сравнительный анализ организации труда и профилактической деятельности врачей общей практики в условиях амбулаторного приёма пациентов.</p>	<p>Объект исследования: центр семейной медицины</p> <p>Предмет исследования: терапевтическая помощь в центре общеврачебной практики, взято 415 случаев завершеного амбулаторного лечения терапевтических больных, экспертная оценка качества терапевтической помощи – 422 случая.</p> <p>Материал исследования: способы приема пациентов семейными врачами и терапевтами, обеспеченность кадров семейной медицины</p>	Ретроспективный, социологический, статистический, аналитический,
4. Разработать, внедрить в клиническую практику и оценить эффективность организационно-технологических подходов в терапевтической помощи, направленных на повышение качества ведения пациентов с мониторируемыми заболеваниями-ми в условиях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).	<p>4. Разработать, внедрить в клиническую практику и оценить эффективность организационно-технологических подходов в терапевтической помощи, направленных на повышение качества ведения пациентов с мониторируемыми заболеваниями-ми в условиях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).</p>	<p>Объект исследования: центр семейной медицины</p> <p>Предмет исследования: терапевтическая помощь в центре общеврачебной практики, изучена организация труда 90 семейных врачей, в экспериментальных условиях было зафиксировано 50 врачей, обследованы амбулаторные карты 145 больных с хроническими заболеваниями.</p> <p>Материал исследования: анкетирование врачей (100), анкетирование пациентов (204), профосмотры.</p>	Социологический, статистический, аналитический.
		<p>Объект исследования: центр семейной медицины</p> <p>Предмет исследования: терапевтическая помощь в центре общеврачебной практики (семейной медицины).</p> <p>Материал исследования: хронокарты, схема обследования пациентов</p>	Аналитический, организационное моделирование

Объект исследования: врачи, семейные врачи, первичная медико-санитарная помощь.

Предмет исследования: организация терапевтической помощи на первичном уровне медицинских услуг.

При экспертной оценке качества терапевтической помощи, оказанной врачами общей практики и семейными врачами, завершено 415 случаев амбулаторного лечения терапевтических больных. Собрано и проанализировано 204 анкеты населения качества медицинской помощи, оказываемой врачами общей практики (семейными врачами). Изучена организация труда 90 семейных врачей, общее количество изученных часов составило 3255 часов (465 рабочих дней) и 50 врачей, общее количество рабочих часов которых составило 1735 часов (249 рабочих дней). Все врачи были условно разделены на две группы. 1-группу «Семейные врачи» составили бывшие терапевты, прошедшие переквалификацию по «Семейной медицине». Во вторую группу «Терапевты» вошли врачи педиатры и акушер гинекологи, прошедшие специализацию по семейной медицине. Объем и характер амбулаторной помощи, оказываемой врачами общей практики изучались на основе данных годовых статистических отчетов 12-ЗДРАВ, 12-НСК.

2.2 Методология приема пациентов. При изучении использования рабочего времени семейного врача использовали метод хронометража. Для этого использовался лист наблюдений, в которую хронометражисты заносили результаты наблюдений и отмечали время начала и окончания каждого элемента работы. Сочетание этих методов позволило получить достоверную, полную и комплексную информацию о распределении рабочего времени врачей общей практики (семейных врачей).

2.3 Исследование качества терапевтической помощи в семейной медицине. При исследовании качества терапевтической помощи в семейной медицине с дополнениями и изменениями, связанными с целями и задачами нашего исследования, использовался метод экспертной оценки, разработанный Б. З. Кучеренко (2002).

2.4 Методы исследования. В научной работе использовались следующие методы: аналитический, ретроспективный, статистический, социологический (анкетирование), экспертная оценка, организационная модель. Рассчитаны относительные величины и показатели динамического ряда. Достоверность различий между группами определялась с помощью параметрического t-критерия Стьюдента, репрезентативной ошибки, расчета критерия надежности безошибочного прогноза и коэффициента согласия. Все данные обрабатывались на компьютере с использованием приложения Microsoft-Statistica 6.0, программного обеспечения Microsoft Excel и программного обеспечения SPSS (IBM Inc, США, версия 23).

В 3-4 главах представлены результаты собственных исследований и их обсуждение.

Глава 3. Показатель заболеваемости населения в южном регионе Кыргызской Республики.

3.1 Динамика распространенности основных классов болезней в южном регионе Кыргызской Республики. Динамика основных классов болезней в Ошской области за 2019–2023 годы: общее количество заболеваний: в 2019 году было зарегистрировано 246407 случаев, в 2020 году этот показатель резко снизился до 162841 случая, а затем вновь ежегодно возрастал (достигнув 204858 случаев в 2023 году). Число зарегистрированных болезней органов дыхания варьировалось от 26631 в 2019 году до 25814 в 2023 году. В период пандемии (2020–2021 гг.) отмечен рост этих заболеваний. При сравнении распространения основных классов заболеваний среди населения в Ошской, Баткенской и Джалал-Абадской областях, заболевания системы кровообращения во все годы занимают 1-е место. В некоторых классах наблюдалась тенденция к росту (эндокринные заболевания) с 2019 года по 2023 года с 15251 до 16655, в то время как в других наблюдался устойчивый спад (система кровообращения и травмы).

3.2 Изучение потребности населения в медицинских профилактических услугах. Проведено анкетирование с целью изучения потребности населения в медицинских профилактических услугах в 4-х филиалах ЦСМ города Ош. Всего было опрошено 204 человек 97 (47,6%) мужчин и 107 (52,4%) женщин. Большинство опрошенных знают уровень АД 61,7% (n=126), рост 89,0% (n=181) и вес 85,4% (n=174,) но менее четверти знают нормы сахара крови - мужчины 13,4% (n=13) женщины 15,8% (n=17), а мужчины 6,1% (n=6) женщины 7,5% (n=8) холестерина крови. Повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний установлен у 28,9% (n=59) респондентов, особенно среди мужчин. Несмотря на высокий уровень обращаемости в поликлинику, профилактическое консультирование остаётся недостаточным. Более половины респондентов заинтересованы в обучении через доступные формы просвещения, такие как семинары и информационные материалы.

3.3 Оценка организации работы по профилактике заболеваний на первичном уровне системы здравоохранения. Для прохождения профилактических медицинских осмотров работникам учреждений и предприятий необходимо заключить договор с центром семейной медицины, перечислить денежные средства по утвержденному прейскуранту, а затем пройти медицинский осмотр. Эти сотрудники находятся под наблюдением семейного врача по месту жительства, а средства, выделяемые этому лицу государством, перечисляются врачу, обслуживающему его место жительства. Результаты исследования показывают, что семейным врачам не выделяются средства на проведение медицинских осмотров школьников. В связи с этим возникает необходимость пересмотра и разработки Положения о профилактических

медицинских осмотрах детей в общеобразовательных и дошкольных учреждениях.

3.4 Оценка деятельности первичной медико-санитарной помощи. В ходе исследования определены способы приема пациентов врачами, терапевтические заболевания и рекомендации, которые врачи дают пациентам. При первом обращении пациента по поводу болезни семейный врач всегда полностью выяснял жалобы пациента (72), а терапевт - составлял число случаев на 100 поступивших больных (61). Однако при рассмотрении других элементов обследования и опроса пациентов при поступлении наблюдаются существенные различия в показателях. Установлено, что качество обследования при первичном обращении в Центр общей врачебной практики (ЦОВП) у семейных врачей в полтора раза выше, чем у терапевтов. Например: прослушивание сердца и легких, измерение артериального давления. Однако терапевты ЦОВП проводили только аускультацию сердца и легких. Исследование показало, что врачи ЦОВП не разъясняли должным образом назначенные пациентам лекарства и не проводили другие этапы собеседования и обследования при их приеме. Анализ 114 анкет врачей общей врачебной практики и врачей, работающих в исследуемых учреждениях, показал, что 45% терапевтов, 35% педиатров, 12% акушеров-гинекологов и 8% других специалистов прошли переподготовку. В настоящее время в исследуемом Центре семейной медицины города Ош работают 172 семейных врача. Однако среди этих врачей нет ни одного специалиста, окончившего специализированные факультеты семейной медицины высших медицинских учебных заведений. Все они — бывшие терапевты, педиатры и акушеры-гинекологи. В Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева по программе семейной медицины в 2019 году завершили обучение 50 студентов и поступили на 3-х летнюю ординатуру. В 2021 году выпущено 50 врачей после 8-летнего обучения. При населении свыше 6 млн. человек требуется около 4000 семейных врачей.

Финансирование первичной медико-санитарной помощи. Анализ финансирования общей врачебной (семейной) практики в Кыргызстане показал, что оплата труда в семейной медицине с начала реформы здравоохранения осуществлялась на основе подушевых выплат, что не позволило в полной мере оптимизировать расходы первичной медико-санитарной помощи.

Глава 4. Повышение качества терапевтической помощи в семейной медицине. На основе материалов исследования разработана технология работы врача в амбулаторно-поликлинических условиях; рациональное использование рабочего времени; улучшить планирование работы врачей; повышение качества медицинской помощи; Разработана система мероприятий, направленных на повышение качества терапевтической помощи путем внесения изменений в методику, включающую показатели оценки работы семейных врачей.

4.1 Совершенствование технологии работы врачей по ведению больных с мониторируемыми заболеваниями. Основу лечебно-диагностического процесса в терапии составляет универсальная система диагностики заболеваний: опрос; осмотр; пальпация; перкуссия; аускультация. На основе общей схемы обследования, с учетом потребностей врачей в диагностической информации и врачебного наблюдения нами предложена схема обследования в зависимости от периода наблюдения (таблица 4.1.1).

Таблица 4.1.1 – Схема обследования пациентов амбулаторного лечения

№ п/п	Элементы опроса	Первичный		Повторный		Окончательный	
		острый	хронич	острый	хронич	острый	хронич
1	Выслушивание жалоб пациента	+	+	+	+	-	+
2	Опрос симптомов	+	+	+	+		+
3	Продолжительность болезни	+	-	-	-	-	-
4	Причины заболевания	+	-	-	-	-	-
5	Время, последовательность и тяжесть симптомов	+	+	-	-	-	-
6	Объяснение лечебных мероприятий	+	+	+	+	+	+
7	Изменения в течение болезни	-	-	+	+	-	+
8	Результаты предыдущих исследований	-	+	-	-	-	-

Примечание: «+» — обязательный элемент, «-» — необязательный элемент.

При обследовании пациентов с хроническими заболеваниями в момент выписки важно уделять внимание наличию остаточных симптомов и определять их выраженность, что позволяет объективно оценить динамику течения болезни. Согласно данным, использование опроса и физикального осмотра в клинической практике обеспечивает возможность постановки диагноза примерно в 80% случаев. Неотъемлемой частью диагностического процесса является *беседа врача с пациентом*. Схема беседы с пациентом представлена в таблице 4.1.2, включающая обсуждение диагноза, предоставление рекомендаций по образу жизни, питанию и лечению, разъяснение результатов лабораторно-инструментальных исследований, а также уточнение анамнеза и проведение профилактической беседы. При этом обязательные и необязательные компоненты общения различаются в зависимости от этапа консультации (первичный, повторный, заключительный

приём). В современной практике всё чаще наблюдается тенденция к смещению акцента с коммуникации на инструментально-лабораторные методы, что, с одной стороны, повышает точность диагностики, но с другой — ведёт к увеличению финансовой нагрузки на пациента.

Таблица 4.1.2 – Схема беседы врача с пациентом на амбулаторном приеме

№ п/п	Беседа	Первичный		Повторный		Окончательный	
		острый	хронич	острый	хронич	острый	хронич
1	Обсуждение диагноза	+	+	+	+	-	+
2	Рекомендации по режиму труда, отдыха, сна	+	+	+	+	-	+
3	Рекомендации по питанию	+	+	+	+	-	+
4	Рекомендации по лечению	+	+	+	+	-	+
5	Обсуждение инстр-х и лабор-х исследований	+	+	+	+	+	+
6	Уточнение анамнеза	-	-	+	+	+	+
7	Профилактическая беседа	+	-	-	-	+	+
8	Обсуждение личных проблем	+	+	+	+	+	+

Примечание: «+» — обязательный элемент, «-» — необязательный элемент.

Эффективная беседа с пациентом способствует не только уточнению диагноза, но и формированию устойчивой мотивации к выполнению медицинских рекомендаций.

4.2 Экспертная оценка эффективности разработанной системы мероприятий по совершенствованию организации и повышению качества медицинской помощи в семейной медицине.

4.2.1 Рациональное использование рабочего времени в семейной медицине.

Важно использовать стандартные формы направлений на исследования и лечение, чтобы сократить время, которое врач тратит на оформление медицинской документации. Наблюдения показывают, что частота направлений на каждые 100 посещений составляет в среднем 26 раз от врача и 48 раз от медсестры. Подача направления занимает в среднем 1,5 минуты. Структура затрат рабочего времени врачей общей практики до и после эксперимента представлена в таблице 4.2.1.1. Полученные результаты свидетельствуют об изменениях в условиях труда врачей и распределении ими своего времени в течение рабочего дня. В результате экспериментов увеличилось количество видов деятельности, экономящих время (диагностика, лечение, профилактика), а в некоторых случаях увеличилось время,

затрачиваемое на профессиональное развитие и другие виды деятельности. Эти данные открывают возможности для оптимизации и улучшения работы врачей.

Таблица 4.2.1.1 – Структура затрат рабочего времени врачей

№ п/п	Затраченное время	Семейный врач		Терапевт	
		до	после	до	после
		M±m		M±m	
1	Диагностика и лечение	44,5±1,0	37,6±0,1	42,1±1,0	35,5±1,0
		p<0,001		p<0,001	
2	Профилактические работы	10,1±1,0	6,2±1,0	13,4±1,0	6,2±1,0
		p<0,001		p<0,001	
3	Подготовка медицинских документов	31,2±1,0	24,0±1,0	38,0±0,8	28,2±1,0
		p<0,001		p<0,001	
4	Повышение квалификации	7,3±0,1	7,2±0,1,0	2,6±0,07	6,7±0,1
		p>0,05		p<0,001	
5	Для других мероприятий	11,4±1,1	3,2±0,1	10,0±1,0	5,1±1,1
		p<0,001		p<0,001	
6	Рабочий перерыв	6,0±1,0	2,8±1,0	7,7±0,7	4,5±0,7
		p<0,001		p<0,001	

Примечание: n - количество наблюдений - 100, M-среднее, m – ошибка репрезентативности.

Анализ продолжительности работы врачей показал достоверное сокращение времени, затраченного на диагностику и лечение, после внедрения обучающих мероприятий и предложенной рекомендации по рациональному использованию рабочего времени. У семейных врачей средняя продолжительность сократилась с 44,5±1,0 минут до 37,6±0,1 минут, p<0,001, у терапевтов — с 42,1±1,0 минут до 35,5±1,0 минут (p<0,001). Время, затраченное на профилактические работы у семейных врачей время сократилось с 10,1±1,0 минут до 6,2±1,0 минут, p<0,001; у терапевтов с 13,4±1,0 минуты до 6,2±1,0 минуты, p<0,001, что свидетельствует о том, что врачи не уделяли должного внимания профилактическим мероприятиям или заменяли их другими задачами. Время, затраченное на подготовку медицинских документов у семейных врачей сократилось с 31,2±1,0 минуты до 24,0±1,0 минуты, p<0,001, у терапевтов с 38,0±0,8 минуты до 28,2±1,0 минуты, p<0,001. Это подтверждает эффективность предложенной рекомендации по рациональному использованию времени. Необходимо делегировать среднему медицинскому персоналу ряд функций (выдачу справок, заполнение статистических бланков, подготовку копий документов и т.п.). Время, затраченное на собственное повышение квалификации у

семейных врачей почти не изменилось, с $7,3 \pm 0,1$ минуты до $7,2 \pm 0,1$ минуты, $p > 0,05$, а у терапевтов увеличилось с $2,6 \pm 0,7$ минуты до $6,7 \pm 0,1$ минуты, $p < 0,001$. Время, затраченное на другие мероприятия у семейных врачей сократилось с $11,4 \pm 1,1$ до $3,2 \pm 0,1$ минуты, $p < 0,001$, у терапевтов снижение с $10,0 \pm 1,0$ до $5,1 \pm 1,1$ минуты, $p < 0,001$. У семейных врачей продолжительность перерыва сократилась с $6,0 \pm 1,0$ минуты до $2,8 \pm 1,0$ минуты, у терапевтов перерыв сократился с $7,7 \pm 0,7$ минуты до $4,5 \pm 0,7$ минуты, $p < 0,001$.

Таким образом, предложенные рекомендации по рациональному использованию рабочего времени способствовали увеличению доли деятельности, связанной с диагностикой, лечением и профилактикой, повышению эффективности профессиональной деятельности и улучшению качества лечебной помощи.

4.2.2 Повышение качества обследований по мониторируемым болезням.

Значительный рост наблюдался по следующим пунктам опроса. Распознавание жалоб: с $82,3 \pm 0,6\%$ до $97,6 \pm 1,0\%$, $p < 0,001$. Распознавание симптомов: с $32,8 \pm 0,9\%$ до $64,8 \pm 0,9\%$, $p < 0,001$. Определение продолжительности заболевания: с $17,1 \pm 1,0\%$ до $57,3 \pm 1,0\%$, $p < 0,001$. Установление причин заболевания: с $4,7 \pm 1,0\%$ до $48,0 \pm 1,0\%$, $p < 0,001$. Этот рост свидетельствует о значительном прогрессе в клиническом мышлении и диагностических навыках семейных врачей (таблица 4.2.2.1).

Фиксируется рост информированности пациентов о факторах риска. Так, при ишемической болезни сердца уровень осведомлённости вырос с $46,9 \pm 1,0\%$ до $97,1 \pm 1,0\%$, $p < 0,001$, при язвенной болезни — с $31,7 \pm 0,9\%$ до $94,3 \pm 1,0\%$, $p < 0,001$. Это указывает на активную профилактическую работу, проводимую медицинским персоналом, и повышение общего уровня медицинской грамотности.

По компоненту «мероприятия по лечению» также наблюдается положительная динамика, особенно при язвенной болезни — с $76,0 \pm 1,0\%$ до $97,2 \pm 0,9\%$, $p < 0,001$, при гипертонии — с $70,2 \pm 1,0\%$ до $91,3 \pm 1,0\%$, $p < 0,001$, что свидетельствует об активном использовании стандартных протоколов и клинических рекомендаций.

Интересным результатом является рост по показателю «другие элементы опроса», отражающему дополнительные сведения, собранные в процессе беседы. Например, при язвенной болезни рост составил с $2,7 \pm 1,0\%$ до $15,8 \pm 0,9\%$, $p < 0,001$, характеризующий расширение охвата диагностических вопросов и индивидуализации подхода. Совокупный показатель — «общее число элементов» — увеличился почти в 2 раза: при гипертонии с $249,6 \pm 2,0\%$ до $526,4 \pm 3,2\%$, $p < 0,001$; ишемической болезни сердца — с $317,7 \pm 1,2\%$ до $566,3 \pm 8,2\%$, $p < 0,001$.

Это подчеркивает общую тенденцию к улучшению полноты и качества клинического взаимодействия. Коэффициент активности (суммарный индикатор интенсивности сбора информации) увеличился с $2,3 \pm 0,1\%$ до $4,2 \pm 0,1\%$ при бронхите, $p < 0,001$, и с $2,5 \pm 0,1\%$ до $5,3 \pm 0,1\%$ при гипертонии, $p < 0,001$, что подтверждает комплексную эффективность принятых мер.

Таблица 4.2.2.1 – Оценка качества опроса мониторируемых заболеваний

№ п/п	Элементы опроса	Бронхит, пневмония M±m		Гипертоническая болезнь M±m		ИБС M±m		Язвенная болезнь M±m	
		до	после	до	после	до	после	до	после
1	Выявление жалоб	82,3±0,6	97,6±1,0*	89,6±1,0**	100,0±0,9**	91,0±0,9	100,0±0,9**	84,5±1,2	100,0±0,9**
2	Определение признаков болезни	32,8±0,9	64,8±0,9**	16,0±1,1**	67,1±1,0**	31,2±0,9	78,6±1,4**	28,0±1,0	72,9±1,0**
3	Длительность болезни	17,1±1,0	57,3±1,0**	29,7±1,0**	98,9±1,0**	51,0±1,0	100,0±0,9**	57,2±1,1	100,0±0,9**
4	Причины болезни	4,7±1	48,0±1,0**	6,8±1,0**	64,5±2,2**	11,4±1,1	76,3±2,0**	14,1±1,3	82,8±1,7**
5	Факторы риска	28,7±1,0	52,9±0,9**	32,1±0,7**	86,2±1,0**	46,9±1	97,1±1,0**	31,7±0,9	94,3±1,0**
6	Мероприятия по лечению	61,7±0,8	82,4±0,9**	70,2±1,0**	91,3±1,0***	81,4±0,9	94,0±1,8**	76,0±1,05	97,2±0,9**
7	Другие элементы	3,7±1,5	16,7±1,4**	5,2±1,1**	18,4±1,0**	4,8±0,9	20,3±0,8**	2,7±1	15,8±0,9**
8	Общее число элементов	231,0±1,5	419,7±0,6**	249,6±2,0**	526,4±3,2**	317,7±1,2	566,3±8,2**	294,2±4,1	563,0±6,8**
9	Коэффициент активности	2,3±0,1	4,2±0,1*	2,5±0,1**	5,3±0,1**	3,2±0,1	5,7±0,1*	2,9±0,3	5,6±0,2**

Примечание: n - число наблюдений - 204, M — среднее, m – ошибка репрезентативности, * - p>0,05, ** - p<0,001.

Таким образом, результаты оценки качества опроса мониторируемых заболеваний 204 пациентов наглядно демонстрируют, что после реализации мероприятий по оптимизации работы первичного звена здравоохранения произошло достоверное повышение качества опроса пациентов по всем основным направлениям клинического взаимодействия.

4.2.3. Повышение качества опроса пациентов. В этой части исследования анализировались экспериментальные мероприятия, проводимые семейными врачами и терапевтами с целью повышения качества опросов пациентов. Статистически значимое увеличение наблюдалось по таким ключевым пунктам опроса, как идентификация симптомов, продолжительность, причины и условия труда (таблица 4.2.3.1).

Таблица 4.2.3.1 – Качество опроса пациентов (на 100 человек)

№ п/п	Элементы опроса	Семейные врачи		Терапевты	
		до	после	до	после
1	Выявление жалоб	95,2±1,0	100±1,0***	90,1±1,0	98,4±1,0***
2	Характер симптомов заболевания	24,2±1,0	89,5±1,5***	13,8±0,7	32,7±0,7***
3	Продолжительность заболевания	33,6±3,0	87,5±8,0***	17,4±2,3	42,0±2,6***
4	Причины заболевания	19,6±1,0	78,4±1,0***	7,0±1,0	34,6±1,0***
5	Условия труда и жизни	20,3±1,0	89,0±1,0***	5,6±1,0	32,2±1,0***
6	Наследственность	6,8±1,0	64,2±1,0***	3,6±1,0	18,5±1,0***
7	История болезни	10,9±1,0	65,1±1,0***	4,3±1,0	13,8±1,0***
8	Вредные привычки	19,3±1,0	83,9±1,0***	7,6±1,0	41,0±1,0***
9	Лечебные мероприятия	21,5±1,0	58,6±1,0***	25,5±1,0	27,9±1,0*
10	Лекарственная толерантность	15,8±1,0	70,8±1,25***	5,6±1,1	29,4±2,1***
11	Изменения в течении болезни	3,9±0,8	25,7±1,2***	1,8±0,8	4,0±0,7**
12	Другие элементы	6,0±0,15	10,3±0,9***	2,0±1,9	2,5±2,2*
13	Общие элементы на 100 пациентов	277,1±3,6	823,4±4,1***	184,3±8,0	377,0±7,1***
14	Коэффициент активности	2,7±0,95	8,2±0,9***	1,8±0,95	3,7±1,0*

Примечание: n - количество наблюдений, M – среднее, m – ошибка репрезентативности, * - p>0,05, ** - p<0, 01, *** - p<0,001.

Показатель «Выявление жалоб» уже изначально находился на высоком уровне (95,2±1,0 у семейных врачей и 90,1±1,0 у терапевтов), однако после вмешательства наблюдалось статистически достоверное улучшение до почти максимальных значений, p<0,001. «Характер симптомов заболевания». У семейных врачей этот показатель увеличился с 24,2±1,0 до 89,5±1,5, p<0,001, а у терапевтов

— с $13,8 \pm 0,7$ до $32,7 \pm 0,7$, $p < 0,001$. По параметру «Продолжительность заболевания» семейные врачи продемонстрировали более выраженный рост с $33,6 \pm 3,0$ до $87,5 \pm 8,0$, чем терапевты с $17,4 \pm 2,3$ до $42,0 \pm 2,6$, оба с высокой достоверностью $p < 0,001$. «Причины заболевания», «Условия труда и жизни», «Наследственность» и «Эпидемиологическая история» показали достоверное улучшение у всех, особенно у семейных врачей. Например, данные по эпидемиологическому анамнезу улучшились с $10,9 \pm 1$ до $65,1 \pm 1,0$ у семейных врачей ($p < 0,001$) и с $4,3 \pm 1$ до $13,8 \pm 1,0$ у терапевтов ($p < 0,001$). «Вредные привычки» также значительно улучшился после обучения. У семейных врачей уровень распознавания повысился с $19,3 \pm 1,0$ до $83,9 \pm 1,0$ ($p < 0,001$), у терапевтов — с $7,6 \pm 1,0$ до $41,0 \pm 1,0$ ($p < 0,001$). «Лечебные мероприятия» изменился умеренно: у семейных врачей с $21,5 \pm 1,0$ до $58,6 \pm 1,0$ ($p < 0,001$), у терапевтов изменения были статистически достоверными, но менее выраженными (с $25,5 \pm 1,0$ до $27,9 \pm 1,0$, $p > 0,05$). «Изменения в течении болезни» выявлялись значительно лучше после обучения. Так, у семейных врачей толерантность фиксировалась в $70,8 \pm 1,25$ случаях против $15,8 \pm 1,0$ ранее, у терапевтов — $29,4 \pm 2,1$ против $5,6 \pm 1,1$, $p < 0,001$. По обобщающим показателям также зафиксирован значимый прогресс. Общее число элементов на 100 пациентов увеличилось у семейных врачей с $277,1 \pm 3,6$ до $823,4 \pm 4,1$, а у терапевтов — с $184,3 \pm 8,0$ до $377,0 \pm 7,1$, в обоих случаях $p < 0,001$. Коэффициент активности (среднее количество выявленных элементов на одного пациента) у семейных врачей вырос с $2,7 \pm 0,95$ до $8,2 \pm 0,9$, $p < 0,001$, у терапевтов — с $1,8 \pm 0,95$ до $3,7 \pm 1,0$, $p > 0,05$). Таким образом, полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности комплекса образовательных и организационных мероприятий, направленных на улучшение сбора анамнеза и повышение клинической настороженности. Семейные врачи показали более высокую динамику по большинству показателей, что связано с их постоянным контактом с пациентами и более широкой моделью ведения. Достоверные различия выявлены по большинству параметров, что подтверждает статистическую значимость.

4.2.4 Повышение качества обследования больных. С внедрением предложенных нами технологий отмечено значительное улучшение качества обследования пациентов (таблица 4.2.4.1). Так, у семейных врачей частота выполнения перкуссии легких возросла с $41,0 \pm 1,0\%$ до $82,8 \pm 1,9\%$, $p < 0,001$, тогда как у терапевтов — с $32,5 \pm 1,0\%$ до $48,9 \pm 1,4\%$, $p < 0,001$, что указывает на достоверное повышение качества диагностики заболеваний органов дыхания. Схожая тенденция отмечена при аускультации сердца: у семейных врачей показатели увеличились с $53,7 \pm 1,2\%$ до $91,5 \pm 1,7\%$, $p < 0,001$, у терапевтов — с $42,4 \pm 2,0\%$ до $82,4 \pm 2,2\%$, $p < 0,001$. Это свидетельствует о более высокой результативности обследования сердечно-сосудистой системы и расширении возможностей своевременного выявления болезней органов кровообращения. Измерение артериального давления продемонстрировало особенно выраженные изменения: у семейных врачей показатель вырос с $65,4 \pm 2,2\%$ до $98,0 \pm 2,6\%$,

$p < 0,001$, а у терапевтов — с $27,7 \pm 2,2\%$ до $87,5 \pm 2,6\%$, $p < 0,001$. Это отражает значительное улучшение контроля за артериальной гипертензией.

Таблица 4.2.4.1 – Качество обследования терапевтических больных

№ п/п	Элементы исследования	Семейные врачи		Терапевты	
		До	После	До	После
1	Осмотр кожи и подкожной клетчатки	5,6±0,9	26,3±0,9***	3,6±0,1	9,1±4,4*
2	Полость рта	20,1±1,0	62,6±1,0***	22,3±1,5	33,5±1,5***
3	Перкуссия легких	41,0±1,0	82,8±1,9***	32,5±1,0	48,9±1,4***
4	Аускультация легких	51,8±1,2	93,7±3,2***	47,8±1,0	77,3±1,0***
5	Перкуссия сердца	36,2±4,8	89,0±2,0***	33,6±2,6	40,1±2,0***
6	Аускультация сердца	53,7±1,2	91,5±1,7***	42,4±2,0	82,4±2,2***
7	Измерение артер. давления	65,4±2,2	98,0±2,6***	27,7±2,0	87,5±3,8***
8	Проверка пульса	35,1±3,8	77,4±4,8***	19,5±1,0	41,0±2,0***
9	Пальпация желудка	32,6±1,7	26,1±1,0***	19,4±1,0	13,6±1,0***
10	Перкуссия печени	24,1±1,4	66,8±1,9***	20,9±1,1	37,8±1,2***
11	Пальпация печени	20,9±1,1	89,2±1,6***	16,2±1,0	34,4±1,0***
12	Пальпация кишечника	38,0±2,5	30,1±2,0***	22,5±0,7	20,0±1,0**
13	Выявление отёчности	16,6±0,7	61,9±1,0***	19,5±0,9	23,1±0,9***
14	Перкуссия почек	17,3±0,7	46,9±1,4***	15,0±1,3	21,7±1,3***
15	Общее число элементов	458,4±2,7	942,3±2,1***	342,9±2,4	570,4±2,2***
16	Коэффициент активности	4,6±0,1	9,4±0,1***	3,4±0,1	5,7±0,1***

Примечание: n - количество наблюдений, M – среднее, m – ошибка репрезентативности, * - $p > 0,05$, ** - $p < 0,05$, *** - $p < 0,001$.

Аналогично, при пальпации пульса у семейных врачей результаты повысились с $35,1 \pm 3,8\%$ до $77,4 \pm 4,8\%$, $p < 0,001$, а у терапевтов — с $19,5 \pm 1,0\%$ до $41,0 \pm 2,0\%$, $p < 0,001$, что подтверждает рост эффективности в выявлении нарушений в кровообращении. Более выраженные положительные изменения были зафиксированы у семейных врачей по большинству показателей. Так, при осмотре кожи и подкожно-жировой клетчатки наблюдался рост с $5,6 \pm 0,9\%$ до $26,3 \pm 0,9\%$, $p < 0,001$, что указывает на повышение внимания к внешним проявлениям заболеваний и внедрение стандартизированных алгоритмов первичного осмотра. У терапевтов улучшение также отмечалось с $3,6 \pm 0,1\%$ до $9,1 \pm 4,4\%$, однако различия оказались статистически незначимыми, $p > 0,05$. Значительный прогресс был зафиксирован при осмотре полости рта: у семейных врачей показатель увеличился с $20,1 \pm 1,0\%$ до $62,6 \pm 1,0\%$, $p < 0,001$, что отражает усиление междисциплинарного подхода и профилактической направленности. У терапевтов рост также был достоверным, с $22,3 \pm 1,5\%$ до $33,5 \pm 1,5\%$, $p < 0,001$, но менее выраженным. Наиболее заметные результаты отмечены при функциональной диагностике дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Так, аускультация лёгких у семейных врачей стала

проводиться в $93,7 \pm 3,2\%$ случаев против $51,8 \pm 1,2\%$ до внедрения технологий, $p < 0,001$. По перкуссии сердца также выявлено значительное улучшение — с $36,2 \pm 4,8\%$ до $89,0 \pm 2,0\%$, $p < 0,001$. У терапевтов положительная динамика была менее выраженной, особенно в части перкуссии сердца — с $33,6 \pm 2,6\%$ до $40,1 \pm 2,0\%$, $p < 0,001$.

В целом, результаты исследования показали, что внедрение разработанных технологий привело к значительному повышению качества клинического обследования, особенно среди семейных врачей, которые продемонстрировали более выраженную положительную динамику по большинству параметров.

Мониторинг результатов внедрения инновационных технологий терапевтической службы в первичную медико-санитарную помощь позволяет говорить о том, что создана инновационная модель, эффективно использующая имеющиеся трудовые, материальные ресурсы для достижения максимально возможного уровня результативности, качества и доступности терапевтической помощи (таблица 4.2.4.3).

Таблица 4.2.4.3 – Технологии терапевтической службы на уровне первичной медико-санитарной помощи

№	Результаты внедрения предлагаемой технологии
1	<p>Схема беседы врача с пациентом</p> <p>Статистически значимое улучшение отмечено по ключевым пунктам опроса как определения симптомов, продолжительность, причины и условия труда. Выслушивание жалобы семейные врачи — $95,2\% \rightarrow 100\%$, терапевты — $90,1\% \rightarrow 98,4\%$. Продолжительность заболевания: $33,6\% \rightarrow 87,5\%$ и $17,4\% \rightarrow 42\%$. Наследственность: $6,8\% \rightarrow 64,2\%$ и $3,6\% \rightarrow 18,5\%$. Меры лечения: рост на $58,6\%$ и $27,9\%$. Дополнительно у семейных врачей отмечен рост. Распознавание жалоб — $82,3\% \rightarrow 97,6\%$, симптомов — $32,8\% \rightarrow 64,8\%$, определение продолжительности — $17,1\% \rightarrow 57,3\%$, установление причин — $4,7\% \rightarrow 48,0\%$.</p>
2	<p>Карта обследования мониторируемых больных</p> <p>Опрос пациентов, как и другие обследования, должен проводиться объективно. Нами предложена определенная процедура проведения интервью, которая освобождает врача от необходимости следить за тем, чтобы он ничего не упустил, и позволяет сосредоточиться на полученной информации. При заключительном обследовании пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, рекомендуется определять остаточные симптомы заболевания и их выраженность, что позволит лучше оценить динамику течения заболевания.</p>
3	<p>Схема обследования в зависимости от периода наблюдения</p> <p>В медицинской карте пациента должны быть указаны: длительность заболевания, причины и факторы, способствующие его развитию, а также сведения о наличии хронического заболевания; история болезней; жалобы на общее состояние; нарушения функции отдельных органов и систем организма, их характер, интенсивность и продолжительность; данные физикального обследования с совокупностью признаков состояния отдельных органов и систем организма; определяются сведения о профессии, возрасте, условиях труда и быта, наличии вредных привычек.</p>
4	<p>Рациональное использование рабочего времени</p> <p>Полученные результаты свидетельствуют об изменениях в условиях труда врачей и распределении ими своего времени в течение рабочего дня. Увеличилось количество видов деятельности, экономящих время (диагностика, лечение, профилактика), в ряде случаев увеличилось время на профессиональное развитие и другие виды деятельности.</p>

5	<p align="center">Критерии оценки качества терапевтической помощи</p> <p>Доступность и своевременность помощи улучшились за счет регулирования потока пациентов. Кожа и подкожно-жировая клетчатка: семейные врачи — 5,6%→26,3%, терапевты — 3,6%→9,1%. Полость рта: 20,1%→62,6% и 22,3%→33,5%. Лёгкие: перкуссия — 41%→82,8% и 32,5%→48,9%; аускультация — 51,8%→93,7% и 47,8%→77,3%. Сердце: аускультация — 53,7%→91,5% и 42,4%→82,4%; перкуссия — 36,2%→89% и 33,6%→40,1%. АД: 65,4%→98% и 27,7%→87,5%. Пульс: 35,1%→77,4% и 19,5%→41%. ЖКТ: пальпация живота снизилась, но перкуссия и пальпация печени улучшились — у семейных врачей до 66,8% и 89,2%. Опухоли и почки: выявляемость — 16,6%→61,9% и 19,5%→23,1%; почки — 17,3%→46,9% и 15%→21,7%. Общий коэффициент активности: семейные врачи — 4,6→9,4; терапевты — 3,4→5,7.</p>
6	<p align="center">Типовые «хронокарты»</p> <p>При проведении работы по изучению использования рабочего времени семейного врача разработаны 4 хронокарты: 1) «Карта рабочего времени амбулаторных посещений врача общей практики»; 2) «Табель учета рабочего времени семейного врача (в амбулаторно-поликлиническом учреждении)»; 3) «График работы службы вызова семейного врача на дом»; 4) «Хронокарта рабочего времени врача при посещении на дом».</p>

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

1. Анализ динамики распространенности основных классов заболеваний среди населения южного региона Кыргызской Республики (Ошская, Джалал-Абадская и Баткенская области) в 2019–2023 гг. выявил волнообразный характер изменений, обусловленный влиянием пандемии COVID-19. Ведущие позиции стабильно занимают болезни системы кровообращения, органов дыхания и мочеполовой системы.

2. Оценка работы врачей первичного звена выявила недостаточную полноту выполнения стандартных лечебно-диагностических процедур, тогда как семейные врачи демонстрируют более высокий уровень их реализации по сравнению с терапевтами. Установлены существенные различия в качестве проведения опроса и обследования пациентов при первичном обращении.

3. Анализ профилактической деятельности врачей общей практики показал отсутствие должной межведомственной координации между Министерством здравоохранения, Министерством обороны и Министерством образования и науки, что ограничивает эффективность работы, и выявил нерациональное распределение и использование рабочего времени медицинских работников.

4. Внедрение организационно-технологических подходов (стандартизированные схемы беседы, карты обследования, алгоритмы наблюдения и хронокарты) на уровне первичной медико-санитарной помощи доказало эффективность и целесообразность широкого использования для повышения качества медицинской помощи и удовлетворённости пациентов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

I. На уровне Министерства здравоохранения Кыргызской Республики:

1. Усилить нормативно-правовую базу семейной медицины, включая стандарты качества и систему мониторинга эффективности работы ПМСП.
2. Обеспечить межведомственное взаимодействие (с Министерством образования и науки, Министерством обороны) для согласованного проведения профилактических мероприятий.
3. Повысить финансирование ПМСП, уделяя приоритетное внимание сельским регионам и развитию государственно-частного партнёрства.
4. Развивать телемедицину и цифровые системы (электронные карты, хронокарты, алгоритмы), направленные на экономию рабочего времени врачей и улучшение доступности помощи.
5. Реализовать целевые скрининговые и просветительские программы по наиболее распространённым хроническим заболеваниям и вопросам здорового образа жизни.

II. На уровне организаций здравоохранения первичной медико-санитарной помощи

1. Внедрять организационно-технологические подходы (стандартизированные беседы, карты обследования, алгоритмы наблюдения), обеспечивающие повышение качества диагностики и лечения.
2. Рационализировать рабочий процесс врачей общей практики за счёт групповой практики, сестринского приёма и регулирования потоков пациентов через электронные системы.
3. Активно использовать телемедицинские и информационные технологии, снижая объём ручного документооборота.
4. Усилить профилактическую деятельность — регулярные скрининги, санитарное просвещение, раннее выявление заболеваний.
5. Организовать систему постоянного мониторинга качества оказания медицинской помощи и разработку методических материалов для врачей общей практики.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. **Исраилова, Д. К.** Кыргыз Республикасынын Ош облусундагы жалпы үй-бүлөлүк дарыгерлер практикасындагы респиратордук оорулуулардын көрсөткүчтөрү [Текст] / Д. К. Исраилова // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2021. – № 9. – С. 69-71; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=48219342>
2. **Исраилова, Д. К.** Жалпы (үй-бүлөлүк) дарыгерлер практикасындагы терапевттерге кайрылган оорулуулардын түзүмү жана таралышы [Текст] / Д. К. Исраилова, Г. А. Аскарбекова // Известия ВУЗов Кыргызстана. – 2021. – № 5. – С. 39-42; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=48220827>

3. **Исраилова, Д. К.** Жалпы (үй-бүлөлүк) дарыгерлер практикасына адистерди даярдоо [Текст] / Д. К. Исраилова, Г. А. Аскарбекова, А. А. Шамшиев, Ы. А. Алдашукуров // Вестник Ошского государственного университета. – 2022. – № 3. – С. 38-43; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=49544748>

4. **Исраилова, Д. К.** Үй-бүлөлүк медицинада профилактикалык текшерүү маселеси [Текст] / Д. К. Исраилова, Г. А. Аскарбекова, А. А. Шамшиев // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2022. – Vol. 22, № 9. – С. 175-179; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=49828790>

5. **Исраилова, Д. К.** Трудно быть идеальным врачом в современном мире? [Текст] / Д. К. Исраилова, Т. М. Мамаев, М. К. Сейдалиева // Интеграция теории, образования и науки с прикладной медициной: сб. науч. тр. Междунар. науч.-практ. конф. – Ош, 2023. – № 1. – С. 172-176; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://conf.medfak-30.oshsu.kg/>

6. **Исраилова, Д. К.** Ош аймагындагы дарыгердик жардамды социалдык изилдөө (пациенттердин баасы) [Текст] / Д. К. Исраилова, Т. М. Мамаев, М. К. Сейдалиева // Интеграция теории, образования и науки с прикладной медициной: сб. науч. тр. Междунар. науч.-практ. конф. – Ош, 2023. – № 2. – С. 174-178; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://conf.medfak-30.oshsu.kg/>

7. **Исраилова, Д. К.** Амбулатордук кабыл алуудагы терапиялык жардамдын сапатын жогорулатуунун багыттары [Текст] / [Д. К. Исраилова, Ы. А. Алдашукуров, А. Б. Боронбаев и др.] // Вестник Ошского государственного университета. – № 3 (2024). – С. 1-12; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=72337896>

8. **Исраилова, Д. К.** Уй-бүлөлүк медицинадагы терапиялык жардамдын сапатын жогорулатуу [Текст]: XIII Intern. Scien. and pract. conf. / Д. К. Исраилова, Ы. А. Алдашукуров // Science and technologies. – Астана, 2024. – С. 3-9; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/napravlenii-ro-povysheniyu-kachestva-terapevticheskoy-pomoschi-v-ambulatornyh-priemah>

9. **Исраилова, Д. К.** Оценка качества самоконтроля у больных сахарным диабетом для профилактики осложнений заболевания [Текст] / Д. К. Исраилова, А. А. Шамшиев, Т. М. Мамаев // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2024. – Т. 24, № 9. – С. 132-137; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=75097473>

10. **Исраилова Д. К.** Ош облусунда оорулардын негизги класстарынын динамикасы [Текст] / З. А. Борончиева, Э. А. Еркинбаева, А. Б. Боронбаев // In the world of Science and education – Almaty, 2024. – № 15. – С. 82-90; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/osh-oblusunda-oorulardyn-negizgi-klasstarynyn-dinamikasy>

Исраилова Дарыгул Кубанычбековнанын «Жалпы үй-бүлөлүк дарыгерлер практикасында терапиялык жардам берүүнү уюштуруудагы көйгөйлүү маселелер (Кыргыз республикасынын түштүк аймагынын мисалында)» деген темадагы 14.02.03 – коомдук саламаттык жана саламаттыкты сактоо адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертациясынын
РЕЗЮМЕСИ

Негизги сөздөр: ооруу, жумуш убактысынын чыгымдары, медициналык кызматтын сапаты, мониторинг оорулар, үй-бүлөлүк медицина, терапиялык жардам, хронокарта.

Изилдөөнүн объектиси: дарыгерлер, үй-бүлөлүк дарыгерлер, баштапкы медициналык-санитардык жардам.

Изилдөөнүн предмети: медициналык кызматтын баштапкы деңгээлинде терапиялык жардамды уюштуруу.

Изилдөөнүн максаты: медициналык кызматтын баштапкы деңгээлинде терапиялык кызматтын сапатын жана натыйжалуулугун жакшыртуу максатында уюштуруучулук-методикалык негиздерди иштеп чыгуу.

Изилдөө ыкмалары: аналитикалык, ретроспективдүү, статистикалык, социологиялык (анкеттөө), эксперттик баамдоо, уюштуруучу үлгү ыкмалары.

Алынган жыйынтыктар жана алардын жаңылыгы. Кыргыз Республикасынын түштүк аймагындагы калктын ооруп калуу көрсөткүчтөрүнүн динамикасында COVID-19 пандемиясынын таасиринен улам байкалган термелүүлөрдүн региондук өзгөчөлүктөрү иликтенди. Алгач ирет үй-бүлөлүк медицинанын деңгээлинде терапиялык жардамды уюштуруунун айрым өзгөчөлүктөрү аныкталды. Негизги терапиялык багытта даярдыгы бар үй-бүлөлүк дарыгерлер, мурда педиатрия же акушердик-гинекология боюнча адистешкен жалпы практикалык дарыгерлерге салыштырмалуу, терапевтикалык патологиясы бар бейтаптарга баштапкы медициналык жардамды жогорку сапатта көрсөтөрү далилденди. Жалпы практикалык дарыгерлердин ишинин натыйжалуулугун системалуу ыкманын негизинде комплекстүү изилдөө биринчи жолу жүргүзүлүп, алардын ишинин сапатына жана медициналык технологияларды колдонуу өзгөчөлүктөрүнө таасир этүүчү факторлор боюнча жаңы илимий маалыматтар алынды. Бул маалыматтар эмгекти уюштурууну өркүндөтүүдө жана баштапкы медициналык-санитардык жардамдын натыйжалуулугун жогорулатууда практикалык мааниге ээ. Үй-бүлөлүк медицинанын алкагында терапиялык кызматты оптималдаштырууга багытталган уюштуруучулук жана технологиялык ыкмалар иштелип чыгып, тажрыйба жүзүндө сыноодон өткөрүлдү. Аларды практикалык ишке киргизүү натыйжасында мониторингде турган өнөкөт оорулары бар бейтаптарды тейлөөнүн сапаты жогоруланганы аныкталды.

Колдонуу боюнча сунуштар: Амбулатордук денгээлдеги терапиялык кызматтын сапатын жогорулатуу боюнча илимий жактан негизделген сунуштардын комплекси иштелип чыкты жана үй-бүлөлүк медицинага практикага киргизилди.

Колдонуу тармактары: коомдук саламаттык жана саламаттыкты сактоо, үй-бүлөлүк медицина.

РЕЗЮМЕ

диссертационной работы Исраилова Дарыгул Кубанычбековны на тему «Проблемы организации терапевтической помощи в практике семейных врачей общей практики» (на примере южного региона Кыргызской Республики) на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

Ключевые слова: заболеваемость, затраты рабочего времени, качество медицинских услуг, мониторируемые заболевания, семейная медицина, терапевтическая помощь, хронокарта.

Объект исследования: врачи, семейные врачи, первичная медико-санитарная помощь.

Предмет исследования: организация терапевтической помощи на первичном уровне медицинских услуг.

Цель исследования: разработка мероприятий по совершенствованию организации терапевтической помощи на первичном уровне медицинских услуг с целью повышения её качества и эффективности.

Методы исследования: аналитический, ретроспективный, статистический, социологический (анкетирование), экспертная оценка, моделирование.

Полученные результаты и их новизна. Выявлена региональные особенности динамики заболеваемости населения южного региона Кыргызской Республики с выраженными колебаниями, связанными с пандемией COVID-19.

Впервые выявлены особенности организации терапевтической помощи на уровне семейной медицины. Семейные врачи с базовой терапевтической подготовкой обеспечивают более высокий уровень качества первичного приёма пациентов с терапевтической патологией по сравнению с врачами общей практики, ранее специализировавшимися в педиатрии или акушерстве-гинекологии. На основе системного подхода впервые проведено комплексное исследование эффективности деятельности врачей общей практики, позволившее получить новые данные о факторах, влияющих на качество и технологию их работы, что имеет значение для совершенствования организации труда и повышения результативности первичной медико-санитарной помощи.

Разработаны и апробированы организационно-технологические подходы к оптимизации терапевтической службы в условиях семейной медицины, внедрение которых в практическую деятельность позволило повысить качество ведения больных с мониторируемыми заболеваниями.

Рекомендации по использованию: разработан и внедрен в практику семейной медицины комплекс научно обоснованных рекомендаций по повышению качества терапевтической помощи на амбулаторном уровне.

Область применения: общественное здоровье и здравоохранение, семейная медицина.

SUMMARY

dissertation work of Israilova Darygul Kubanychbekovna on the topic “Topical issues of organizing therapeutic care in the practice of family general practitioners” (on the example of the southern region of the Kyrgyz Republic) for the degree of candidate of medical sciences in the specialty 14.02.03 - public health and health care

Key word: family medicine, therapy, morbidity, doctor, hypertension, ischemia, gastric ulcer, gastritis, blood pressure.

Object of study: family medicine.

Subject of study: therapeutic care in the center of general medical practice (family medicine).

Purpose of the study: development of organizational and methodological bases for improving therapeutic care at the primary level of medical services in order to improve its quality and effectiveness.

Research methods: analytical, retrospective, statistical, sociological (survey), expert assessment, organizational sampling methods.

The obtained results and their novelty. Regional features of the dynamics of morbidity of the population of the Southern region of the Kyrgyz Republic with pronounced fluctuations associated with the COVID-19 pandemic have been identified. For the first time, features of the organization of therapeutic care at the level of family medicine have been identified. Family doctors with basic therapeutic training provide a higher level of quality of primary care for patients with therapeutic pathology compared to general practitioners who previously specialized in pediatrics or obstetrics and gynecology. Based on a systems approach, a comprehensive study of the effectiveness of general practitioners was conducted for the first time, which made it possible to obtain new data on the factors affecting the quality and technology of their work, which is important for improving the organization of work and increasing the effectiveness of primary health care. Organizational and technological approaches to optimizing the therapeutic service in family medicine

have been developed and tested, the introduction of which into practical activities has improved the quality of care for patients with monitored diseases.

Recommendations for use: a set of scientifically based recommendations for improving the quality of therapeutic care at the outpatient level has been developed and introduced into the practice of family medicine.

Scope: public health and health care, family medicine.

Формат бумаги 60 x 90/16. Объем 1,5 п. л.
Бумага офсетная. Тираж 50 экз.
Отпечатано в ОсОО «Соф Басмасы»
720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92