

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**

УДК: 616.45_001.1/.3-084:614.258

ZAKIRXO‘JAYEVA RA‘NOXON ABDUNABI QIZI

**POLIKLINIKALAR VA STATSIONARLAR O‘RTASIDAGI UZVIYLIKNI
TAKOMILLASHTIRISHNING ZAMONAVIY YONDASHUVLARINI
BAHOLASH**

MONOGRAFIYA

Tashkent–2026

**POLIKLINIKALAR VA STATSIONARLAR O‘RTASIDAGI UZVIYLIKNI
TAKOMILLASHTIRISHNING ZAMONAVIY YONDASHUVLARINI
BAHOLASH**

MONOGRAFIYA

**ZAKIRXO‘JAYEVA R.A. – 2 son Jamoat salomatligi va sog‘liqliqni saqlash
menejmenti kafedrası assisenti PhD**

Mundarija

Qisqartmalar ro'yxati	4
Kirish	5
 1-BOB. RIVOJLANGAN MAMLAKATLARDA SOG'LIQNI SAQLASH TIZIMIDA UZVIYLIKNI TA'MINLASHNING ASOSIY YO'NALISHLARI	17
1.1. Tibbiyot muassasalarida uzviylik turlari	17
1.2. Uzviylikning buzilishi natijasida yuzaga keladigan asoratlar va qayta yotqizishlar	20
1.3. Turli sog'liqni saqlash muassasalari o'rtasidagi uzviylikda axborot-kommunikatsiya texnologiyalaridan foydalanish	21
 2-BOB. TADQIQOT OBYEKTлари, MATERIALLARI VA USULLARI	28
2.1. Tadqiqot obyekti va materiallari	28
2.2. Tadqiqot usullarining tavsifi	29
2.3. Statistika tahlil usullari	32
 3-BOB. STATSIONAR VA POLIKLINIKA MUASSASALARI SHIFOKORLARI O'RTASIDAGI O'ZARO ALOQANI O'RGANISH	34
3.1. Poliklinika shifokorlarining uzviylik haqidagi fikrlari	37
3.2. Statsionar shifokorlarning uzviylik haqidagi fikrlari	39
3.3. Tibbiyot muassasalari o'rtasidagi hujjat aylanishi va axborot almashinuvi tahlili	41
 4-BOB. TIBBIY MUASSASALAR O'RTASIDA UZVIYLIKNI TAKOMILLASHTIRISH BO'YICHA TAKLIF VA TAVSIYALAR	45
4.1. Aniqlangan muammolar asosida takliflar ishlab chiqish	45
4.2. Raqamli texnologiyalar asosida uzviylikni yaxshilash yo'llari ...	48
 Xulosa	52
Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati	54
Ilovalar	57

Foydalanilgan qisqartmalar ro'yxati

APU - Ambulator-poliklinika muassasalari

VOZ - Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti

INOPU Xizmat ko'rsatuvchi uzviyligi indeksi

LPU Davolash-profilaktika muassasasi

MIS Tibbiy axborot tizimlari

MO Tibbiyot tashkilotlari

PMSP Birlamchi tibbiy-sanitariya muassasasi

PP Prezident qarori

USA Amerika Qo'shma Shtatlari

SV Oila shifokori

ToshPTI Toshkent pediatriya tibbiyot instituti

XOBL Surunkali obstruktiv o'pka kasalligi

UP Prezident farmoni

EMK Elektron tibbiy kartalar

Kirish

Jahon sogʻliqni saqlash tashkiloti (JSST) maʼlumotlariga koʻra, zamonaviy sogʻliqni saqlash tizimi diagnostika va davolash jarayonlarida uzviylikni taʼminlaydigan, bosqichma-bosqich bogʻlangan yondashuvlarni joriy etishni talab qiladi. Shu bilan birga, oilaviy shifokorlarning statsionar va ambulator davolash-profilaktika muassasalari oʻrtasidagi uzviylikni taʼminlashdagi roli muhim ahamiyat kasb etadi. Lekin bemorlarni keyingi bosqichlarga notoʻgʻri yoki toʻliq boʻlmagan tarzda oʻtkazish, oilaviy shifokor bilan statsionar shifokor oʻrtasida toʻgʻridan-toʻgʻri aloqaning yoʻqligi, bemorlarni ambulator va statsionar bosqichlar oʻrtasida oʻtkazish jarayonining standartlashtirilmaganligi — sogʻliqni saqlash boshqaruvidagi dolzarb muammolardan biridir. Dunyo boʻyicha bir qator ilmiy tadqiqotlar olib borilmoqda. Ular bemor statsionardan chiqqach, ambulator-poliklinika sharoitida davolanishi uchun zarur boʻlgan maʼlumotlarni (masalan, epikriz) toʻgʻri uzatish, bemorlarni turli bosqichlarda davolashda izchillikni saqlashga qaratilgan. Shu boisdan, mavjud resurslardan oqilona foydalanish, boshqaruvda samarali texnologik yondashuvlarni joriy etish, ayniqsa ambulator-poliklinika muassasalari faoliyatini takomillashtirish muhim ahamiyatga ega. Mamlakatimizda sogʻliqni saqlash tizimini takomillashtirish, zamonaviy birlamchi tibbiy-sanitariya yordami modelini shakllantirish, kasalliklarning oldini olish va ularni erta aniqlash, malakali tibbiy kadrlar tayyorlash va boshqaruvning yangi usullarini joriy etishga alohida eʼtibor qaratilmoqda. Shu bilan birga, birlamchi boʻgʻin tibbiyot muassasalarini boshqarishni takomillashtirish, ularning faoliyat samaradorligini oshirish, ambulator-poliklinika muassasalari bilan tez tibbiy yordam, statsionar va ixtisoslashgan markazlar oʻrtasida oʻzaro hamkorlik mexanizmlarini joriy etish, turli bosqichlar orasidagi uzviylik va izchillikni taʼminlash vazifalari belgilangan.

Shu munosabat bilan Toshkent shahridagi birlamchi tibbiy-sanitariya muassasalari, tez tibbiy yordam va statsionar tibbiyot tashkilotlari oʻrtasidagi hamkorlikni taʼminlash, tez yordam chaqiruvlarini xizmat koʻrsatish, axborot

almashinuvi tizimini joriy etish zarur. Bundan tashqari, birlamchi tibbiy-sanitariya muassasalari va tez yordam punktlarini kengaytirish va ularni mahalla fuqarolar yig'inlariga biriktirish maqsadga muvofiqdir.

Mazkur dissertatsion tadqiqot O'zbekiston Respublikasi Prezidentining quyidagi hujjatlarida belgilangan vazifalarni amalga oshirishga xizmat qiladi: 2018-yil 7-dekabrda PQ–5590-sonli Farmon: "O'zbekiston sog'liqni saqlash tizimini tubdan takomillashtirish bo'yicha kompleks chora-tadbirlar";

– 2020-yil 12-noyabrda PQ–6110-sonli Farmon: "Birlamchi tibbiy-sanitariya yordami muassasalari faoliyatiga yangi mexanizmlarni joriy etish va sog'liqni saqlash sohasidagi islohotlar samaradorligini oshirish";

– 2017-yil 6-iyunda PQ–3039-sonli Qaror: "Toshkent shahri aholiga birlamchi tibbiy-sanitariya yordami ko'rsatish samaradorligini oshirish bo'yicha boshqaruv tizimini takomillashtirish va mutaxassislar javobgarligini kuchaytirish".

O'zbekistonda ambulator va statsionar muassasalar o'rtasidagi uzviylik masalalari yetarli darajada o'rganilmagan. Hozirgi kunda butun dunyoda epidemiologik xatarlarning ortib borishi mavjud yondashuvlarni takomillashtirish zaruratini yuzaga keltirmoqda. Ayniqsa, birlamchi bo'g'inda kasalliklarning oldini olish, erta aniqlash, to'g'ri tashxislash va davolash tizimlarini rivojlantirish, bemorlarni statsionar muassasalarga yo'naltirish tizimini yangilash va statsionar davanishdan keyingi ambulator-poliklinik bosqichlarni takomillashtirish lozim (V. A. Vertkin, E. I. Uzuyeva, 2012; D. V. Piven, I. S. Kitsul, 2015).

Ko'pgina hollarda har qanday hospitalizatsiya shakli maqbul hisoblanadi, agar bu bemor imkoniyatlarini cheklamasa (J. I. Ashimov, E. Z. Tuyboev). Ammo statsionar yuklamasining ortishi va sarflangan mablag'lardan oqilona foydalanish zarurati mavjud. Shuning uchun yangi tibbiy texnologiyalarni joriy etish va ularning afzallik-kamchiliklarini o'rganish muhim (M. A. Buleshov, 2013). Masalan, nano-va genetik testlar kabi zamonaviy noinvaziv usullar endigina joriy qilinmoqda va milliy tibbiyotda kam qo'llaniladi. Tibbiyot muassasalari qimmatbaho uskunalari, reagentlar va malakali kadrlarga muhtoj (A. A. Kornilov va boshq., 2017).

Invaziv texnologiyalar (yuqori texnologik amaliyotlar, organ transplantatsiyasi) faqat yirik shaharlarda, yetarli moliyalashtirilganda amalga oshiriladi. Tibbiy xizmatlarda uzviylikni ta'minlashning yana bir yo'li — bemor haqida barcha bosqichlarda ma'lumot saqlovchi yagona axborot bazasini yaratishdir (M. V. Novoseltsev, A. A. Kornilov, 2015). Bu orqali tez tibbiy yordam shifokori hatto tunda ham bemor haqida to'liq ma'lumotga ega bo'ladi (E. S. Lapteva, T. Yu. Pavlovich, 2013).

Shuningdek, portativ tizimlar (kompyuter, videotelefon, telemeditsina) orqali bemorni kuzatish, muloqot qilish zamonaviy tibbiyotda muvaffaqiyatli qo'llanilmoqda (P. A. Pavlova, 2015). AQSh va Yevropa tajribasi buni tasdiqlaydi.

Yana bir muammo — turli darajadagi muassasalar o'rtasidagi hamkorlik uchun zarur bo'lgan tibbiy hujjatlarning hajmi. Masalan, ambulator bosqichda o'tkazilgan tahlillar ko'pincha standartlar bilan cheklanadi, ammo ayrim kasalxonalarda bemordan ko'proq tahlillar talab qilinadi (S. F. Bagnenko va boshq., 2017). Tahlillarni avvaldan tayyorlash — qayta tekshiruvlarning oldini olish, bemor xarajatlarini kamaytirish va soxta natijalarni yo'q qilishga yordam beradi. Rivojlangan mamlakatlar tajribasi va mavjud nazariyalar asosida O'zbekistondagi davolash-profilaktika muassasalarida tibbiy yordam ko'rsatishning uzviyligi va izchilligini chuqur ilmiy o'rganish zarur, turli darajadagi davolash-profilaktika muassasalari o'rtasida tibbiy yordam ko'rsatishdagi uzviylik va izchillikni yanada yaxshilash hamda uni takomillashtirish bo'yicha tavsiyalar ishlab chiqishdir.

AQSH, Buyuk Britaniya, Kanada, MDH davlatlari kabi rivojlangan mamlakatlarda tibbiy xizmat ko'rsatish tizimini o'rganish, ambulator va statsionar tibbiyot muassasalari o'rtasidagi integratsiyani yaxshilash bo'yicha zamonaviy usullarni aniqlash;

Toshkent shahrining Yakkasaroy, Sergeli va Bektemir tumanlaridagi davolash-profilaktika muassasalarida bemorlar statsionardan chiqqandan keyin uzluksiz davolanish jarayonining tashkil etilishini baholash;

Statsionardan chiqqan bemorlarni ambulator-poliklinika muassasalariga “qo'ldan qo'lga” tamoyili asosida yo'naltirish algoritmlarini ishlab chiqish;

Ambulator va statsionar davolash-profilaktika muassasalari o'rtasidagi integratsiyani yaxshilash bo'yicha tavsiyalar ishlab chiqish.

Springer, Ebsco, Scopus va Web of Science bazalaridagi ilmiy manbalarni tahlil qilish;

Likert shkalasi va yopiq savollar asosida Google Forms orqali so'rovnoma o'tkazish;

Google Colab muhitida Keras va TensorFlow kutubxonalari yordamida mashinaviy o'rganish va neyron tarmoqlar algoritmlarini ishlab chiqish, o'qitish va sinovdan o'tkazish;

Bemor haqida ma'lumotni uzluksiz va izchil yetkazish maqsadida, mulk shaklidan qat'i nazar, statsionardan chiqqan bemorlar haqida axborotni ambulator-poliklinika muassasalariga yetkazish uchun markazlashgan ma'lumot yig'ish va tahlil qilish tizimiga asoslangan integratsiyalashgan yo'naltirish xizmati takomillashtirildi;

Statsionar davolanishdan keyin bemorlarni ambulator sharoitda shaxsiy reabilitatsiyaga yo'naltirish zaruratini inobatga olgan holda, xavf omillarini oldini olish va erta patronaj xizmatiga ustuvorlik beruvchi algoritmik sxemalar takomillashtirildi;

Tez tibbiy yordam, ambulator-poliklinika muassasalari va patronaj xizmati o'rtasida bemor haqida axborot uzatishni tezlashtirish zaruratidan kelib chiqib, o'zaro axborot almashinuvi ochiqligi optimallashtirildi;

Bemorlarni turli davolash muassasalariga (statsionar–ambulator–sanatoriy) qulay tarzda o'tkazish va ularni dispanser kuzatuviga olish samaradorligi isbotlandi, bunda tibbiy xizmatlar uzviyligi va izchilligiga multidisiplinar yondashuv asos qilib olindi. Bemorlarni statsionardan ambulator-poliklinika muassasalariga o'tkazish bo'yicha xalqaro tajriba va milliy sog'liqni saqlash boshqaruvi tamoyillarini inobatga olgan holda tashkiliy-boshqaruv modeli ishlab chiqildi;

Respublika ixtisoslashgan ilmiy-amaliy tibbiyot markazlari bilan hamkorlikda statsionar va ambulator poliklinikalari shifokorlari uchun sog'lom turmush tarzining ahamiyatini oshirish bo'yicha tavsiyalar ishlab chiqildi;

Tibbiyot oliygohlarida menejer kadrlarni tayyorlashda foydalaniladigan o'quv dasturlari takomillashtirildi, bunda tibbiy xizmatlar uzluksizligi va izchilligining nazariy va amaliy ahamiyati hisobga olindi.

Toshkent shahridagi davolash-profilaktika muassasalarini bozor iqtisodiyotiga moslashtirish sharoitida boshqaruv tizimini takomillashtirish, sog'liqni saqlash xizmatlarini kengaytirish, statsionar va ambulator muassasalarda bemorlarni erta dispanserizatsiyadan o'tkazish, dori vositalari va dori vositasiz muolajalar bo'yicha algoritmlar ishlab chiqish hamda patronaj xizmatini tashkil etish orqali uzluksiz tibbiy yordamni ta'minlashga oid tavsiyalarni o'z ichiga oladi, statsionardan ambulator-poliklinika bosqichiga o'tkazilayotgan bemorlar uchun tibbiy yordamning uzluksizligini baholash, tibbiy, tashkiliy va ijtimoiy-iqtisodiy faoliyatni baholash, davlat byudjeti hisobidan ajratilgan mablag'lardan maqsadli va samarali foydalanishni tashkil etishda namoyon bo'ladi.

Markazlashgan ma'lumot yig'ish va tahlil qilish tizimi asosida, statsionarda davolanayotgan bemorlar haqida axborotni ularning mulk shaklidan qat'i nazar, ambulator-poliklinika muassasalariga uzluksiz va izchil yetkazib berish uchun integratsiyalashgan yo'naltirish xizmati takomillashtirildi. Ushbu ilmiy-amaliy natijalar Toshkent shahrining Yakkasaroy tumanidagi 58-oila poliklinikasi (2023-yil 15-noyabr, 198-sonli buyruq) va 59-oila poliklinikasida (2023-yil 17-noyabr, 209-sonli buyruq) amaliyotga joriy etildi.

Yangi sog'liqni saqlash moliyalashtirish modeli asosida aholi uchun ko'rsatilayotgan tibbiy yordam samaradorligi oshdi. Yakkasaroy tumanida statsionardan keyingi ambulator-poliklinik sharoitda D-nazorat 2,5 baravarga, kardiologik nazorat esa 2 baravarga oshdi. Bu esa davolash natijadorligini oshirib, asoratlarni kamaytirdi.

Yakkasaroy tuman poliklinikasi va Toshkent shahri statsionar muassasalari o'rtasida uzviylikni yaxshilash orqali ajratilgan byudjet mablag'lari o'tgan yilga nisbatan 112 foizga oshdi. Statsionardan keyingi davrda ambulator sharoitda shaxsiy reabilitatsiyani muvofiqlashtirish zarurati inobatga olinib, xavf omillarini oldini olish va erta patronaj xizmatiga ustuvorlik beruvchi algoritmik sxemalar

takomillashtirildi. Ushbu natijalar ham 58- va 59-oila poliklinikalarida yuqoridagi sanalarda tegishli buyruqlar asosida joriy etildi. Algoritmarga asoslangan tavsiyalar orqali ambulator sharoitda diagnostika ishlari o'z vaqtida amalga oshirildi. ECG soni 2,5 baravarga, lipidlar bo'yicha tahlillar esa 2 baravarga ko'paydi. Bu esa surunkali kasalliklar asoratlarining oldini oldi. Asosiy guruhda tavsiya etilgan muntazam ambulator kuzatuv natijasida statsionar qayta murojaatlar soni 1,3 baravarga kamaydi. Davlat byudjetidan ajratiladigan imtiyozli davolash xarajatlari esa 1,1 baravarga qisqardi. Tez tibbiy yordam, ambulator-poliklinika muassasalari va patronaj xizmati o'rtasida bemor haqida ma'lumot almashinuvi shaffofligi optimallashtirildi. Bu, tez yordam chaqiruvlaridan so'ng bemor haqida ma'lumotni ambulator-poliklinika muassasalariga tezroq yetkazishni ta'minlash zarurati asosida amalga oshirildi. Natijalar 58- (15.11.2023, 198-sonli buyruq) va 59- (17.11.2023, 209-sonli buyruq) oila poliklinikalarida joriy etildi. Axborot-kommunikatsiya texnologiyalarini birlamchi tibbiy yordam muassasalariga joriy etish bemorlar haqidagi ma'lumot almashinuvini samarali qilgan. Bu esa kasalliklarning oldini olish, rehabilitatsiya, o'lim va nogironlik darajasini kamaytirishga yordam beradi. Tez tibbiy yordamda sun'iy yo'ldosh navigatsiyasi va tibbiy xizmatlarni raqamlashtirish orqali tibbiyotda raqobat muhitini shakllantirishga erishildi. Bu esa byudjet mablag'laridan tejab foydalanish va xizmat sifatini oshirishga olib keldi.

Bemorlarni turli davolash muassasalariga (statsionar–ambulator–poliklinika–sanatoriy) qulay tarzda o'tkazish hamda dispanser nazoratini tashkil etishning samarali ekani isbotlandi. Bu jarayon tibbiy xizmatlar uzviyligi va izchilligiga asoslangan multidisiplinar yondashuv asosida olib borildi. Natijalar 58- va 59-oila poliklinikalarida yuqoridagi sanalardagi buyruqlar asosida amaliyotga tadbiq etildi. Davolash-profilaktika muassasalarining o'zaro integratsiyasi va bemorlarning faol ishtirokini ta'minlovchi tizim shifokorlar yuklamasini kamaytirishga, yordamga ehtiyoji bor bemorlarga ko'proq e'tibor qaratishga, zarur maslahatlar berishga imkon yaratdi. Tibbiy xizmatlar uzluksizligi va izchilligiga asoslangan multidisiplinar yondashuv, bemorlarning faol ishtiroki dori-darmon bilan davolash hajmini 1,15 baravarga kamaytirishga olib keldi.

I BOB RIVOJLANGAN DAVLATLARDA UZVIYLIKNING ASOSIY YO‘NALISHLARI

Surunkali kasalliklarni boshqarishda tibbiy yordamning uzviyligi deganda, bemorga individual, izchil, mantiqiy va o‘z vaqtida ko‘rsatiladigan tibbiy yordam tushuniladi. Uzviylik alohida holatga yoki bemorni statsionardan ambulator-poliklinika muassasalariga o‘tkazishga bog‘liq bo‘lishi mumkin [2,7,59]. “Integratsiya” va “muvofiglashtirish” kabi atamalardan farqli ravishda, bu tushunchalar davolash-profilaktika muassasalari o‘rtasidagi tashkiliy va boshqaruviy munosabatlarga taalluqli bo‘lsa, “uzviylik” atamasi bir qator farqlarga ega [1,48,86]. Masalan, tibbiy yordamni tashkil etish tizimidagi uzviylik, sog‘liqni tiklash yoki saqlab qolish bo‘yicha yagona strategik reja doirasida zarur davolash usullarini va tibbiy xizmatni amalga oshirishni o‘z ichiga oladi [69].

1.2 Tibbiyot muassasalarida uzviylik turlari

Ba’zi ma’lumotlarga ko‘ra, tibbiy yordamda uzviylikning uch turi mavjud:

1. Axborot uzviyligi – bu bir davolash-profilaktika muassasasidan yoki tibbiy xizmatdan boshqasiga bemor haqidagi ma’lumotni uzatish orqali tibbiy yordamni bemorga moslashtirishdir.

2. Tashkiliy va boshqaruv uzviyligi – bu bir yoki bir nechta muassasalarning bemorni parvarish qilishga qaratilgan kompleks harakatlaridir.

3. Tibbiy yordam ko‘rsatishdagi uzviylik – bu bemorga bir yoki bir nechta turli muassasalar tomonidan ketma-ket tibbiy xizmatlar ko‘rsatishdir [49,51,90].

Bemorni statsionardan ambulator-poliklinik darajaga o‘tkazishda ushbu uch uzviylik turi saqlanishi sifatli tibbiy yordam ko‘rsatish uchun zarur.

Garchi tibbiy yordam tashkiloti uzviyligiga e’tibor qaratilsa-da, uzviylik turlari yetarlicha o‘rganilmagan [3,9,41,96].

Tadqiqotchilar tibbiy yordam samaradorligini ta’minlovchi asosiy omillarni aniqlashga harakat qilgan: bemor va parvarishlovchi ishtiroki, dori vositalarini boshqarish, bemor va xodimlarni o‘qitish, ularning farovonligi, tibbiy yordamning uzluksizligi va javobgarlik.

Bemorni statsionardan ambulator darajaga o'tkazish muhim bosqich hisoblanadi. Agar bu bosqichda uzviylik buzilsa va mutaxassislar, jumladan statsionar va PMSP darajasidagi shifokorlar o'rtasida muvofiqlik bo'lmasa, bu bemorlarda asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin [5,28,98].

Statsionar davolashdan ambulator davolanishga o'tishda asosiy me'yoriy-huquqiy hujjat — bu bemorning epikrizidir. Unda asosiy tashxis, o'tkazilgan diagnostika va davolash usullari ko'rsatiladi. Ma'lumki, epikriz orqali ma'lumot uzatishda kamchiliklar mavjud bo'lib, bemorlarning 20% gacha bo'lgan qismi kasalxonadan chiqqanidan keyin 3 hafta ichida nojo'ya ta'sirlarga duch keladi [8,31,78,106].

Epikrizdagi asosiy xatoliklar quyidagilardan iborat: muhim ma'lumotlarning, ya'ni diagnostika va davolash tadqiqotlari, mutaxassisga yo'llanma, bemor va uning oilasi bilan muhokama hamda keyingi kuzatuv rejasining yo'qligi [10,25,36,49,111].

Shuningdek, epikrizdagi kamchiliklar qayta kasalxonaga yotqizilish xavfini oshiradi [32,69,96,102].

Bundan tashqari, epikriz – bu bemor haqidagi zarur ma'lumotlarni, dori vositalarining samaradorligi, in'yeksiya qilish vaqti, miqdori va dozasi kabi ma'lumotlarni ambulator-poliklinik sharoitda keyingi kuzatuvda shifokor uchun muhim bo'lgan shakldir [59,69,99,106].

Epikrizdan tashqari yana bir nechta muhim elementlar mavjud:

1. Tibbiy axborot tizimlari (MIS) va elektron kasallik tarixlaridan foydalanish — ularni ishlab chiqish va joriy etish turli davolash-profilaktika muassasalari o'rtasida muvofiqlik va muloqotni yaxshilaydi, kechikishlarni kamaytiradi hamda ortiqcha diagnostika va anamnez yig'ishning oldini oladi [12,24,47,69].

2. Dorilarni rasmiy kelishish ba'zi tibbiy muassasalarda amalga oshiriladi va bu kasalxonadan chiqqandan keyin ham, ambulator-poliklinik sharoitda ham, dorilarning noto'g'ri qabul qilinishi va nojo'ya ta'sirlarini kamaytiradi [61,75,92]. Tadqiqotlarga ko'ra, kasalxonadan chiqqan bemorlarning 20% nojo'ya ta'sirga

uchraydi, bu holatlarning yarmi dori bilan bog‘liq bo‘lib, barcha xatolarning 50% dan ortig‘i bemorni ambulator bosqichga o‘tkazish jarayonida yuz beradi [13,36,85,88].

3. Multidisiplinar yondashuv asosidagi chiqish rejasini tuzish — bemorni statsionardan ambulator-poliklinik muassasaga o‘tkazishda tibbiy va ijtimoiy yordamni uyg‘unlashtirish imkonini beradi, statsionarda qolish muddatini qisqartiradi va qayta kasalxonaga yotqizilish holatlarini kamaytiradi [14,22,37,94].

Bugungi kunda to‘g‘ri tuzilgan epikriz zamonaviy sog‘liqni saqlash tizimidagi asosiy muammolardan biri hisoblanadi. Surunkali kasalliklar ko‘payib borayotgani sababli epikrizni qayta ko‘rib chiqish va takomillashtirish doimiy va dolzarb masaladir [15,23,80,113].

2.2. XAMKORLIK MEXANIZMLARINING BUZILISHI OQIBATIDA ASORATLAR VA QAYTA KASALXONAGA YOTQIZILISHLAR

Ma’lumki, kasallanish ko‘rsatkichlariga ko‘ra birinchi o‘rinda nafas olish a’zolari kasalliklari bilan og‘rigan bemorlar turadi. Nafas yo‘llari kasalliklariga chalingan bemorlar o‘rtasida o‘tkazilgan tadqiqotlar shuni ko‘rsatdiki, kasalxonadan chiqarilgandan keyin bemorlarga yordam ko‘rsatish bosqichida kamchiliklar mavjud. Masalan, AQShda surunkali obstruktiv o‘pka kasalligi (XOBL) bilan yotqizilgan bemorlar orasida 30 kun ichida qayta kasalxonaga yotqizilish darajasi yuqori bo‘lib, barcha chiqarilgan bemorlarning 20 foizini tashkil etadi; Buyuk Britaniyada esa bu ko‘rsatkich 24% ni tashkil etgan, va bu qayta yotqizishlarning taxmin bronx-o‘pka tizimi kasalliklari bilan bog‘liq bo‘lmagan [4,18]. Xatoli1k r faqatgina nafas yo‘llari kasalliklari bilan emas, balki boshqa surunkali kasalliklar bilan og‘rigan bemorlarda ham uchraydi [6,19,20,77]. XOBL bilan og‘rigan bemorlarni davolash uzoq muddatli jarayon bo‘lib, ular muntazam va qat’iy kuzatuvni, ambulator-poliklinik sharoitda dispanser nazoratini talab qiladi [11,34,63,82,113].

Bundan tashqari, XOBL bilan og‘rigan bemorlarda odatda ikki yoki undan ortiq surunkali kasalliklar mavjud bo‘lib, bu holat davolanish jarayonida

multidisciplinar yondashuvni talab etadi [16,34,64,95,109]. Amaliyot va olib borilgan ilmiy tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, XOBL va hamroh kasalliklarga chalingan bemorlar ko'pincha tor soha mutaxassislari tomonidan ko'rikdan o'tmaydi [26,52,66,84,93], bu esa hamroh kasalliklarning kech aniqlanishiga va ularning asoratlanishiga olib keladi [17,21,50,83,87,97].

O'tkazilgan tadqiqotlarga ko'ra, davolashda uzluksizlikni o'rganishga yo'naltirilgan izlanishlar natijasida bir qator olimlar shuni ta'kidlaydiki, bemorni kasalxonadan chiqarishda to'g'ri rasmiylashtirilgan epikriz hujjati ko'pincha davolanish natijalarining yaxshilanishiga olib keladi. Masalan, bemorlar haqida ma'lumotni kasalxonadan uzatishga bag'ishlangan tizimli sharhda [27, 30, 45, 65, 81, 93] shuni aniqlashdiki, ko'rib chiqilgan 36 ta tadqiqotning 69 foizida ijobiy ta'sir qayd etilgan.

Umuman olganda, to'g'ri tuzilgan epikrizda bemor haqida tuzilgan va izchil ma'lumot bo'lishi stasionar tipdagi muassasalar bilan birlamchi tibbiy-sanitariya muassasalari o'rtasida hamkorlikni yo'lga qo'yishga yordam bergani tasdiqlandi. Ushbu hujjat samaradorligining ko'rsatkichlari sifatida quyidagilar qayd etilgan: bir yil davomida qayta kasalxonaga yotqizilishlar sonining kamayishi, sog'liq holatining yaxshilanishi va hayot sifati ko'rsatkichlarining o'sishi [29, 40, 46, 71, 91].

Shunday qilib, epikrizda bemor haqida — uning kasallik tarixi, kasalxonaga yotqizilgan paytdagi holati, o'tkazilgan klinik va diagnostik tekshiruvlar, ularning natijalari, o'tkazilgan davolashdan keyingi holati hamda yashash joyidagi ambulator-poliklinika muassasalarida amalga oshirilishi lozim bo'lgan choralar va epikrizda ko'rsatilishi kerak bo'lgan asosiy ma'lumotlar taqdim etiladi [35, 44, 57, 76, 89, 112].

So'nggi yillarda bir qator mamlakatlarda ambulator-poliklinika muassasalarini rivojlantirish va sog'liqni saqlashning turli darajalarida ishlayotgan shifokorlar o'rtasidagi uzviylikni takomillashtirishga katta e'tibor berilmoqda. Bunday davlatlarda zaruriy standartlar ishlab chiqilgan [38, 45, 62, 74, 93]. Ushbu

standartlar oilaviy shifokorlar tomonidan qat'iy amal qilinishi lozim bo'lgan aniq tavsiyalarni o'z ichiga oladi [39, 53, 60, 79, 108].

2.3 Sog'liqni saqlashning turli muassasalari o'rtasida uzviylikni ta'minlashda axborot-kommunikatsiya texnologiyalaridan foydalanish

Elektron tibbiy kartalardan (ETK) kengroq foydalanish, bemorlar kasalxonadan chiqqandan so'ng, birlamchi tibbiy-sanitariya muassasalarida davolanishni yaxshilashga imkon beradi. Kompyuterlar orqali epikrizlarni uzatish — bemorlar va shifokorlarning qoniqish darajasi va ma'lumotlarning o'z vaqtida yetkazilishini oshiradi, biroq takroriy hospitalizatsiyalar yoki o'lim holatlarini kamaytirishi hali isbotlanmagan [43, 67, 72, 100, 107]. Shu bilan birga, ETKlar orasida farqlar mavjud. Masalan, stasionar va ambulator-poliklinika muassasalarida hujjat yuritish ancha farq qiladi. Yechim sifatida — turli tizimlar bir-biri bilan mos kelmasa ham, tibbiy ma'lumotlar almashinuviga imkon beradigan maxsus axborot tizimlaridan foydalanish mumkin. Tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, tibbiy axborot almashinuvini joriy etish laboratoriya va diagnostik tekshiruvlarning takrorlanishini kamaytiradi, shuningdek, takroriy hospitalizatsiyalarni qisqartiradi [43, 54, 70, 97, 110]. Yuqorida ta'kidlanganidek, dori vositalarini qabul qilishdan keyingi nojo'ya ta'sirlar kasalxonadan chiqqan bemorlarda keng tarqalgan bo'lib, ularni birlamchi tibbiy-sanitariya muassasalarida (PMSP) davolanish bosqichida yaxshilash zarur. Yaqinda o'tkazilgan meta-tahlil asosidagi tadqiqot shuni ko'rsatdiki, farmatsevtlar rahbarligida stasionarda dori qabulini muvofiqlashtirish bemorlar chiqishidan keyingi tibbiy murojaatlarni kamaytirishga olib kelgan: dori vositalarining nojo'ya ta'sirlari sababli hospitalizatsiya holatlari 67%, shoshilinch tibbiy yordamga murojaatlar 28%, va takroriy hospitalizatsiyalar 19% ga statistik ahamiyatli kamaygan [55, 101, 107].

Turli darajadagi davolash-profilaktika muassasalari, shu jumladan PMSP va ixtisoslashtirilgan muassasalar o'rtasida zaruriy kommunikatsion aloqalarni yo'lga qo'yish va multidisiplinar yondashuvni joriy etish sog'liqni saqlash natijalarini sezilarli darajada yaxshilaydi [56, 58, 103]. Davolashni muvofiqlashtirish guruhleri va ushbu guruhlar tarkibidagi maxsus mutaxassislar (chiqishni rejalashtirish

bo'yicha) bemorlarning qoniqish darajasini va hayot sifatini oshiradi, guruhlar o'rtasidagi hamkorlikni yaxshilash esa takroriy hospitalizatsiyalar sonini kamaytirishga yordam beradi [46, 104].

Yaqinda o'tkazilgan yana bir meta-tahlilga ko'ra, PMSP sharoitida davolash uchun bemorning individual chiqish rejasini tuzish, odatdagi parvarish bilan taqqoslaganda, takroriy hospitalizatsiyalar sonini 13% ga kamaytirgan [107].

Zamonaviy adabiyotlarda, tibbiy yordamni tashkil etish ketma-ketligini yaxshilash va stasionar hamda birlamchi tibbiy-sanitariya muassasalari (PMSP) o'rtasidagi uzviylikni ta'minlashga qaratilgan aralashuvlar ko'proq nafas yo'llari kasalliklariga chalingan bemorlar misolida ko'rib chiqiladi [38, 46]. Bizning fikrimizcha, bu aholida bu kasalliklarning tarqalish darajasi va ko'rsatkichlari bilan bog'liq. Masalan, o'tkazilgan randomizatsiyalangan nazoratli tadqiqotda surunkali obstruktiv o'pka kasalligi (XOBL) bo'lgan bemorlarda holatni yaxshilashga olib kelgan quyidagi 3 turdagi natijalar aniqlangan:

1. Dori vositalaridan o'z vaqtida foydalanish bemorlarni o'z holatini nazorat qilish va boshqarishni o'rganishiga olib keldi, bu esa kasallikning zo'rayishini kamaytirdi;

2. Tor soha mutaxassislari tomonidan dispanser nazoratining o'z vaqtida o'tkazilishi va takroriy maslahat tartiblariga rioya qilinishi bilan boshqa surunkali kasalliklarning faolligi va kuchayishi kamaydi;

3. Bemorlar parvarishi bilan shug'ullanuvchi qarindoshlar tomonidan sarflanadigan vaqt sezilarli darajada qisqardi.

240 nafar bemor aralashuv guruhi va oddiy yordam guruhi o'rtasida teng taqsimlandi. Kasalxonadan chiqqandan keyingi 6 oy davomida aralashuv guruhidagi bemorlarda nafas yo'llari bilan bog'liq o'tkir holatlar soni oddiy yordam guruhidagilarga qaraganda sezilarli darajada yuqori bo'ldi: (1,40 (95% ishonch oraliği 1,01–1,79) ga nisbatan 0,72 (95% IO 0,45–0,97)), $p = 0,004$ [69].

Tadqiqotlar ko'rsatishicha, bu natija bemorlarning kasallik haqida yetarlicha bilimga ega bo'lishi, kerakli ko'nikmalar va ma'lumotlarga ega bo'lishi orqali o'z sog'lig'ini boshqara olishi va surunkali kasallikning kuchayishiga tezkor javob bera

olish qobiliyatiga ega bo'lishi bilan bog'liq. O'zining doimiy shifokoriga 24 soat ichida murojaat qila olmaslik (amaldagi harakat rejasiga muvofiq) bemorni shoshilinch tibbiy yordam xizmati yoki boshqa statsionar tibbiyot muassasalariga tez-tez murojaat qilishga undashi mumkin [44, 87, 98].

Bunday tadqiqotlar bir qator mamlakatlarda olib borilmoqda va PUBMED ma'lumotlar bazasida e'lon qilingan ikkita randomizatsiyalangan nazoratli sinovlarda yanada umidbaxsh natijalar aniqlangan [22,96,101]. Masalan, Yevropa mamlakatlarida nafas yo'llari kasalliklari bilan bog'liq holda o'tkazilgan tadqiqotda aralashuvning ta'siri o'rganilgan bo'lib, u o'z-o'zini nazorat qilish natijalari, jismoniy holat natijalari, uy sharoitida sog'liq ko'rsatkichlarini monitoring qilish va parvarishni muvofiqlashtirishni o'z ichiga olgan. Bu aralashuv odatdagi davolash bilan taqqoslab, og'ir darajadagi XOBL bilan kasallangan 319 bemorda o'rganilgan [22,89,110].

Yil davomida har qanday sabab bilan kasalxonaga yotqizilgan kunlar soni bo'yicha asosiy natija aralashuv guruhi (o'rtacha $\pm$ standart og'ish: $17,4 \pm 35,4$ kun/yil) bilan nazorat guruhi ($22,6 \pm 41,8$ kun/yil) o'rtasida sezilarli farq ko'rsatmagan, o'rtacha farq $-5,3$ kun (95% ishonch oraligi: $-13,7$ dan $-3,1$ gacha, $p = 0,16$).

Biroq, ikkilamchi natijalar — tez tibbiy yordam sababli yotqizilgan kunlar sonining sezilarli kamayishi (o'rtacha farq $-8,3$ kun; 95% IO: $-16,4$ dan $0,1$ gacha; $p = 0,047$) va o'lim holatlari (1,95% aralashuv guruhida, 14,2% nazorat guruhida; $p < 0,001$) kuzatilgan [16,45,66,94].

Surunkali obstruktiv o'pka kasalligi (XOBL) va bir nechta hamroh kasalliklarga ega bo'lgan bemorlar uchun kompleks parvarish dasturi doirasida olib borilgan tadqiqotda sog'lomlashtirish bo'yicha targ'ibot, o'zini boshqarishni qo'llab-quvvatlash va uy sharoitida telemonitoringni o'z ichiga olgan aralashuvlar odatdagi parvarish bilan taqqoslab o'rganildi. Tadqiqot 470 nafar XOBL bemorlari va kamida ikkita prognoz jihatidan muhim bo'lgan hamroh kasalliklarga ega

bemorlar ishtirokida o'tkazilgan [29,46,87]. Ishtirokchilar shifoxonalar va ixtisoslashgan tibbiyot muassasalaridan tanlab olingan.

Raqamli taqsimlashdan 1 yil o'tgach, tez tibbiy yordam bo'limiga murojaat qilish bo'yicha asosiy natija guruhlar o'rtasida farq qilmagan (OR 0,76; 95% ishonch oralig'i: 0,47–1,23; $p = 0,76$), biroq aralashuv guruhida yana o'lim holatlarining sezilarli darajada kamaygani kuzatilgan (8,9% ga nisbatan 15,1%; OR 0,56; 95% IO: 0,32–0,95; $p = 0,03$) [40].

Yang va boshqalar tomonidan 2017-yilda o'tkazilgan metaanalizda [41] o'rtacha yoki undan yuqori sifatli dalillarga asoslangan holda quyidagi natijalar aniqlangan:

sanitariya-ma'rifiy targ'ibot (OR 0,40; 95% IO: 0,27–0,59), masofaviy monitoring (OR 0,78; 95% IO: 0,58–0,88), kompleks hamshiralik aralashuvlari (asosiy e'tibor o'zini boshqarish, sog'lomlashtirish targ'iboti va kasallik zo'rayganda harakatlar rejasiga qaratilgan, bemorlar ambulatoriya asosida tanlangan) (OR 0,70; 95% IO: 0,63–0,78), bularning barchasi 6–12 oy ichida barcha sabablar bo'yicha qayta kasalxonaga yotqizilish holatlarining kamayishiga olib kelgan. Biroq, uyga tashriflar (OR 0,92; 95% IO: 0,82–1,04) bu borada sezilarli samara bermagan.

Metaanaliz asosida olib borilgan tadqiqotlar parvarish sifatini yaxshilash bilan bog'liq yetarli darajadagi dalillarni taqdim etmagan [45,89,74].

Nafas yo'llari kasalliklarida yoziladigan chiqish epikrizi quyidagi mashg'ulotlarga o'rgatishni o'z ichiga olishi kerak: masalan, ingalyatorlardan to'g'ri foydalanish texnikasini o'rgatish, tamaki iste'moli haqidagi ma'lumotlarni o'rganish va chekishni kamaytirish yoki butunlay tark etishga qaratilgan usullarni taklif qilish, ingalyatsion usullardan foydalanish zarurati, shu jumladan davolovchi jismoniy mashqlar va nafas gimnastikasi. Epikrizda shuningdek ambulator-poliklinika sharoitida bajarilishi lozim bo'lgan mashqlar ketma-ketligi va o'zini nazorat qilish tartibi ham ko'rsatilgan bo'lishi zarur [23,65,85,101].

Shu bilan birga, bir xil tashxisga ega bo'lgan barcha bemorlar uchun yagona algoritmi va yondashuvlarni joriy qilish ba'zida amalga oshirilmasligi yoki murakkab vazifaga aylanishi mumkin [26,35,48,98].

Tibbiy yordamning uzluksizligi bilan bog'liq holat odatda yordamning vaqt davomida izchil takrorlanishi orqali baholanadi: ya'ni bemor bir xil davolash-profilaktika muassasasiga (DPM) qanchalik tez-tez murojaat qilishi [6,47,103]. Bu holat bemor bilan tibbiyot xodimi o'rtasidagi munosabat ko'rsatkichi sifatida qaraladi va bu holatni baholash uchun ma'muriy klinik ma'lumotlardan foydalaniladigan bir qator o'lchovlar mavjud (masalan, odatdagi xizmat ko'rsatuvchi bilan uzluksizlik indeksi — INOPU) [1,19,46,93].

Uzluksiz tibbiy yordamni ta'minlash bo'yicha o'tkazilgan tadqiqotlar natijalari, ayniqsa shunday ko'rsatkichlar yordamida o'lchanganda, yanada umidbaxsh bo'lgan. Birlamchi kasalxonaga yotqizilgandan keyingi davolashning uzluksizligi bo'yicha olib borilgan tadqiqotda ba'zi olimlar [8,25,68,75] ambulator-poliklinik muassasalarda tibbiy xizmatlar uzluksizligini yo'lga qo'yish qayta kasalxonaga yotqizilishlar sonining kamayishiga olib kelganini aniqladilar, hattoki bu holat Norvegiya va Germaniya kabi Yevropa davlatlarida ham kuzatilgan [15,23,45,61]. Ushbu davlatlarda olimlar tibbiy yordam uzluksizligining eng yuqori darajasi aynan nafas yo'llari kasalliklari bilan og'rigan bemorlarda qayd etilganini aniqladilar [15,26,86].

Nashr etilgan natijalarda statsionar va ambulator tibbiy muassasalar o'rtasidagi o'zaro bog'liqlik, shuningdek, statsionar yordam ko'rsatish yoki surunkali kasalliklar bilan bog'liq o'lim ko'rsatkichlari o'rganilgan [46,58,92]. Tadqiqotchilar 20 187 nafar XOBL bilan og'rigan bemorlarni klinika darajasidagi davolash uzluksizligi indeksiga muvofiq besh kvintilga ajratgan va eng yuqori hamda eng past kvintil guruhlaridagi bemorlarni solishtirgan. Kasalxonaga yotqizilish ehtimoli eng past kvintilda eng yuqori kvintilga qaraganda yuqoriroq bo'lgan (shanslar nisbati 2,17 (95% ishonch oralig'i 1,95–2,43)).

Ba'zi tadqiqotchilar [51] 3395 nafar keksa yoshli bronxial astma bilan og'riqan bemorlarni yuqori, o'rta va past uzluksizlik darajalariga ajratgan. Davolanish uzluksizligi past bo'lgan guruhdagi bemorlarda bronxial astma bilan bog'liq tez tibbiy yordamga murojaat qilish xavfi yuqoriligi aniqlangan (moslashtirilgan HR 2,11 (95% ishonch oralig'i 1,37–3,25)) [13, 53, 54].

Yaqinda o'tkazilgan, o'tkir XOBL bilan kasalxonadan chiqarilgan bemorlar uchun kompleks o'tish davridagi yordamni o'rganishga bag'ishlangan tadqiqotda [57] to'rt yo'nalishga asoslangan kompleks aralashuv ishlab chiqilgan:

1. Uy muhiti (masalan, daromad va sanitariya holati)
2. Psixosotsial holat (masalan, ma'naviyat va qarovchilar bilan munosabatlar)
3. Fiziologik holat (masalan, ko'rish, og'iz bo'shlig'i salomatligi, nafas olish va siyish funksiyasi)
4. Sog'liq bilan bog'liq xatti-harakatlar (masalan, uyqu, reabilitatsiya va dori qabul qilish).

Tadqiqotchilar har bir yo'nalishda aniqlangan muammolarga yechim topish uchun 13 ta mahalliy sog'liqni saqlash agentliklari bilan hamkorlikda ishlagan. Ushbu tadqiqot natijalarida bemorlarning hayot sifati sezilarli darajada yaxshilanganligi qayd etilgan.

Bundan tashqari, ba'zi olimlar "integratsiyalashgan yordam" deb ataydigan kompleks tibbiy yordam, ya'ni turli darajadagi tibbiyot muassasalari xizmatlarini yagona maqsadga erishish uchun birlashtirish samaradorligini ko'rsatdi. Masalan, XOBL bilan kasallangan bemorlar uchun bu integratsiya — kasalxonada yotish kunlari sonini kamaytirish va ma'lum davr (bir yil, ikki yoki uch yil) ichida takroriy gospitalizatsiyalar sonini qisqartirishni anglatadi [55,56,59].

Bunday natijalar kelajakda integratsiyalashgan tibbiy yordam bo'yicha dalillarga asoslangan tibbiyotning asosi bo'lishi mumkin. Bu yondashuv bemorlarning davolanishdan qoniqishini oshirish, asoratlarni kamaytirish hamda tibbiy xizmatlarga sarflanadigan xarajatlarni qisqartirishga olib keladi [60].

Xulosa. Bugungi kunga kelib, dunyo miqyosida ambulator-poliklinika va statsionar muassasalar o'rtasidagi uzviylik masalalari yetarlicha o'rganilmagan. Biroq, so'nggi yillarda koronavirus infeksiyasi bilan bog'liq pandemiya tufayli infeksiyon va noinfeksiyon kasalliklarga qarshi kurashish uchun zamonaviy va innovatsion yondashuvlarni joriy etish zarurati ortib bormoqda. Ayniqsa, birlamchi tibbiy-sanitariya yordami (PMSY) muassasalarining ish uslublarini qayta ko'rib chiqish lozim, ularning ustuvor vazifasi — kasalliklarning oldini olish, erta aniqlash, o'z vaqtida tashxislash va davolash hisoblanadi. Bundan tashqari, statsionar muassasalarga yo'llanma berishning butunlay yangi mexanizmlarini joriy etish va statsionar davolanishdan keyin ambulator-poliklinika muassasalarida bosqichma-bosqich tibbiy yordam ko'rsatishni ta'minlash zarur.

II BOB DAVOLASH-PROFILAKTIKA MUASSASALARIDA FOYDALANILGAN USULLAR TAVSIFI

2017-yildan 2022-yilgacha bo'lgan davr mobaynida biz tomonidan O'zbekiston Respublikasida turli xil davolash-profilaktika muassasalari (ambulator-poliklinika, tuman, viloyat va respublika darajasidagi) o'rtasidagi uzviylikni rivojlantirishga doir qonunchilik va normativ-huquqiy hujjatlar o'rganildi, bu muassasalar birlamchi va ixtisoslashtirilgan tibbiy yordamni ko'rsatadi.

Tadqiqot vazifalarini bajarish maqsadida 2021-yil 1-fevraldan 2021-yil 1-avgustgacha bo'lgan davrda 128 respondent orasidan oddiy tasodifiy tanlov usulida 99 respondent tanlab olindi, ular quyidagilardan iborat edi:

Maqsadli guruh: Toshkent shahri Yakkasaroy tumanida ishlovchi 74 nafar shifokor. Ulardan 49 nafari (66%) ambulator-poliklinik muassasalarda, 25 nafari (34%) esa statsionar davolash muassasalarida ishlagan. Jinsiy tarkibi: 8 nafari (11%) erkaklar, 66 nafari (89%) ayollar. 4 nafari (5%) shifokorlar pensiya yoshida bo'lgan (1-ilova). 22 nafari yurak ishemik kasalligi, II funktsional klass stenokardiya tashxisi bilan davolangan bemorlarning tarixlari o'rganildi. Ulardan 5 nafari (23%) erkak, 17 nafari (77%) ayol bo'lgan. Tahlil qilinadigan asosiy ko'rsatkichlar: parhez, jismoniy faollik, dori-darmon buyurtmalari, mutaxassislar nazorati, profilaktika va

xavf omillari. Tahlil natijalariga ko‘ra, parhez bo‘limida faqat “parhez” degan so‘z yozilgan, qanday mahsulotlar cheklanishi yoki tavsiya etilishi ko‘rsatilmagan. Jismoniy faollik “LFK” deb ko‘rsatilgan, lekin mashq hajmi, davomiyligi va “terrenkur” usuli haqida hech narsa yozilmagan.

22 nafar 2-tip qandli diabet tashxisli bemorlarning tarixlari tahlil qilindi. Ularning 4 nafari (18%) erkak, 18 nafari (82%) ayol edi. Xuddi shu parametrlar bo‘yicha tahlil o‘tkazildi. Natijalarga ko‘ra, parhez bo‘limida faqat “9-raqamli parhez” yozilgan, lekin aniq tavsiyalar keltirilmagan. Jismoniy faollik “dozali jismoniy faollik” deb ko‘rsatilgan, lekin mashqlar hajmi, davomiyligi va metodikasi aniq belgilanmagan. Dori buyurmaları o‘rtacha 2 dona tabletka va 1 dona inyeksiyadan iborat bo‘lgan. Shifokor nazorati o‘rtacha 5 marta qayd etilgan. Profilaktika, qayta kasalxonaga yotqizilish xavfi va asoratlari haqida ma‘lumot berilmagan.

Ma‘lumki, bemorlar uchun statsionardan keyin ambulator sharoitda davanishni davom ettirish muhim ahamiyatga ega. Shu sababli, bemorning epikrizida parhez, jismoniy faollik, profilaktika, asoratlari va qayta yotqizilish xavflari haqida batafsil yozilishi lozim. Shu sababli, biz tomonidan statsionardan chiqqan bemorlarni parvarish qilish bo‘yicha namunaviy algoritmlar ishlab chiqildi va Toshkent shahar Sog‘liqni saqlash bosh boshqarmasida muhokama qilindi. 2022-yil 23-fevraldagi 01/675-sonli xatga muvofiq, Toshkent shahar bosh boshqarmasi Respublikadagi ixtisoslashtirilgan tibbiyot markazlariga ushbu algoritmlarni ishlab chiqishda yordam berish uchun murojaat yo‘lladi. 3 oy davomida 11 asosiy yo‘nalish bo‘yicha algoritmlar ishlab chiqilib, yig‘ildi (2-ilova). Bular metodik qo‘llanmaga birlashtirilib, Toshkent shahar Sog‘liqni saqlash bosh boshqarmasining 2022-yil 16-iyundagi 01/1848-sonli xatiga ko‘ra, Yakkasaroy tumani TTBga 57, 58, 59, 60-sonli oilaviy poliklinikalarda tajriba tariqasida joriy qilish uchun yuborildi.

Tadqiqot natijalari quyidagi yo‘nalishlarda tahlil qilindi: dispansarizatsiya, kardiologik ko‘rik, EKG, EkoKG, laboratoriya tahlillari (koagulogramma, lipidlar), faol patronaj xizmati. 596 nafar Yakkasaroy tumanidagi bemorlar asosiy guruh

sifatida o'rganildi. Taqqoslash maqsadida 1460 nafar bemor (Bektemir va Sergeli tumanlari) nazorat guruhi sifatida tahlil qilindi.

Tadqiqot dizayni va o'tkazish sxemasi bosqichlar asosida ilova qilinadi.

Tadqiqot dizayini

Vazifa	Obyektlar	Hajm	Usullar
1- Bosqichda			
1	Prezident farmonlari va qarorlari orasida tibbiy yordam ko'rsatishda izchillik va uzviylik masalalariga oid tadqiqot o'tkazildi.	12	"Ppeemstvennost", "izchillik", "statsionarlar bilan ambulator-poliklinika muassasalari o'rtasidagi bog'liqlik" kabi kalit so'zlar bo'yicha izlanish olib borildi.
2	Davolash-profilaktika muassasalari shifokorlarining statsionar hamda ambulator-poliklinika muassasalari shifokorlari o'rtasidagi o'zaro aloqalar borasidagi fikrlari baholandi.	99	Statsionar va ambulator-poliklinika muassasalari shifokorlari o'rtasida so'rovnomalar va ekspert baholash usuli orqali tadqiqot o'tkazildi.
2- Bosqichda			
3	Davolash-profilaktika muassasalarida "Qandli yurak ishemik kasalligi. Kuchlanish stenokardiyasi, II funksional klass" tashxisi bilan kasallik	44	Ekspert baholash usuli hamda ma'lumotlarning solishtirma tahlili orqali ambulator-poliklinika sharoitida berilgan tavsiyalarning ayrim qismlariga oid ko'chirmalar o'rganildi.

	tarixidan ko‘chirmalar o‘rganildi.		
	«Qandli diabet 2 tip»		
4	Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy muassasalari bilan hamkorlikda birlamchi tibbiy-sanitariya yordamida tibbiy xizmat ko‘rsatish uchun algoritmlar ishlab chiqildi.	11	Ambulator-poliklinika sharoitida profilaktik chora-tadbirlarni amalga oshirish bo‘yicha namunaviy model tayyorlandi va 11 ta algoritmlar ishlab chiqildi.
3 - Bosqichda			
5	Statsionarda davolangan bemorlarni ambulator-poliklinika muassasalarida parvarish qilish algoritmlarining joriy etilishi natijalari o‘rganildi va ushbu algoritmlar uchta oilaviy poliklinikada qo‘llanishi yuzasidan tahlil o‘tkazildi.	1133	2021–2022 yillarga oid ma’lumotlar solishtirma tahlili o‘tkazildi. Toshkent shahrining Yakkasaroy, Bektemir va Sergeli tumanlaridagi statsionar davolash-profilaktika muassasalaridan chiqarilgan bemorlarning kasallik tarixi bo‘yicha ko‘chirmalari o‘rganildi.

6.	Asosiy guruh (Yakkasaroy tumani) va nazorat guruhi (Toshkent shahrining Bektemir va Sergeli tumanlari) bemorlari orasidagi ma'lumotlar solishtirma tahlili o'tkazildi.	2056	
7.	Toshkent shahar tez tibbiy yordam stansiyasi bilan ambulator-poliklinika muassasalari o'rtasida faol shakldagi kasalliklarga chalingan bemorlarni dispanser nazoratiga olish bo'yicha axborot almashinuvi yuzasidan o'zaro aloqalar o'rganildi.	-	Ma'lumotlarni to'g'ridan-to'g'ri Toshkent shahar sog'liqni saqlash bosh boshqarmasiga uzatish bo'yicha elektron dastur va unga kiritilgan o'zgartirishlar ishlab chiqildi.

2.2. Tadqiqot usullarining tavsifi

Ilmiy tadqiqotni o'tkazish hamda belgilangan vazifalarni bajarish uchun quyidagi usullardan foydalanildi: tahliliy, retrospektiv va statistik tadqiqot usullari.

Tahliliy usul Yakkasaroy, Bektemir va Sergeli tumanlarida joylashgan davolash-profilaktika muassasalarida to'plangan ma'lumotlar asosida kuzatuv va hisob-kitoblar orqali olib borildi. Shuningdek, shifokorlar va bemorlar haqidagi ma'lumotlar tahlil qilindi. Tibbiy hujjatlarni tahlil qilish esa tadqiqot guruhlarida tibbiy-ijtimoiy natijalarni chuqur o'rganish imkonini berdi.

Retrospektiv usul 2022-yilda statsionar davolashdan chiqqan bemorlarning ambulator-poliklinika sharoitida dispanserizatsiya masalalarini o'rganish, shuningdek, shifokorlar bilan o'tkazilgan so'rovnomalar asosida olib borildi.

Statistik usullar esa o'rtacha ko'rsatkichlarni aniqlash, solishtirma tahlil hamda shifokorlar faoliyatini baholash imkonini berdi.

2.3. Tadqiqotning statistik usullari

Tadqiqot natijalari statistik ma'lumotlarni qayta ishlash usullariga muvofiq, Pentium-IV shaxsiy kompyuterida Microsoft Office Excel-2016 dasturiy to'plami yordamida qayta ishlangan. Ishning grafik va matnli qismlari esa Windows 7 operatsion tizimidagi Intel™ protsessoriga ega shaxsiy kompyuterda "Excel" va "PowerPoint" dasturlari yordamida amalga oshirilgan.

III BOB STATSIONAR VA AMBULATOR-POLIKLINIKA MUASSASALARI SHIFOKORLARI O'RTASIDAGI O'ZARO ALOQALARNI O'RGANISH

Toshkent shahrining Yakkasaroy tumanida jami 74 nafar shifokor so'rovnomada ishtirok etdi. Ulardan 49 nafari (66%) ambulator-poliklinika muassasalarida, 25 nafari (34%) esa statsionar davolash-profilaktika muassasalarida ishlaydi. So'rovdan o'tganlarning 8 nafari (11%) erkaklar, 66 nafari (89%) ayollarni tashkil etdi. Shuningdek, 4 nafar (5%) shifokorlar pensiya yoshida edi.

"So'nggi vaziyatda statsionar va ambulator-poliklinika muassasalarida ishlovchi shifokorlar o'rtasidagi o'zaro aloqalarni qanday baholaysiz?" degan savolga (1-rasmga qarang) javoblar olindi.

Ambulator-poliklinika muassasalarida ishlovchi 32 nafar (65%) va statsionar muassasalarda ishlovchi 13 nafar (52%) shifokor o'zaro aloqalarni "yaxshi" va "a'lo" deb baholadi. Shu bilan birga, ambulator-poliklinika muassasalarida ishlovchi 17 nafar (35%) va statsionar muassasalarda ishlovchi 12 nafar (48%) shifokor bu aloqalarni "qoniqarli" va "qoniqarsiz" deb baholagan. Tibbiy yordamni tashkil etishda izchillik va uzviylik (preemstvennost) davolash-profilaktika muassasalari uchun muhim ahamiyatga ega. Shu sababli, "Hozirgi vaqtda bemorlarga tibbiy xizmat ko'rsatishda statsionar va ambulator-poliklinika muassasalari o'rtasidagi izchillik va uzviylikni qanday baholaysiz?" degan savolga respondentlar quyidagicha javob berdilar. Statsionar va ambulator-poliklinika muassasalarida

ishlovchi shifokorlar o'rtasidagi izchillikning yetarli darajada emasligi surunkali kasalliklarning asoratlanishi yoki kuchayishiga olib kelishi mumkin. Shu bois, biz uchun muhim yo'nalishlardan biri — mumkin bo'lgan asoratlarni o'rganishdir. Shuning uchun quyidagi savol berildi:

Statsionar va ambulator-poliklinika muassasalarida tibbiy xizmatlar ko'rsatishda uzviylik va izchillik yetarlicha ta'minlanmaganda qanday asoratlarga olib kelishi mumkin?

Ushbu savolga quyidagi javoblar olindi:

- Surunkali kasalliklarga chalingan bemorlar sonining oshishi – 20 nafar (27%)
- Nogironlik holatlarining ortishi – 8 nafar (11%)
- O'lim holatlarining ko'payishi – 4 nafar (5%)
- Barcha javoblar to'g'ri deb hisoblaganlar – 42 nafar (57%) respondent.

Demak, so'rovda qatnashganlarning yarmidan ko'pi tibbiy xizmatlar ko'rsatishdagi izchillikning buzilishi turli asoratlar — surunkali kasalliklarning kuchayishi, nogironlik va o'lim holatlariga olib kelishi mumkinligini ta'kidladilar.

3.1. Ambulator-poliklinika muassasalari shifokorlarining uzviylik (preemstvennost) borasidagi qarashlari

Quyidagi besh savol faqat ambulator-poliklinika tibbiyot muassasalarida ishlaydigan shifokorlarga berildi. Ushbu savollar statsionarda davolangan bemorlarni ambulator-poliklinika sharoitida dispanser nazoratida olib borish, davolashni davom ettirish va chiqaruv epikrizi bilan bog'liq masalalarga bag'ishlandi. Ta'kidlash joizki, bemorni statsionar davolanishdan so'ng ambulator-poliklinika muassasasida kuzatish va davolashni davom ettirish surunkali kasalliklarning kuchayishini oldini olib, barqaror remissiyani saqlab qolish imkonini beradi. Shu maqsadda, har bir statsionardan chiqarilgan bemor uchun chiqaruv epikrizi tayyorlanadi. Unda dispanser nazorati, ovqatlanish tartibi, jismoniy faollik darajasi va dori vositalarini qabul qilish bo'yicha tavsiyalar ko'rsatiladi. Bemorlar ushbu chiqaruv epikrizini oilaviy shifokorga ambulator-poliklinika muassasasiga

taqdim etishlari lozim. Shu munosabat bilan, biz epikrizni yetkazish mexanizmi va mavjud muammolarni o'rganish zarur deb hisobladik. "Statsionar davolanishdan so'ng nechta bemor chiqaruv epikrizini olib keladi?" degan savolga quyidagi javoblar olindi:

- Statsionar davolanishdan so'ng chiqaruv epikrizini 20% gacha bemor olib keladi
- 5 nafar (10%)
- 21–50% bemorlar olib keladi – 14 nafar (29%)
- 51% dan ortiq bemorlar olib keladi – 30 nafar (61%) respondent (4-rasm).

Chiqish epikrizi statsionar sharoitda tayyorlanadigan bo'lgani sababli, u eng muhim hujjatlardan biri hisoblanadi va ambulator-poliklinika muassasalari shifokorlari uchun zarur bo'lgan to'liq ma'lumotlarni o'z ichiga oladi. Bu esa shuni anglatadiki, statsionar davolanishdan chiqqan bemorlar shifokor nazorati ostida bo'lishi, ularga kerakli muolajalar to'g'ri belgilanib, parvarish va to'g'ri ovqatlanishni tashkil etadigan xodimlar tayyorlangan bo'lishi, dispanser nazorati, dori-darmon bilan davolash va profilaktik chora-tadbirlar amalga oshirilishi lozim. Bu esa kasallikni remissiya holatida ushlab turishga yordam beradi.

Shu sababli, "Siz chiqaruv epikrizining sifatini qanday baholaysiz?" degan savolga quyidagi javoblar olindi (5-rasm):

- 5 nafar (10%) respondent "a'lo" deb baholagan
- 31 nafar (63%) "yaxshi"
- 11 nafar (22%) "qoniqarli"
- 2 nafar (4%) "qoniqarsiz" deb baholagan

Ya'ni, respondentlarning to'rtidan bir qismi yoki 13 nafari (26%) chiqaruv epikrizi sifatini yetarlicha qoniqarli emas deb hisoblagan.

Keyingi savol statsionar davolanishdan so'ng bemorga beriladigan chiqaruv epikrizi tarkibidagi eng muhim jihatlarni aniqlashga qaratilgan bo'lib, bu jihatlarni zarur bo'lgan davolovchi va profilaktik chora-tadbirlarni o'z vaqtida belgilashga yordam berishi mumkin. Shu munosabat bilan biz quyidagi savolni berdik:

"Statsionardan chiqarilgan bemor uchun chiqaruv epikrizining eng muhim jihatlari qaysilar?"

Ushbu savolga quyidagi javoblar olindi (6-rasm):

- Parvarish va ovqatlanish tartibi – 0 nafar
- Dori vositalarini qabul qilish to‘g‘risida – 12 nafar (24%)
- Profilaktika choralari haqida – 2 nafar (4%)
- Dispanser nazoratiga olish va kuzatuv muddatlari haqida – 9 nafar (18%)
- Barcha javoblar to‘g‘ri deb hisoblaganlar – 26 nafar (53%)

Demak, respondentlarning yarmidan ko‘pi chiqaruv epikrizida barcha ko‘rsatilgan jihatlarni muhimligini ta’kidladilar.

Shu bilan birga, statsionarlarda ishlovchi mutaxassislar o‘z sohasidagi kasalliklar bo‘yicha ambulator-poliklinika muassasalarida ishlovchi shifokorlarga nisbatan ko‘proq bilimga ega bo‘lishadi. Bu esa bemorga dori vositalariga sezuvchanligi, ularning to‘g‘ri buyurilishi va davolanish davomiyligi haqida aniq ma’lumot berish imkonini yaratadi hamda statsionar davolanish jarayonida bemorga ijobiy ta’sir ko‘rsatadi. Shu sababli, statsionar davolash-profilaktika muassasalarida ishlovchi davolovchi shifokor tomonidan chiqaruv epikrizida parvarish, ovqatlanish, dori vositalari, profilaktika, “D” ro‘yxatga olish va kuzatuv davrlari kabi ma’lumotlarning taqdim etilishi oilaviy shifokor bilimining oshishiga ta’siri o‘rganildi. Keyingi savol chiqaruv epikrizi oilaviy shifokor bilimini oshirishdagi o‘rnini aniqlashga qaratilgan edi. Ma’lumki, statsionar davolash-profilaktika muassasalarida ishlaydigan shifokorlar kasallikning kechishi va oqibati haqida chuqurroq bilimga ega. Shu sababli navbatdagi savol chiqaruv epikrizi oilaviy shifokor bilimiga ta’sir ko‘rsatadimi, degan masalaga qaratildi.

3.2. Statsionar shifokorlarning uzviylik masalasidagi fikri va uning tibbiy yordam sifatiga ta’siri

Keyingi savollar statsionar davolash-profilaktika muassasalarida ishlovchi shifokorlar uchun mo‘ljallangan edi. Odatda, bemorlarni statsionar davolash-profilaktika muassasalariga yuborishdan oldin zaruriy instrumental va funksional

diagnostika hamda laboratoriya tekshiruvlaridan o'tkazish lozim bo'ladi. Shu sababli, biz quyidagi savolni berdik:

“Ambulator-poliklinika muassasalaridan bemorlarni statsionarga yuborish tartibini qanday baholaysiz?”

Ushbu savolga quyidagi javoblar olindi:

- “A'lo” deb baholaganlar – 0 nafar
- “Yaxshi” – 13 nafar (52%)
- “Qoniqarli” – 11 nafar (44%)
- “Qoniqarsiz” – 1 nafar (4%)

Shundan xulosa qilish mumkinki, chiqaruv epikrizini to'g'ridan-to'g'ri ambulator-poliklinika muassasalarida ishlovchi shifokorga yetkazish, zamonaviy axborot-kommunikatsiya texnologiyalaridan foydalangan holda amalga oshirilsa, tibbiy xizmatlar ko'rsatishdagi uzviylikni ta'minlashda asosiy qadam bo'lib xizmat qiladi.

Shunga muvofiq, keyingi tadqiqot chiqaruv epikrizini taqdim etishning eng qulay usullarini aniqlashga qaratildi. Shu munosabat bilan quyidagi savol berildi:

“Statsionar davolanishdan so'ng bemorning chiqaruv epikrizini oilaviy shifokorga yuborishning eng qulay usullari qaysilar?”

Ushbu savolga respondentlar quyidagicha javob berishdi:

- 17 nafar (68%) shifokor “barcha javoblar to'g'ri” deb javob berdi. Bu javoblar quyidagilarni o'z ichiga oladi:

elektron pochta, faks, lokal tarmoq va Telegram kanali (10-rasm).

Davolash muddatlarini optimallashtirish, tibbiy xizmatlar sifatini yaxshilash va samaradorligini oshirish maqsadida muhim jihatlardan biri — bemor ambulator-poliklinika muassasalarida zarur tekshiruvlardan o'tganidan so'ng statsionarga yo'naltirilishidir. Shu sababli savol quyidagicha shakllantirildi:

“Sizningcha, bemor statsionarga yotqizilayotgan paytda ambulator-poliklinika muassasasida tayyorlangan qon va siydik tahlillari, funksional va instrumental tekshiruvlar natijalari bo'lishi, davolashni erta boshlashga ta'sir qiladimi?”

Ushbu savolga quyidagi javoblar olindi:

– So‘rovda ishtirok etgan respondentlarning 92% i bu savolga ijobiy javob berdi (11-rasm).

Shu bilan birga, 22 nafar (88%) respondent shuni ta’kidladiki, bemor statsionarga yotqizilayotganda barcha tahlillar, funksional va instrumental tekshiruv natijalari tayyor bo‘lsa, bu holat statsionarda yotish kunlari sonini qisqartiradi. Shu bilan birga, ambulator-poliklinika muassasalarida o‘tkaziladigan diagnostik tekshiruvlarning ahamiyati ham ortadi.

Sog‘liqni saqlash tizimidagi muhim muammolardan biri — bu bemorlarga ko‘rsatilayotgan tibbiy yordam sifati yetarli bo‘lmagani yoki noto‘g‘ri tashkil etilgani natijasida ularning takroran statsionarga yotqizilishiga, shuningdek, turli asoratlarning rivojlanishiga olib keladigan holatlardir.

Shu munosabat bilan, biz ambulator-poliklinika muassasalarida bemorlarga ko‘rsatilgan tibbiy yordamning yetarli emasligi yoki noto‘g‘riligidan so‘ng, ularning takroriy statsionar davolanishga muhtoj bo‘lgan holatlarini o‘rgandik.

So‘rov natijalariga ko‘ra, quyidagi javoblar olindi:

- 19 nafar respondent (76%) bu holat kamdan-kam hollarda uchrashini ta’kidlagan,
- 4 nafar (16%) tez-tez uchrashini bildirgan,
- 2 nafar (8%) esa juda tez-tez uchrashini qayd etgan.

Bu holat shuni ko‘rsatadiki, ambulator-poliklinika sharoitida ko‘rsatiladigan tibbiy xizmat sifatini oshirish va uzviylikni mustahkamlash orqali takroriy kasalxonaga yotqizilish holatlarini kamaytirish mumkin.

Yuqorida bayon qilinganlardan kelib chiqib, statsionar va ambulator-poliklinika muassasalari shifokorlari o‘rtasidagi o‘zaro aloqani baholash shuni ko‘rsatdiki:

- Statsionarlarda ishlovchi 17 nafar (35%) va ambulator-poliklinika muassasalarida ishlovchi 12 nafar (48%) shifokor ushbu aloqani yetarli emas deb baholagan.
- So‘rovda ishtirok etganlarning yarmidan ko‘pi tibbiy xizmat ko‘rsatishdagi izchillikning buzilishi surunkali kasalliklarning kuchayishi, nogironlik va o‘lim holatlariga olib kelishi mumkinligini ta’kidlagan.— Shuningdek, shifokorlarning

yarmidan ko‘pi bemorlarning 50 foizdan ortig‘i chiqaruv epikrizini olib kelishini bildirgan.

IV BOB STATSIONAR MUASSASALAR, TEZ TIBBIY YORDAM VA AMBULATOR-POLIKLINIKA MUASSASALARI O‘RTASIDAGI O‘ZARO ALOQANI TAKOMILLASHTIRISH

Kasalliklarning oldini olish, bemorlarni davolash (shu jumladan tiklovchi va reabilitatsiya choralari) bo‘yicha maqsadli va samarali faoliyat olib borishda sog‘liqni saqlash tizimidagi muhim yo‘nalishlardan biri bu — ambulator-poliklinika, statsionar va sanatoriy muassasalari o‘rtasida uzviylikni (preemstvennost) rivojlantirish hisoblanadi.

O‘zbekiston Respublikasida bemorlarni davolash jarayonida davolash-profilaktika muassasalari o‘rtasida uzviylikni ta‘minlash maqsadida sog‘liqni saqlash tizimining quyidagi uch darajali tizimi tashkil etilgan:

Birinchi daraja — bu darajaga statsionar va ambulator-poliklinika muassasalari kiradi. Ular birlamchi tibbiy-sanitariya va ixtisoslashgan tibbiy yordamni ko‘rsatadi. Bunga oilaviy shifokorlar, tor doiradagi mutaxassislar, davolash-dagnostika xonalari xizmatlari kiradi.

Ikkinchi daraja — bu darajadagi muassasalar viloyat ko‘p tarmoqli kasalxonalari va markazlari bo‘lib, aholiga eng talab yuqori bo‘lgan yo‘nalishlar bo‘yicha ixtisoslashgan ambulator va statsionar tibbiy yordamni belgilangan tartibda ko‘rsatadi.

Uchinchi daraja — bu daraja respublika miqyosidagi ilmiy-amaliy tibbiyot markazlarida tashkil etilgan maslahat-dagnostika va statsionar ixtisoslashgan (shu jumladan yuqori texnologiyalarga asoslangan) tibbiy yordamni o‘z ichiga oladi.

4.1. Statsionar davolash-profilaktika muassasalarida kasallik tarixi epikrizlari tahlili natijalari

Tibbiy yordam ko‘rsatishda uzluksizlikni ta‘minlash ijobiy natijalarga erishishning eng muhim shartlaridan biridir. Tibbiy yordamdagi uzviylik (preemstvennost)ning buzilishi tashxis qo‘yishda kechikishga, demak, samarali

davolashni boshlashda ham kechikishga, o'tkazilgan tahlillar natijalarining yo'qolishiga va ularni takroran o'tkazish zarurligiga, noto'g'ri yoki yetarli bo'lmagan davolash belgilanilishiga, tibbiy xatolarga va iatrogeniyaga olib keladi.

JCI (Joint Commission International) ma'lumotlariga ko'ra, tibbiy yordamdagi uzviylik bilan bog'liq muammolarning eng keng tarqalgan sababi (60–70% hollarda) — bu kommunikatsiyaning sustligi, eng avvalo tibbiyot xodimlari o'rtasidagi muloqotning yetarli emasligidir. Jumladan:

- shifokorlar va hamshiralarning o'zaro muloqoti,
- bo'lim tibbiyot xodimlari va konsilium mutaxassislari o'rtasidagi aloqalar,
- murakkab holatlarda turli soha shifokorlarining bir-birlari bilan uzviy hamkorlik qilmasligi.

Statsionar va ambulator-poliklinika muassasalari o'rtasida kommunikatsiyani yaxshilash, ayniqsa, epikrizlarni topshirish jarayonini standartlashtirish, uyda ambulator tibbiy yordamni o'z vaqtida tashkil etishda alohida ahamiyat kasb etadi.

Epikriz (yunoncha “ἐπί-κρίσις” – hukm, xulosa) – bu bemorning holati, tashxis, kasallikning kelib chiqishi va rivojlanish sabablari, davolash asoslari va natijalari haqidagi xulosa bo'lib, davolash yakunlanganda yoki uning muayyan bosqichida tuziladi. Epikriz — tibbiy hujjatlarning majburiy tarkibiy qismlaridan biridir.

Kasallikning kechishi va yakuniy holatiga qarab, epikrizda bemorning bashorati, kelgusida kuzatuv zarurati, davolash va mehnatga oid tavsiyalar ham berilishi mumkin.

Chiqish epikrizi kasallik natijasini quyidagi shakllarda ifodalaydi:

- to'liq sog'ayish,
- to'liq bo'lmagan sog'ayish,
- holat o'zgarishsiz,
- kasallikning o'tkir shakldan surunkali shaklga o'tishi,
- holatning og'irlashuvi.

Agar sogʻayish toʻliq boʻlmasa, epikrizda prognoz beriladi, davolash va rejim boʻyicha tavsiyalar yoziladi.

Chiqish epikrizi ikki nusxada, bosma koʻrinishda rasmiylashtiriladi:

- biri tibbiy kartada qoladi,
- ikkinchisi bemorga topshiriladi.

Chiqish epikrizi davolovchi shifokor va boʻlim mudiri tomonidan familiyalari sharhlangan holda imzolanadi. Bemorning qoʻliga beriladigan nusxa muassasa muhr yoki shtampi bilan tasdiqlanadi. Tibbiy kartadan chiqarilgan epikriz bosma koʻrinishda ikki bir xil nusxada tayyorlanadi:

- biri tibbiy kartada qoladi,
- ikkinchisi bemorga topshiriladi.

Epikriz davolovchi shifokor va boʻlim mudiri tomonidan imzolanadi, familiyalari toʻliq yoziladi. Bemorga topshiriladigan nusxa muhr bilan tasdiqlanadi. Shu bilan birga, epikriz bilan bemorning tanishgani haqida imzo olish zarurati mavjud. Tadqiqotning birinchi bosqichida, biz davolash-profilaktika muassasalarida yurak ishemik kasalligi, yaʼni “YuIK. Kuchlanishli stenokardiya, II funksional klass” tashxisi qoʻyilgan bemorlarning tarixlaridan olingan epikrizlarini oʻrgandik.

Umumiy hisobda 22 ta epikriz tahlil qilindi.

Bemorlarning jinsi quyidagicha taqsimlandi:

- 5 nafar (23%) erkaklar,
- 17 nafar (77%) ayollar.

Epikrizlarda quyidagi mezonlarga eʼtibor qaratildi:

- ovqatlanish (dieta) tavsifi,
- jismoniy faollik,
- dori-darmon buyurilishi,
- mutaxassislar nazorati,
- profilaktika va kasallikdan kelib chiqadigan xavflar.

Tahlil natijalariga koʻra, “YuIK. Stenokardiya II FK” tashxisli bemorlar epikrizlarida:

“Dieta” boʻlimida faqat “dieta” soʻzi yozilgan, qanday mahsulotlar cheklanishi yoki qanday ovqatlanish tavsiya etilishi haqida maʼlumot berilmagan.

Jismoniy faollik faqat “LFK” (lazgi-fizik davolash) deb ko‘rsatilgan, yuklama hajmi, davomiyligi yoki “terrenkur” uslublari haqida hech narsa yozilmagan.

Statsionar davolanishdan so‘ng o‘rtacha 6 ta dorivor preparat tavsiya etilgan.

O‘rtacha 2 marta mutaxassis kuzatuv ko‘rsatilgan.

Profilaktika bo‘yicha faqat bitta holatda “chekishdan voz kechish” tavsiya qilingan.

Takroriy kasalxonaga yotqizilish yoki asoratlar xavfi haqida ma’lumotlar umuman ko‘rsatilmagan.

Таблица 1.

"YUIK. Kuchlanishli stenokardiya, FK II" tashxisi bilan davolash-profilaktika muassasalarida kasallik tarixi epikrizlari natijalarining tahlili

№	Parhez	Fiziologik faollik	Medikamentoz da'vo		Kuzatuv (mutaxassislar soni)	Profilaktik
			Tabletkalar soni	Ineksiyalar soni		
1.	Диета	ЛФК	8	0	2	0
2.	0	0	7	0	3	0
3.	0	0	11	0	4	0
4.	0	0	6	0	3	0
5.	0	0	9	0	5	отказ от курения
6.	0	0	5	0	2	0
7.	0	0	8	0	2	0
8.	0	0	4	0	1	0
9.	0	0	8	0	1	0
10.	0	0	8	0	3	0
11.	0	0	5	0	3	0
12.	0	0	8	0	1	0
13.	0	0	8	0	2	0
14.	0	0	7	0	3	0
15.	0	0	8	0	2	0
16.	0	0	4	0	1	0
17.	0	0	5	0	2	0
18.	0	0	5	0	2	0
19.	0	0	7	0	2	0
20.	0	0	3	0	2	0
21.	0	0	5	0	1	0

22.	0	0	9	0	3	0
Средн ие показа тели	0	0	6	0	2	1

Tadqiqotning ikkinchi bosqichida davolash-profilaktika muassasalarida “2-tip qandli diabet” tashxisi bilan davolangan bemorlarning kasallik tarixidan olingan 22 ta epikriz tahlil qilindi.

Bemorlarning jinsi quyidagicha taqsimlandi:

- 4 nafar (18%) erkak,
- 18 nafar (82%) ayol.

Tahlil davomida quyidagi mezonlarga alohida e’tibor qaratildi:

- dieta (ovqatlanish) tavsifi,
- jismoniy faollik,
- dori-darmonlar buyurilishi,
- mutaxassislar tomonidan kuzatuv,
- profilaktika choralariga oid ma’lumotlar,
- kasallikdan kelib chiqadigan xavflar va asoratlar.

Tahlil natijalariga ko‘ra, “2-tip qandli diabet” tashxisli bemorlarning epikrizlarida: Dieta bo‘limida faqat “9-raqamli dieta” yozilgan, lekin qanday mahsulotlar cheklanishi yoki to‘g‘ri va muvozanatli ovqatlanish uchun nima tavsiya etilishi haqida hech qanday tushuntirish berilmagan.

Jismoniy faollik faqat “dozalanadigan jismoniy faollik” deb ko‘rsatilgan, lekin yuklama hajmi, davomiyligi va “terrenkur” usullari haqida hech narsa yozilmagan. Statsionar davolanishdan keyin o‘rtacha 2 ta tabletka va 1 ta in’ektsiya buyurilgan. Mutaxassislar kuzatuvi o‘rtacha 5 martani tashkil etgan.

Profilaktika choralari, takroriy kasalxonaga yotqizilish xavfi va mumkin bo'lgan asoratlar haqida epikrizlarda ma'lumotlar keltirilmagan (2-jadval).

Таблица 2.

"2-tip qandli diabet" tashxisi bilan davolash-profilaktika muassasalarida kasallik tarixi epikrizlari natijalarining tahlili

№	Parhez	Fiziologi	Medikamentoz da'vo		Kuzatuv (mutaxassislar soni)	Profilaktik
			Tabletkalar soni	Ineksiyalar soni		
1.	№9	дозированная физическая нагрузка	3	1	5	0
2.	0	0	3	1	5	0
3.	0	0	2	0	5	0
4.	0	0	1	2	5	0
5.	0	0	3	0	5	0
6.	0	0	1	2	5	0
7.	0	0	1	2	5	0
8.	0	0	2	0	5	0
9.	0	0	3	1	5	0
10.	0	0	3	1	5	0
11.	0	0	1	2	5	0
12.	0	0	1	2	5	0
13.	0	0	4	0	5	0
14.	0	0	2	0	5	0
15.	0	0	2	1	5	0
16.	0	0	2	1	5	0
17.	0	0	3	0	5	0
18.	0	0	3	1	5	0
19.	0	0	1	1	5	0
20.	0	0	3	1	5	0
21.	0	0	3	0	5	0
22.	0	0	3	0	5	0
Средние показатели	1	1	2	1	5	0

Ma'lumki, bemorlar uchun statsionardan chiqqandan so'ng davolanishni ambulator sharoitda davom ettirish nihoyatda muhim ahamiyatga ega. Shu bilan birga, bizning

fikrimizcha, kasallik tarixi asosida tuziladigan epikrizlarda quyidagi masalalar batafsil yoritilishi lozim:

- ovqatlanish (dieta) bo'yicha tavsiyalar,
- jismoniy faollik,
- kasalliklarning oldini olish (profilaktika),
- mumkin bo'lgan asoratlari
- va takroriy kasalxonaga yotqizilish xavflari.

4.2. Statsionar davolanishdan keyin bemorlarni kuzatish va parvarish qilish bo'yicha statsionar va ambulator-poliklinika muassasalari o'rtasida uzviylikni yo'lga qo'yish

Statsionar va ambulator xizmatlar o'rtasidagi uzviylikni takomillashtirish bugungi kunda ham dolzarb masalalardan biri bo'lib qolmoqda. Sir emas, ko'plab bemorlar statsionar davolanishdan so'ng ambulator kuzatuvga olinmaydi, oilaviy shifokorlar esa ularning statsionar davolanayotganidan xabardor bo'lmaydi.

Shu munosabat bilan biz rivojlangan davlatlar tajribasini inobatga olgan holda, bu faoliyatni takomillashtirish mexanizmlarini o'rgandik. Buning uchun statsionar davolanishdan chiqarilgan bemorlar uchun namunaviy epikriz loyihasini ishlab chiqish zarur, bunda bemorning davomi nazorati, parvarish, dieta, dori-darmonlar bilan davolash va kasalliklarni oldini olish choralari haqida ma'lumotlar aniq yozilgan bo'lishi lozim va bu hujjat bevosita davolovchi oilaviy shifokorning manziliga yuborilishi kerak.

Mazkur taklif tibbiy xizmat ko'rsatish zanjirini — “kasalxona–bemor–oilaviy shifokor” tamoyili asosida mustahkamlab, ya'ni “qo'ldan-qo'lga” prinsipi asosida tibbiy yordam uzluksizligini ta'minlaydi. Bu esa o'z navbatida:

bemorni o'z vaqtida kuzatuvga olish,

profilaktik chora-tadbirlarni o'z vaqtida ko'rish,

kelgusidagi nazoratni tashkil qilish,

va oilaviy shifokorning bilimini oshirishga xizmat qiladi.

Ma'lumki, bemorlar uchun statsionardan chiqqanidan so'ng ambulator sharoitda davolanishni davom ettirish muhim ahamiyatga ega. Shu sababli, bizning fikrimizcha, kasallik tarixi asosida tuziladigan epikrizlarda quyidagilar batafsil yoritilishi lozim:

parhez (dieta) bo'yicha tavsiyalar, jismoniy faollik, kasalliklarni oldini olish bo'yicha chora-tadbirlar, mumkin bo'lgan asoratlarning va takroriy kasalxonaga yotqizilish xavflari.

Shu munosabat bilan, biz statsionardan chiqqan bemorlar uchun parvarish algoritmlarining namunaviy shakllarini ishlab chiqdik va ularni Toshkent shahar Sog'liqni saqlash bosh boshqarmasida muhokama qildik.

Toshkent shahar Sog'liqni saqlash bosh boshqarmasining 2022-yil 23-fevraldagi 01/675-sonli xatiga asosan, Respublika ixtisoslashtirilgan tibbiyot markazlariga murojaat yuborildi. Unda ular ilova qilingan namunaviy shakl asosida "Ambulator-poliklinik muassasalarda bemor parvarishi algoritmlari"ni ishlab chiqishda yordam berish so'ralgan.

Shuningdek, ushbu bosqichda statsionar va ambulator-poliklinik muassasalar o'rtasida uzviylikni ta'minlash bo'yicha yangi modelni tashkil etish bosqichlari ishlab chiqildi.

3 oy davomida 11 ta asosiy yo'nalish bo'yicha Respublika ixtisoslashtirilgan tibbiyot markazlaridan algoritmlar olindi.

3 Jadval

Statsionar davolanishdan keyin bemorga ambulator-poliklinika muassasalarida parvarish ko'rsatish algoritmlari

№	Наименование алгоритмов
1.	Алгоритм амбулаторного наблюдения больных после стационарного лечения с диагнозом “Хроническая обструктивная болезнь легких”
2.	Алгоритм амбулаторного наблюдения больных после стационарного лечения с диагнозом “Бронхиальная астма”
3.	Алгоритм амбулаторного наблюдения больных после стационарного лечения с диагнозом “Пневмония”
4.	Алгоритм амбулаторного наблюдения больных после стационарного лечения с диагнозом “Цирроз печени”
5.	Алгоритм амбулаторного наблюдения больных после стационарного лечения с диагнозом «Ишемическая болезнь сердца»
6.	Алгоритм амбулаторного наблюдения больных после стационарного лечения с диагнозом “Гипертоническая болезнь”
7.	Алгоритм амбулаторного наблюдения больных после стационарного лечения с диагнозом “Хроническая сердечная недостаточность”
8.	Алгоритм амбулаторного наблюдения больных после стационарного лечения с диагнозом “Хроническая почечная недостаточность”
9.	Алгоритм амбулаторного наблюдения больных после стационарного лечения с диагнозом “Нейрогенный мочевой пузырь”
10.	Амбулатор шароитда “Простата безининг хавсиз гиперплазияси” ташхиси бўлган беморларни кузатиш алгоритми
11.	Алгоритм амбулаторного наблюдения больных после стационарного лечения с диагнозом “Мочекаменная болезнь”

18. Rasm Surunkali obstruktiv o'pka kasalligi (XOBL) bo'lgan bemorlarni ambulator-poliklinika sharoitida kuzatish algoritmi

Toshkent shahar Sog'liqni saqlash bosh boshqarmasining 2022-yil 16-iyundagi 01/1848-sonli xatiga muvofiq, barcha to'plangan va yagona uslubiy tavsiyalar shaklida birlashtirilgan ma'lumotlardan so'ng, Yakkasaroy tumani RMOga quyidagilarni amalga oshirish bo'yicha topshiriq yuborildi:

statsionar davolanishdan keyingi parvarish bo'yicha 11 ta algoritmni ambulator-poliklinik muassasalarda amaliyotga joriy etish,

eksperiment o'tkazish, shuningdek, ambulator-poliklinik muassasalar xodimlari ishtirokida bir qator seminarlar tashkil etildi.

19. Toshkent shahar Sog'liqni saqlash bosh boshqarmasining 2022-yil 16-iyundagi №01/1848-sonli xati

Bundan tashqari, Toshkent shahar sog'liqni saqlash bosh boshqarmasining topshirig'iga asosan, barcha mulkchilik shaklidan qat'i nazar, Toshkent shahridagi barcha davolash-profilaktika muassasalariga bemorlar yashash joyidagi ambulator-poliklinik muassasalarga kasallik tarixidan chiqarilgan epikrizni yuborish bo'yicha ko'rsatma berildi.

Biz tomonidan tahliliy solishtirma natijalarni o'rganish uchun Yakkasaroy tumanida bemorlarga stasionar davolashdan so'ng ambulator-poliklinik muassasalarda ko'rsatilgan tibbiy yordam natijalari retrospektiv tarzda o'rganildi.

2021-yilgi ma'lumotlarga ko'ra, Yakkasaroy tumanida joylashgan 57, 58, 59, 60-sonli oilaviy poliklinikalarda "Yurak ishemik kasalligi" tashxisi bilan 537 nafar bemor stasionar davolanishdan o'tgan. Shundan 342 nafari (64%) stasionar davolanishdan so'ng epikrizni olib kelmagan. 74 nafari (22%) ambulator-poliklinika shifokorlari tomonidan "D" nazoratiga olingan, kardiolog ko'rigidan o'tkazilgan, diagnostik tekshiruvlar (EKG, EkoKG, koagullogramma, lipidlar) bajarilgan, sog'lom ovqatlanish, jismoniy faollik, fizioterapevtik davolash bo'yicha tavsiyalar

berilgan, 3 nafar bemor sanatoriyga yuborilgan. 195 nafar bemor (36%) esa epikrizni olib kelgan bo'lib, ularga belgilangan tartibda choralar ko'rilgan, shundan 12 nafari (6%) sanatoriyga yuborilgan (4-jadval).

2022-yilgi natijalar o'rganilganda esa 57–60-oilaviy poliklinikalarda jami 565 nafar bemor “Yurak ishemik kasalligi” tashxisi bilan davolangan, shundan atigi 61 nafari (10%) epikrizni olib kelmagan, qolgan 535 nafari (94%) esa epikrizni taqdim etgan. Ularning barchasi “D” nazoratiga olingan, kardiolog tekshiruvi o'tkazilgan, 462 nafari (92%) EKG, 73 nafari (14%) EkoKG, 159 nafari (30%) koagulloграмма, 151 nafari (28%) lipidlar uchun analiz topshirgan. Barchasiga sog'lom ovqatlanish va jismoniy faollik bo'yicha maslahatlar berilgan. 89 nafari (17%) fizioterapevtik muolajalarni olgan va 84 nafari (16%) sanatoriyga yuborilgan (5-jadval).

Bundan tashqari, Bektimor va Sergeli tumanlaridagi ambulator-poliklinik muassasalarda nazorat guruhi uchun o'rganish o'tkazildi:

Bektimor tumani (69-oilaviy poliklinika):

1139 bemor stasionarda davolangan, 1127 nafari (99%) epikriz olib kelgan, 12 nafari (1%) yo'q.

245 nafari (22%) dispanserizatsiyadan o'tgan, ularning barchasi kardiolog ko'rigidan o'tgan.

232 nafari EKG, 56 nafari EkoKG, 61 nafari koagulloграмма, 53 nafari lipidlar bo'yicha tekshiruvdan o'tgan.

825 nafari (75%) faol patronajga olingan, ulardan 695 nafari (84%) ovqatlanish, 534 nafari (65%) jismoniy faollik, 371 nafari (45%) fizioterapiya bo'yicha maslahat olgan va 40 nafari (5%) sanatoriyga yuborilgan (6-jadval).

Sergeli tumani (12-13-oilaviy poliklinikalar):

346 bemor stasionar davolangan, 333 nafari (96%) epikriz olib kelgan.

333 nafari dispanserizatsiyadan o'tgan, 329 nafari kardiolog, 302 nafari EKG, 189 nafari EkoKG, 148 nafari koagulloграмма va lipidlar bo'yicha tekshiruvdan o'tgan.

333 nafari faol patronajda, barchasi ovqatlanish va jismoniy faollik bo'yicha maslahat olgan, 4 nafari (4%) sanatoriyga yuborilgan (7-jadval).

Solishtirma tahlil:

Dispanserizatsiya: asosiy guruhda 100%, nazorat guruhida 40% (2,5 baravar kam)

Kardiolog ko'rigi: 83% vs. 39% (2 baravar kam)

EKG: 92% vs. 37% (2,5 baravar kam)

EkoKG: 14% vs. 17% (deyarli bir xil)

Lipid spektri: 28% vs. 14% (2 baravar kam)

Faol patronaj bo'yicha:

Asosiy guruhda 100%, nazorat guruhida 88%

Ovqatlanish: 100% vs. 74%

Fizioterapiya: har ikki guruhda 17%

Sanatoriy: 16% vs. 18%

Xulosa: Ambulator-poliklinik muassasalarda ishlovchi shifokorlarning stasionar davolanishdan so'ng bemorlarni integratsiyalashgan yuritish bo'yicha bilimlarini oshirish orqali dispanserizatsiyani, diagnostik va laborator tekshiruvlarni samarali o'tkazish, sog'lom turmush tarzi bo'yicha maslahatlar berish sezilarli darajada yaxshilanadi.

Таблица 4.

Результаты организации медицинской помощи больным после стационарного лечения в амбулаторно- поликлинических учреждениях Яккасарайского района
(данные за 2021 г.)

Семейные поликлиники	Всего пролеченные в стационарных учреждениях	В том числе НЕ ПРЕДСТАВШ ИЕ выписной эпикриз (количество)	В том числе						Активный патронаж	Представленные рекомендации, по			Пролчен ные в СКУ
			Д диспансер изированн ые	Прошедшие кардиологи ческий осмотр	Диагностические и лабораторные исследования								
					ЭКГ	ЭхоКГ	Коагуло грамма	Липиды					
57	74	58	10	10	10	1	0	0	10	10	10		0
58	186	102	24	24	24	2	0	0	24	24	24		1
59	215	134	32	32	32	3	0	0	32	32	32		2
60	62	48	8	8	8	1	0	0	8	8	8		0
Всего по Яккасарайск ому району	537	342 (64%)	74 (22%)	74 (22%)	74 (22%)	7 (2%)			74 (22%)	74 (22%)	74 (22%)		3 (1%)
Семейные поликлиники	Всего пролеченные в стационарных учреждениях	В том числе ПРЕДСТАВШ ИЕ выписной эпикриз (количество)	В том числе						Активный патронаж	Представленные рекомендации, по			Пролчен ные в СКУ
			Д диспансер изированн ые	Прошедшие кардиологи ческий осмотр	Диагностические и лабораторные исследования								
					ЭКГ	ЭхоКГ	Коагуло грамма	Липиды					
57	74	16	16	12	12	2	0	0	16	16	16		2
58	186	84	84	75	75	3	0	0	84	84	84		4
59	215	81	81	76	76	4	0	0	81	81	81		4
60	62	14	14	10	10	1	0	0	14	14	14		2
Всего по Яккасарайск ому району	537	195 (36%)	195 (36%)	173 (88%)	173 (88%)	10 (5%)			195 (36%)	195 (36%)	195 (36%)		12 (6%)

Таблица 5.

Результаты организации медицинской помощи больным после стационарного лечения в амбулаторно- поликлинических учр. Яккасарайского района
(данные за 2022 г.)

Семейные поликлиники	Всего пролеченные в стационарных учреждениях	В том числе НЕ ПРЕДСТАВШ ИЕ выписной эпикриз (количество)	В том числе						Активный патронаж	Представленные рекомендации, по			Пролчен ные в СКУ
			Д диспансер изированн ые	Прошедшие кардиологи ческий осмотр	Диагностические и лабораторные исследования					Правильн ому питанию	Физичесо й активност и	Физиот ерепии	
					ЭКГ	ЭхоКГ	Коагуло грамма	Липиды					
57	97	14	13	9	4	2	4	3	13	13	13	0	2
58	178	13	11	3	3	2	0	0	13	13	13	0	0
59	214	10	8	4	4	1	0	0	8	8	8		
60	107	24	21	19	19	9	7	3	21	21	21	2	3
Всего по Яккасарайс кому району	596	61 (10%)	53 (87%)	35 (57%)	35 (57%)	14 (23%)	11 (18%)	6 (10%)	55 (90%)	55 (90%)	55 (90%)	2 (3%)	3 (5%)
Семейные поликлиники	Всего пролеченные в стационарных учреждениях	В том числе ПРЕДСТАВШ ИЕ выписной эпикриз (количество)	В том числе						Активный патронаж	Представленные рекомендации, по			Пролчен ные в СКУ
			Д диспансер изированн ые	Прошедшие кардиологи ческий осмотр	Диагностические и лабораторные исследования					Правильн ому питанию	Физичесо й активност и	Физиот ерепии	
					ЭКГ	ЭхоКГ	Коагуло грамма	Липиды					
57	97	83	83	65	65	28	34	30	83	83	83	28	22
58	178	165	165	154	154	21	78	78	165	165	165	17	3
59	214	204	204	185	204	15	40	40	204	204	204	42	56
60	107	83	83	39	39	9	7	3	83	83	83	2	3
Всего по Яккасарайс кому району	596	535 (90%)	535 (100%)	443 (83%)	462 (92%)	73 (14%)	159 (30%)	151 (28%)	535 (100%)	535 (100%)	535 (100%)	89 (17%)	84 (16%)

Таблица 6.

Результаты организации медицинской помощи больным после стационарного лечения в амбулаторно- поликлинических учр. в Бектемирского района
(данные за 2022 г.)

Семейные поликлиники	Всего пролеченные в стационарных учреждениях	В том числе НЕ ПРЕДСТАВШ ИЕ выписной эпикриз (количество)	В том числе						Активный патронаж	Представленные рекомендации, по			Пролчен ные в СКУ
			Д диспансер изированн ые	Прошедш ие кардиолог ический осмотр	Диагностические и лабораторные исследования					Правильн ому питанию	Физичесо й активност и	Физиот ерепии	
					ЭКГ	ЭхоКГ	Коагуло грамма	Липиды					
ЦМП	689	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
СП-69	450	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Всего по Бектемирско му району	1139	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Семейные поликлиники	Всего пролеченные в стационарных учреждениях	В том числе ПРЕДСТАВШ ИЕ выписной эпикриз (количество)	В том числе						Активный патронаж	Представленные рекомендации, по			Пролчен ные в СКУ
			Д диспансер изированн ые	Прошедш ие кардиолог ический осмотр	Диагностические и лабораторные исследования					Правильн ому питанию	Физичесо й активност и	Физиот ерепии	
					ЭКГ	ЭхоКГ	Коагуло грамма	Липиды					
ЦМП	689	682	130	130	127	29	31	28	429	350	289	210	25
СП-69	450	445	115	115	105	27	30	25	396	345	245	161	15
Всего по Бектемирско му району	1139	1127 (99%)	245 (22%)	245 (22%)	232 (21%)	56 (5%)	61 (5%)	53 (4,7%)	825 (75%)	695 (84%)	534 (65%)	371 (45%)	40 (5%)

Таблица 7.

Результаты организации медицинской помощи больным после стационарного лечения в амбулаторно- поликлинических учр. в Сергелийского района
(данные за 2022 г.)

Семейные поликлиники	Всего пролеченные в стационарных учреждениях	В том числе НЕ ПРЕДСТАВШ ИЕ выписной эпикриз (количество)	В том числе						Активный патронаж	Представленные рекомендации, по			Пролчен ные в СКУ
			Д диспансер изированн ые	Прошедшие кардиологи ческий осмотр	Диагностические и лабораторные исследования					Правильн ому питанию	Физичесо й активност и	Физиот ерепии	
					ЭКГ	ЭхоКГ	Коагуло грамма	Липиды					
СП-12	177	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
СП-13	169	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Всего по Сергелийск ом району	346	18 (5%)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Семейные поликлиники	Всего пролеченные в стационарных учреждениях	В том числе ПРЕДСТАВШ ИЕ выписной эпикриз (количество)	В том числе						Активный патронаж	Представленные рекомендации, по			Пролчен ные в СКУ
			Д диспансер изированн ые	Прошедшие кардиологи ческий осмотр	Диагностические и лабораторные исследования					Правильн ому питанию	Физичесо й активност и	Физиот ерепии	
					ЭКГ	ЭхоКГ	Коагуло грамма	Липиды					
СП-12	177	169	169	156	156	97	85	85	169	169	169	0	2
СП-13	169	164	164	164	146	92	63	63	164	164	164	0	2
Всего по Сергелийск ом району	346	333 (96%)	333 (100%)	329 (95%)	302 (91%)	189 (57%)	148 (44%)	148 (44%)	333 (96%)	333 (100%)	333 (100%)		4 (1%)

Jadval 8.

Alohida ko'rsatkichlar bo'yicha epikriz taqdim etgan asosiy guruh (Yakkasaroy tumani) va nazorat guruhi (Bektemir va Sergeli tumanlari) o'rtasidagi taqqoslov ma'lumotlari

№	Всего пациентов, представших выписки	Прошли диспансеризацию	Прошли кардиологический осмотр	ЭКГ	ЭхоКГ	Коагулограмма	Липиды
Пациенты из основной группы (Яккасарайский район)							
1.	535	535 (100%)	443 (83%)	462 (92%)	73 (14%)	159 (30%)	151 (28%)
Пациенты из контрольной группы (Бектемирского и Сергелийского района)							
2.	1460	578 (40%)	574 (39%)	534 (37%)	245 (17%)	209 (14%)	201 (14%)

Jadval 9.

Alohida ko'rsatkichlar bo'yicha chiqaruv epikrizini taqdim etgan asosiy guruh (Yakkasaroy tumani) va nazorat guruhi (Bektemir va Sergeli tumanlari) o'rtasidagi taqqoslov ma'lumotlari

№	Всего пациентов, представших выписки	Активный патронаж	В том числе,			
			Консультации по правильному питанию	Консультации по физической активности	Физиотерапевтические профедуры	Пролеченные в санаторно- курортных учреждениях
Пациенты из основной группы (Яккасарайский район)						
1.	535	535 (100%)	535 (100%)	535 (100%)	89 (17%)	84 (16%)
Пациенты из контрольной группы (Бектемирского и Сергелийского района)						
2.	1460	1158 (79%)	1028 (88%)	867 (74%)	245 (17%)	209 (18%)

V BOB TEZ TIBBIY YORDAM STANSIYASI VA AMBULATOR-POLIKLINIKA MUASSASASI O‘RTASIDA KUZATUV VA PARVARISH UCHUN O‘ZARO ALOQANI YO‘LGA QO‘YISH

Bugungi kunga kelib, aholiga tez tibbiy yordam ko‘rsatish Respublikadagi Tez tibbiy yordam ilmiy markazi, uning viloyatlardagi filiallari, tuman va shahar tibbiyot birlashmalari, tez tibbiy yordam stansiyalari hamda sanitariya aviatsiyasi tomonidan amalga oshirilmoqda. Mazkur sohada olib borilgan islohotlarga muvofiq, har yili tez tibbiy yordam tizimi muassasalarida 600 mingdan ortiq bemor stasionar davolanish oladi. Bundan tashqari, kechayu-kunduz stasionar davolanishga ko‘rsatma bo‘lmagan hollarda 1 milliondan ortiq bemorga ambulator tibbiy yordam ko‘rsatiladi hamda tez tibbiy yordam xizmati tomonidan 7 milliondan ortiq chaqiruvlarga xizmat ko‘rsatiladi.

Tez tibbiy yordam xizmati va ambulator-poliklinik muassasalar (APU) o‘rtasida uzviylikni yo‘lga qo‘yish tibbiy xizmat sifatini tashkil etishda muhim va hal qiluvchi ahamiyatga ega. O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 2022-yil 16-iyundagi “Aholiga tez tibbiy yordam ko‘rsatish tizimini takomillashtirish to‘g‘risida”gi PQ–283-sonli qaroriga muvofiq, tez tibbiy yordam xizmatini boshqarishning avtomatlashtirilgan elektron tizimini joriy etish nazarda tutilgan. Ushbu tizimni moliyalashtirish axborot-kommunikatsiya texnologiyalarini rivojlantirish jamg‘armasi mablag‘lari hisobidan amalga oshiriladi.

Toshkent shahar tez tibbiy yordam xizmatining faoliyati o‘rganilishi davomida ma’lum bo‘ldiki, tez tibbiy yordam brigadalarining harakatlarini tezkor boshqarish va muvofiqlashtirish uchun yagona axborot bazasi yaratilgan hamda birlamchi tibbiy

yordam muassasalariga ma'lumotlarni uzatish tarmog'i yo'lga qo'yilgan. Masalan, Toshkent shahrida birlamchi tibbiy yordam tarmog'ida 1500 nafar oilaviy shifokor faoliyat yuritadi va har biriga o'rtacha 2000 nafar aholi birlashtirilgan. Toshkent shahar tez tibbiy yordam stansiyasi ma'lumotlariga ko'ra, har yili shahar bo'yicha o'rtacha 1 200 000 ta chaqiruv bo'yicha tez tibbiy yordam ko'rsatiladi. Bu esa, har bir aholiga yiliga o'rtacha 3-4 ta chaqiruv to'g'ri kelishini anglatadi.

Shu bilan birga, tez tibbiy yordam xizmatiga tushayotgan asosiy yuk favqulodda holatlarga (masalan, jarohatlar, zaharlanishlar va boshqalar) emas, balki surunkali kasalliklar zo'rayishi bilan bog'liq holatlarga to'g'ri kelmoqda. Foiz jihatidan bu 35/65 nisbatda bo'lib, surunkali kasalliklar ustunlik qiladi.

Shu sababli, tez tibbiy yordam stansiyalari tomonidan tizimli ravishda favqulodda tibbiy yordam ko'rsatishni rivojlantirish va takomillashtirish bo'yicha dasturlar ishlab chiqilishi va ularni birlamchi tibbiy xizmat tizimi bilan uzviy hamkorlikda amalga oshirilishi aholi orasida nogironlik va o'lim holatlarini kamaytirishga sezilarli hissa qo'shishi mumkin. Chunki birlamchi bo'g'in xodimlari ishining yaxshilanishi chaqiruvlar sonining kamayishiga, shu orqali tez tibbiy yordam chaqiruvlarining qisqarishi va chaqiruvdan keyin zaruriy tibbiy xizmat ko'rsatish vaqtining qisqarishiga olib keladi.

Bu esa, tez tibbiy yordam dispetcherlik xizmatlarining faoliyatini takomillashtirish va zamonaviy aloqa hamda telekommunikatsiya vositalarini amaliyotga joriy etish orqali amalga oshirilishi mumkin.

Shuningdek, biz Toshkent shahar tez tibbiy yordam markazining faoliyatini hamda chaqiruvlar va favqulodda holatlar haqidagi ma'lumotlarni Toshkent shahridagi davolash-profilaktika muassasalariga uzatish tizimini o'rgandik.

Tadqiqot davomida aniqlanishicha, faqat Toshkent shahrida tajriba tariqasida turli sog‘liqni saqlash muassasalari o‘rtasida surunkali kasalliklar zo‘rayishi bilan bog‘liq holatlarda chaqiruvlar natijalari va shoshilinch holatlar haqidagi ma‘lumotlarni tezkor uzatish yo‘lga qo‘yilgan.

Bunday axborot uzatish mexanizmi sog‘liqni saqlash muassasalariga, ayniqsa birlamchi tibbiy-sanitariya yordami muassasalariga (PMSY) tezkor javob berish va zarur profilaktik ishlarni olib borish imkonini beradi. Har kuni Toshkent shahridagi tez tibbiy yordam brigadalari tomonidan ma‘lumotlar bazasi shakllantiriladi va tezkor hisobga olish uchun maxsus dasturga kiritiladi. Tashxislarning tuzilishiga ko‘ra bemorning holati (o‘tkir, yarim o‘tkir, surunkali), chaqiruv manzili (tumanlar bo‘yicha taqsimot) asosida ma‘lumotlar ajratiladi va Toshkent shahri tuman tibbiyot birlashmalariga qarashli oilaviy poliklinikalarga yuboriladi.

Oilaviy poliklinikalarda bu ma‘lumotlar uchun mas‘ul bo‘lgan mutaxassislar har kuni tez tibbiy yordam chaqiruvlarini tahlil qiladi, bemorning joylashuvi va birlashtirilgan hududi asosida ularni oilaviy shifokorlar o‘rtasida taqsimlaydi. Shuningdek, bemorning holati va vizual ko‘rik natijalarini inobatga olgan holda, dispanserizatsiyani yaxshilash hamda mahalliy darajada profilaktik tibbiy xizmatlarni takomillashtirish bo‘yicha “yo‘l xaritasi” ishlab chiqiladi.

Rasm 25. 2022-yil 26-iyul holatiga chaqiriq manzili bo'yicha tez tibbiy yordam bemorlari ma'lumotlar bazasi

[illegible]

Rasm 26. 2022-yil 26-iyul holatiga chaqiriq sababi bo'yicha tez tibbiy yordam bemorlari ma'lumotlar bazasi

Rasm 27. 2022-yil 26-iyul holatiga ko'krak sohasida og'riq bilan tez tibbiy yordamga murojaat qilgan bemorlar ma'lumotlar bazasi

The screenshot shows a Microsoft Excel spreadsheet with a database of patients. The columns are labeled: ID, Date, Name, Address, Phone, and others. The data is organized in rows, with patient IDs ranging from 491 to 2656. A pop-up window is open over the data, showing a list of medical conditions and symptoms, including 'Сердечно-сосудистые заболевания' (Cardiovascular diseases) and 'Дыхательная система' (Respiratory system).

Rasm 28. 2022-yil 26-iyul holatiga bemorning yoshi bo'yicha tez tibbiy yordam bemorlari ma'lumotlar bazasi

The screenshot shows a Microsoft Excel spreadsheet with a database of patients, categorized by age. The columns are labeled: ID, Date, Name, Address, Phone, and others. The data is organized in rows, with patient IDs ranging from 491 to 2656. A pop-up window is open over the data, showing a list of medical conditions and symptoms, including 'Сердечно-сосудистые заболевания' (Cardiovascular diseases) and 'Дыхательная система' (Respiratory system).

Rasm 29. 2022-yil 26-iyul holatiga bemor gospitalizatsiya qilingan davolash-profilaktika muassasasi nomi bo'yicha tez tibbiy yordam bemorlari ma'lumotlar bazasi

Olingan ma'lumotlar va o'tkazilgan taqqoslov tahliliga ko'ra, 2022-yilning dastlabki 6 oyi davomida Toshkent shahrida tez tibbiy yordam paststansiyasi tomonidan jami 596 759 ta chaqiruv qabul qilingan, shundan 69 324 tasi (12%) surunkali kasallikka ega bo'lgan bemorlar tomonidan amalga oshirilgan.

2023-yilning shu davri uchun ko'rsatkichlar deyarli bir xil bo'lib, jami 598 805 ta chaqiruv qabul qilingan. Shundan 126 526 tasi (21%) surunkali kasallikka ega bo'lgan bemorlar tomonidan amalga oshirilgan.

Ya'ni, tez tibbiy yordam markazlari faoliyatining 1/5 qismi bevosita shoshilinch holatlar emas, balki surunkali kasalliklarning kuchayishini oldini olishga qaratilgan xizmatlar bilan band bo'lgan.

Bu juda muhim ko'rsatkich bo'lib, aynan birlamchi tibbiy-sanitariya yordami (PMSY) shifokorlari tomonidan jiddiy ishlashni talab etadi (10-jadval).

Jadval 10.

**Количество вызовов в службу скорой медицинской помощи
(данные за 6 месяцев 2022 -2023у.)**

№	Наименование региона	Количество вызовов (всего)		Сурункали касаллиги бўлганлар			
		2022	2023	2022	%	2023	%
1	Toshkent shahri	596 759	598 805	69 324	12	126 526	21

Shuningdek, biz tomonidan o'lim holatlari o'rganilib, ularning tahlili o'tkazildi. Olingan ma'lumotlarga ko'ra, 2022-yilning dastlabki 6 oyi davomida tez tibbiy

yordam markazi xodimlari ishtirokida 4212 ta o'lim holati qayd etilgan. 2023-yilning mos davrida esa bu ko'rsatkich 3293 tani tashkil etgan.

Shu bilan birga, 2022-yildagi jami o'lim holatlaridan 2072 tasi (49%) surunkali kasallikka ega bo'lgan bemorlar hissasiga to'g'ri kelgan. 2023-yilda esa 3293 ta umumiy o'lim holatlaridan 2140 tasi (65%) surunkali kasalliklarga chalingan bemorlar orasida sodir bo'lgan (11-jadval).

Таблица 11.

**Количество смертных случаев в службе скорой медицинской помощи
(данные за 6 месяцев 2022/2023гг.)**

№	Наименование региона	Количество смертных случаев по годам (абл. цифры)		Количество смертных случаев по причинам (абл. цифры)			
		2022	2023	2022		2023	
				Внезапная смерть	Имел хроническое заболевание	Внезапная смерть	Имел хроническое заболевание
1.	г. Ташкент	4212	3293	2 140	2 072	1 153	2 140

Shu tariqa, so'nggi yillarda Toshkent shahri tez tibbiy yordam stansiyasi va hududiy filiallar tez yordam stansiyalari negizida Respublika tez tibbiy yordam ilmiy markazi tashkil etildi. Bu markaz yagona dispatcherlik Call-markazga ega bo'lib, butun respublika hududi bo'ylab yagona, tunu-kun faoliyat yurituvchi tez tibbiy yordam raqami orqali uzluksiz ishlashni ta'minlaydi.

Tez yordam stansiyalariga tushadigan yuklamalar inobatga olingan holda, tizimni maxsus avtotransport vositalari bilan jihozlash normativlari va ularning foydalanish muddati, shuningdek, har bir chiqish brigadasini tibbiy asbob-uskunalar va inventarlar bilan ta'minlash ro'yxati qayta tasdiqlandi.

Tez tibbiy yordam xizmatining faoliyati samaradorligini baholash tartibi va metodikasi, shuningdek, tez yordam brigadalarining oilaviy poliklinikalar va qishloq vrachlik punktlaridagi dislokatsiyasi tasdiqlanishi, oilaviy shifokorlar bilan tez yordamga murojaat qilgan bemorlar o'rtasida har kungi muvofiqlashtirishni yo'lga qo'yishga imkon berdi.

Tez tibbiy yordam xodimlarining faoliyatini KPI tizimi orqali baholash mexanizmining joriy etilishi esa ko'rsatilgan xizmatlarga qarab ularning ish haqi va moddiy rag'batlantirilishini sezilarli darajada oshirish imkonini berdi.

XULOSA

Zamonaviy sharoitlarda aholini tibbiy yordam bilan ta'minlash tizimi bosqichma-bosqich, uzviy va ketma-ket tashkil etilgan tibbiy xizmatni joriy etishni talab qiladi. Bunda turli darajadagi davolash-profilaktika muassasalari o'rtasida o'zaro aloqadorlik ta'minlangan bo'lishi kerak. Stasionar va ambulator-poliklinika darajasidagi davolash-profilaktika muassasalari tibbiy yordam ko'rsatishning barcha bosqichlarida kasalliklarni tashxislash va davolash bo'yicha uslublar uzviyligini ta'minlaydigan kompleks tadbirlarni o'z ichiga olishi lozim.

Oilaviy shifokor keng vakolatlarga ega bo'lgan holda turli darajadagi davolash-profilaktika muassasalari o'rtasida uzviylikni ta'minlashda muhim funksiyani bajaradi. Bemor haqida ishonchli ma'lumotning taqdim etilmasligi, oilaviy shifokor va stasionar muassasada ishlovchi shifokor o'rtasida aloqa yo'qligi, ambulator-poliklinika va stasionar davolash muassasalari o'rtasida bemorni uzatishning qat'iy mexanizmi va tizimi mavjud emasligi, bemor bilan bog'liq tibbiy hujjatlarni uzatishdagi muammolar, bemorning stasionar va ambulator sharoitda davolash-profilaktika jarayoniga yetarlicha jalb qilinmasligi noto'g'ri davolanishga, shuningdek, takroriy stasionarga yotqizishga olib keladi.

O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2017-yil 6-iyundagi PQ-3039-sonli "Toshkent shahrida aholiga birlamchi tibbiy-sanitariya yordamini ko'rsatish samaradorligini oshirish va rahbarlar hamda mutaxassislarining kasbiy mas'uliyatini kuchaytirish orqali boshqaruv tizimini yanada takomillashtirish chora-tadbirlari to'g'risida"gi qaroriga muvofiq, oilaviy poliklinikalar oldidagi asosiy vazifalardan biri bemorlarni tekshirish, davolash va reabilitatsiya qilish bo'yicha boshqa davolash-profilaktika muassasalari bilan uzviylik tamoyiliga rioya qilish hisoblanadi.

Davolash-profilaktika muassasalarining turli darajalari o'rtasida tibbiy xizmat ko'rsatishning uzluksizligini va ketma-ketligini yanada takomillashtirishni aniqlash hamda uni yaxshilash bo'yicha tavsiyalar ishlab chiqish.

AQSh, Buyuk Britaniya, Kanada, MDH mamlakatlari kabi rivojlangan davlatlarda tibbiy xizmat ko'rsatish tashkil etilishini o'rganish, ambulator va stasionar muassasalar o'rtasidagi integratsiyani yaxshilashning zamonaviy usullarini aniqlash;

Toshkent shahri (Yakkasaroy, Sergeli va Bektemir tumanlari)da stasionardan chiqqan bemorlarga keyingi davolash-profilaktika jarayonining uzluksizligini baholash;

Bemorlarni stasionardan ambulator-poliklinika muassasalariga "qo'ldan qo'lga" tamoyili asosida yo'naltirish bo'yicha turli klinik holatlar uchun algoritmlar (yo'naltirish mexanizmini) ishlab chiqish;

Ambulator va stasionar davolash-profilaktika muassasalari integratsiyasini yaxshilash bo'yicha tavsiyalar ishlab chiqish.

Tadqiqotning ilmiy yangiligi quyidagilarda namoyon bo'ladi:

Stasionar tibbiy muassasalardan (muassasa mulkchilik shaklidan qat'i nazar) ambulator-poliklinik muassasalarga bemor to'g'risidagi ma'lumotni uzluksiz va ketma-ket yetkazib berishni ta'minlash maqsadida markazlashgan ma'lumot yig'ish va tahlil qilish tizimi asosida integratsiyalashgan yo'naltirish xizmati takomillashtirildi;

Kasallik xavf omillarini profilaktika qilish va erta patronaj xizmatini yo'lga qo'yishga ustuvorlik berilgan algoritmik sxemalar takomillashtirildi, bunda bemorlarni stasionar davolashdan so'ng ambulator sharoitda shaxsiy reabilitatsiya qilishni muvofiqlashtirish zarurati hisobga olindi;

Tez tibbiy yordam xizmati bilan ambulator-poliklinika muassasalari va patronaj xizmati o'rtasida bemor haqidagi ma'lumotlar almashinuvining shaffofligi optimallashtirildi, bu esa tez yordam chaqirig'idan so'ng bemor haqidagi ma'lumotni ambulator-poliklinika muassasalariga tez yetkazishga imkon beradi;

Bemorlarni turli davolash muassasalariga (stasionar–ambulator–sanatoriy) qulay o‘tkazish va dispanser kuzatuvini tashkil etishda uzviylik va ketma-ketlik prinsiplariga asoslangan multidisiplinar yondashuv samaradorligi isbotlandi.

Ushbu omillar davlatning ustuvor yo‘nalishlari doirasida ushbu tadqiqotni olib borishni taqozo etadi.

Birinchi bosqichda:

Davolash-profilaktika muassasalarida ishlovchi shifokorlarning stasionar va ambulator-poliklinik muassasalar o‘rtasidagi o‘zaro aloqadorlik haqidagi fikrlari baholandi;

Ikkinchi bosqichda:

“IShB (Ishchemik yurak kasalligi). Kuchanish stenokardiyasi, II funksional klass” va “II tip qandli diabet” tashxisi bilan kasallangan bemorlarning tibbiy tarixlaridan chiqarilgan epikrizlar o‘rganildi;

Stasionar va ambulator-poliklinik muassasalar o‘rtasidagi uzviylikni ta’minlash bo‘yicha namunaviy model ishlab chiqildi;

Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy tibbiyot markazlari bilan hamkorlikda 11 asosiy yo‘nalish bo‘yicha algoritmlar ishlab chiqildi;

Uchinchi bosqichda:

Toshkent shahri Yakkasaroy tumanidagi RMOda stasionar davolanishdan keyingi parvarish algoritmlari ambulator-poliklinika muassasalarida joriy etildi;

Ularning joriy etilishi natijalari o‘rganildi va uchta oilaviy poliklinikada baholandi.

Tadqiqot vazifalaridan biri bemorlar stasionardan chiqarilganidan so‘ng davolashning uzviyligini va profilaktika choralari tashkil etilishini o‘rganish edi. Shu maqsadda Yakkasaroy tumanidagi shifokorlar o‘rtasida so‘rovnoma orqali tadqiqot o‘tkazildi. Unda jami 74 nafar shifokor qatnashdi, ulardan 49 nafari (66%) ambulator-poliklinika muassasalarida, 25 nafari (34%) stasionar davolash muassasalarida ishlaydi. Ulardan 8 nafari (11%) erkak, 66 nafari (89%) ayol bo‘lib, 4 nafar shifokor nafaqadagi yoshda edi.

“Stasionar va ambulator-poliklinik muassasalarda ishlovchi shifokorlar o‘rtasidagi o‘zaro aloqadorlikni hozirgi holatda qanday baholaysiz?” degan savolga respondentlar quyidagicha javob berdilar:

Stasionarda ishlovchi 32 nafar (65%) va ambulator-poliklinikalarda ishlovchi 13 nafar (52%) shifokor bu aloqani “yaxshi” va “a’lo” deb baholadi;

Stasionar shifokorlardan 17 nafar (35%) va ambulator-poliklinikalardan 12 nafar (48%) shifokor esa “qoniqarli” va “qoniqarsiz” deb javob berdilar.

Tibbiy yordamni tashkil etishda ketma-ketlik va uzviylik davolash-profilaktika muassasalari uchun muhim ahamiyatga ega. Shu bois, “Hozirgi kunda stasionar va ambulator-poliklinika muassasalari o‘rtasida tibbiy xizmat ko‘rsatishda uzviylik va ketma-ketlikni qanday baholaysiz?” degan savolga:

Stasionar shifokorlarning 52% va ambulator-poliklinikalarda ishlovchilarning 71% “yaxshi” va “a’lo” deb baholagan;

Mos ravishda 48% va 29% esa “qoniqarli” va “qoniqarsiz” deb javob berishgan.

Stasionar va ambulator-poliklinik muassasalarda ishlovchi shifokorlar o‘rtasida tibbiy yordam ko‘rsatishning ketma-ketligi ta’minlanmasligi surunkali kasalliklarning asoratlanishi yoki kuchayishiga olib kelishi mumkin. Shu sababli, biz uchun muhim yo‘nalishlardan biri – mumkin bo‘lgan asoratlarni o‘rganish bo‘ldi va biz quyidagi savolni berdik: "Stasionar va ambulator-poliklinik muassasalarda bemorlarga tibbiy xizmat ko‘rsatishda uzviylik va ketma-ketlik ta’minlanmaganda qanday asoratlar kelib chiqishi mumkin?"

Ushbu savolga respondentlar quyidagicha javob berdilar:

Surunkali kasalliklar bilan og‘rigan bemorlar sonining ortishi – 20 nafar (27%)

Nogironlik darajasining oshishi – 8 nafar (11%)

O‘lim holatlarining ko‘payishi – 4 nafar (5%)

Barcha javoblar to‘g‘ri – deb 42 nafar (57%) respondent javob berdi.

Shu tariqa, respondentlarning yarmidan ko‘pi tibbiy xizmat ko‘rsatish ketma-ketligining buzilishi surunkali kasalliklarning kuchayishi, nogironlik va o‘lim holatlariga olib kelishi mumkinligini bildirdi.

Keyingi besh savol faqat ambulator-poliklinika muassasalarida ishlaydigan shifokorlarga berildi. Ushbu savollar stasionarda davolangan bemorlarni ambulator-poliklinika muassasalarida dispanser kuzatuvini tashkil etish, davolashni davom ettirish va epikriz bilan bog‘liq masalalarga qaratilgan edi.

Ta’kidlash joizki, bemorni stasionardan chiqqandan so‘ng ambulator-poliklinika muassasasida kuzatuvini olib borish va davolashni davom ettirish surunkali kasallikni kuchayishining oldini olish va barqaror remissiyani saqlash imkonini beradi. Shu maqsadda har bir stasionardan chiqqan bemorga epikriz tayyorlanadi. Ushbu hujjatda dispanser kuzatuv, ovqatlanish tartibi, jismoniy faollik darajasi va dori vositalarini qabul qilish bo‘yicha tavsiyalar ko‘rsatiladi. Bemorlar ushbu epikrizni o‘z hududidagi oilaviy shifokorga taqdim etishi kerak.

Shu munosabat bilan, biz epikrizni yetkazish mexanizmi va mavjud muammolarni o‘rganishga harakat qildik. “Stasionarda davolangan bemorlarning qancha foizi epikrizni ambulator-poliklinikaga olib keladi?” degan savolga quyidagi javoblar olindi:

Stasionardan keyingi epikrizni 20% gacha bemor olib keladi – 5 nafar (10%)

21–50% bemor olib keladi – 14 nafar (29%)

51% dan ortiq bemor olib keladi – 30 nafar (61%)

Shunday qilib, faqat yarim bemorgina o‘z epikrizi bilan poliklinikaga murojaat qilmoqda.

Stasionar sharoitda tayyorlanadigan epikriz hujjati bemor to‘g‘risida to‘liq axborotni o‘z ichiga olgani sababli ambulator-poliklinika muassasalaridagi shifokorlar uchun muhim hujjat hisoblanadi. Chunki stasionarda davolanishdan chiqqan bemorlar shifokor kuzatuvida bo‘lishi lozim, ularga to‘g‘ri tibbiy chora-tadbirlar belgilanishi, bemorga xizmat ko‘rsatadigan xodimlar tayyorlanishi, ovqatlanish tartibi, dispanser nazorati, dori-darmonlarni qabul qilish va profilaktik

chora-tadbirlar tashkil etilishi kerak. Bularning barchasi kasallikni remissiya holatida saqlashga xizmat qiladi.

Shu bois biz “Siz epikriz hujjatining sifatini qanday baholaysiz?” degan savol berdik. Natijalar quyidagicha bo‘ldi:

5 nafar (10%) – a’lo deb baholagan,

31 nafar (63%) – yaxshi,

11 nafar (22%) – qoniqarli,

2 nafar (4%) – qoniqarsiz deb javob bergan.

Shunday qilib, 13 nafar (26%) respondent epikrizdan to‘liq qoniqmaganini bildirgan. Keyingi savol stasionardan chiqqan bemorga beriladigan epikrizdagi eng muhim jihatlarni aniqlashga qaratildi. Savol: “Epikrizda bemor uchun eng muhim jihatlar qaysilar?” deganda quyidagi javoblar olingan:

parvarish va ovqatlanish haqida – 0,

dori vositalarini qabul qilish haqida – 12 nafar (24%),

profilaktika haqida – 2 nafar (4%),

dispanser nazorat muddati va kuzatuv haqida – 9 nafar (18%),

barcha javoblar to‘g‘ri – 26 nafar (53%).

Shuningdek, stasionarda ishlovchi mutaxassislar o‘z sohalaridagi kasalliklar haqida ko‘proq bilimga ega bo‘lishi sababli bemorga dori vositalariga sezuvchanlik, ularni to‘g‘ri buyurish va davolash davomiyligi haqida aniq ma’lumot bera oladi. Bu esa stasionarda bemorga ijobiy ta’sir ko‘rsatadi.

Shuning uchun biz stasionar muassasalarda davolovchi shifokor tomonidan tayyorlangan epikrizda bemorni parvarish qilish, ovqatlanish, dori-darmonlar, profilaktika, D-nazorat va kuzatuv muddati haqidagi ma’lumotlarning oilaviy shifokor bilimiga ta’sirini o‘rganib chiqdik.

Keyingi savol – epikriz oilaviy shifokor bilimini oshiradimi? degan savol bo‘lib, 41 nafar (84%) shifokor "ha, epikriz bilimimni oshiradi" deb javob bergan.

So‘nggi savollar stasionar muassasalarda ishlovchi shifokorlarga qaratildi. Bemorlar stasionarga yotqizilishidan oldin ularning instrumental, funksional va laborator tahlillari o‘tkaziladi. Shu sababli, biz "Siz ambulator-poliklinikalardan

stasionarga yo'llanma berish tartibini qanday baholaysiz?" degan savol berdik.

Natijalar:

A'lo – 0, Yaxshi – 13 nafar (52%), Qoniqarli – 11 nafar (44%), Qoniqarsiz – 1 nafar (4%).

Diqqatga sazovor tomoni shundaki, 12 nafar (45%) shifokor qoniqarli yoki qoniqarsiz deb javob bergan. Hech kim "a'lo" deb baholamagan.

Shu asosda, epikrizni zamonaviy axborot-kommunikatsiya texnologiyalari yordamida bevosita ambulator-poliklinika shifokoriga yuborish tibbiy xizmat ko'rsatishning uzluksizligini ta'minlashda asosiy qadamlardan biri bo'lishi mumkin degan xulosa chiqarish mumkin.

Tibbiy xizmat ko'rsatishning uzluksizligi uning sifati va samaradorligini oshirishda muhim ta'sir ko'rsatadi. Shu sababli keyingi savol quyidagicha shakllantirildi: "Bemorni stasionardan chiqqanidan so'ng, epikrizni bevosita ambulator-poliklinik muassasalarda ishlovchi shifokorlarga tezkor yetkazilishi tibbiy xizmat ko'rsatish operativligini oshiradimi?". Ushbu savolga 23 nafar (92%) respondent "ha" deb javob berdi.

Shundan xulosa qilish mumkinki, zamonaviy axborot-kommunikatsiya texnologiyalaridan foydalangan holda epikrizni bevosita ambulator-poliklinika shifokoriga yetkazish tibbiy xizmat ko'rsatishning uzluksizligini ta'minlashdagi asosiy qadamlardan biri bo'ladi.

Keyingi o'rganish epikrizni oilaviy shifokorga yuborishning eng qulay usullarini aniqlashga qaratildi. Savol: "Bemorni stasionar davolanishdan so'ng epikrizni oilaviy shifokorga yuborishning eng qulay usullari qaysilar?". Respondentlarning 17 nafari (68%) barcha variantlar to'g'ri deb hisoblab, quyidagilarni ko'rsatishdi:

elektron pochta, faks, lokal tarmoq, Telegram kanali.

Tibbiy xizmatlar sifatini oshirish va davolanish muddatini optimallashtirish uchun bemorlarni ambulator-poliklinika muassasalarida kerakli tekshiruvlardan o'tkazgandan so'ng stasionarga yuborish muhimdir. Shu sababli savol quyidagicha bo'ldi: "Agar bemor ambulator-poliklinika sharoitida qon va siydik tahlillari,

funksional va instrumental tekshiruv natijalari bilan stasionarga yuborilsa, bu erta davolash tayinlanishiga ta'sir qiladimi?". Natijada respondentlarning 92% ijobiy javob berdi. Shu bilan birga 22 nafar (88%) respondent barcha tahlil va tekshiruv natijalari bilan bemor stasionarga yuborilsa, bu yotoq kunlarining kamayishiga olib keladi va shu orqali ambulator muassasalarda o'tkazilgan tashxislash jarayonlarining ahamiyati ortishini ta'kidladi.

Sog'liqni saqlash tizimidagi muammolardan biri bu ambulator-poliklinika muassasalaridagi yetarli bo'lmagan tibbiy xizmat tufayli takroriy yotqizishlar va asoratlardir. Shu sababli stasionar davolanishdan so'ng ambulator-poliklinikada yetarlicha davolanmaganligi sababli takroriy yotqizilgan bemorlar soni o'rganildi. Natijalar:

19 nafar (76%) respondent – kamdan-kam hollarda, 4 nafar (16%) – tez-tez, 2 nafar (8%) – juda tez-tez holatlarda uchrashini bildirishgan.

Yuqoridagilarga asoslanib, stasionar va ambulator-poliklinika muassasalaridagi shifokorlar o'rtasidagi o'zaro bog'liqlik quyidagicha baholandi:

17 nafar (35%) stasionar shifokorlar va 12 nafar (48%) ambulator-poliklinika shifokorlari bu aloqani yetarli emas deb hisoblashdi.

Shuningdek, bemorlarning yarmidan ko'pi epikrizda tibbiy xizmatlar izchil bajarilmaganligi surunkali kasalliklar kuchayishi, nogironlik va o'limga olib kelishi mumkinligini bildirgan. Boshqa tomondan, shifokorlarning yarmidan ko'pi bemorlarning 50% dan ortig'i epikrizni poliklinikaga olib kelishini tasdiqladi.

Bundan tashqari, biz tomonidan davolash-profilaktika muassasalarida yurak ishemik kasalligi, ya'ni "YuIK. Kuchlanish stenokardiyasi, II funksional klass" tashxisi bilan davolangan bemorlarning kasallik tarixidan chiqarilgan epikrizlar o'rganildi. Jami 22 ta epikriz o'rganildi. Bemorlarning jinsi quyidagicha taqsimlandi: 5 nafari (23%) erkaklar, 17 nafari (77%) ayollar. Quyidagi ko'rsatkichlarga e'tibor qaratildi: parhez tavsiyasi, jismoniy faollik, dori-darmonlar buyurtmasi, mutaxassis kuzatuvi, profilaktika va kasallik xavf-xatarlariga oid tavsiyalar.

Tahlil natijalariga ko‘ra, “YuIK. II FK stenokardiya” tashxisli bemorlarning epikrizlarida “parhez” bandida faqatgina shu so‘z yozilgan bo‘lib, qanday mahsulotlardan voz kechish kerakligi yoki qanday ovqat tavsiya etilishi haqida ma’lumotlar mavjud emas. Jismoniy faollik faqatgina “LFK” (shifobaxsh jismoniy mashqlar) deb yozilgan, biroq yuklama hajmi, davomiyligi, “terrenkur” usullari ko‘rsatilmagan. Stasionar davolanishdan so‘ng buyurilgan dori-darmonlar o‘rtacha 6 tabletkani tashkil qilgan. O‘rtacha shifokor nazorati 2 marta bo‘lgan. Profilaktika choralarida esa faqat bitta holatda “chekishni tashlash” tavsiya qilingan, qayta yotqizilish xavfi va asoratlari ko‘rsatilmagan.

Keyingi bosqichda “II turdagi qandli diabet” tashxisi bilan kasallangan bemorlarning jami 21 ta epikrizlari tahlil qilindi. Bemorlarning jinsi: 4 nafari (18%) erkaklar, 18 nafari (82%) ayollar. Epikrizlarda quyidagilarga e’tibor qaratildi: ovqatlanish, jismoniy faollik, dori-darmonlar buyurtmasi, mutaxassis kuzatuv, profilaktika va kasallik xavf-xatarlariga oid tavsiyalar.

Tahlil natijalariga ko‘ra, “Parhez” bandida faqat “9-raqamli parhez” deb yozilgan, qanday mahsulotlar cheklanishi yoki tavsiya etilishi ko‘rsatilmagan. Jismoniy faollik “dozali jismoniy faollik” deb yozilgan, biroq yuklama hajmi, davomiyligi yoki “terrenkur” metodikasi ko‘rsatilmagan. O‘rtacha dori buyurtmasi 2 tabletkadan va 1 in’ektsiyadan iborat. O‘rtacha mutaxassis kuzatuv 5 marta tashkil etgan. Profilaktika, qayta yotqizilish xavfi va asoratlari haqida ma’lumotlar mavjud emas. Bugungi kunda stasionar va ambulator xizmatlar o‘rtasidagi uzviylikni takomillashtirish dolzarb masalalardan biri bo‘lib qolmoqda. Ko‘plab bemorlar stasionar sharoitda davolanganidan so‘ng ambulator kuzatuvga olinmaydi va oilaviy shifokorlar bu haqda umuman xabardor bo‘lmaydi. Biz rivojlangan mamlakatlar tajribasini o‘rganib, bu faoliyatni takomillashtirish mexanizmlarini o‘rgandik.

Buning uchun stasionar davolanish epikrizining namunaviy shakli ishlab chiqilishi zarur, unda kuzatuv usullari, parvarish, ovqatlanish, dori-darmonlar va profilaktika bo‘yicha tavsiyalar, bemor yashash manzolidagi oilaviy shifokorga yo‘naltirilgan holda ko‘rsatilgan bo‘lishi lozim. Ushbu taklif tibbiy xizmatni “kasalxona–bemor–oilaviy shifokor” zanjirida, ya’ni “qo‘ldan–qo‘lga” (o‘zbek

tilida – “қўлдан-қўлга”) tamoyili asosida mustahkamlashga xizmat qiladi. Bu o‘z navbatida bemorni o‘z vaqtida ro‘yxatga olish, kasallik profilaktikasi va kuzatuv choralari ko‘rishga, shuningdek, oilaviy shifokor bilimini oshirishga olib keladi.

Ma’lumki, bemor uchun stasionar davolanishdan so‘ng ambulator sharoitda davolanishni davom ettirish juda muhim. Shu bilan birga, bizningcha, epikrizlarda ovqatlanish, jismoniy faollik va profilaktikaga oid masalalar, shuningdek, asoratlar va qayta yotqizilish xavflari batafsil yoritilishi zarur.

Shu munosabat bilan, biz tomonidan stasionardan so‘ng parvarish algoritmlarining namunaviy shakllari ishlab chiqildi va ular Toshkent shahar Sog‘liqni saqlash Bosh boshqarmasida muhokama qilindi.

2022-yil 23-fevraldagi №01/675-sonli xat asosida Toshkent shahar Sog‘liqni saqlash Bosh boshqarmasi tomonidan Respublika ixtisoslashtirilgan tibbiyot markazlariga murojaat yo‘llanib, ambulator-poliklinik muassasalarda bemor parvarishi algoritmlarini ishlab chiqishga ko‘mak so‘raldi.

Shuningdek, ushbu bosqichda stasionar va ambulator-poliklinik muassasalar o‘rtasidagi uzviylikning yangi modelini yaratish bosqichlari ishlab chiqildi.

3 oy ichida 11 asosiy yo‘nalish bo‘yicha Respublika ixtisoslashtirilgan tibbiyot markazlaridan algoritmlar olindi. Ushbu algoritmlar umumlashtirilib, metodik tavsiyalar shaklida tuzildi va Toshkent shahar Sog‘liqni saqlash Bosh boshqarmasining 2022-yil 16-iyundagi №01/1848-sonli xatiga muvofiq, Toshkent shahar Yakkasaroy tuman TTBga eksperiment sifatida stasionar davolanishdan so‘ng bemor parvarishiga oid 11 ta algoritmnini joriy etish va amaliyotga tatbiq etish topshirildi, poliklinika xodimlari bilan seminarlar o‘tkazildi.

Bundan tashqari, Toshkent shahri bo‘yicha barcha davolash-profilaktika muassasalariga, mulk shaklidan qat’i nazar, bemorlarning epikrizlarini ular yashash joyidagi ambulator-poliklinika muassasalariga yuborish topshirig‘i ham berildi.

Albatta, quyidagi matnning o‘zbek tiliga to‘liq tarjimasini:

Tahlil va taqqoslov natijalarini o'rganish uchun biz retrospektiv tarzda Yakkasaroy tumanidagi ambulator-poliklinik muassasalarda stasionar davolanishdan keyingi tibbiy xizmatlar tashkil etilishi natijalarini o'rgandik. Retrospektiv tahlil ma'lumotlariga ko'ra, 2021 yilda Yakkasaroy tumanidagi 57-, 58-, 59-, 60-oilaviy poliklinikalarda yurak ishemik kasalligi tashxisi bilan jami 537 nafar bemor stasionar davolandi, ulardan 342 nafari (64%) stasionar davolanishdan keyingi epikrizni poliklinik shifokoriga olib kelmagan. 74 nafariga (22%) ambulator-poliklinika shifokorlari tomonidan D-nazorat tayinlangan, kardiolog maslahati, diagnostik tekshiruvlar (EKG, ExoKG, koagulogramma, lipidlar) o'tkazilgan, to'g'ri ovqatlanish, jismoniy faollik, fizioterapevtik davolanish bo'yicha faol patronaj ishlari olib borilgan va 3 bemor sanator-kurortga yuborilgan. Bundan tashqari, 195 nafar bemor (36%) epikrizni olib kelgan, ularga belgilangan tartibda chora-tadbirlar o'tkazilgan, shulardan 12 nafari (6%) sanator-kurortga yuborilgan.

2022 yil natijalariga ko'ra, 57-, 58-, 59-, 60-oilaviy poliklinikalarda yurak ishemik kasalligi tashxisi bilan jami 596 bemor stasionar davolandi, ulardan 60 nafari (10%) epikrizni olib kelmagan. 53 bemorga (87%) D-nazorat, kardiolog maslahati, EKG, ExoKG, koagulogramma, lipidlar kabi diagnostika o'tkazilgan, faol patronaj, ovqatlanish va jismoniy faollik bo'yicha maslahatlar berilgan, 3 bemor sanator-kurortga yuborilgan. 535 bemor (89%) epikriz olib kelgan, ularga tartibga muvofiq chora-tadbirlar o'tkazilgan, 84 nafari (16%) sanator-kurortga yuborilgan.

Nazorat tadqiqoti Sergeli tumanining 12- va 13-oilaviy poliklinikalarida ham o'tkazildi. Ushbu muassasalarda jami 346 bemor stasionarda davolangan, ulardan 333 nafari (96%) epikrizni taqdim etgan va 18 nafari (4%) taqdim etmagan. Epikriz taqdim etgan 333 bemorning 100% dispanser kuzatuvdan o'tgan, 329 nafari (95%) kardiolog ko'rigidan, 302 nafari (91%) EKG, 189 nafari (57%) ExoKG, 148 nafari (44%) koagulogramma, 148 nafari (44%) lipid spektri tahlillaridan o'tgan. 346 bemordan 333 nafari (96%) faol patronaj nazoratiga olingan, ularning barchasiga

to'g'ri ovqatlanish va jismoniy faollik bo'yicha maslahatlar berilgan, 4 nafari (4%) sanator-kurortga yuborilgan.

Asosiy (Yakkasaroy tumani) va nazorat (Bektemir va Sergeli tumanlari) guruhlarida o'rtasidagi taqqoslov quyidagilarni ko'rsatdi:

Dispanserizatsiyadan o'tgan bemorlar asosiy guruhda 100%, nazorat guruhda 40% (2,5 baravar kam);

Kardiologik ko'rik: asosiy guruhda 83%, nazorat guruhda 39% (deyarli 2 baravar kam);

EKG tekshiruvi: asosiy guruhda 92%, nazorat guruhda 37% (2,5 baravar kam);

ExoKG: asosiy guruhda 14%, nazorat guruhda 17% (deyarli teng);

Lipid spektri tahlili: asosiy guruhda 28%, nazorat guruhda 14% (2 baravar kam).

Faol patronaj bo'yicha natijalar:

Asosiy guruhda 100%, nazorat guruhda 88% (12% kam);

Jismoniy faollik bo'yicha maslahat: asosiy guruhda 100%, nazorat guruhda 74% (26% kam);

Fizioterapevtik davolanish: har ikkala guruhda 17% bemorga qo'llangan;

Sanator-kurortga yuborilganlar: asosiy guruhda 16%, nazorat guruhda 18%.

Bundan tashqari, tez tibbiy yordam va ambulator-poliklinik muassasalar o'rtasidagi uzviylik o'rganildi. Tez tibbiy yordam xizmati faoliyatining samaradorligini baholash uslubi, shuningdek, brigadalar dislokatsiyasi oilaviy poliklinikalar va qishloq vrachlik punktlarida yo'lga qo'yildi. Bu oilaviy shifokorlar va tez yordamga murojaat qilayotgan bemorlar o'rtasidagi kundalik muvofiqlikni ta'minlash imkonini berdi.

So'nggi bir necha yil ichida Toshkent shahar tez tibbiy yordam stansiyasi va hududiy filiallarining tez yordam stansiyalari negizida yagona dispetcherlik Call-markaziga ega bo'lgan Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi tashkil etildi. Ushbu markaz respublika hududi bo'yicha yagona kun-u tun ishlaydigan tez

tibbiy yordam chaqiruv telefon raqami orqali uzluksiz xizmat ko'rsatishni ta'minlamoqda. Tez tibbiy yordam stansiyalaridagi yuklama hisobga olingan holda, maxsus tibbiy transport vositalari bilan ta'minlash me'yorlari va ularning foydalanish muddati, shuningdek, tez tibbiy yordam brigadasining tibbiy asbob-uskunalar va jihozlar bilan ta'minlash ro'yxati qayta tasdiqlandi.

Shu tariqa, xulosa qilish mumkinki, stasionar davolanishdan keyingi bemorlarni integratsiyalashgan yuritish bo'yicha ambulator-poliklinik muassasalarda ishlovchi shifokorlarning bilim darajasini oshirish bemorlarni dispanser nazoratiga olish, EKG, ExoKG va laborator tekshiruvlarni o'tkazish orqali ogohlikni oshirish, shuningdek, to'g'ri ovqatlanish va jismoniy faollik bo'yicha maslahatlarni yaxshilash imkonini beradi.

Tez tibbiy yordam stansiyalari va brigadalari o'rtasidagi o'zaro aloqani rivojlantirish va mustahkamlash, xususan, elektron dastur orqali uzviylikni yo'lga qo'yish faol patronajga muhtoj bemorlar bilan ishlashda dispanser ishlarini takomillashtirishga xizmat qiladi.

XULOSALAR

“Poliklinikalar va statsionar muassasalar o‘rtasidagi uzviylikni takomillashtirishning zamonaviy yondashuvlari” (Toshkent shahridagi davolash-profilaktika muassasalari misolida) mavzusidagi tibbiyot fanlari bo‘yicha falsafa doktori (PhD) dissertatsiyasi doirasida olib borilgan tadqiqotlar natijasida quyidagi xulosalar keltiriladi:

1. Olib borilgan tadqiqotlarga ko‘ra, statsionar va ambulator-poliklinika muassasalari o‘rtasida tibbiy xizmat ko‘rsatishda uzviylik va ketma-ketlikning yo‘qligi surunkali kasalliklarga chalingan bemorlar sonining 27%ga, nogironlik holatlarining 11%ga va o‘lim holatlarining 5%ga ortishiga olib kelishi mumkinligi aniqlandi.
2. Statsionar davolanishdan so‘ng yurak ishemik kasalligi (YIK) II funksional toifadagi bemorlarga berilgan epikrizlarda o‘rtacha 6 turdagi dorilar belgilangan, oilaviy shifokor nazoratiga o‘rtacha 2 marotaba olib chiqilgan, “chekishni tashlash” kabi profilaktika tavsiyalari va kasallikning asoratlari yoki xavflari esa umuman qayd etilmagan.
3. Bemorlarni statsionardan keyin kuzatib borish algoritmlari asosida asosiy guruhda monitoring tashkil etilgach, 596 statsionarda davolangan bemorning 90%i oilaviy shifokorga epikriz taqdim etgan, ularning 87%i dispanser nazoratiga olingan, barchasi kardiolog kuzatuviga tushgan, EKG, ExoKG, koagulogramma, lipidlar bo‘yicha diagnostika tekshiruvlari o‘tkazilgan, 84 nafar (16%) bemor esa sanator-kurort muolajasiga yuborilgan.
4. Toshkent shahridagi tibbiyot muassasalariga axborotni yetkazish tizimi (telegram, chatbot va h.k.) takomillashtirilganidan so‘ng, 2023 yilda o‘lim holatlari 4212 tadan 3293 tagacha, to‘satdan o‘lim holatlari esa 2140 tadan 1153 tagacha kamaygani qayd etildi.

1. Aholiga tibbiy yordam ko'rsatishning barcha bosqichlarida statsionar muassasalar bilan uzviy aloqani ta'minlash zarur.

2. Vakolatli organlar statsionar va ambulator-poliklinika tipidagi davolash-profilaktika muassasalari o'rtasida uzviylikni ta'minlash hamda uzviylikni takomillashtirish algoritmlariga rioya etilishini qat'iy nazorat qilishi lozim.

3. Poliklinikalar va statsionar muassasalar o'rtasidagi uzviylikni ta'minlayotgan muassasalarni rag'batlantirish mexanizmlarini ishlab chiqish zarur.

4 Statsionar davolash-profilaktika muassasalari bemor statsionarda davolanishni yakunlagach, uning kasallik tarixidan olingan epikrizni to'g'ridan-to'g'ri birlamchi tibbiy-sanitariya yordami (PMSY) muassasasidagi oilaviy shifokorga yuborishi shart.

5 Shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatuvchi muassasalar nogironlik yoki bemor hayoti uchun xavf tug'diradigan qator kasalliklar bilan bog'liq chaqiruvlar bo'yicha bemorning biriktirilgan tibbiy muassasasiga xabarnoma yuborishi lozim.

Adabiyotlar ro'yxati

1. Abramova N. R. Shoshilinch tibbiy yordam ishining uzluksizligi va boshqa tibbiy tashkilotlar bilan aloqasi // Hamshira. - 2020. - No 9. - B. 16-21.
2. Agafonova Yu. A. va boshqalar. Saraton kasalliklarini davolashning ambulator va statsionar bosqichlarida dori vositalari bilan ta'minlashning uzluksizligi. Muammolar va echimlar // Tibbiy texnologiyalar. Baholash va tanlash. - 2021 yil - 3-son (43). - 37-44-betlar.
3. Brejneva N. A. va boshqalar. Sog'liqni saqlash muassasalari faoliyatining ijtimoiy-iqtisodiy mezonlar va xususiyatlari o'rtasidagi munosabatlarni modellashtirish // Voronej davlat texnika universitetining axborotnomasi. - 2009. - jild. 5. - No 9. - B. 177-181.
4. Bedoreva I. Yu. va boshqalar. Tibbiy tadqiqot tashkilotining jarayonlarni boshqarish tizimi. - 2017 yil.
5. Bedoreva I. Yu. va boshqalar. Tibbiy tashkilotda tibbiy faoliyatning ichki sifati va xavfsizligini nazorat qilishni tashkil etishga uslubiy yondashuvlar // ActaBiomedicaScientifica. - 2022. - jild. 7. - No 1. - B. 198-207.
6. Valeev Z. G., Belyakov V. G., Salyaxova L. Ya. O'limdan oldingi bemorlarga shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatishning shifoxona bosqichini baholash // Qozon tibbiyot jurnali. - 2013. - jild. 94. - No 1. - B. 111-114.
7. Villevalde S. V. va boshqalar. Yurak-qon tomir xavfini boshqarish tizimida yurak etishmovchiligi bo'lgan bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatishni tashkil etish tamoyillari: doimiylik va bemorni yo'naltirishga e'tibor berish. Amaliy materiallar // Rossiya kardiologiya jurnali. - 2021. - No S3. - 102-141-betlar.
8. Vertkin A. L. Tibbiy yordamning ambulator va statsionar bosqichlari ishidagi uzluksizlik // Tez yordam shifokori. - 2017. - No 5-6. - 69-73-betlar.
9. Volkova O. A., Smirnova E. V. Aholining sotsiologik so'rovi natijalaridan foydalangan holda Moskva poliklinikalarida kunduzgi shifoxonalardan foydalanishni baholash // Sog'liqni saqlashni tashkil etish va tibbiyotni boshqarish ilmiy-tadqiqot instituti ishlari. - 2021. - B. 40-49.

10. Gafor M. B., Mirzoev F. X. Dushanbe tez tibbiy yordam xizmatining shahar sog'liqni saqlash markazlari, hamshiralar shifoxonasi va boshqa ixtisoslashtirilgan xizmatlari bilan integratsiyalashuvining dolzarb muammolari // Avitsenna byulleteni. - 2018. - jild. 20. - No 1. - B. 42-46.
11. Garifullin T. Yu. va boshqalar. "Birlamchi tibbiy yordam ko'rsatuvchi tibbiy tashkilotning yangi modeli" loyihasini amalga oshirish jarayonida reestr faoliyatini takomillashtirish yo'nalishlari va usullari // Aholi salomatligining ijtimoiy jihatlari. - 2020. - jild. 66. - No 3. - 4-bet.
12. Galyaev I. Yu. va boshqalar. Neyroxirurgik bemorlarni reabilitatsiya qilish bosqichlari va uzluksizligi // Kuban innovatsion tibbiyoti. - 2018 yil - 1-son (9). – B. 6-11.
13. Evdakov V. A. va boshqalar. Rossiya Federatsiyasida onkologiya uchun shifoxona yotoqlaridan foydalanish ko'rsatkichlarining holati va dinamikasi // Akademik IP Pavlov nomidagi Rossiya tibbiy va biologik byulleteni. – 2020. – jild. 28. – No 4. – B. 462-478.
14. Egorov V. V., Savchenko N. V. Akademik "SN Fedorov" nomidagi "Ko'z mikroxirurgiyasi" Federal davlat avtonom muassasasining Xabarovsk filialining "NMITs" ilmiy-texnikaviy majmuasining veb-sayti bugungi kunda tibbiy yordamning ajralmas atributi sifatida // Oftalmologiyadagi zamonaviy texnologiyalar. - 2019. - No 2. - B. 9-12.
15. Eremina M. G. va boshqalar. Viloyatning qishloq sog'liqni saqlash tizimida tibbiy yordam ko'rsatishda integratsiya jarayonlarini tahlil qilish (Saratov viloyati asosida) // Milliy sog'liqni saqlash. - 2023. - jild. 3. - No 4. - B. 14-18.
16. Efimenko N. V., Gluxov A. N., Kaisinova A. S. Kurortda tibbiy reabilitatsiyaning dolzarb masalalari // Kurort tibbiyoti. - 2017. - No 2. - B. 6-16.
17. Zemchenkov A. Yu., Gerasimchuk R. P. MCN-CKD bo'yicha tavsiyalar: uzluksizlik, hozirgi holat va istiqbollar (muqaddima o'rniga) // Nefrologiya va dializ. - 2011. - jild. 13. - No 1. - B. 20-30.

18. Zakirxo'jaeva R.A. Statsionar va ambulatoriya shifokorlari o'rtasidagi munosabatlarni o'rganish natijalari // O'zbekiston Vrachlar Associasi Byulleteni. - Toshkent, 2022. No 2. - B. 12-16.
19. Kartamisheva E.D., Lopatin Yu.M. Surunkali yurak etishmovchiligi bo'lgan bemorlarda o'z-o'zini parvarish qilish qobiliyatini shakllantirishda tizimli telefon yordamining roli // Kardiologiyada ratsional farmakoterapiya. - 2022. - jild. 18. - No 5. - B. 510-515.
20. Krasova E. V., Sverchkova A. D. ROSSIYADA TIJORAT TIBORATI: RIVOJLANISH TENDENTLARI VA TALAB Omillari // Aholi salomatligining ijtimoiy jihatlari. - 2022. - jild. 68. - No 4. - 8-bet.
21. Kachenkova E. S. va boshqalar. 50-60 yoshdagi erkaklarni jismoniy tarbiya va sog'lomlashtirish yurak-qon tomir kasalliklarining oldini olish vositasi sifatida // Jismoniy tarbiya nazariyasi va amaliyoti. - 2020. - No 9. - B. 62-64.
22. Knyazev V. N., Xalilova S. A. Harbiy tibbiyot va ofatlar tibbiyotiga bosqichma-bosqich tibbiy va evakuatsiya yordamining uzluksizligi // Aholining oldini olish mumkin bo'lgan o'limni kamaytirishda shoshilinch kasalxonalar va ilmiy-tadqiqot institutlarining roli. - 2018. - B. 15-17.
23. Kornilov A. A. va boshqalar. Turli bosqichlar orasidagi uzluksizlikni yaxshilash orqali ijtimoiy ahamiyatga ega kasalliklarni davolashni optimallashtirish imkoniyatlari
24. Paikov V. L., Ishmetov R. P., Akchurina I. I. Katta yoshli shahar aholisining shoshilinch tibbiy yordam uchun asosiy bo'lmagan murojaatlarining sabablari // Qozon tibbiyot jurnali. - 2015. - jild. 96. - No 1. - B. 105-108.
25. Paikov V. L., Vorontsova M. M. Bemorning shoshilinch tibbiy yordamga tashrif buyurish chastotasini baholash // Kazan tibbiyot jurnali. - 2016. - jild. 97. - No 3. - B. 432-435.
26. Petrovskiy E. V., Garin L. Yu., Tonenkova E. E. Tibbiy yordam ko'rsatishning uzluksizligi muammosi travmatologik patologiyasi bo'lgan bemorning huquqlarini buzish elementi sifatida // Tibbiy almanax. - 2019 yil - 2-son (59). - 14-19-betlar.

27. Popov A. B. va boshqalar. Koronavirus epidemiyasi davrida shahar aholisi uchun tibbiy yordam mavjudligini baholash // ModernScience. - 2021. - jild. 11. - No 4. - B. 101.
27. Prisyazhnaya N. V., Koryagin M. O. Tibbiyot mutaxassislari tomonidan sog'liqni saqlash tizimini modernizatsiya qilish natijalarini idrok etish // Tibbiyot sotsiologiyasi. - 2019. - jild. 18. - No 2. - B. 122-127.
28. Prilipko N. S. Statsionar sharoitlarda turli yoshdagi kattalar aholisini tibbiy reabilitatsiya qilish zarurati // Rossiya Federatsiyasi sog'liqni saqlash. - 2016. - jild. 60. - No 1. - B. 23-27.
29. Pugachev P. S. Pavel Pugachev: "Tibbiy yordamning uzluksizligi sog'liqni saqlashning barcha darajalarida raqamli transformatsiyaning asosiy ko'rsatkichlaridan biridir" // Roszdravnadzor byulleteni. - 2020. - No 3. - B. 6-11.
30. Rabotinskaya E. G. Tibbiy yordamning uzluksizligi: uni qanday qilib texnik jihatdan sodda qilish kerak // Ambulatoriya qabuli. - 2016. - jild. 2. - No 1. - B. 12-13.
31. Redko A. N., Gubarev S. V., Zobenko A. V. Tibbiyot universitetida talabalarni tayyorlashning turli bosqichlarida axborot texnologiyalarini o'qitishning uzluksizligi // Tahririyat hay'ati. – 2018. – B. 230.
32. Roytberg G. E., Kondratova N. V. Statsionar va ambulator yordam o'rtasidagi uzluksizlikni ta'minlashda umumiy amaliyot shifokorining roli // Umumiy amaliyot shifokorining qo'llanmasi. – 2018. – No 5. – B. 20-25.
33. Rugol L. V. va boshqalar. Statsionar tibbiy yordamni tashkil etish muammolari va uni modernizatsiya qilish yondashuvlari // Aholi salomatligining ijtimoiy jihatlar. – 2020. – jild. 66. – No 1. – B. 1.
34. Rugol L. V., O'g'il I. M., Menshikova L. I. Birlamchi tibbiy-sanitariya yordami xodimlarining uning faoliyati samaradorligiga ta'siri // Aholi salomatligining ijtimoiy jihatlar. – 2020. – jild. 66. – No 3. – B. 10.
35. Rugol L. V., Lyutsko V. V., Kuraeva V. M. Qishloq aholisiga shifoxona sharoitida tibbiy yordam ko'rsatishni tashkil etishda markaziy tuman

kasalxonasining roli // Sog'liqni saqlash va tibbiy statistikaning zamonaviy muammolari. – 2020. – No 4. – B. 410-427.

36. Sazhina S. V. va boshqalar. Tibbiy yordam ko'rsatishdagi aloqalarning o'zaro ta'siri: shifokorlar so'rovi natijalari // Aholi salomatligining ijtimoiy jihatlar. – 2021. – jild. 67. – No 1. – 4-bet.

37. Savchenko N. V. Diagnostika liniyasining intensiv ish yuki sharoitida ixtisoslashtirilgan bo'limlar bilan o'zaro ta'sirining tashkiliy algoritmi uchun asos sifatida uzluksizlik tamoyillariga rioya qilish // Oftalmologiyadagi zamonaviy texnologiyalar. – 2018 yil.

38. Sachek O. I., Tolmachev D. A. Rossiyada funktsional diagnostika xizmati faoliyatini me'yoriy qo'llab-quvvatlash // Sog'liqni saqlash va tibbiy statistikaning zamonaviy muammolari. – 2019. – No 2. – B. 213-230.

39. Starodubov V. I. Tarix va uzluksizlik // Sklifosovskiy jurnali Shoshilinch tibbiy yordam. – 2019. – jild. 8. – No 4. – B. 370-372.

17. Totskaya E. G., Novoselov V. P. Ambulatoriya va shifoxona texnologiyalarining o'zaro ta'sirini yaxshilashda statsionar tibbiy yordamni tashkil etishning istiqbolli shakllarini ekspert baholash // Sibir klinik va eksperimental tibbiyot jurnali. – 2008. – jild. 23. – № 1-1. – B. 38-41.

18. Tolmachev D. A. va boshqalar. Rossiya Federatsiyasida tibbiy tashkilotlarning ambulatoriya bo'limlarini funktsional diagnostika shifokorlari bilan ta'minlash, 2012-2017 yillar // Kardiovaskulyar terapiya va profilaktika. - 2019. - jild. 18. - No 1. - B. 143-149.

19. Xuriyeva N. B. Rossiya Federatsiyasida kattalar aholisiga "ftiziatriya" profilidagi tibbiy yordamni me'yoriy qo'llab-quvvatlash: kasalxonaga yotqizishning haqiqiy va standart chastotasini sil kasalligi bilan solishtirish // Aholi salomatligining ijtimoiy jihatlar. - 2021. - jild. 67. - 3-son.

20. Elkis I. S., Borisov V. A., Zubov S. P. Megapolisning tez tibbiy yordam va shoshilinch tibbiy yordam stansiyasining shahar poliklinikalari va kasalxonalari bilan uzluksiz ishlashi tajribasi // Shoshilinch tibbiy yordam. - 2004. - jild. 5. - No 1. - B. 8-12.

21. Shiltsova T. A. va boshqalar. Mintaqaviy sog'liqni saqlash tizimida shifoxona yotoqlaridan foydalanish tahlili // Bilimlar akademiyasi axborotnomasi. - 2022. - No 3 (50). - B. 376-382.
22. Shipova V. M., Koretskiy S. N., Vasyutin K. A. Rossiya Federatsiyasida onkologik yordam ko'rsatish uchun kadrlar va normativ-huquqiy yordamdagi o'zgarishlar // orgzdrav: Yangiliklar. Fikrlar. Trening. Sog'liqni saqlash oliy maktabi axborotnomasi. - 2021. - No 3 (25). – B. 24-35.
23. Shevskiy V. I., Sheyman I. M., Shishkin S. V. Birlamchi tibbiy yordamning yangi modellari: xorijiy tajriba va Rossiya istiqbollari // Aholi salomatligining ijtimoiy jihatlari. – 2022. – jild. 68. – No 2. – B. 2.
24. Tsutsunava M. R. va boshqalar. OldindanAboumatar H, Naqibuddin M, Chung S, et al. Effect of a hospital-initiated program combining transitional care and long-term self-management support on outcomes of patients hospitalized with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized clinical trial. JAMA 2019; 322: 1371–1380.
25. Allen J, Ottmann G, Roberts G. Multi-professional communication for older people in transitional care: a review of the literature. Int J Older People Nurs 2013; 8: 253–269.
26. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. National guidelines for on-screen presentation of discharge summaries. Sydney, ACSQHC, 2017. Available from: [www. safetyandquality.gov.au/publications-and-resources/resource-library/national-guidelines-screen-presentationdischarge-summaries](http://www.safetyandquality.gov.au/publications-and-resources/resource-library/national-guidelines-screen-presentationdischarge-summaries)
27. Atasoy H, Greenwood BN, McCullough JS. The digitization of patient care: a review of the effects of electronic health records on health care quality and utilization. Annu Rev Public Health 2019; 40: 487–500.
28. Baxter S, Johnson M, Chambers D, et al. The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. BMC HealthServRes 2018; 18: 350.
29. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA 2002; 288: 1775–1779.

30. Connolly M, Grimshaw J, Dodd M, et al. Systems and people under pressure: the discharge process in an acute hospital. *J ClinNurs* 2009; 18: 549–558.
31. Chetty U, McLean G, Morrison D, et al. Chronic obstructive pulmonary disease and comorbidities: a large cross-sectional study in primary care. *Br J Gen Pract* 2017; 67: e321–e328.
32. Cho KH, Kim YS, Nam CM, et al. The association between continuity of care and all-cause mortality in patients with newly diagnosed obstructive pulmonary disease: a populationbased retrospective cohort study, 2005–2012. *PLoS One* 2015; 10: e0141465.
33. Dummer J, Tumilty E, Hannah D, et al. Health care utilisation and health needs of people with severe COPD in the southern region of New Zealand: a retrospective case note review. *COPD* 2020; 17: 136–142.
34. Dummer J., Stokes T. Improving continuity of care of patients with respiratory disease at hospital discharge // *Breathe*. – 2020. – T. 16. – №. 3.1-8
35. Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, et al. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med* 2009; 7: 357–363.
36. Giacomini M, DeJean D, Simeonov D, et al. Experiences of living and dying with COPD: a systematic review and synthesis of the qualitative empirical literature. *Ont Health Technol Assess Ser* 2012; 12: 1–47.
37. Goodwin N. Understanding Integrated Care. *Int J Integr Care* 2016; 16: 6.
38. Goncalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson LM, et al. Discharge planning from hospital. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 1: CD000313.
39. Jacobs DM, Noyes K, Zhao J, et al. Early hospital readmissions after an acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease in the nationwide readmissions database. *Ann Am ThoracSoc* 2018; 15: 837–845.
40. Kayyali R, Odeh B, Frerichs I, et al. COPD care delivery pathways in five European Union countries: mapping and health care professionals’ perceptions. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2016; 11: 2831–2838.
41. Kao YH, Lin WT, Chen WH, et al. Continuity of outpatient care and avoidable hospitalization: a systematic review. *Am J Manag Care* 2019; 25: e126–e134.

42. Kao YH, Wu SC. Effect of continuity of care on emergency department visits in elderly patients with asthma in Taiwan. *J Am Board Fam Med* 2017; 30: 384–395.
43. Kruis AL, Smidt N, Assendelft WJ, et al. Integrated disease management interventions for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 10: CD009437.
44. Kessler R, Casan-Clara P, Koehler D, et al. COMET: a multicomponent home-based disease-management programme versus routine care in severe COPD. *Eur Respir J* 2018; 51: 1701612.
45. Kilbourne AM, Hynes D, O'Toole T, et al. A research agenda for care coordination for chronic conditions: aligning implementation, technology, and policy strategies. *Transl Behav Med* 2018; 8: 515–521.
46. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, et al. Deficits in communication and information transfer between hospitalbased and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 2007; 297: 831–841.
47. Kripalani S, Jackson AT, Schnipper JL, et al. Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists. *J Hosp Med* 2007; 2: 314–323.
48. Lennox L, Green S, Howe C, et al. Identifying the challenges and facilitators of implementing a COPD care bundle. *BMJ Open Respir Res* 2014; 1: e000035.
49. Lingsma HF, Bottle A, Middleton S, et al. Evaluation of hospital outcomes: the relation between length-of-stay, readmission, and mortality in a large international administrative database. *BMC Health Serv Res* 2018; 18: 116.
50. Mansukhani RP, Bridgeman MB, Candelario D, et al. Exploring Transitional Care: Evidence-Based Strategies for Improving Provider Communication and Reducing Readmissions. *P T* 2015; 40: 690–694.
51. May-Miller H, Hayter J, Loewenthal L, et al. Improving the quality of discharge summaries: implementing updated Academy of Medical Royal Colleges standards at a district general hospital. *BMJ Qual Improv Rep* 2015; 4: u207268. w2918.

52. Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien JA. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2016; 6: e010003.
53. Morton K, MacNeill S, Sanderson E, et al. Evaluation of 'care bundles' for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a multisite study in the UK. *BMJ Open Respir Res* 2019; 6: e000425.
54. Moore C, Wisnivesky J, Williams S, et al. Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting. *J Gen Intern Med* 2003; 18: 646–651.
55. Mur-Veeman I, Hardy B, Steenbergen M, et al. Development of integrated care in England and the Netherlands: managing across public-private boundaries. *Health Policy* 2003; 65: 227–241.
56. Mueller SK, Sponsler KC, Kripalani S, et al. Hospital-based medication reconciliation practices: a systematic review. *Arch Intern Med* 2012; 172: 1057–1069.
57. Naylor MD, Shaid EC, Carpenter D, et al. Components of comprehensive and effective transitional care. *J Am Geriatr Soc* 2017; 65: 1119–1125.
58. O'Connor R, O'Callaghan C, McNamara R, et al. An audit of discharge summaries from secondary to primary care. *Ir J Med Sci* 2019; 188: 537–540.
33. Motamedi SM, Posadas-Calleja J, Straus S, et al.
59. Ospina MB, Mrklas K, Deuchar L, et al. A systematic review of the effectiveness of discharge care bundles for patients with COPD. *Thorax* 2017; 72: 31–39.
60. Professional Record Standards Body. Structure and content of health and care records. London, PRSB, 2018. Available from: <https://theprsb.org/standards/healthandcarerecords/>
61. Rodrigues CR, Harrington AR, Murdock N, et al. Effect of pharmacy-supported transition-of-care interventions on 30-day readmissions: a systematic review and meta-analysis. *Ann Pharmacother* 2017; 51: 866–889.
62. Rose L, Istamboulian L, Carriere L, et al. Program of Integrated Care for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Multiple Comorbidities (PIC COPD+): a randomised controlled trial. *Eur Respir J* 2018; 51: 1701567.

63. Rinne ST, Castaneda J, Lindenauer PK, et al. Chronic obstructive pulmonary disease readmissions and other measures of hospital quality. *Am J Respir Crit Care Med* 2017; 196: 47–55.
64. Santana MJ, Holroyd-Leduc J, Southern DA, et al. A randomised controlled trial assessing the efficacy of an electronic discharge communication tool for preventing death or hospital readmission. *BMJ Qual Saf* 2017; 26: 993–1003.
65. Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med* 2003; 1: 134–143. 48. Swanson JO, Vogt V, Sundmacher L, et al. Continuity of care and its effect on readmissions for COPD patients: a comparative study of Norway and Germany. *Health Policy* 2018; 122: 737–745.
66. Svereus S, Larsson K, Rehnberg C. Clinic continuity of care, clinical outcomes and direct costs for COPD in Sweden: a population based cohort study. *Eur Clin Respir J* 2017; 4: 1290193. Shah T, Churpek MM, Coca Perrailon M, et al. Understanding why patients with COPD get readmitted: a large national study to delineate the Medicare population for the readmissions penalty expansion. *Chest* 2015; 147: 1219–1226.
67. Sin DD, Bell NR, Svenson LW, et al. The impact of follow-up physician visits on emergency readmissions for patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease: a population-based study. *Am J Med* 2002; 112: 120–125.
68. Sharma G, Kuo YF, Freeman JL, et al. Outpatient follow-up visit and 30-day emergency department visit and readmission in patients hospitalized for chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med* 2010; 170: 1664–1670.
69. Sumi M, Satoh H, Yamashita YT, et al. Improving the quality of discharge summaries. *CMAJ* 2001; 165: 16. 20. van Walraven C, Weinberg AL. Quality assessment of a discharge summary system. *CMAJ* 1995; 152: 1437–1442.
70. The efficacy of computer-enabled discharge communication interventions: a systematic review. *BMJ Qual Saf* 2011; 20: 403–415.
71. Health Information and Quality Authority. National standard for patient discharge summary information. Dublin, HIQA, 2013. Available from: www.hiqa.ie/reports-

72. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003; 327: 1219–1221.
73. Healthcare Quality Improvement Partnership. National Chronic Obstructive Pulmonary Disease Audit Programme: Outcomes from the clinical audit of COPD exacerbations admitted to acute units in England 2014. London, Healthcare Quality Improvement Partnership, 2017.
74. Hesselink G, Schoonhoven L, Barach P, et al. Improving patient handovers from hospital to primary care: a systematic review. *Ann Intern Med* 2012; 157: 417–428.
75. Unnewehr M, Schaaf B, Marev R, et al. Optimizing the quality of hospital discharge summaries—a systematic review and practical tools. *Postgrad Med* 2015; 127: 630–639.
76. Yang F, Xiong ZF, Yang C, et al. Continuity of care to prevent readmissions for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *COPD* 2017; 14: 251–261.
77. ZuWallack R, Nici L. Integrated care of the COPD patient: a pulmonary rehabilitation perspective. *Breathe* 2010; 6: 313–319.
78. Liu M, Li GH, Liu YH. Effects of hospital-community integrated transitional care on quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Front Nurs* 2019; 6: 97–105.
79. Waibel S, Vargas I, Aller MB, et al. The performance of integrated health care networks in continuity of care: a qualitative multiple case study of COPD patients. *Int J Integr Care* 2015; 15: e029.
80. Williams H, Edwards A, Hibbert P, et al. Harms from discharge to primary care: mixed methods analysis of incident reports. *Br J Gen Pract* 2015; 65: e829–e837.

**Statsionarlar va ambulatoriya – poliklinika muassasalarida ishlayotgan
shifokorlarning uzviy bog‘liqligini o‘rganish bo‘yicha
ANKETA _____**

1. **FISh** _____;
2. **Jinsi** A) ERKAK B) AYOL
3. **Yoshingiz** A) 23-59 yosh B) 60 yoshdan katta
4. **Ish joyingizni belgilang** (tagiga chizilsin)
A) Statsionar B) Ambulator-poliklinika muassasasi
5. **Statsionar va ambulatoriya poliklinika muassasalarida ishlayotgan shifokorlar tomonidan to‘ldirilishi lozim.**
 - 5.1. Amaldagi xolatda statsionar va ambulator-poliklinika muassasalarida ishlayotgan shifokorlarning aloqalarini qanday baholaysiz? (bir javobni belgilang)
A) A‘lo B) Yaxshi V) qoniqarli G) Qoniqarsiz
 - 5.2. Amaldagi xolatda statsionar va ambulator-poliklinika tibbiyot muassasalarini bemorlarga ko‘rsatilayotgan tibbiy xizmatlarning ketma-ketligini ta‘minlanishini qanday baholaysiz? (bir javobni belgilang)
A) A‘lo B) Yaxshi V) qoniqarli G) Qoniqarsiz
 - 5.3. Statsionar va ambulator-poliklinika muassasalarida bemorlarga ko‘rsatilayotgan tibbiy xizmatlarning ketma-ketligini o‘rnatilmagani qanday asoratlarga olib kelishi mumkin? (bir javobni belgilang)
A) Surunkali kasalliklari mavjud bemorlar sonini ortishi
B) Nogironlik ko‘rsatkichini oshishi
V) O‘lim ko‘rsatkichlarini ortishi
G) Barcha javoblar to‘g‘ri
6. **Faqat ambulatoriya-poliklinika muassasalarida ishlayotgan shifokorlar tomonidan to‘ldirilishi lozim.**
 - 6.1. Bemorlar statsionarda davolangandan keyin taxminan necha foizi Sizga chiqaruv epikrizini olib kelib beradi?
A) 20 foizgacha bemorlar B) 21- 50 foizgacha bemorlar V) 51 foizdan yuqori
 - 6.2. Bemorga statsionarda davolangandan keyin yoziladigan chiqaruv epikrizini qanday baholaysiz? ko‘rsating (bir javobni belgilang)
A) A‘lo B) Yaxshi V) qoniqarli G) Qoniqarsiz
 - 6.3. Sizning fikringizcha bemor uchun statsionardan chiqishda beriladigan chiqaruv epikrizi ambulatoriya-poliklinika muassasalarida ishlayotgan shifokorlarga to‘g‘ridan-to‘g‘ri yuborilishi tibbiy xizmatni natijadorligini yaxshilashga imkon beradimi?
A) Ha B) Yo‘q
 - 6.4. Bemor uchun chiqaruv epikrizida eng muhim bo‘lgan tavsiyalarni ko‘rsating (bir javobni belgilang)
A) Bemor parvarish xaqida B) Parxez xaqida V) Dori-darmon xaqida

- G) Profilaktika xaqida D) D xisobga olish va kuzatuv muddatlari xaqida
Ye) Barcha savollar to'g'ri

6.5. Davolovchi shifokor tomonidan chiqaruv epikrizida bemor parvarish, parxez, dori-darmon, profilaktika va "D" xisobga olish va kuzatuv muddatlari xaqida ma'lumotni berilishi oilaviy shifokor bilimini oshirishga ta'sir qiladimi?

- A) Ha B) Yo'q

7. Faqat statsionar muassasalarida ishlayotgan shifokorlar tomonidan to'ldirilishi lozim.

7.1. Bemorni statsionarga yotqizish uchun ambulatoriya-poliklinika muassasalaridan yuboriladigan yo'llanmalarni qanday baholaysiz? (bir javobni belgilang)

- A) A'lo B) Yaxshi V) Qoniqarli G) Qoniqarsiz

7.2. Sizning fikringizcha bemor uchun statsionardan chiqishda beriladigan chiqaruv epikrizi ambulatoriya-poliklinika muassasalarida ishlayotgan shifokorlarga to'g'ridan-to'g'ri yuborilishi tibbiy xizmatni natijadorligini yaxshilashga imkon beradimi? (bir javobni belgilang)

- A) Ha B) Yo'q

7.3. Bemorni statsionarda davolangandan keyin chiqaruv epikrizini bevosita oilaviy shifokoriga yuborish bo'yicha qanday imkoniyatlar mavjud? (bir javobni belgilang)

- A) Elpochta orqali B) Faks orqali V) Lokal tarmoq orqali G) Telegramm kanali
orqali D) Barcha javoblar to'g'ri

7.4. Sizning fikringizcha, bemorni statsionarga yotqizish davrida qon va siydik taxlil natijalari, tashxisiga ko'ra funksional va instrumental tekshiruv usullari oilaviy poliklinika tomonidan tayyorlanib yuborilishi davolash muolajalarini erta buyurishga ta'sir qiladimi?

- A) Ha B) Yo'q

7.5. Sizning fikringizcha, bemorni statsionarga yotqizish davrida barcha taxlil, funksional va instrumental tekshiruv natijalarini o'zi bilan taqdim etsa davolanish kunlarini qisqartirishga imkon beradimi?

- A) Ha B) Yo'q

7.6. Sizning amaliyotingizda statsionardan chiqarilgan bemorga ambulatoriya – poliklinika muassasalarida o'z vaqtida yetarli darajada yoki noto'g'ri tibbiy xizmat ko'rsatilgani sababli qayta statsionarga yotish xolarlari uchraganmi? (bir javobni belgilang)

- A) Kamdan kam B) Tez-tez V) Yo'q

8. Statsionar va ambulatoriya poliklinika muassasalarida ishlayotgan shifokorlar tomonidan to'ldirilishi lozim.

8.1. Statsionarlar va ambulatoriya – poliklinika muassasalarida ishlayotgan shifokorlarning uzviy bog'liqligini yaxshilash borasida qanday takliflarni berasiz? _____

8.2. Ushbu savolnomadi ishtirok etganingiz uchun Sizga minnatdarchilik bildiramiz.

«_____» _____ 2022 y. _____ (imzo)

AMBULATOR ShAROITDA “O‘PKANING SURUNKALI OBSTRUKTIV KASALLIGI” TASHXISI BO‘LGAN BEMORLARNI KUZATISH ALGORITMI

I. Kasallikka umumiy ta’rif.

O‘pkaning surunkali obstruktiv kasalligi (SOO‘K) - bronx-o‘pka tizimining birlamchi nospesifik yallig‘lanishi bilan kechib, bemorlarda nafas yo‘llari distal qismi va o‘pka parenximasi shikastlanishi, emfizema rivojlanishi va avj olib boruvchi qaytmas bronxial obstruksiya bilan asoratlanadi. Statistika ma’lumotlariga ko‘ra, kasallikka sabablardan: tamaki chekish bilan 80-90 foiz hollarda, atrof-muhitni ifloslanganligi 10-15 foizida, turar joy binolarida sintetik qurilish materiallaridan foydalanish, ijtimoiy-iqtisodiy ahvolning pastligi va respirator virusli infeksiya ta’sirida 10-12 foizida avjlanishga turtki beradi.

II. Ambulator-poliklinika sharoitida amalga oshiriladigan tadbirlar ketma-ketligi.

O‘pkaning surunkali obstruktiv kasalligi avjlanishining oldini olish va bemorga sifatli tibbiy yordam ko‘rsatishni ta’minlash maksadida, ushbu tashxis bilan statsionarda davolangandan so‘ng, bemorlarga ambulatori-poliklinika sharoitida quyidagi tadbirlar ijrosini ta’minlash:

- SOO‘K IV daraja bemorlarni o‘z vaktida “D” nazoratga olish va yillik reabilitatsiya chora tadbirlarini belgilash;
- SOO‘K III - IV daraja bemorlarni yiliga 1 marta tor soxa mutaxassislar tomonidan tibbiy ko‘rikdan o‘tkazish;
- SOO‘K IV daraja bemorlarni xar oyda ambulator sharoitida ko‘rik tashkil etish lozim;
- SOO‘K III - IV daraja bemorlar parvarishi bevosita xonadon sharoitida uning karindoshlari tomonidan amalga oshiriladi, shuning uchun ularga bemorlarning parvarishi bo‘yicha birlamchi ma’lumotlar berish lozim;
- SOO‘K III-IV darajada bemorning albatta nebulayzeroterapiya, pikfulometr moslamalari bo‘lishi, nafas mashqlarini bajarishi kasallik avjlanishini oldini olishga xizmat kiladi;
- bemorga ozik-ovkat ratsioni shakllantirish (o‘simlik kletchakasi va sutli maxsulotlarni o‘z ichiga olgan ovkatlarni ko‘prok iste’mol qilish, ko‘p go’shtli va yoglik ovkat iste’molini cheklash, ozik-ovkatlarda ichak motorikasini

ragbatlantiradigan kepek va ko'shimchalar iste'mol kilinishi, bemor kuniga 1,5 - 2 litr suyuqlik ichishni (birinchi taom bilan xisoblaganda) ta'minlash, sharbatlar, giyoxli choy, quritilgan mevali kompotlar va sut maxusuotlaridan kefir iste'mol qilish tavsiya beriladi);

- bemorlarni dori-darmonlar bilan davolanishida SOO'K avjlanishini oldini oladigan va boshqa simptomatik dori vositalar terapiyasi o'tkazish (dozalar va dori-darmonlarni ko'rsatgan xolda) amalga oshiriladi;

- bemorlar sanator-kurort muassasalariga yuboriladi (Zomin, Oqtosh, Oqtosh shabada, Sevarsoy, Zarkent, Sangardak, Kosonsoy va b.q.), <https://sihatgoh.uz>.

AMBULATOR ShAROITDA "BRONXIAL ASTMA" TASHXISI BO'LGAN BEMORLARNI KUZATISH ALGORITMI

I. Kasallikka umumiy ta'rif.

Bronxial astma (BA) - surunkali yallig'lanish bronxial giperreaktivlikning rivojlanishiga, bu esa asosan tunda yoki erta tongda kelib chiquvchi yo'tal, ko'krak qafasidagi qisilish xissi, xansirash va qaytalanuvchi xushtaksimon xirillashlar epizodlariga olib keladi. BA xozirgi kunda BJSST tomonidan ijtimoiy ahamiyatga ega kasalliklar guruxiga kiritilgan.

Butun dunyoda astma bilan kasallanganlar soni taxminan 300 mln. va 2025 yilgacha 400 mln. ga yetishi Yevropa Respirator Jamiyati tomondan bashorat qilinmoqda.

II. Ambulator-poliklinika sharoitida amalga oshiriladigan tadbirlar ketma-ketligi.

O'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi avjlanishining oldini olish va bemorga sifatli tibbiy yordam kursatish ta'minlash maksadida, ushbu tashxis bilan statsionarda davolangandan so'ng, bemorlarga ambulatori-poliklinika sharoitida kuyidagi tadbirlar ijrosini ta'minalash:

- BA IV daraja bemorlarni o'z vaktida "D" nazoratga olish va yillik reabilitatsiya chora tadbirlarini belgilash;

- BA III - IV daraja bemorlarni yiliga 1 marta tor soxa mutaxassislar tomonidan tibbiy ko'rik o'tkazish;

- BA IV daraja bemorlarni xar oyda ambulator sharoitida ko'rik tashkil etish lozim;

- BA III - IV daraja bemorlar parvarishi bevosita xonadon sharoitida uning qarindoshlari tomonidan amalga oshiriladi, shuning uchun ularga bemorlarning parvarishi bo'yicha birlamchi ma'lumotlar berish lozim;

- BA III - IV darajada bemorning albatta nebulayzeroterapiya, pikfulometr moslamalari bo'lishi, nafas mashqlarini bajarishi kasallik avjlanishini oldini olishga xizmat kiladi;

- bemorga ozik-ovkat ratsioni shakllantirish (bronxial astmani davolashda parhezning roli: uni buyurishdan maqsad bekamu ko'st ovqatlanib boriladigan sharoitlarda gipoallergen va oshqozon ichak tizimi fuksiyalarini asliga keltirish. Bu parhezda gipoallergen maxsulotlar, oqsillar bilan uglevodlar miqdori kupaytiriladi, allergiya chaqiradigan taomlar miqdori cheklab qo'yiladi; ozik-ovkatlarda ichak motorikasini ragbatlantiradigan kepak va kushimchalar iste'mol kilinishi, bemor kuniga 1,5 - 2 litr suyuqlik ichishni (birinchi taom bilan xisoblaganda) ta'minlash, gipoallergen sharbatlar, quritilgan mevali kompotlar iste'mol qilish tavsiya beriladi).

- bemorlarni dori-darmonlar bilan davolanishida BA avjlanishini oldini oladigan va boshqa simptomatik dori vositalar terapiyasi o'tkazish (dozalar va dori-darmonlarni ko'rsatgan xolda) amalga oshiriladi;

- bemorlar sanator-kurort muassasalariga yuboriladi (Zomin, Oqtosh, Oqtosh shabada, Sevarsoy, Zarkent, Sangardak, Kosonsoy va b.q.), <https://sihatgoh.uz>.

AMBULATOR SHAROITDA "ZOTILJAM" TASHXISI BO'LGAN BEMORLARNI KUZATISH ALGORITMI

I. Kasallikka umumiy ta'rif.

Zotiljam (ZM) - o'pka yallig'lanishi, o'pka to'qimasining zararlanishi, o'pkaning infeksiyon kasalligi, mustakil kasallik yoki boshqa kasalliklarning asorati xisoblanadi. Zotiljamni turli bakteriyalar (pnevmokokk, streptokokk, stafilokokklar) va viruslar 75-80 foiz hollarda, immunodepressiya, jismoniy va ruhiy o'ta toliqishi 15-20 foizida, odamning qattiq sovuq qotishi 12-18 foizida qo'zg'atadi.

II. Ambulator-poliklinika sharoitida amalga oshiriladigan tadbirlar ketma-ketligi.

Zotiljam asoratlarining oldini olish va bemorga sifatli tibbiy yordam ko'rsatishni ta'minlash maksadida, ushbu tashxis bilan statsionarda davolangandan so'ng, bemorlarga ambulatori-poliklinika sharoitida quyidagi tadbirlar ijrosini ta'minalash:

- ZM og'ir daraja o'tkazgan va nafas yetishmovchiligi (NE) II-III daraja bemorlarni o'z vaktida "D" nazoratga olish va yillik reabilitatsiya chora tadbirlarini belgilash;

- ZM og'ir daraja o'tkazgan, (NE) II-III daraja bemorlarni yiliga 1 marta tor soxa mutaxassislar tomonidan tibbiy ko'rikdan o'tkazish;

- ZM og'ir daraja o'tkazgan, (NE) II-III daraja bemorlarni xar oyda ambulator sharoitida yoki aktiv patronaj ko'rik tashkil etish lozim;

- ZM og'ir daraja o'tkazgan, (NE) II-III daraja bemorlar parvarishi bevosita xonadon sharoitida uning karindoshlari tomonidan amalga oshiriladi, shuning uchun ularga bemorlarning parvarishi bo'yicha birlamchi ma'lumotlar berish lozim;

- ZM og'ir daraja o'tkazgan, (NE) II-III daraja bemorlarning albatta nebulayzeroterapiya, pikfulometr moslamalari bo'lishi, nafas mashqlarini bajarishi respirator simptomlar avjlanishini va kardiovaskulyar asoratlarning oldini olishga xizmat kiladi;

- bemorga ozik-ovkat ratsioni shakllantirishda sifatli, sog'lom ovqatlanib boriladigan sharoitlarda oshqozon ichak tizimi fuksiyalarini asliga keltirish. Bu parhezda ozik-ovkatlarda ichak motorikasini ragbatlantiradigan kepak va ko'ushimchalar iste'mol kilinishi, bemor kuniga 1,5 - 2 litr suyuqlik ichishni (birinchi taom bilan xisoblaganda) ta'minlash, gipoallergen sharbatlar, quritilgan mevali kompotlar iste'mol qilish tavsiya beriladi).

- dori-darmonlar bilan davolanishida Zm og'ir daraja o'tkazgan, (NE) II-III daraja bemorlarda kardiovaskulyar asoratlarni avjlanishini oldini oladigan va boshqa simptomatik dori vositalar terapiyasi o'tkazish (dozalar va dori-darmonlarni ko'rsatgan xolda) amalga oshiriladi;

- bemorlar sanator-kurort muassasalariga yuboriladi (Zomin, Oqtosh, Oqtosh shabada, Sevarsoy, Zarkent, Sangardak, Kosonsoy va b.q.), <https://sihatgoh.uz>.

AMBULATOR SHAROITDA "JIGAR SIRROZI" BILAN XASTALANGAN BEMORLARNI KUZATISH ALGORITMI

I. Kasallikka umumiy ta'rif.

Jigar sirrozi – bu surunkali kasallik, vaqt o'tgan sari a'zo to'qimasi qayta tiklab bo'lmaydigan o'zgarishlarga uchrab, yemirilib boradi. Yemirilgan hujayralar o'rnini chandiq biriktiruvchi to'qima egallaydi. Shu tariqa asta-sekinlik bilan jigar o'z vazifalarini bajara olmaydigan holatga tushib qoladi.

Bu xastalik bemor odamga dastlabki bosqichlarda sezilarli noqulayliklar tug'diradi, oxirgi bosqichlarda esa og'ir o'limga olib keladi. Jarayonni afsuski

orqaga qaytarishning iloji yo‘q, lekin sifatli va o‘z vaqtida ko‘rsatilgan tibbiy yordam kasallikning rivojlanishini to‘xtatib turishning ilojisi bor.

II. Ambulator-poliklinika sharoitida amalga oshiriladigan tadbirlar ketma-ketligi.

Jigar sirrozida jtgar yetishmovchiligini oldini olish va bemorga sifatli tibbiy yordam ko‘rsatishni ta‘minlash maqsadida, ushbu tashxis bilan statsionarda davolangan bemorlarga ambulator poliklinika sharoitida quyidagi tadbirlar ijrosini ta‘minlash:

- bemorlarni o‘z vaqtida tibbiy nazorat va xar 1 yilda yillik reabilitatsiya chora tadbirlarini belgiash.
- yiliga 2 marta tor soxa mutaxxaslari tomonidan tibbiy ao‘rik o‘tkazish.
- xar oyda aktiv patronaj tashkil etish.
- bemorlar parvarishi bevosita xonadon sharoitida uning qarindoshlari tomonidan amalga oshiriladi, shuning uchun ularga bemorning parvarishi uchun birlamchi ma‘lumotlar berilishi lozim.
- bemorga oziq ovqat ratsionini batafsil tushuntirilishi lozim tuzli maxsulotlarni qat‘iy cheklash, go‘shqli maxsulotlarni cheklash, o‘simlik kletchatkasi, sut maxsulotlarini, vitaminlarga va mikroelementlarga boy maxsulotlarni ko‘proq iste‘mol qilish, Pevzner buyicha 5 dieta).
- bemorlarni dori darmonlar bilan davolash: beta blokatorlar, diuretiklar, laktuloza, gepatoprotektorlar);
- bemorlar sanator-kurort muassasalariga yuboriladi (Chinobod, Chinobod plaza, Omonhona sanatoriylari), <https://sihatgoh.uz>.

AMBULATOR SHAROITDA «YURAK ISHEMIK KASALLIGI» TASHXISI BO‘LGAN BEMORLARNI KUZATISH ALGORITMI

I. Kasallikka umumiy ta‘rif.

Yurakning ishemik kasalligi – yurak-tomir tizimining keng tarqalgan kasalligi; miokard ishemiyasi va koronar qon aylanishining buzilishi bilan kechadi. Yurakning ishemik kasalligiga(YuIK) asosan koronar (toj) tomir arteriyalari aterosklerozi natijasida yurak mushaklarida qon aylanishining yetishmay qolishi va shu tufayli yurakning qonga yolchimasligi sabab bo‘ladi. Yurakning ishemik kasalligiga stenokardiya (dastlabki, muqim, nomuqim), miokard infarkti, infarktdan keyingi kardioskleroz, aritmik tur va yurak yetishmovchiligi kiradi. Yurakning ishemik kasalligi muntazam rivojlanib boruvchi og‘ir yurak xastaligi hisoblanadi.

Inson yoshi ulg‘aygan sari kasallik uchrashi ko‘payadi. YuIK klinik jihatdan bir xilda kelmay, dam zo‘rayib, dam bosilib turadi. Ko‘pincha, yurakning ishemik kasalligi zimdan kechib, bemor o‘zining shunday xavfli kasallikka chalinganini bilmay, shifokorga murojaat qilmay yuradi. Odatda, yurak ishemik kasalligining dastlabki klinik belgilaridan biri – zo‘riqish stenokardiyasi xuruji bo‘lib, jismoniy ish bajarilganda yoki ruxiy zo‘riqishda ro‘y beradi. Keyinchalik kasallik uzoq davom etishi, hatto yillab cho‘zilishi mumkin. Uning og‘ir ko‘rinishlaridan - o‘tkir toj sindromi, miokard o‘tkir infarkti va to‘satdan o‘lim.

YuIK rivojlanishiga ta’sir etuvchi omillar quyidagilardan iborat:

- Ortiqcha vazn, metabolik kasalliklar, endokrin kasalliklar, kam harakat turmush tarzi;
- muntazam emotsional stresslar, ruhiy tushkunlik, fojiali voqealarni boshdan o‘tkazish, yaqin insonlarni yo‘qotish;
- ishdagi muammolar tufayli kuchli asabiy taranglik;
- irsiy moyillik;
- qon tomirlarida yosh bilan bog‘liq o‘zgarishlar;
- qonda xolesterin miqdorining yuqori bo‘lishi, natijada qon tomir devorlarida aterosklerotik pilakchalar, to‘planmalar hosil bo‘ladi;
- zararli odatlar (chekish, alkogolli ichimliklar ichish);

II. Ambulator-poliklinika sharoitida amalga oshiriladigan tadbirlar ketma-ketligi.

Xurujlarning oldini olish va bemorga sifatli tibbiy yordam kursatishni ta’minlash maksadida, ushbu tashxis bilan statsionarda davolangan bemorlarga ambulator-poliklinika sharoitida quyidagi tadbirlar ijrosini ta’minlash:

- bemorlarni uz vaktida “D” nazoratga olish va yillik reabilitatsiya chora tadbirlarini belgilash;

- xar oyda kardiolog nazoratidan o‘tish (EKG, ExoKG, koagulogramma, qonda lipidlar miqdorini xar 3 oyda aniqlash). Kerak bo‘lganda dorilarni va ularni dozalarini korreksiya qilish.

-yiliga 2 marta tor soxa mutaxassislar tomonidan tibbiy kurik utkazish;

- xar oyda aktiv patronaj tashkil etish.

- bemorga oziq-ovkat ratsionini shakllantirish (o‘simlik kletchakasi va sutli maxsulotlarni o‘z ichiga olgan ovkatlarni ko‘prok iste’mol qilish, ko‘p go’shtli va yog‘lik ovkat iste’molini cheklash, oziq-ovkatlarda ichak motorikasini rag‘batlantiradigan kepek va qo‘ushimchalar iste’mol kilinishi, o‘rtacha, bemor kuniga 1,5 - 2 litr suyuqlik ichishi (birinchi taom bilan xisoblaganda), sharbatlar, giyoxli choy, quritilgan mevali kompotlar va sut maxsuotlaridan kefir iste’mol

qilish.

- bemorlarni dori-darmonlar bilan davolanishida YuIK oldini va uni yanada rivojlanishini oldini oladigan xamda boshka simptomatik(kerak bo'lganda) dori vositalar terapiyasini o'tkazish (dozalar va dori-darmonlarni kursatgan xolda); (antiagregantlar, beta-blokatorlar, statinlar, AQF ingibitorlari, kerak bo'lganda kalsiy-antagonistlari, trimetadizin).

- YuIKli bemorlarga muntazam ravishda individual va moslashtirilgan reja bo'yicha jismoniy davolovchi fizkultura, dozalangan yurish tavsiya etish.

- psixoterapiya, giperbarik oksigenatsiya, elektr uyqu, lazer, akupunktura va massaj usullaridan foydalanish lozim.

- bir yilda bir marotaba profili bo'yicha sanator-kurort davo tavsiya qilish.

YuIKda ovqatlanish tartibi

Avvalo, kundalik ovqatlanish rejimidan «yomon» xolesterin va ko'p miqdorda tuz saqlagan mahsulotlarni chiqarib tashlash kerak. Ularga:

- yog'li go'sht;
- charvi;
- qovurilgan ovqatlar;
- dudlangan mahsulotlar;
- tuzlamalar kiradi.

Bundan tashqari, tandirdan uzilgan yangi non o'rniga bir-ikki kun turgan nonni iste'mol qilish foydalidir. Kundalik ratsionga servitamin, minerallarga boy va kasallikka qarshi kurashishga yordam beruvchi mahsulotlardan ko'proq kiritish kerak.

Bemorlar sanator-kurort muassasalariga yuboriladi (Turon, Botanika, Bo'ston, Chortoq, Ko'xinur, Yangier, Xonqa va b.q. sanatoriylar), <https://sihatgoh.uz>.

AMBULATOR SHAROITDA "GIPERTONIYA KASALLIGI" TASHXISI BO'LGAN BEMORLARNI KUZATISH ALGORITMI

I. Kasallikka umumiy ta'rif.

Gipertoniya kasalligi (GK) – yurak-tomir tizimining keng tarqalgan kasalligidir. **GK**, birlamchi (essensial) arterial gipertoniya, idiopatik arterial gipertoniya odamlarda ko'p uchraydigan (75 % gacha) arterial qon bosimining oshishi. Sabablari: turli o'tkir yoki surunkali ruhiy (emotsional) iztroblar, irsiy yoki kasbiy omillar, ovqatlanish tartibiga rioya qilmaslik va boshqalar. Keskin qon

bosimini birdaniga oshib ketishi – gipertonik krizlar bilan kechadigan kasallik. GKda ichki a’zolar, nishon-a’zolar shikastlanadi(yurak, bosh miya, ko‘z, buyrak, qon-tomirlar) va ularning faoliyati buziladi. GK klinik kechishiga qarab ikki xil bo‘ladi: 1) sokin, uzoq muddat davom etadigan va 2) shiddatli, tez rivojlanadigan va qisqa vaqt ichida bosh miya, buyrak yetishmovchiligi hamda ko‘rishning keskin pasayishiga olib keladigan shakl.

GK ta’sir etuvchi omillar quyidagilardan iborat:

- Ortiqcha vazn, metabolik kasalliklar, endokrin kasalliklar, kam harakat turmush tarzi;
- muntazam emotsional stresslar, ruhiy tushkunlik, fojiali voqealarni boshdan o‘tkazish, yaqin insonlarni yo‘qotish;
- biznesdagi, ishdagi muammolar tufayli kuchli asabiy taranglik;
- bosh miya jarohatlari (avtohalokat, yiqilish, gipotermiya);
- yurak-tomir tizimiga salbiy ta’siri bor surunkali kasalliklar (qandli diabet, podagra, revmatoid artrit);
- irsiy moyillik;
- virusli va yuqumli kasalliklar (meningit, sinusit, gaymorit);
- Qon tomirlarida yosh bilan bog‘liq o‘zgarishlar;
- qonda xolesterin miqdorining yuqori bo‘lishi, natijada qon tomir devorlarida to‘planmalar hosil bo‘ladi;
- zararli odatlar (chekish, alkogolli ichimliklar ichish, me’yordan ortiq qahva iste’mol qilish);
- kun davomida ko‘p miqdorda tuz iste’mol qilish;
- qonda adrenalinni oshirish;
- kompyuter qarshisida uzoq vaqt o‘tirish;
- ochiq havoda kam yurish va hokazo.

III. Ambulator-poliklinika sharoitida amalga oshiriladigan tadbirlar ketma-ketligi.

GKda arterial gipertenziya sabablarini bartaraf etish kerak. Kasallikni davolash murakkab va uzoq, davom etadigan jarayon bo‘lib, umr davomida) bemordan vrach ko‘rsatmalarini qat’iy bajarishni talab etiladi.

Arterial qon-bosimining ko‘tarilishini va krizlarni oldini olish va bemorga sifatli tibbiy yordam ko‘rsatishni ta’minlash maqsadida, statsionarda davolangan bemorlarga ambulator-poliklinika sharoitida kuyidagi tadbirlar ijrosini ta’minlash:

- bemorlarni o‘z vaqtida “D” nazoratga olish va yillik reabilitatsiya chora tadbirlarini belgilash;

- Avvalo, bemor o‘zining hayot faoliyati, ovqatlanish, ishlash va dam olish tartiblarini o‘zgartirishi, masalan, spirtli ichimlik ichish va chekishdan voz

kechishi, sho‘r, yog‘lik ovqatlarni kam iste‘mol qilishi, semirishga yo‘l ko‘ymasligi, kam suyuqlik ichishi, yengil jismoniy mashqlar qilishi: biroz yurishi, sekin yugurishi (puls o‘lchab tuziladi), velotrenajyordan foydalanishi, dam olish kunlarini unumli o‘tkazishi (shahardan chetga chiqish, toza havodan nafas olish, tiniqib uxlash), auttrening bilan shug‘ullanish, turli asabiy-ruhiy his-hayajonlardan uzoqroq bo‘lishga harakat qilishi kerak.

- Dori-darmonlar bilan davolanish oilaviy shifokor yoki kardiologning ko‘rsatmasi asosida olib boriladi. Gipertoniya kasalligini oldini oladigan va boshqa simptomatik dori vositalar terapiyasini o‘tkazish (dozalar va dori-darmonlarni kursatgan xolda); (siydik xaydovchi dorilar, antiagregantlar, beta-blokatorlar, AQF ingibitorlari, ARA va kalsiy-antagonistlari).

- Davolovchi shifokor gipertoniya kasalligining bosqichini hisobga olib, bir yoki bir necha gipotenziv preparatlarni tavsiya etadi va davo natijasini muntazam nazorat qilib boradi.

- xar oyda kardiolog nazoratidan o‘tish (EKG, ExoKG, koagulogramma, qonda lipidlar, mochevina, kreatinin miqdorini xar 3 oyda aniqlash, xar 6 oyda buyrakni UTtekshirish). Kerak bo‘lganda dorilarni korreksiya qilish

- yiliga 2 marta tor soxa mutaxassislar tomonidan tibbiy kurik utkazish;
- xar oyda aktiv patronaj tashkil etish lozim.
- bemorga ozik-ovkat ratsionini shakllantirish (o‘simlik kletchakasi va sutli maxsulotlarni o‘z ichiga olgan ovqatlarni ko‘prok iste‘mol qilish, ko‘p go‘shtli va yog‘lik ovkat iste‘molini cheklash, ozik-ovkatlarda ichak motorikasini rag‘batlantiradigan kepek va qo‘ushimchalar iste‘mol kilinishi, o‘rtacha, bemor kuniga 1,5 - 2 litr suyuqlik ichishi (birinchi taom bilan xisoblaganda), sharbatlar, giyoxli choy, quritilgan mevali kompotlar va sut maxsuotlaridan kefir iste‘mol qilish.

- GK bor bemorlarga muntazam ravishda individual va moslashtirilgan reja bo‘yicha jismoniy davolovchi fizkultura, dozalangan yurishni tavsiya etish.

- bir yilda bir marotaba profili bo‘yicha sanator-kurort davo tavsiya qilish.

Shuningdek, psixoterapiya, giperbarik oksigenatsiya, elektr uyqu, sinusoidal modullangan toklar magneziya bilan, akupunktura va massaj usullaridan foydalanish lozim.

GKda ovqatlanish tartibi

Avvalo, kundalik ovqatlanish rejimidan «yomon» xolesterin va ko‘p miqdorda tuz saqlagan mahsulotlarni chiqarib tashlash kerak. Ularga:

- yog‘li go‘sht;
- charvi;
- qovurilgan ovqatlar;

- dudlangan mahsulotlar;
- tuzlamalar kiradi.

Bundan tashqari, tandirdan uzilgan yangi non o'rniga bir-ikki kun turgan nonni iste'mol qilish foydalidir. Kundalik ratsionga servitamin, minerallarga boy va kasallikka qarshi kurashishga yordam beruvchi mahsulotlardan ko'proq kiritish kerak.

Bemorlar sanator-kurort muassasalariga yuboriladi (Turon, Botanika, Bo'ston, Chortoq, Ko'xinur, Yangier, Xonqa va b.q. sanatoriylar), <https://sihatgoh.uz>.

AMBULATOR SHAROITDA “SURUNKALI YURAK YETISHMOVCHILIGI” TASHXISI BO‘LGAN BEMORLARNI KUZATISH ALGORITMI

I. Kasallikka umumiy ta’rif.

Surunkali yurak yetishmovchiligi (SYuE) – yurakni o'z nasos funksiyasini bajara olmay qolishi oqibatida a'zolarida qon aylanishini buzilishi vujudga kelishi bilan bog'liq bo'lgan patologik jarayon. Uning natijasida organizmning kislorod va oziq moddalar bilan ta'minlanishi, hamda mikrosirkulyatsiya jarayonlarida keskin o'zgarishlar yuz beradi.

Olib keluvchi asosiy sabablari ikkita katta guruhga (yurak va yurakdan tashqari kasalliklar) bo'lish mumkin. Etiologik omillar yurak mushaklarini qisqarish va bo'shashish, qon otib berish va to'lishish faoliyatini buzilishi va pirovard natijada yurak yetishmovchiligi rivojlanishiga sabab bo'ladi. Uning asosida miokardni sistolik (miokarditlar, miokard infarkti ayrim yurak nuqsonlari va boshqalar oqibatda qisqarish va qon otib berishni kamayishi) va diastolik (aorta ravog'i stenozi, gipertrofik kardiomiopatiya, ekssudatli va konstriktiv perikardit, yurakni restriktiv kasalliklari va boshqalar oqibatda qorinchalarni bo'shashish va to'lishishini buzilishi) disfunktsiyalari yotadi. O'tkir yurak yetishmovchiligidan farqli o'laroq SYuE nafaqat yurakni sistolik yoki diastolik faoliyati buzilganda balki a'zo va to'qimalarni metabolik talabi oshganda (**gipertireoz, homiladorlik**) yoki qonni kislorod tashish xususiyati pasayganda (**kamqonlik**) ham rivojlanadi.

II. Ambulator-poliklinika sharoitida amalga oshiriladigan tadbirlar ketma-ketligi.

SYuE bosqichi oshishini oldini olish va bemorga sifatli tibbiy yordam ko'rsatishni ta'minlash maqsadida, ushbu tashxis bilan statsionarda davolangan bemorlarga ambulator-poliklinika sharoitida quyidagi tadbirlar ijrosini ta'minalash:

- bemorlarni uz vaktida asosiy kasalligi bo'yicha "D" nazoratga olish va yillik reabilitatsiya chora tadbirlarini belgilash;

- xar oyda kardiolog nazoratidan o'tish (EKG, ExoKG, koagulogramma, qonda lipidlar va elektrolitlar miqdorini xar 3 oyda aniqlash). Kerak bo'lganda dorilarni va ularni dozalarini korreksiya qilish.

- yiliga 2 marta tor soxa mutaxassislar tomonidan tibbiy ko'rik o'tkazish;

- xar oyda aktiv patronaj tashkil etish.

Surunkali yurak yetishmovchiligini ambulator sharoitda davolash.

Umumiy tamoyillar:

Yuqorida takidlanganidek SYuE yurak yoki unga bog'liq bo'lmagan kasalliklar natijasida rivojlanadi. Shu sababli uni davolash birlamchi kasallikni bartaraf etish yoki uni ta'sirini kamaytirishdan boshlanadi. Chunki asosiy kasallikni davolash tamoyillari to'g'ri tanlanganda surunkali yurak yetishmovchiligi belgilari keskin kamayadi. Uni davolashda quyidagi vazifalar maqsad qilib qo'yiladi:

- SYuE belgilari paydo bo'lishini oldini olish (I bosqich);
- SYuE belgilarini bartaraf etish (IIA – III bosqich);
- Yurak va boshqa mo'ljal a'zolari (bosh miya, buyrak, qon tomirlar)

himoya qilish orqali kasallikni avjlanishini oldini olish (I – III bosqich);

- Hayot sifatini yaxshilash (IIA – III bosqich);
- Kasallik oqibatini yaxshilash (I – III bosqich).

Ushbu maqsadlarga erishish quyidagi yo'l bilan amalga oshiriladi:

- Parxez;
- Jismoniy faollik tartibi;
- Ruxiy reabilitatsiya (bemorlarni doimo shifokor nazoratida bo'lishi, ular uchun tashkil etilgan maktabga qatnash);

- Dori vositalar bilan davolash (faqat shifokor tavsiyasiga ko'ra).

Dori vositalar bilan davolash SYuE bilan og'riq bemorlar muolijasida juda muxim

Surunkali yurak yetishmovchiligini dori vositalarisiz davolash.

Umumiy tavsiyalar:

- Birinchi navbatda bemor sigaret (nos) chekishni va spirtli ichimliklarni qabul qilishni to'xtatishi kerak.

- Avvalgi ishini davom ettirish yoki kasbini o'zgartirish masalasini hal qilishi lozim.

- Ortiqcha tana vaznidan xalos bo'lishga harakat qilish xamda ovqatlanish tartibi va tarkibini qayta ko'rib chiqish zarur.

- Tog'li hamda harorati va namligi yuqori bo'lgan xududlarda dam olish tavsiya etilmaydi. Mehnat ta'tilini bemor o'zi o'rgangan sharoitda o'tkazishi maqsadga muvofiq.

- Zaruriyat tug'ilganda 2-2,5 soatdan uzoq davom etmaydigan aviatsiya xizmatidan foydalanishi mumkin. Samolyotda yoki boshqa transport vositasida uzoq vaqt o'tirgan holatda bo'lish bemor ahvolini yomonlashishiga hamda oyoqlardagi shishni ko'payishiga olib keladi. Shu sababli har 30 daqiqada o'rindan turib bir oz piyoda yurish yoki yengil gimnastika qilish tavsiya etiladi.

- Bemorning kun tartibi davolovchi shifokor bilan maslaxatlashgan holda aniqlab olinishi lozim. Ortiqcha jismoniy zo'riqish asosiy kasallikni avjlanishiga va SYuE rivojlanishiga sabab bo'lishi mumkin.

Jismoniy harakat tartibi. Barqaror kechayotgan SYuE ning barcha (I- IV) sinflarida jismoniy reabilitatsiya tavsiya etiladi. Zudlik bilan siydik haydovchi yoki boshqa dori vositalari qabul qilish zaruriyati va tug'ilgan quyidagi holatlar bundan mustasno:

- Faol miokardit
- Qopqoqchalar teshigi stenoz
- Yurakni ko'k tug'ma nuqsonlari
- Yuqori gradatsiyadagi ritm buzilishlari
- Chap qorinchani otib berish fraksiyasi past bo'lgan bemorlarda stenokardiya xurujlari

Jismoniy zo'riqishga chidamlilikni boshlang'ich ko'rsatgichini 6 daqiqali yurish sinamasi yordamida ambulator sharoitida shifokor aniqlaydi.

Nafas mashqlari (o'tirgan xolda ma'lum bir ketma -ketlikda qo'llarni yoyganda nafas olib, bukkanda nafas chiqarish, tanani oldinga, yonga va orqaga xarakatlantirish, nafas olish va chiqarish tartibiga rioya qilish) ko'rinishidagi muntazam bajarilgan jismoniy xarakat samarasi 3-4 xaftadan keyin namoyon bo'la boshlaydi. Jismoniy zo'riqishga chidamlilik oshadi, asosiy kasallik avjlanishi sezilarli darajada sekinlashadi, SYuE belgilari kamayib hayot sifati yaxshilanadi. Ahvol yaxshilangandan keyin shifokor nazorati ostida qayta 6 daqiqali yurish sinamasi o'tqaziladi. Agar bosib o'tilgan masofa 200 m dan kam bo'lsa nafas mashqlarini davom ettirish, 200 m dan ko'p bo'lganda esa jismoniy zo'riqish tekis yo'lakda bir maromda yurish ko'rinishida tavsiya etiladi. Ahvolni yomonlashishi (hansirash, yurak urib ketishi, tez charchab qolish) avvalgi pog'onaga yoki nafas mashqlariga qaytishga asos bo'ladi.

Davolash parxezi. Parxez bilan davolashning asosiy maqsadi modda almashinuvi muvozanatini tiklash, organizmdagi ortiqcha suyuqlikni chiqib ketishiga yordam berish va dori vositalar ta'sirini kuchaytirishdan iborat. Parxez kaloriyasi, kimyoviy tarkibi, so'rilishini hisobga olgan holda to'g'ri tanlangan bo'lishi kerak. Bunda kunlik qabul qilinadigan tuz miqdori 2-3 g gacha kamaytiriladi. BTAom tayyorlashda tuzni kam solish, tarkibida osh tuzi ko'p bo'lgan maxsulotlarni (tuzlangan bodring, pomidor, dudlangan go'sht va baliq) istemol qilmaslik lozim. Ratsiondan markaziy asab va yurak qon-tomir tizimini qo'zg'atuvchi (go'shtli, baliqli quyuq sho'rvalar, achchiq choy, qaxva, shokolad, dudlangan maxsulotlar) va ichaklarda gaz hosil bo'lish jarayonini kuchaytirib, ularni kengayishiga olib keluvchi (no'xat, loviya, gazli ichimliklar va boshqalar) maxsulotlarni istisno qilish kerak. Ko'p miqdorda vitaminlarga va mikroelementlarga boy ho'l meva va savzavotlar hamda sut mahsulotlarini istemol qilish tavsiya etiladi. Parxezning energetik qiymati yurak yetishmovchiligi darajasidan kelib chiqqan xolda tanlanadi, lekin 1000 kkal dan kam bo'lmasligi kerak. Birinchi 6 – 10 kunlarda maxsulotlarni energetik qiymati ko'proq yog', kamroq uglevod va oqsil xisobiga kamaytiriladi. Keyinchalik SYuE tufayli jigar, oshqozon osti bezi va ichaklar faoliyati buzilishi sababli so'rilishi qiyin bo'lgan tarkibida to'yingan yog' kislotalari, xolesterin ko'p saqlanadigan maxsulotlar chegaralanadi. O'simlik yog'larida tayyorlangan ovqatlar tavsiya etiladi. Qisqa muddatli boshlang'ich chegaralashdan keyin kunlik ratsion 70- 80 g oqsil (pishloq, so'lili bo'tqa, sut, tuxum oqi va boshqalar) bilan boyitiladi.

- Birinchi 4-5 kunda uglevodlar miqdori chegaralanadi, keyinchalik tanlangan ratsiondan kelib chiqqan xolda yetarli darajada istemol qilish tavsiya etiladi. Yengil xazm bo'ladigan uglevodlar (qand, asal, murabbo, qiyom) qabul qilish maqsadga muvofiq;

- Ratsion vitaminlarga (tiamin, askorbin kislota, riboflavin, retinol) boy maxsulotlar bilan boyitiladi;

- Qabul qilinadigan dori vositalarining (siydik haydovchi) nojo'ya ta'sirini bartaraf etish hamda yurak ishini yaxshilash maqsadida ratsion tarkibida kaliy ko'p bo'lgan maxsulotlar (qovoq, turshak, qora olxo'ri, mayiz) bilan ko'paytiriladi;

- Qabziyatga moyillik bo'lgan hollarda ich surish xususiyatiga ega to'qimaga boy maxsulotlarni (sut maxsulotlari, savzi, qora olxo'ri, o'rik, qaynatilgan va pishirilgan qizil lavlagi, qovoq, asal) istemol qilish lozim;

- Go'sht va baliqdan tayyorlangan ovqatlarni ta'mini yaxshilash uchun ularni quyuq savzavotli sho'rvada pishirish kerak. Unga nordonroq yoki shirin ta'm berish uchun shakar, limon sharbati, pomidor, kuchsiz sirka xamda ko'katlardan foydalanish mumkin;

- Kuniga 5-6 marta ovqatlanish zarur. Ovqat iliq bo'lishi va kechki nonushtani uxlashdan 2-4 soat oldin qabul qilish kerak;

Qabul qilinadigan maxsulotlarni umumiy kaloriyasi tana vazni indeksidan kelib chiqqan holda hisoblanadi.

Kam harakat hayot kechiruvchi yoki bir oz jismoniy harakat qiladigan va tana vazni me'yorida bo'lgan SYuE mavjud bemorlar uchun kunlik ratsionning umumiy kaloriyasi 1900–2500 ni tashkil qiladi. Agar bemor ortiqcha tana vazniga ega yoki semizlik mavjud bo'lsa ovqatlanish ratsioni 20-30% ga hayvon yog'lari hisobiga kamaytiriladi.

SYuE ni dekompensatsiya bosqichida ya'ni tomirga siydik haydovchi vositalarni yuborishga zaruriyat tug'ilgan vaqtda suyuqlik (kun davomida qabul qilinadigan suyuq mahsulotlar – suv, choy, sharbatlar, qatiq, sut, sho'rva va boshqalar barchasi birgalikda) miqdorini keskin kamaytirish tavsiya etiladi. Qolgan xolatlarda uning miqdori kuniga 1,5- 2,0 l dan oshmasligi lozim (o'rta hisobda 1,2 - 1,5 l). SYuE ning barcha bosqichlarida qabul qilinayotgan suyuqlik miqdorini 0,8 l dan kamaytirish mumkin emas.

1-3 kun davomida tana vaznini 2 kg dan ko'proqqa oshishi organizmda ortiqcha suyuqlik ushlanib qollinayotganidan hamda kasallikni avjlanishidan dalolat beradi.

Dori vositalari bilan davolash.

SYuE aksariyat yurak qon tomir kasalliklarining so'ngi bosqichlaridan biri, ya'ni asorati ekanligini hisobga olgan holda asosiy kasallikni o'z vaqtida aniqlab erta davo choralarini olib borish yurak faoliyati sustlashishi oldi olinadi.

SYuE profilaktikasiga asosiy kasallikni erta davrlarda aniqlash, o'z vaqtida davolash va uning asoratlarini oldini olish kabi tadbirlar kiradi. Bu guruhdagi bemorlarni doimiy ravishda nazorat qilish, yondosh va asosiy kasalliklarni monand davolash SYuE avjlanishini sekinlashtiradi. Uning I bosqichida bemorlarning ish qobiliyati saqlangan, lekin og'ir jismoniy zo'riqish man etiladi. II A bosqichida bemor ish qobiliyati cheklanadi yoki umuman yo'qoladi; II B bosqichda esa bemorlar doimiy yordamga va parvarishga muhtoj.

Bemorlar sanator-kurort muassasalariga yuboriladi (Turon, Botanika, Bo'ston, Chortoq, Ko'xinur, Yangier, Xonqa va b.q. sanatoriylar), <https://sihatgoh.uz>.

AMBULATOR SHAROITDA “SURUNKALI BUYRAK KASALLIGI” (SURUNKALI BUYRAK YETISHMOVCHILIGI) BEMORLARNI KUZATISH ALGORITMI

I. Kasallikka umumiy ta’rif.

Surunkali buyrak yetishmovchiligi (SBE) – buyraklarning birlamchi va ikkilamchi kasalliklari tufayli nefronlar massasining bosqichma-bosqich qaytmas nobud bo‘lishi oqibatida kelib chiqqan va gomeostaz buzilishiga olib keladigan simptomokompleks tushuniladi. Surunkali buyrak kasalligi (SBK) - 3 oy va undan ortiq vaqt davom etadigan buyrak kasalligi bo‘lib, buyrak faoliyatining koptokchalar filtratsiyasi tezligi (KFT) pasaygan yoki pasaymagan holda struktur va funksional buzilishi bilan namoyon bo‘ladi va ikkita sababning bittasi, ya’ni buyrak kasalligi markyorlarining patomorfologik o‘zgarishlari: qon va peshob tarkibida va boshqa testlarda patologik o‘zgarishlar bilan manifestlanadi, hamda $KFT < 60 \text{ ml/min/1,73m}^2$ 3 oy va undan ko‘p vaqt davomida buyrak zararlanganligi belgilari bilan yoki bunday belgilarsiz kuzatiladi.

Xalqaro ekspertlar an’anaviy SBE tasniflari o‘rniga SBK tasnifidan foydalanishni taklif qiladilar. Ushbu tasnif xususiyatlari buyrak kasalligi rivojlanishining bosqichlari KFT darajasi bilan belgilanishidan iborat. Bu tasnifda an’anaviy SBE mezonlari – kreatinin, mochevina yo‘q. Bu tasnifni bemorda buyrak kasalligini tahlil qilishda hisobga olish kerak, biroq buyrak kasalligining tashhisini qo‘yishda mahalliy tasniflarning bittasidan foydalanish kerak.

II. Ambulator – poliklinika sharoitida amalga oshiriladigan tadbirlar ketma-ketligi.

SBK tasnifi: klinik harakatlar rejasi (K/DOQI, 2002)

Bosqich	Bayoni	SKF (ml/min/1,73m^2)	Amalga oshiriladigan tadbirlar
	Yuqori xavf	≥ 90 (SBK xavf omillari bilan)	Skrining va SBK xavfi reduksiyasi
1	KFT me’yorida va yuqori bo‘lgan buyrak kasalligi	≥ 90	Tashhishlash va davolash. Hamroh kasalliklarni davolash. Avj olishini sekinlashtirish. SBK xavfi reduksiyasi.
2	KFT yengil pasaygan buyrak	60 - 89	Avj olishini baholash.

	kasalligi		
3a	KFT o'rtacha pasaygan buyrak kasalligi	45 - 59	Asoratlarni baholash va davolash.
3b	KFT o'rtacha pasaygan buyrak kasalligi	30 - 44	Asoratlarni baholash va davolash.
4	KFT pasayishi yaqqol ifodalangan buyrak kasalligi	15 - 29	Buyrak o'rnini bosuvchi terapiyaga tayyorlanish.
5	Terminal buyrak yetishmovchiligi	<15 (yoki dializ)	Buyrak o'rnini bosuvchi terapiya (uremiya bo'lganda).

SBK dializgacha bo'lgan davrda laborator-instrumental tekshiruvlar ketma-ketligi.

Majburiy laboratoriya tekshiruvlari:

1. Umumiy qon tahlili (kamida 2 oyda 1 marta).
2. Umumiy siydik tahlili (kamida 1 oyda 1 marta).
3. Nechiporenko bo'yicha siydik tahlili (kamida 1 oyda 1 marta).
4. Gematokrit (kamida 2 oyda 1 marta).
5. Koptokchalar filtratsiyasi tezligini CKD-EPI formulasi yordamida aniqlash.
6. Qonning biokimyoviy tahlili: kreatinin, mochevina, umumiy oqsil, bilirubin, kaliy, natriy, kalsiy, fosfor (kamida 2 oyda 1 marta).

Majburiy instrumental tekshiruvlar:

1. Qorin bo'shlig'i, buyraklar, siydik pufagi UTT (birlamchi tekshiruvda, keyinchalik buyraklar UTT har olti oyda 1 marta).
2. Radioizotop renossintigrafiya (buyraklarning azot ajratuvchi funksiyasi saqlanganda).
3. EFGDS (birlamchi tekshiruvda 3a-3b bochiqdagi SBKda, keyinchalik zaruratga qarab, ammo kamida bir yilda 1 marta).
4. Ko'krak qafasi a'zolarining obzor rentgenografiyasi (kamida bir yilda 1 marta).
5. EKG (kamida bir yilda 2 marta).
6. ExoKS (kamida bir yilda 1 marta).

Ko'shimcha instrumental va laboratoriya tekshiruvlari:

1. KIIQS-gramma.

2. Buyrak tomirlari UTT.
3. Paratgormon miqdori.
4. Densitometriya.
5. Gemostaziogramma.
6. Transferrin, ferritin, qonning umumiy temirni bog'lash xususiyati.

Tor soha mutaxasssilar maslahatlari: ko'rsatmalar bo'yicha.

Tashhishlash: KFT pasayishi, buyraklar poritsal xususiyatlarini, buyraklar azot ajratish funksiyasining pasayishi muhim mezonlardir. SBKning klinik belgilari ma'lum vaqt bo'lmasligi mumkin, shunda SBKning "xavfsizligi" yoki "zararsizligi" haqida tasavvur hosil bo'ladi. Hayotga xavf solmaydigan SBKlar bo'lmaydi. SBK klinik belgilari asta-sekin paydo bo'ladi, bu patologik jarayonga barcha a'zolar va tizimlarning jalb etilishi bilan izohlanadi. Bu belgilar: intoksikatsion sindrom, kamqonlik, renal osteodistrofiya, detoksikatsiya a'zolarining aseptik yallig'lanishii, poliserozitlar, endokrin o'zgarishlar (giperparatireoidizm, giperkortitsizm, giperaldosteronizm, giperprolaktinemiya, giperinsulinemiya, giperestrogenemiya), gemoreologik buzilishlar, parenximatoz a'zolarining distrofik o'zgarishlari, yog'lar, uglerod, oqsil, suv-elektrolit almashuvining buzilishi.

Davolash tadbirlarining ketma-ketligi. SBKga chalingan bemorlarni davolashning muhim jihati buyrak yetishmovchiligi rivojlanishi va zo'rayishining oldini olishdir. Bunda SBK rivojlanishi va zo'rayishining xavf omillariga ta'sir ko'rsatish zarur. Bu xavf omillari ikki toifaga ajratiladi: modifikatsiyalanmaydigan va modifikatsiyalanadigan. Modifikatsiyalanmaydigan xavf omillariga bemorning yoshi, jinsi (erkak), irqi, nefronlar miqdorining tug'ma kamayishi, irsiy omillar kiradi. Ushbu omillarni o'zgartirib bo'lmaydi, ya'ni profilaktik modifikatsiyalanmaydi.

SBK terapiyasi ikki bosqichga bo'linadi: konservativ (dializgacha) va buyrak o'rnini bosuvchi (dializ va transplantatsiya).

Dializ terapiyasini boshlash uchun ko'rsatmalar:

1. KFT $15 \text{ ml/min/1,73m}^2$ dan pasaygan
2. Qonda kaliy miqdori 7 mmol/l . va undan ortsa.

SBKda nefroprotektiv va gipotenziv davo sifatida sifatida: angiotenzin aylantiruvchi ferment ingibitorlari (enalapril, lizinopril, perindopril) arterial qon bosimini $140/80 \text{ mm.s.u.}$ dan past ko'rsatkichlarda ushlab turish maqsadida buyuriladi. Ushbu preparatlarga qarshi ko'rsatma bo'lgan taqdirda, angiotenzin II retseptorlari antagonistlari (lozartan, valsartan, irbesartan, kandesartan va boshqalar) buyuriladi. Shuningdek ushbu preparatlarga qarshi ko'rsatma bo'lganda yoki bularga qo'shimcha sifatida kalsiy kanallari blokatorlari (nifedipin, amlodipin, lekarnidipin), β adrenoblokatorlar (atenolol, bisoprolol, karvedilol, nebivolol)

buyuriladi. Diuretik sifatida: Bemorda shish sindromi kuzatilganda furosemid, torasemid, veroshpiron preparatlari buyurish tavsiya etiladi.

SBKda antiagregant terapiya: asetilsalitsil kislota, dipiridamol pentoksifillin va alltrombosepin preparatlari tavsiya etiladi.

SBK bilan bog'liq anemiyani davolash: temir preparatlari (epoetin alfa, epoetin beta), V_{12} vitaminlar, folat kislota qo'llaniladi. Temir (III) gidroksid, saxaroz kompleks, temir (III) gidroksid polimaltozat va poliizomaltozat, temir sulfat kabi temir preparatlaridan foydalaniladi. Gemoglobin (Hb) miqdori 100-110 g/l dan kamayganda va ferritin miqdori 500 mkg/l dan yuqori bo'lganda terapiyaga odam rekombinant eritropoetin preparatlarini kiritish uchun ko'rsatmalar yuzaga keladi. Ferritinni aniqlash imkoni bo'lmaganda eritropoetin preparatlarini tayinlash uchun ko'rsatma temir preparatlari bilan terapiyaga rezistent anemiya bo'ladi. Eritropoetinning boshlang'ich dozasi - taxminan 20 TB/kg haftada 3 marta t/o yoki 30 TB/kg haftada 3 marta v/i. Dastlabki terapiya taxminan bir oy olib boriladi va keyinchalik Nv va Ht aniqlanadi. Terapiyaning maqsadi - Ht 30-35%, Nv 100-120 g/l ko'rsatkichlarga erishish. Ht va Nv ning maqsadli qiymatlariga erishilganda eritropoetin dozasi oldingisidan 50 foizga kamaytiriladi. Agar eritropoetinga rezistentlik yuqori bo'lib, terapiyadan samara bo'lmasa, bu preparat bilan davolashdan voz kechishga to'g'ri keladi.

SBKda eroziv gastroduodenit: vodorod pompiasi blokatorlari ko'llaniladi (omeprazol 20 mg bir kunda 1-2 mahal va b.).

SBKda renal osteopatiya: kalsiy va vitamin D preparatlarini tayinlash. Vitamin D yetishmasligini baholashning bilvosita usullarini qo'llash mumkin. Giperparatireoidizmga qarshi kurashish uchun kalsitriol preparatlaridan foydalaniladi.

SBKda giperfosfatemiya: fosfor miqdori 1,78 mmol/l (5,5 mg/dl) dan yuqori bo'lgan bemorlarga kalsiy (kalsiy karbonat), alyuminiy asosidagi fosforni bog'lovchi preparatlardan foydalanish majburiydir. Elementar kalsiyning preparatdagi umumiy dozasi sutkada 1500 mg dan oshmasligi, ozuqa mahsulotlaridagi kalsiyni ham qo'shganda esa umumiy doza sutkada 2000 mg dan oshmasligi kerak. Tarkibida kalsiy bo'lgan preparatlardan giperkalsiemiya (qonda kalsiy miqdori 2,54 mmol/l yoki 10,2 mg/dl dan ortiq), shuningdek tomirlar va to'qimalarni gipokalsifikatsiyalanishida foydalanib bo'lmaydi. Fosfor konsentratsiyasi 2,25 mmol/l dan yuqori bo'lganda fosforni bog'lovchi alyuminiy preparatlarini qisqa kurs bilan (4 haftagacha) qo'llash mumkin. Parhezda tarkibida fosfor miqdori ko'p bo'lgan mahsulotlarni cheklash majburiy.

SBKda enterosorbent terapiya: endogen intoksikatsiyani kamaytirish maqsadida ichak enterosorbentlaridan polisorb, enterogel, filtrum, laktuloza faollashtirilgan ko'mirdan hamda ichak dializi maqsadida sorbit, enterodial va

Yanga eritmasidan foydalaniladi.

SBK bilan ogrigan bemorlar uchun tavsiya etiladigan parxez: nutritiv statusni yaxshilash maqsadida almashtirib bo'lmaydigan aminokislotalar ketoanaloglaridan ketosteril, prorenal, ketobest, nefroket, ketosan kabi preparatlar quyidagi tavsiya etiladigan parxezga amal qilish sharti bilan buyuriladi.

Non va non maxsulotlari. Oqsilsiz, makkajo'xori kraxmalidan tayyorlangan non, bug'doyli oq non, kepakli (axloridli) non.

Turli xil sho'rvalar. Sabzavot, mevalar qo'shilgan, go'shtsiz, tuzsiz tayyorlanadi.

Go'shtli va baliqli taomlar. Yog'siz mol, buzoq, tovuq, kurka go'shtlari; bo'laklangan yoki mayda qiymalangan quyon go'shti avval suvda pishirilib, sungra qovuriladi.

Baliqli taomlar. Yog'siz baliq (sudak, okun, cho'rtan, avval suvda qaynatilib, so'ngra qovuriladi, bo'laklangan yoki mayda qiymalangan.

Sabzavot va ko'katlardan taom va garnirlar. Kartoshka, sabzi, lavlagi, gulkaram, salat barglari, bodring, petrushka, ko'k piyoz, suvda pishirilgan, tabiiy xolda.

Yorma, dukkaklilar, makaron maxsulotlari man qilinadi yoki keskin cheklanadi. Oksili kam makaronlar suvda, sutda bo'tqa, puding, kotlet, palov xolatida pishiriladi.

Tuxumli taomlar. Oksilli quymok va taomlarda (kuniga 1 ta tuxum).

Sut, sut maxsulotlari cheklangan mikdorda.

Qayla va ziravorlar. Sutli, tomatli, oksilsiz, shirin, nordon, sabzavotli va mevali qaylalar; go'shtli, baliqli va qo'zikorinli kaynatmalar man kilinadi.

Ichimliklar. Na'matak damlamasi, achchiq bo'lmagan choy va kofe, mevali sharbatlar, sabzavotli xom sharbatlar.

Yog'lar. Turli xil qiyin eriydigan (qo'y, mol) yog'lardan tashqari.

Shirin taomlar, shirinliklar, mevalar. Jele, shakar, asal, murabbo, konfet, turli xil mevalar xom va suvda pishirilgan xolda. Mevali sharbatlar. Oshqovoq, tarvuz, qovun tavsiya qilinadi.

Bemorlar sanator-kurort muassasalariga yuboriladi (Sitorai Moxi Xosa va b.q. sanatoriylar), <https://sihatgoh.uz>.

AMBULATOR SHAROITDA “NEYROGEN QOVUQ” TASHXISI BO‘LGAN BEMORLARNI KUZATISH ALGORITMI

I. Kasallikka umumiy ta’rif

Neyrogen qovuq - bu pastki siydik yo‘llari va qovuqning faoliyatini boshqaradigan nervlarda (bosh miya, orqa miya va ulardan keladigan nerv tomirlari) kuzatilgan shikastlanishlar natijasida yuzaga keladigan qovuq disfunksiyasi (yaxshi qisqarmaslik yoki spazm) hisoblanadi. Bemorlarda asosan siydik tutaolmaslik, kam-kamdan tez-tez siyish, siydik ajratishga imperativ talab yoki siydik tutilib qolishi kabi shikoyatlar uchraydi. Ushbu sanab o‘tilgan shikoyatlarning barchasi insonlarni hayot sifatini, mehnatga bulgan layoqatini yomonlashtirib qolmasdan balki ruhiy stressga ham sababchi buladi. Shunga ko‘ra, bu faqatgina kasallik sifatida emas sotsial muammo sifatida ham qaraladi. Butun dunyo sog‘liqni saqlash tashkiloti bergan ma’lumotlarga ko‘ra mamlakatlar kesimida xar 10.000 aholini 2,7 dan 5,9 tasida uchraydi. Ayniqsa Parkinsonizm, tarqoq skleroz, insult, bosh va orqa miyada orttirilgan jarohatlar, kimyoterapiyalardan so‘ng kasallikning uchrash ehtimoli yanada yuqori.

II. Ambulator-poliklinika sharoitida amalga oshiriladigan tadbirlar ketma-ketligi

Statsionar davodan so‘ng kasallikni asoratlarini oldini olish bemor hayot sifatini yaxshilash uchun ambulator-poliklinika sharoitida quyidagi chora tadbirlar ijrosini ta’minlash:

- bemorlarni o‘z vaqtida “D” nazorat guruhiga olish va yillik reabilitatsiya (metafilaktika) chora tadbirlarini belgilash;
- yiliga 2 marta tor soha mutaxassislari tomonidan (ushbu kasallikda bemorlar nevropatolog hamda urologlar nazoratida turadi) tibbiy ko‘rik, buyrak va qovuq ultratovushi hamda urofloumetriya tekshiruvini o‘tkazish;
- nevropatolog va urolog tomonidan tavsiya etilgan dorig‘vositalarini o‘z vaqtida qabul qilish;
- har chorakda patronaj tashkil etish;
- faol turmush tarzini olib borish;
- zararli odatlarni cheklash;
- kasallikning yuzaga kelishida asosiy sababchi omilni doimiy nazorat qilish;

bemorlar sanator-kurort muassasalariga yuboriladi (Sitorai Moxi Xosa sanatoriysi va b.q.), <https://sihatgoh.uz>.

AMBULATOR SHAROITDA “PROSTATA BEZINING XAVSIZ GIPERPLAZIYA SI” TASHXISI BO‘LGAN BEMORLARNI KUZATISH

ALGORITMI

I. Kasallikka umumiy ta’rif

Prostata bezining xavfsiz giperplaziyasi bu prostata bezining stromal va epitelial to‘qima hujayralarining giperplaziyasi bilan kechadigan kasallik hisoblanadi. Prostata bezining umumiy xajmi kattalashishi natijasida pastki siydik yo‘li siqilib bemorlar asosan siydik oqim tezligining pasayishi va qiynalib siyishga shikoyat qilishadi. Yevropa urologlar assotsiatsiasiga bergan ma’lumotlarga ko‘ra, kasallik asosan 50 yoshdan oshgan erkaklarning qariyb 85% da uchraydi. Kasallik belgilari natijasida bemorning hayot sifati pasayadi.

II. Ambulator-poliklinika sharoitida amalga oshiriladigan tadbirlar ketma-ketligi

Operativ davo chorasi yoki statsionar davodan so‘ng kasallikning erta va kechki asoratlarini oldini olish uchun ambulator-poliklinika sharoitida quyidagi chora tadbirlar ijrosini ta’minlash:

- bemorlarni o‘z vaqtida “D” nazorat guruhiga olish va yillik reabilitatsiya (metafilaktika) chora tadbirlarini belgilash;
- har chorakda patoronaj tashkil etish;
- faol turmush tarzini olib borish;
- yiliga 2 marta tor soha mutaxassislari tomonidan tibbiy ko‘rik, umumiy siydik tahlili, buyrak va qovuq ultratovush tekshiruvi;
- skrining maqsadida yiliga bir marotaba urofloumetriya o‘tkazish;
- prostata bezi va qovuqda xavfli o‘sma rivojlanish extimolligini kamaytirish uchun tamaki chekish, spirtli mahsulotlar iste’mol qilishni ma’n etish;

Bemorlar sanator-kurort muassasalariga yuboriladi (Umid Gulshani sanatoriysi va b.q.), <https://sihatgoh.uz>.

AMBULATOR SHAROITDA “SIYDIK TOSH KASALLIGI” TASHXISI BO‘LGAN BEMORLARNI KUZATISH ALGORITMI

I. Kasallikka umumiy ta’rif

Siydik tosh kasalligi (Urolitiasis) – polietilogik kasallik bo‘lib, kasallik bir nechta xavfli omillarning qo‘shilib ta’sir qilishi natijasida yuzaga keladi. Toshlar siydik bilan ajratilayotgan tuzlarning konsentratsiyalanishidan buyrakning kosacha va jomlarida yoki siydik pufagida hosil bo‘ladi. Dunyo aholisining 12% ushbu kasallikdan aziyat chekadi.

Buyrakda bajariladigan jami xirurgik amaliyotlarning 30%gacha aynan urolitiaz hisobiga tugʻri keladi. Respublikada kasallikning tarqalganligi umumiy aholiga nisbatan 4,5% da boʻlib, viloyatlar kesimida esa eng past koʻrsatkich - 0.9% Toshkent shahrida, eng baland koʻrsatkichlar – 7,7% va 8,5% Qoraqolpagʻiston Respublikasi hamda Buxoro viloyatiga mos ravishda tugʻri keladi. Taqqoslab koʻrish uchun, dunyoning boshqa mamlakatlarida Rossiyada umumiy aholiga nisbatan 3,4% ni tashkil etsa, Italiyada bu koʻrsatkich 3,5%. Ushbu kasallik faqat dunyoda emas, bizning mintaqada ham ovqat ratsionining oʻzgarishi va butun dunyodagi iqlimning tobora issiq va quruqlashib borishi natijasida aholi orasida kengayib bormoqda. Bundan tashqari, siydik tosh kasalligidan xirurgik yoki medikamentoz yoʻl bilan batamom xolis boʻlgan insonlarda xam, vaqt oʻtishi bilan kasallikning qaytalanish ehtimolligi yuqori. Statistika koʻra, 1 yildan soʻng kasallik qayta uchrashi 8,0%, 2 yildan soʻng 22,0%, 3 yil va undan koʻproq muddatda 30,0% ni tashkil etadi. Shuning uchun, kasallikni profilaktikasi bilan bir qatorda metafilaktikasini xam tugʻri tashkillashtirish juda muhim hisoblanadi.

II. Ambulator-poliklinika sharoitida amalga oshiriladigan tadbirlar ketma-ketligi

Operativ davo chorasi yoki statsionar davodan soʻng toshdan holis boʻlgan bemorlarda yana qaytadan tosh hosil boʻlishini oldini olish uchun ambulator-poliklinika sharoitida quyidagi chora tadbirlar ijrosini taʼminlash:

- bemorlarni oʻz vaqtida “D” nazorat guruhiga olish va yillik reabilitatsiya (metafilaktika) chora tadbirlarini belgilash;
- yiliga 2 marta tor soha mutaxassislar tomonidan tibbiy koʻrik, umumiy siydik tahlili va buyrak ultratovush tahlili oʻtkazish;
- har chorakda patronaj tashkil etish;
- toshlarning tarkibiga qarab bemorlar uchun parhez shakllantirish, №6 parhez stoli tugʻrisida toʻliq maʼlumot berish;
- bemorlarning parvarishida bevosita yaqin qarindoshlarning ham oʻrni borligi tufayli bemorga tavsiya etiladigan va maʼn etiladigan mahsulotlar tugʻrisida faqat bemorning oʻziga emas oila aʼzolariga xam tushuntirish berish;
- buyrak tosh kasalliklariga ixtisoslashtirilgan sanator kurort sihatgohlariga yoʻllanma berish (masalan, Zangiota sihatgohi, Mineral suvlar, Chortoq, Omonxona kabi oromgohlar);
- kunlik isteʼmol qilinadigan suv miqdorini oshirish orqali, kundalik ajraladigan siydik miqdorini 2 litrdan oshirish;

bemorlar sanator-kurort muassasalariga yuboriladi (Sitorai Moxi Xosa sanatoriysi va b.q.), <https://sihatgoh.uz>.