

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ
Ə.ƏLİYEV adına AZƏRBAYCAN DÖVLƏT
HƏKİMLƏRİ TƏKMİLLƏŞDİRMƏ İNSTİTUTU

Əlyazması hüququnda

MUSA QARA OĞLU ABBASOV

YÜKSƏK TEXNOLOGİYALI TİBBI YARDIMLARDA
ANESTEZIOLOGIYA VƏ REANIMATOLOGIYA
XİDMƏTLƏRİNƏ TƏLƏBATIN HƏCMI VƏ
KEYFİYYƏT SƏCIYYƏLƏRİ

3212.01 – Səhiyyə və onun təşkili

Tibb üzrə fəlsəfə doktoru alimlik dərəcəsinə iddialı
dissertasiyanın

AVTOREFERATI

BAKI -2013

Dissertasiya işi Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunda yeri

Elmi rəhbər:

Tibb elmləri doktoru, professor

K.N.Hacımuradov

Elmi məsləhətçi:

Əməkdar elm xadimi,
tibb elmləri doktoru, professor

F.B. Ağayev

Rəsmi opponetlər:

Tibb elmləri doktoru

M.M.Ələkbərov

Tibb üzrə fəlsəfə doktoru

Ş.S.Hüseynova

Aparıcı təşkilat – Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin V. Axundov adına Milli Elmi Tədqiqat Tibbi Profilaktika İnstitutu (Elmi araşdırmalar və səhiyyənin təşkili şöbəsi)

Müdafiə “ 22 ” 11__ 2013-cü ildə saat _____ - da Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun nəzdində FD.03.041 Dissertasiya Şurasının iclasında keçiriləcəkdir.

Unvan: AZ 1012, Bakı ş., Tbilisi prospekti, məhəllə 3165

Dissertasiya işi ilə Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun kitabxanasında tanış olmaq olar.

Avtoreferat “ _____ ” “ _____ ” 2013-cü ildə göndərilmişdir.

FD 03.041

Dissertasiya Şurasının

elmi katibi

t.ü.f.d. G.H.Sadıqova

İŞİN ÜMUMİ XARAKTERİSTİKASI

Mövzunun aktuallığı. Müasir səhiyyənin ən mühüm səciyyələrindən biri elmi–texniki tərəqqiyə əsaslanan yüksək texnologiyalı tibbi yardımın (YTTY) geniş istifadəsi və bununla bağlı yaranan problemlərin həlli yollarının əsaslandırılmasıdır [Бокерия Л.А., Маперова О.А., Евграфова О.В., 2003; Бокерия Л.А., Глянцев С.П., Миливская Е.Б., 2004; Перхов В.И., 2009; Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Самородская И.В., Гаджинская М.С., Ермоленко М.Л., 2010; Мартынчик С.А., Хомяков С.М., 2010 və başqaları]. Bütün inkişaf etmiş ölkələrdə tətbiq olunan YTTY son illərdə postsovet ölkələrində də, o cümlədən Azərbaycanada istifadə olunur [Джавадов Ф.Г., 2006; Əsədov A.Q., 2010. Белостоцкий А.В. 2010. Белостоцкий А.В., 2010; Рыбальченко И.Е., 2011]. YTTY bahalı olduğuna görə onun təşkilini tənzimləyən xüsusi təlimatlar hazırlanmış və yardımın əhaliyə pulsuz göstərilməsi qaydaları və ardıcılığı müəyyən olunmuşdur [Вялкова Г.М., Бойченко Ю.Я., 2004]. YTTY-nin böyük qismi kardiocərrahiyyənin rayına düşür. Hələ sovet dövründə böyük potensialı olan A.Bakulev adına Kardiocərrahiyyə Mərkəzində YTTY-nin keyfiyyətini və effektivliyini artırmaq üçün xüsusi təşkilati-metodik konsepsiya hazırlanmışdır [Бокерия Л.А., Маперова О.А., Евграфова О.В., 2003; Бокерия Л.А., Глянцев С.П., Миливская Е.Б., 2004; Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Самородская И.В. и др. 2008; Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Самородская И.В., Гаджинская М.С., Ермоленко М.Л., 2010.]. Rusiyanın həm mərkəzində, həm də regionlarında fəaliyyət göstərən YTTY şəbəkəsinin işi barədə ədəbiyyatda müntəzəm elmi-analitik məqalələr nəşr olunur [Полушин Ю.С., Богомолов Б.Н., Сериков В.В., 2000; Бокерия Л.А., Маперова О.А., Евграфова О.В., 2003; Бокерия Л.А., Глянцев С.П., Миливская Е.Б., 2004; Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Самородская И.В. и др. 2008; Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Самородская И.В., Гаджинская М.С., Ермоленко М.Л., 2010; Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Самородская И.В., Гаджинская М.С., Ермоленко М.Л., 2010; Мартынчик С.А., Хомяков С.М., 2010; Ломакин А.Г., Шевченко Е.А., 2010; Кучеренко В.З., Мартынчик С.А., Хомяков С.М., 2010; Белостоцкий А.В. 2010 və b.]. YTTY sahəsində təcrübəsi geniş olan inkişaf etmiş ölkələrdə də təşkilati baxımdan problemlər müşahidə olunur [Gemke R., Bonsel G., Van Vught A., 1994; Starsnie M.A.,

Guafuert D.M. Morris M-C 1997; Schonhofer B., Euteneuer S., Nava S. E., 2002]. YTTY-nın effektivliyi üçün əsas şərtlərdən biri adekvat anestezioloji və reanimatoloji təminat hesab edilir [Norris C., Jacobs P., Rapoport J., 1995; Kelan S., Dodek P., Chan K. et.all, 2002; Dimick J., Pronovost P., Lipsett P., 2003; Kane M.R., Smith A.J., 2004 və b.]. Ədəbiyyatda anestezioloji və reanimatoloji yardımın təşkili barədə məlumatlar nisbətən məhdud olsa da [Котов Ю.А., 1996; Соколовский В.С., 1998; Серебряков И.Ю., 2002; Брацлавский В.Б., 2007; Сливин О.А. 2007] YTTY sistemində çox cüzdür. Bütün qeyd olunanlar, Azərbaycanda yeni vüsət almış YTTY-da anestezioloji və reanimatoloji xidmətlərin təşkilini səciyyələndirməyin aktual məsələ olduğunu sübut edir.

Tədqiqatın məqsədi: YTTY–da anestezioloji, reanimatoloji və intensiv terapiya xidmətlərinin həcmi və keyfiyyət göstəricilərini qiymətləndirməklə onların təşkilinin mükəmməlləşdirilməsi yollarının əsaslandırılması.

Tədqiqatda həll olunmuş məsələlər:

- YTTY sistemində hospitallaşmanın səbəbləri və nəticələrinin qiymətləndirilməsi;
- YTTY sistemində cərrahi fəaliyyətin səciyyələrinin aşkar edilməsi;
- YTTY sistemində anestezioloji xidmətin xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi;
- YTTY sistemində reanimatoloji yardımın səciyyələrinin qiymətləndirilməsi;
- YTTY-da anestezioloji və reanimatoloji xidmətlərinə tələbatın və onların keyfiyyətinin yaxşılaşdırılması yollarının əsaslandırılması.

Alınmış nəticənin elmi yeniliyi. İlk dəfə ölkədə YTTY sistemi fəaliyyətinin tibbi nəticələri kompleks qiymətləndirilmiş, onlara təsir edən amillər aşkar edilmiş və yaxşılaşdırma yolları əsaslandırılmışdır. YTTY sistemində cərrahi fəaliyyətin rolu və yeri müəyyən edilmiş, neqativ nəticələrinin kompleks səciyyələri verilmişdir. YTTY sistemində anestezioloji və reanimatoloji xidmətlərin həcmi və keyfiyyətini kompleks qiymətləndirmə metodologiyası əsaslandırılmış, həkim anestezioloq–reanimatoloqun iş yükünün normativ bazası müəyyən edilmişdir. YTTY şəbəkəsinin fəaliyyətində planlaşdırılmasında

cərrahi əməliyyatların mürəkkəbliyinin anestezioloji riskin, pasiyentlərin əməliyyatın somatik durumunun və əməliyyatdan sonra ağırlıq dərəcəsinin rolu əsaslandırılmışdır. Anestezioloji və reanimatoloji xidmət həcmnin və keyfiyyətinin optimallaşdırılması imkanları göstərilmişdir.

Alınmış nəticələrin praktiki əhəmiyyəti. Tədqiqatda YTTY sistemində cərrahi müdaxilənin neqativ nəticələrinin, o cümlədən fəsad və letallığın səbəbləri aydınlaşdırılmış, onların profilaktikasının istiqamətləri müəyyən edilmişdir. Anestezioloji yardımın həcmi və keyfiyyətini müəyyənləşdirən meyarlar barədə alınmış nəticələr həkim - anestezioloq və reanimatoloqların əməyinin adekvat planlaşdırılmasına imkan verir və anestezioloji fəaliyyətin iş vaxtının büdcəsində xüsusi çəkisini təyin edərək əmək resurslarından optimal istifadə yollarını göstərir .

Anestezioloji və reanimatoloji yardıma tələbatın həcminə təsir edən amillərin rolu barədə alınmış məlumatlar YTTY sistemində çalışan mütəxəssislərin əməyini qiymətləndirməkdə istifadə oluna bilər və əsaslandırılmış plan-normativ göstəricilər ARYT bölmələrinin ştat cədvəllərinin tərtibi üçün hesab oluna bilər.

Alınmış elmi-praktik nəticələrin tətbiqi. Anestezioloji və reanimatoloji xidmətlərin plan-normativ göstəriciləri, mütəxəssislərin əmək fəaliyyətinin planlaşdırılması və qiymətləndirilməsi meyarları, cərrahi fəaliyyətin neqativ nəticələrinin profilaktikası barədə tövsiyələrdən YTTY sistemlərində istifadə edilir.

YTTY sistemində cərrahi fəaliyyətin, anestezioloji və reanimatoloji xidmətlər həcmnin adekvat qiymətləndirilməsi metodikası həkim-anestezioloq və reanimatoloqların, eləcə də səhiyyə təşkilatlarının diplomdansonrakı hazırlıq mərhələsində tədris olunur.

Dissertasiya işinin aprobasiyası. Alınmış nəticələr barəsində Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun ümumrespublika konfransında məruzə edilmişdir. İşin ilkin müzakirəsi Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun “Sosial gigiyena və səhiyyənin təşkili”, “Gigiyena”, “Farmasiya” kafedralarının birgə iclasında keçirilmişdir (11.12.2012, pr.№5). Dissertasiya işinin ilkin aprobasiyası Ə. Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu nəzdindəki FD 03.041 sayılı dissertasiya Şurasının aprobasiya seminarında aparılmışdır (10.07.2013, pr. №2).

Nəşr olunmuş əsərlər. Dissertasiya işinin əsas müddəaları və nəticələri 8 məqalədə, o cümlədən 2 xaricdə müvafiq ölkələrin Ali Attestasiya Komissiyalarının siyahısında olan jurnallarda çap edilmişdir.

Dissertasiya işinin həcmi və strukturu. Dissertasiya işi giriş, ədəbiyyat icmalı (I fəsil), material və metodlar (II fəsil) və şəxsi nəticələri əhatə edən 3 fəsildən (III, IV, V), nəticələrdən, praktik tövsiyələrdən və ədəbiyyat siyahısından ibarətdir. İşin mətni kompüterdə 165 səhifədə yığılmış, 16 cədvəl və 15 şəkillə zənginləşdirilmişdir. İstifadə olunan ədəbiyyat mənbələrinin sayı 171-dir, onlardan 4-ü azərbaycan dilində, 167-si isə rus və ingilis dillərindədir.

Dissertasiya işinin müdafiəyə çıxarılan əsas müddəaları:

- YTTY xüsusi strukturu, mürəkkəbliyi və əhatə dairəsi ilə səciyyələnən kontingent üçün nəzərdə tutulduğuna görə onun nəticələri, normativ plan-göstəriciləri fərqli yanaşma ilə adekvat qiymətləndirilə bilər;
- YTTY sistemində anestezioloji xidmətlərə tələbat cərrahi aktivlikdən, əməliyyatın mürəkkəbliyi və həcmindən, anestezioloji riskdən asılı dəyişir və onun qiymətləndirilməsi fərdi qaydada olmalıdır;
- YTTY sistemində reanimatoloji və intensiv terapiya xidmətlərinə tələbat yüksəkdir və onun plan-normativ göstəriciləri xüsusi metodologiya ilə əsaslandırıla bilər.

TƏDQIQATIN MATERIALLARI VƏ METODLARI

YTTY müəssisəsində hospitallaşmanın səbəblərini və müalicənin nəticələrini qiymətləndirmək üçün aşağıdakı ilkin qeydiyyat sənədləri istifadə olunmuşdur:

- Stasionar xəstəsinin tibbi kartı (forma №003/9);
- Epikrizlər;
- Stasionardan çıxan xəstənin statistik kartı (forma № 066/9).

Müalicənin nəticələri aşağıdakı meyarlarla qiymətləndirilmişdir: sağalma, yaxşılaşma, pisləşmə və letallıq müalicə müddətinin səviyyəsi; müalicə zamanı fəsadlaşmaların yaranması, xəstələrin məmnunluğu.

Cərrahi əməliyyatlar həcminə və xarakterinə görə 4 qrupa bölünmüşdür (kiçik həcmli, orta ağırlıqlı, geniş həcmli və ürəkdə, iri damarlarda baş beyində aparılan əməliyyatlar). Bu bölgü üçün əsas meyarlar

Rusiyada qəbul olunmuş və rəsmən Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən təsdiq edilmiş təsnifata görə müəyyənləşdirilmişdir. Ayırd etdiyimiz qruplar müvafiq olaraq 1,2,3 və 4 balla qiymətləndirilmişdir.

Komorbidlik əmsalı Charlson [102] tərəfindən 1987-ci ildə yanaşı xəstəliklərin ağırlıq dərəcəsinin ballarla qiymətləndirilməsi əsasında hesablanmışdır.

Anestezioloji riskin qiymətləndirilməsində Rusiya Federasiyasının Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən təsdiq edilmiş meyarlar toplumu tətbiq edilmiş və 5 növ (dərəcə) risk ayırd edilmişdir.

Həkim anestezioloq–reanimatoloqun iş yükü iki variantda qiymətləndirilmişdir. Birinci variant şərti olaraq “normativ” variant hesab edilir.

Normativlərdən istifadə etməklə aşağıdakı hesablamalar aparılmış və bir anesteziya əməliyyatının orta müddəti hesablanmışdır:

$$A\Theta_{om} = \frac{(A_1 \times t_1 + A_2 \times t_2 + A_3 \times t_3 + A_4 \times t_4)}{Ac}, \text{ burada}$$

$A\Theta_{om}$ –bir anestezioloji əməliyyatın orta müddəti (saat);

A_1, A_2, A_3 və A_4 – anesteziya əməliyyatının növlərinə görə sayı

(A_1 – spontan tənəffüslə venadaxili və inqalyasion anesteziyaların sayı; A_2 – spontan tənəffüslə regionar anesteziyaların sayı; A_3 – ağciyərlərin süni ventilyasiyası ilə orta və iri həcmli əməliyyatlarda həyata keçirilən anesteziyaların sayı; A_4 – ağciyərlərin süni ventilyasiyası ilə ağır cərrahi əməliyyatda həyata keçirilən anesteziyaların sayı);

t_1, t_2, t_3 və t_4 müvafiq olaraq A_1, A_2, A_3 və A_4 anesteziyaların hər biri üçün nəzərdə tutulmuş vaxtın norması; Ac –bütün anestezioloji əməliyyatların ümumi sayı (cəmi).

Həkim anestezioloq-reanimatoloqun əməyinin mürəkkəbliyini nəzərə alaraq onun iş yükünün müəyyənləşdirilməsi metodikasını da tərəfimizdən adaptasiya olunmuş və tətbiq edilmişdir.

YTTY müəssisəsində həkim anestezioloq – reanimatoloqun reanimasiya və intensiv terapiya üzrə fəaliyyətini qiymətləndirmək üçün aşağıdakı meyalardan istifadə olunmuşdur :

- reanimasiya və intensiv terapiya yardımı almış xəstələrin ümumi illik sayı və hospitallaşdırılmış pasiyentlər arasında xüsusi çəkisi;

- təqvim ili ərzində bir həkim anestezioloq – reanimatoloq vəzifəsinə düşən reanimasiya və intensiv terapiya almış pasiyentlərin orta sayı (X);
- reanimasiya bölməsində pasiyentlərin ağırlıq dərəcəsinə görə strukturu; təsnifat üçün aşağıdakı bölgü istifadə olunmuşdur: kompensasiya durumu (1 bal), konservativ müalicə tələb edən dekom-pensasiya durumu (2 bal), aparat vasitəsi ilə pozulmuş funksiyaların bərpasını tələb edən dekom-pensasiya durumu (3 bal).

Reanimasiya yardımının keyfiyyəti ekspert qiymətləndirməklə onun faktiki durumunu standartlarla müqayisə etməklə müəyyən olunmuşdu.

YÜKSƏK TEXNOLOGİYALI STASIONARDA HOSPİTALLAŞMANIN TƏŞKİLİ, SƏBƏBLƏRİ, CƏRRAHİ FƏALİYYƏTİ VƏ MÜALİCƏNİN NƏTİCƏLƏRİ

YTTY-nin ödənişli olması və ödənişin bilavasitə xəstələr tərəfindən təmin edilməsi bu yardımdan geniş istifadə üçün maneçilik yaratması meyli izlənilir: son üç ildə həm hospitallaşma, həm də cərrahi əməliyyatların sayı azalır; YTTY-nin əsasını cərrahi əməliyyatlar təşkil etdiyinə görə xəstəxanada cərrahi aktivlik çox yüksəkdir, amma ildən-ilə azalma tendensiyası ilə səciyyələnir; müalicə-diaqnostika prosesi intensivdir və xəstələrin stasionarda qalma müddəti qısamdır və azalma meyli ilə seçilir (4,09 gün-2008, 3,84 gün-2010-cu illərdə); YTTY əksər hallarda yetkin yaşlı göstərilir, amma hospitallaşdırılan və əməliyyat olunanlar arasında uşaqların, xüsusən 0-1 yaşlı uşaqların xüsusi çəkisinin artması meyli mövcuddur (3,1 və 12,9%-2008, 5,7 və 18,4%- 2010-cu illərdə); Hospitallaşmanın səbəbləri uşaq və yetkin əhali üçün fərqlidir: 0-1 yaşlı uşaqlar əsasən perinatal patologiyalarla bağlı, 0-17 yaşlı uşaqlar isə tənəffüs orqanları xəstəlikləri; anadangəlmə anomaliyalar, sümük-əzələ sistemi xəstəlikləri, zədə və zəhərlənmələrlə bağlı, yetkin yaşlı əhali isə qan dövranı sistemi xəstəlikləri ilə bağlı stasionar müalicəsinə qəbul edilir; YTTY xəstəxanalarında hospitallaşma səbəbləri, müalicə taktikasında cərrahi aktivlik letallıq barədə obyektiv məlumatın səviyyəsinə təsir edir. Ümumən letallığın səviyyəsi çox da yüksək deyil ($2,46 \pm 0,22$ - $1,99 \pm 0,23\%$), amma Rusiyanın müvafiq profilli mərkəzləri ilə müqayisədə bir qədər çoxdur.

Letallığın səviyyəsi 0-17 və 17 yaşdan yuxarı kontinqent arasında əsasən biri-birinə yaxındır. Letallığın səviyyəsi ən yüksək travmalarla ($8,1 \pm 1,89\%$) bağlıdır, yenitörəmələr və qan dövranı sistemi xəstəliklərində biri-birinə yaxın olub ($3,4 \pm 0,92$ və $3,6 \pm 0,46\%$) statistik dürüst kiçikdir.

Hospitallaşdırılmış pasiyentlərin tərkibinin gender, demografik və regional xüsusiyyətləri mövcuddur: kişilərin xüsusi çəkisi bütün pasiyentlər arasında 1,6 dəfə, kardiocərrahiyyə bölməsindəki pasiyentlər arasında isə 2,3 dəfə çoxdur; pasiyentlərin əksəriyyəti Bakı şəhərinin sakinləridir ($69,4\%$) və 50 yaşdan yuxarı yaşlardadırlar ($48,5\%$).

Hospitallaşma əsasən planlı həyata keçirilir ($86,4\%$). Təcili hospitallaşma əsasən kəskin miokard infarktı ($45,1\%$), travmalar və zəhərlənmələr ($29,1\%$), həzm orqanlarının kəskin cərrahi xəstəlikləri ($20,5\%$) ilə bağlıdır. Təxirəsalınmaz hospitallaşma əksər hallarda vaxtında həyata keçirilmir. Bunun səbəbi YTTY müəssisəsi ilə təcili yardım şəbəkəsi arasında əlaqənin zəifliyidir. Gecikmiş hospitallaşma kəskin miokard infarktında letallıq riskinin 2 dəfə çoxalması ilə assosiasiya olunur.

YTTY müəssisəsində cərrahiyyə sahəsində ixtisaslaşma prioritetdir; 2008-ci ildə stasionarda cərrahi əməliyyatların profillər üzrə bölgüsü ilə birinci beş yeri böyrək və sidik axarlarında ($16,8 \pm 0,49\%$), ürəkdə ($9,7 \pm 0,44\%$), sümük-əzələ sistemində ($9,4 \pm 0,43\%$) və hamiləliklə bağlı ($7,3 \pm 0,39\%$) əməliyyatlar tutur. Sonrakı illərdə əməliyyatların profillərə görə bölgüsü dəyişir və 2010-cu ildə ön plana mamalıq ($16,0 \pm 0,69\%$), ürək ($14,5 \pm 0,66\%$), qarın boşluğu orqanları ($13,2 \pm 0,64\%$) və sümük-əzələ sistemi ($14,4 \pm 0,66\%$) əməliyyatları gəlir. Ürək-damar əməliyyatlarının mütləq sayı (511-555) nisbi stabildir, strukturunda dəyişiklik şuntlama əməliyyatları prioritetinin çoxalması ilə səciyyəvidir.

YTTY müəssisəsində ambulator cərrahiyyə əməliyyatlarının sayı son üç ildə (2008-2010) 2,5 dəfə artmışdır. Ümumi artım fonunda görmə, burun, qulaq, boğaz, qadın cinsiyyət orqanlarında ambulator əməliyyatların payı azalır.

YTTY stasionarının mövcud durumunun səciyyəvi hallarından biri budur ki, orada aparılan cərrahi əməliyyatların əksəriyyəti orta ağırlıqlı (2 bal) əməliyyatlardır ($35,9 \pm 0,46\%$), nisbətən ağır (3 bal) və ən ağır (4 bal) əməliyyatların payı müvafiq olaraq $22,6 \pm 0,40$ və $13,1 \pm$

0,33% təşkil edir; 2008-2010-cu illərdə irihəcmli (3-4 bal%) əməliyyatların payı artır (23,9%-dən 46,5%-ə qədər).

Cərrahi əməliyyatlardan sonrakı fəsadlaşmaların tezliyi orta hesabla 2,64% təşkil edir, bu hal təqvim illəri üzrə dəyişir (3,5±0,32% 2009, 1,7±0,24% 2010-cu illərdə). Fəsadların əksəriyyəti xəstələrin əməliyyatönü durumu ilə (46,8±3,0%), 37,2±2,9%-i isə bilavasitə cərrahi müdaxilə ilə bağlıdır. Fəsadların tezliyi anestezioloji riskdən və əməliyyatın həcmindən asılıdır. Fəsadlaşma riski ən çox anesteziya riski 4-5, əməliyyatın həcmi 4 bal qiymətləndirilmiş əməliyyatlardan sonra müşahidə olunur. Anestezioloji risk və əməliyyatın həcmi əməliyyatlardan sonra fəsadlaşmaların ehtimalını proqnozlaşdırmaq üçün yararlıdır, prediktor kimi onların həssaslığı çox yüksək (90,3-96,6%), spesifikliyi isə orta səviyyədədir (40-70%).

Mərkəzi Klinik Xəstəxanada adətən əməliyyatdan sonra fəsadların səbəblərinin monitorinqi aparılır. Ən çox qeydə alınmış səbəblərə aid etmək olar: xəstənin rejimi pozması, kəskin ürək və tənəffüs çatmamazlığı, əməliyyatın xüsusiyyətləri, qanın reoloji xüsusiyyətləri, stəndin trombozu və daralması, yaranın irinləməsi, plevrada mayenin toplanması, eventirasiya, bağırsaqların çanağa dislokasiyası, tikiş tutarsızlığı. Fəsadların aradan qaldırılması üçün əksər hallarda (36-51%) təcili təkrar əməliyyat aparılır, nəticədə müalicənin orta müddəti 0,8 gün uzanır. Ürək-damar şöbəsində ümumi cərrahiyyə ilə müqayisədə fəsadlaşma ehtimalı 4 dəfə yüksəkdir, həm də xəstənin yaşı və komorbidliyi ilə mütənasib artır.

Əməliyyatdan sonra letallıq nisbi stabildir (0,79±0,15-0,88±0,17%) və xəstəxana üzrə letallıq səviyyəsindən azdır. Göstəricinin riski əsasən ürək-damar əməliyyatlarında yüksəkdir (8,2±3,51% qazanılmış, 7,4±2,38% anadangəlmə qüsurlarla bağlı əməliyyatlarda, 3,1±0,02% şuntlamada, 5,6±1,65% kardiostimulyatorun implantasiyasında 3,4±1,05% damar, o cümlədən 6,5±1,98% arteriya əməliyyatlarında). Letallıq riski xəstənin yaşından, əməliyyat fəsadlaşmalarından, komorbidlikdən asılı dəyişir.

Əməliyyatların effektivliyini erkən mərhələdə (hospital müalicə müddətində) kompleks qiymətləndirmək üçün fəsadlaşmaları, uğursuzluqları və neqativ sonluğu əhatə edən inteqral meyar-“əməliyyatların neqativ nəticələri” daha çox yararlıdır. Əməliyyatların neqativ nəticələrinin növlərinin tezliyi fərqlidir: <12% I dərəcəli fəsadlar (əmə-

liyyatdan sonrakı dövrədə normal əlavə yardım tələb etməyən gedişatdan kənara çıxması), 26,7-43,9% II dərəcəli fəsadlar (dərman, hemotransfuziya və parenteral qidalanma tələb edən normadan kənara çıxmalar), 37,5-61,7% III dərəcəli fəsadlar (cərrahi, endoskopik və radioloji müdaxilə tələb edən normadan kənara çıxmalar), 1,1-8,0% IV dərəcəli fəsadlar (reanimasiya və intensiv müalicə tələb edən normadan kənara çıxmalar) və 0-1% V dərəcəli fəsadlar (ölümlə nəticələnələr).

Ayrı-ayrı növ neqativ nəticələrin tezliyi təqvim illərində, anestezioloji risk, əməliyyatın həcmi, pasiyentin gender xüsusiyyəti və yaşı, həmçinin komordibliyindən asılı geniş intervalda dəyişir.

YÜKSƏK TEXNOLOGİYALI STASİYONARDA ANESTEZIOLOJİ VƏ REANİMATOLOJİ XİDMƏTLƏRİN SƏCİYYƏSİ

Hospitallaşdırılmış pasiyentlərin orta hesabla 18,4%-i (etibarlıq intervalı: 17,5-19,9%) reanimasiya və intensiv terapiya tələb edir, nəticədə həkim anestezioloq-reanimatora düşən pasiyentlərin sayı çoxalır (orta hesabla bir vahid həkimə il ərzində 43 xəstə düşür).

Reanimasiya və intensiv terapiyaya ehtiyacı olan pasiyentlərin 13,4%-i kompensasiya olunmuş durumda, 49,3%-i konservativ müalicə olunan dekompensasiya durumunda, 37,3%-i isə pozulmuş funksiyaların aparat vasitəsi ilə əvəz olunması ilə assosiasiya olunan dekompensasiya durumlarındadırlar.

Həkim anestezioloq-reanimatorun işinin ağırlığı (həcmi) YTTY stasionarının xüsusiyyətlərinə müvafiq (xəstələrin əksər hallarda ağır durumu və əməliyyatların iri həcmi) xəstələrin sayını və ağırlıq durumunu nəzərə almaqla hesablanmış inteqral meyarlara (xəstələrin sayı x ağırlıq dərəcəsinin balla səviyyəsi) qiymətləndirmək vacibdir. YTTY stasionarında bu meyarın bir həkim-anestezioloq-reanimator vəzifəsinə düşən orta səviyyəsi 292 gün bal təşkil edir.

Reanimasiya və intensiv terapiyanın effektivliyinin əsas meyarı – letallığın səviyyəsi nisbətən yüksəkdir (xronoloji orta səviyyə 42,3%). YTTY stasionarında xəstələrin müayinəsi adekvat olduğuna görə ölümün səbəblərini dəqiqləşdirmək imkanı çoxdur. Ölümün ilkin səbəbləri (ölümün bilavasitə səbəblərini yaradan xəstəliklər) arasında

əsas yerləri uşaqlarda 3 sinif patologiya (qan dövrəni xəstəlikləri və perinatal patologiyalar), böyüklərdə isə travmalar, anadangəlmə qüsurlar, qan dövrəni sistemi xəstəlikləri, yenitörəmələr və həzm orqanları xəstəlikləri tuturlar. Reanimasiya şöbəsində letallığın bilavasitə səbəbləri arasında əsas yeri qan dövrəni sistemi xəstəlikləri ($75,7 \pm 2,64\%$), o cümlədən kəskin miokard infarktı ($30,4 \pm 2,84\%$), stenokardiya ($13,7 \pm 2,12\%$), kardiomiopatiya ($8,8 \pm 1,75\%$), insult ($6,1 \pm 1,48\%$), arteriya emboliyası və trombozu ($6,1 \pm 1,48\%$) tutur. Şəkərli diabet mənşəli nefrosklerozun və yenitörəmələrlə bağlı əməliyyat fəsadlaşmalarının ölümün bilavasitə səbəbləri arasında payı müvafiq olaraq $6,8 \pm 1,55$ və $8,0 \pm 1,67\%$ təşkil edir.

Reanimasiya bölməsində letallığın pasiyentlərin yaşından asılılığını qiymətləndirmək üçün xüsusi metodoloji yanaşma (şöbədəki bütün pasiyentlərin və ölən pasiyentlərin yaşa görə strukturunu müəyyənləşdirmək onların nisbəti əsasında hesablanmış nisbi ekstensivlik göstəriciləri) işlənmiş, letallıq riskinin 20-24 yaşlarda ən az olması, sonrakı yaşlarda letallıq riskinin 40-49 yaşlardakı riskə yaxın olması sübut edilmişdir. Letallıq riskinin ən yüksək səviyyəsi kişilərdə 60-69 yaşlarda, qadınlarda isə 70 yaşdan sonra müşahidə edilir.

Reanimasiya və intensiv terapiyanın effektivliyinin meyarı kimi istifadə olunan müalicə müddətində pasiyentlərin ağırlıq durumunun dinamikasının öyrənilməsi adekvat metodik yanaşmadır. Bu metodla müalicənin effektivliyi kəmiyyətə ifadə olunur və effektivliyin prediktorları aşkar edilir. Müəyyən edilmişdir ki, orqanizmin pozulmuş funksiyaları aparat vasitəsi ilə tənzimlənən dekompensasiya durumunda (3 bal) olan pasiyentlərdə müxtəlif risk amilləri fonunda $39,9 \pm 0,23$ – $88,6 \pm 0,42$ saat ərzində kompensasiya təmin edilir. Bu müddət xəstənin yaşından ($48,3 \pm 0,27$ – $81,2 \pm 0,36$ saat), anestezioloji yardımın mürəkkəbliyindən ($60,5 \pm 0,34$ – $79,9 \pm 0,38$ saat), anestezioloji əməliyyat riskindən ($55,1 \pm 0,24$ – $80,8 \pm 0,34$ saat), anesteziya müddətindən ($51,4 \pm 0,27$ – $75,6 \pm 0,31$ saat), komorbidlik əmsalından ($53,0 \pm 0,24$ – $82,3 \pm 0,39$ saat), əməliyyatın davamından ($52,2 \pm 0,25$ – $79,3 \pm 0,37$ saat) və fəsadlaşmalardan ($39,2 \pm 0,23$ – $88,1 \pm 0,42$ saat) asılı olaraq dəyişir.

Reanimasiya və intensiv müalicənin tibbi-iqtisadi səmərəsinin meyarı hesab edilən şöbədə müalicənin orta müddəti 2,85 gün olmuş, anestezioloji yardımın mürəkkəbliyindən ($1,8 \pm 0,2$ – $3,9 \pm 0,4$ gün), anestezioloji əməliyyat riskindən ($1,4 \pm 0,4$ – $4,1 \pm 0,6$ gün), anesteziyanın

davamı müddətindən ($2,2 \pm 0,3$ və $3,0 \pm 0,6$ gün), komorbidlikdən ($2,1 \pm 0,2 - 3,4 \pm 0,3$ gün), əməliyyatın davamlıq müddətindən ($2,3 \pm 0,2$ və $3,4 \pm 0,5$ gün), fəsadların dərəcəsiindən ($0,8 \pm 0,2 - 4,1 \pm 0,1$ gün) asılı statistik dürüst dəyişmişdir.

Reanimatoloji yardımın proqramı genişdir və əsasən standartlara uyğun həyata keçirilir. İntensiv müalicə sənədlərinin ekspert qiymətləndirilməsi yol verilən qüsurların aşkarlanmasına imkan yaradır. Hesab edilir ki, xəstəxanada intensiv müalicənin standartlara uyğunluq dərəcəsi hər bir pasiyent üçün qiymətləndirilməli və bu məqsədlə xüsusi ekspert qruplarının yaradılması zəruridir.

YTTY SİSTEMİNDƏ ANESTEZİOLOJİ VƏ REANİMATOLOJİ XİDMƏTLƏRƏ TƏLƏBAT VƏ ONLARIN KEYFİYYƏTİNİN YAXŞILAŞDIRILMASI YOLLARININ ƏSASLANDIRILMASI

YTTY üçün əsas vacib olan şərtlərə aiddir:

- mürəkkəb tibbi texnologiyanı bilən və bacaran yüksək ixtisaslı təcrübəli mütəxəssislərin olması;
- mürəkkəb tibbi texnologiyanı tətbiq etmək üçün müasir elmi-texniki tərəqqi səviyyəsində maddi-texniki bazanın olması;
- YTTY -nin maliyyə təminatı.

YTTY xidməti göstərən milli tibbi kadrlar nisbətən gəncdir və təcrübələri azdır. Ona görə də əksər hallarda bəzi xarici ölkələrdən dəvət olunmuş mütəxəssislərdən geniş istifadə edilir. Xaricdən mütəxəssislərin dəvəti obyektiv zərurət olsa da tibbi və iqtisadi baxımdan problemlə ola bilər:

- xarici mütəxəssislərin ölkəyə vaxtaşırı dəvət edilməsi əhalinin YTTY-la təminatında mütəmadiliyi pozur, müalicənin nəticələrinə uzunmüddətli nəzarət imkanını məhdudlaşdırır;
- xarici mütəxəssislərin ölkəyə dəvəti əlavə məsrəflərə (həm əmək haqqı üzrə, həm də əlavə xərclər üzrə) yol açır.

Ölkədə YTTY-nin əksəriyyətinin büdcədən maliyyələşmə kvotası təcrübəsi yoxdur və əhali böyük məbləğdə vəsaiti öz şəxsi hesabına ödəməli olur. Bu amilin ən azı iki neqativ nəticə verməsi ehtimalı vardır:

- maddi durumu aşağı səviyyədə olan əhalinin böyük əksəriyyəti üçün YTTY əlçatmaz olur;

- ölkənin nisbətən gənc YTTY sistemində xidmətlərin maya dəyəri yüksək olduğuna görə məbləği ödəmək qabiliyyətində olan əhəlinin müəyyən qismi müvafiq yardımı xaricdə (İran, Türkiyə, Rusiya, Avropanın digər ölkələrində) almağa üstünlük verir.

YTTY-nın təşkilində həlledici məqsəd əhalinin tələbatı və ehtiyacın optimal ödənilməsidir. Bunun bir neçə şərtini ayırd edə bilərik:

- yardımın və yüksək keyfiyyət standartlarına müvafiq təminat;
- maddi-texniki və kadr potensialından maksimum istifadə etməklə xidmətlərin maya dəyərinin əsassız artmasına yol verməmək.

YTTY-nı vaxtında göstərmək üçün xəstələrin erkən aşkar edilməsində ilkin tibbi yardım şəbəkəsi mütəxəssislərinin və əhalinin sanitariya mədəniyyətinin rolu böyükdür. Mərkəzi Klinki Xəstəxananın reklam fəaliyyəti aktiv olsa da onun yerli tibb müəssisələr ilə əlaqəsi əslində yox dərəcəsindədir. Bunları nəzərə alaraq belə hesab edirik ki, YTTY Respublika Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən tənzimlənməlidir.

Əsasən planlı tibbi yardım üçün nəzərdə tutulan Mərkəzi Klinik Xəstəxana təxirəsalınmaz yardım göstərməyə məcburdur, çünki əhəlinin imkanlı təbəqələrini dövlət müəssisəsi qane etmir və belə ailələrdə baş verən təxirəsalınmaz tibbi yardım tələbat hadisələri YTTY müəssisəsinin kontingentini formalaşdırır. Bu zərurətin təşkilati dəstəyi olmadığına görə xəstələr hospitallaşmaya gecikir. Belə ki, hospitallaşdırılmış pasiyentlərin 13,6%-ni təşkil edən təcili hospitallaşdırılmış kontingent əksər hallarda təxirəsalınmaz tibbi hadisə baş verəndən 24 saat sonra xəstəxanaya çatdırılır. Ona görə də leqal kommersiya fəaliyyəti olan tibb müəssisəsi təcili tibbi yardımla bağlı xidmət bazasına, onun müvafiq seqmentinə diqqət yetirməlidir.

YTTY əsasən cərrahi fəaliyyətlə bağlı olduğuna görə onun keyfiyyət, nəticələri və effektivliyi bilavasitə anestezioloji və reanimatoloji xidmətlərin adekvatlığından asılıdır.

Anestezioloji yardımı adekvat planlaşdırmaq üçün ilk növbədə onun həcmnin tələbat-normativ bazası əsaslandırılmalıdır. Hər bir əmək normativi kimi anestezioloji yardımın bir vahidinə düşən vaxt əsas götürülməlidir.

Anestezioloji yardıma əməliyyatın anestezioloji təminatı və ağrı sindromunun müalicəsi kimi əmək fəaliyyətinin bir növü olaraq sərf olunan müddət bir çox amillərdən asılıdır. Bu amillərdən ən mühümlərinə aiddir: tələb olunan anesteziya metodu; xəstənin somatik duru-

mu və əməliyyatın ağırlığı ilə bağlı anestezioloji - əməliyyat riski; xəstənin yaşı, cinsi; əməliyyatın və anesteziyanın müddəti və sair. Qeyd olunan amillərdən yalnız biri (anesteziyanın müddəti) əsas, qalanları isə yardımçı meyarlardır. Yardımçı meyarlar anestezioloji yardımın həcmi dəyişdirir. Əgər yardımçı meyarlardan asılı anestezioloji yardımın həcmi dəyişmə intervalı əsaslandırılırsa, onda vahid həcmli yardıma düşən vaxtın normativi təyin edilə bilər.

Anestezioloji yardım planlaşdırmaq üçün aşağıdakı meyarların kompleksi istifadə olunmalıdır:

- anesteziya növləri və hər növ üzrə sayı;
- bir anesteziya növünə sərf olunan orta müddət əsasında müəssisə üzrə yekun orta kəmiyyət;
- həkim anestezioloq-reanimatoloqun təqvim ilində məzuniyyəti, istirahət və bayram günləri nəzərə almaqla orta illik iş vaxt büdcəsi;
- anestezioloji yardımın mürəkkəbliyi, anestezioloji əməliyyat riski, anestezioloji yardımın müddəti, anestezioloji yardımın həcmi;
- bir həkimin faktiki təmin etdiyi və plan üzrə öhdəliyinin anestezioloji yardım həcmi ballar üzrə səviyyəsi.

Anestezioloji yardım həmçinin reanimasiya və intensiv terapiya ilə sıx bağlıdır. Həkim anestezioloq – reanimatoloqun anestezioloji fəaliyyəti fərdi (yəni müəyyən müddət ərzində yalnız bir xəstə ilə məşğul olması) xarakter daşdığı halda, reanimasiya və intensiv terapiya xidməti qrup şəklində, palatada yerləşdirilmiş pasiyentinə yönəlir. Ona görə də bu işin həcmi normallaşdırmaq üçün bir qədər fərqli yanaşma tələb edilir. Tədqiqatımızın nəticələrinə görə reanimasiya və intensiv terapiya yardımını kəmiyyətə görə səciyyələndirmək üçün aşağıdakı kompleks meyarlardan istifadə edilməlidir:

- hospitallaşdırılmış pasiyentlərin reanimasiya və intensiv terapiyaya tələbatının səviyyəsi (reanimasiya və intensiv terapiya almış pasiyentlərin bütün kontingent arasında payı);
- təqvim ili ərzində bir həkim anestezioloq – reanimatoloq vəzifəsinə düşən reanimasiya və intensiv şöbənin orta sayı;
- xəstənin reanimasiya intensiv terapiya bölməsində müalicəsinin orta müddəti;
- reanimasiya-intensiv-terapiya bölməsinə daxil olan və çıxan xəstələrin durumunun ağırlıq dərəcəsinə görə bölgüsü.

Reanimasiya və intensiv terapiya xidmətlərinin keyfiyyətini səciyyələndirmək üçün də kompleks meyarlardan istifadə edilməsi tövsiyə edilir. Bu meyarlardan ən mühümlərinə aiddir:

- letallığın səviyyəsi və səbəbləri;
- xəstənin ağırlıq durumunun dəyişmə dinamikası;
- reanimasiya və intensiv müalicə proqramının adekvatlığı (yəni mövcud standartlara uyğunluğu);
- müalicənin orta müddəti.

Beləliklə, YTTY əsasən cərrahi fəaliyyətdən, xüsusən mürəkkəb əməliyyatların aparılmasından ibarət olduğuna görə onun uğurlu nəticələri anestezioloji və reanimatoloji yardımın adekvat təşkilindən asılıdır. YTTY-nin əhali üçün əlçatan və effektiv müalicə prosesinə çevrilməsi üçün onun planlaşdırılması, idarə olunması və marketinqi daimi təkmilləşdirilməlidir.

NƏTİCƏLƏR

1. Yüksək texnoloji tibbi yardımın təkprofilli mərkəzlərdə deyil, çoxprofilli xüsusi statusa malik tibb müəssisəsində təşkili kontingent axınının tənzimlənməsini, planlaşdırılmasını və resurslara müvafiq marketinqini qurmaq sahəsində çətinlik yarađır. Bahalı texnologiyadan təyinatı üzrə səmərəli istifadə etmək üçün belə müəssisələrə səhiyyə orqan və müəssisələri arasında əlaqənin hüquqi, elmi, iqtisadi bazasını formalaşdırmaq lazımdır.
2. Yüksək texnologiyalı tibbi yardım stukturunda cərrahi yardım üstünlüyə malikdir. Bu diaqnostika prosesinin optimal intensivliyini və qənaətbəxş effektivliyini təmin etsə də kontingentin tibbi – demoqrafik (yaş, cins tərkibi), klinik (somatik durumun ağırlığı, yanaşı xəstəliklərin çoxluğu, anestezioloji əməliyyat riski, əməliyyatların mürəkkəbliyi) və tibbi-təşkilati (gecikmiş hospitallaşma, təxirəsalınmaz hallarda əməliyyat zəruriliyi) səciyyələrinin təsiri ilə letallıq və fəsadlaşmaların və digər neqativ nəticələrin yüksək riski qalmaqdadır.
3. Yüksək texnoloji tibbi yardım anestezioloji və reanimatoloji xidmətlərə təlabatı çoxaldır. Cərrahi əməliyyatların mürəkkəbliyi ilə bağlı anestezioloji aktivlik intratraxeal narkoz hesabına çox yük-

səkdir (>95%), reanimasiya və intensiv terapiyaya tələbat xəstəxana kontingentinin 18,4% - i üçün zəruridir.

4. Yüksək texnoloji tibbi yardım anestezioloji-əməliyyat riskinin (orta hesabla 2,6 bal) və anestezioloji yardımın mürəkkəbliyinin (orta hesabla 4,72 bal) yüksəkliyi anesteziya müddətinin (orta hesabla 2,2 saat) davamlı olması ilə səciyyələnir, anestezioloji yardımın həcmnin çoxalmasının (9,49 bal) tələb etməklə həkimin bilavasitə anestezioloji fəaliyyətlə bağlı yükünü daha da artırır (iş vaxtının 40%).
5. Yüksək texnoloji tibbi yardım cərrahi aktivlikdən, əməliyyatın həcmindən və mürəkkəbliyindən, pasiyentin durumunun ağırlığından asılı reanimasiya və intensiv terapiya bölməsinin işinin həcmnin çoxluğu ilə səciyyələnir və çarpayılı fondunun artırılmasını zəruri edir. (1000 hospitallaşdırılmış pasiyentə görə 2, 100 plan gücü ilə işləyən xəstəxana üçün isə 16 çarpayılı).
6. Yüksək texnoloji tibbi yardım müəssisəsində anestezioloji və reanimatoloji (letallıq, fəsadlaşma, müalicə müddəti) səciyyələri pasiyentin yaşı, cinsi, yanaşı xəstəlikləri, somatik duruma, əməliyyat növü, həcmi və davam müddəti anestezioloji - əməliyyat riskindən asılı dəyişir. Təbii ki, belə müəssisələrdə anestezioloji və reanimatoloji yardımın təşkili, idarə olunması və nəticələrinin qiymətləndirilməsi taktikası fərqli olmalıdır.

PRAKTİK TÖVSIYƏLƏR

1. Yüksək texnoloji tibbi yardımın perspektiv planlaşdırılmasında dar-profilli mərkəzlərin ümumi dövlət səhiyyə sisteminə inteqrasiyasına üstünlük verilməlidir.
2. Yüksək texnoloji tibbi yardım müəssisələrinin fəaliyyətində işin planlaşdırılması, menecment və marketinqi, həmçinin keyfiyyətə nəzarət fərdi metodologiya və prinsiplərə əsasən həyata keçirilməlidir.
3. Yüksək texnoloji tibbi yardım müəssisəsinin cərrahi fəaliyyətinin həcmi, strukturunu, mürəkkəbliyini, effektivliyini əks etdirən informasiyanın daşıyıcısı olan xüsusi hesabların tərkibi və ya mövcud hesablamalara müvafiq əlavələrin edilməsi üçün formaların hazırlanması.
4. Anestezioloji və reanimatoloji xidmətlərin həcmi və mütəxəssislərin iş yükü planlaşdırılanda və qiymətləndiriləndə cərrahi və anestezioloji aktivlik, pasiyentlərin yaşı, cinsi, komorbidliyi, somatik durumu, anestezioloji - əməliyyat riski, əməliyyatın növü, həcmi və mürəkkəbliyi, anestezioloji yardımın davam müddəti nəzərə alınmaqla həyata keçirilməlidir.
5. Yüksək texnoloji tibbi yardım sistemində anestezioloji və reanimatoloji cərrahi xidmətə tələbatın artması və mürəkkəbliyi nəzərə alınmaqla bu bölmələrin ştatları fərdi qaydada əsaslandırılmalıdır.

DİSSERTASIYANIN MÖVZUSU ÜZRƏ DƏRC EDİLMİŞ MƏQALƏLƏRİN SİYAHISI

1. Abbasov M.Q. Yüksək texnoloji cərrahi əməliyyatlarda fəsadlaşmaların intensivliyi və strukturu // "Sağlamlıq" jurnalı. Bakı, 2011, №4 səh. 185-189
2. Abbasov M.Q. Yüksək texnoloji cərrahi yardımın müasir səciyyələri // "Sağlamlıq" jurnalı. Bakı, 2011, №5 səh. 148-153
3. Abbasov M.Q. Cərrahi yardımın müasir səciyyələri / Ə.Əliyevin 115 illiyinə həsr olunmuş elmi konfransın məcmuəsi. Bakı, səh. 602-609
4. Hacımuradov K.N., Abbasov M.Q. Yüksək texnologiyalı tibbi yardımda anestezioloji riskin proqnostik əhəmiyyəti" // Azərbaycan tibb jurnalı", Bakı, 2012, №1. səh. 46-50
5. Abbasov M.Q. Yüksək texnologiyalı stasionar müalicəsində əməliyyatdan sonra letallığın səviyyəsi və dinamikası // "Cərrahiyyə". Bakı, 2012, №1 (29), səh. 59-63
6. Abbasov M.Q. Yüksək texnoloji xəstəxananın reanimasiya şöbəsində letallıq riski və ölümün səbəbləri // "Sağlamlıq" jurnalı. Bakı, 2012, №1 səh. 146-150
7. Abbasov M.Q. Риск осложнений и летальности при высокотехнологической хирургической помощи // «Экономика здравоохранения». Москва. 2012, №5, стр. 9-13
8. Abbasov M.Q. Об эффективности высокотехнологичной хирургической помощи // «Общественное здоровье и здравоохранение». Казань. 2012, №4, стр. 42-44

АББАСОВ МУСА ГАРА ОГЛЫ

Резюме

Объем потребности и качественная характеристика анестезиологических и реаниматологических услуг при высокотехнологической медицинской помощи

Цель: Обосновать пути совершенствования анестезиологической и реаниматологической помощи на основе анализа объема потребности в ней и её качественной характеристики в условиях высокотехнологических медицинских служб.

Задачи:

- оценка причин и исходов госпитализации в системе высокотехнологической медицинской помощи;
- выявление особенностей хирургической деятельности в системе высокотехнологической медицинской помощи;
- изучение особенностей анестезиологической и реаниматологической помощи;
- обоснование мероприятий по совершенствованию анестезиологической и реаниматологической помощи в высокотехнологической медицинской помощи.

Выявлены особенности потребностей в анестезиологической и реаниматологической помощи в условиях высокотехнологической службы (высокая хирургическая активность, сложность оперативных вмешательств, высокий анестезиологический риск). Определен размер анестезиологического оперативного риска (2,6 балла), сложности анестезиологической помощи (4,72 балла). Установлена продолжительность времени анестезии (2,22) и рассчитан объем анестезиологической помощи (9,49 балла). Обоснованы нормативы ресурсов по анестезиологической и реаниматологической помощи в условиях высокотехнологических служб.

Abbasov Musa Gara

Resume

The range of requirements and quantitative description of anesthesiological and intensive care services in high-tech medical care

Goal: to establish the way of improvement of anesthesiological and intensive care services using the analysis of the range of requirements and quantitative description in case of high-tech medical care.

Objective:

- assessment of the causes and outcomes of hospitalization in the system of high-tech medical care,
- to determine the characteristics of surgical activity in the system of high-tech medical care,
- investigation of the features anesthesiological and intensive care,
- establishing of measures to improve anesthesiological and intensive care in high-tech medical care.

There are features of requirements of the anesthesiological and intensive care in high-tech medical care determined (high surgical activity, difficulty of operative intervention, high anesthesiological risk). Also determine extension of anesthesiological risks of operations (2.6 point) and difficulty of anesthesiological support (4.72). Defined duration of the time of the anesthesiology (2.22) and calculated volume of anesthesiological support (9.49). Anesthesiological and intensive care in high-tech medical care is justified on the basis of standards of recourses.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ им. А. АЛИЕВА**

На правах рукописи

МУСА ГАРА оглы АББАСОВ

**Объем потребности и качественная характеристика
анестезиологических и реаниматологических услуг при
высокотехнологической медицинской помощи**

3212.01 – Здравоохранения и его организация

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени
доктора философии по медицине**

БАКУ – 2013