

**ТАДЖИКСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

**УДК 616; 616-001**

**АБДУАЗИЗОВ  
АБДУГАНИ АБДУСАЛОМОВИЧ**

**ОПТИМИЗАЦИЯ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ ПОМОЩИ  
ЛИЦАМ, ПОЛУЧИВШИЕ ТРАВМЫ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО  
АППАРАТА В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ КРУПНОГО  
ОБЪЕДИНЕНИЯ**

**АВТОРЕФЕРАТ  
ДИССЕРТАЦИИ НА СОИСКАНИЕ УЧЁНОЙ СТЕПЕНИ КАНДИДАТА  
МЕДИЦИНСКИХ НАУК**

**по специальности 14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение**

**Душанбе-2019**

Работа выполнена в Таджикском научно-исследовательском институте профилактической медицины Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

**Научный руководитель:** **Рафиев Хамдам Кутфиддинович**  
Заслуженный работник здравоохранения РТ,  
доктор медицинских наук, профессор

**Научный консультант:** **Ибодов Саидмуким Тиллоевич**  
доктор медицинских наук

**Официальные оппоненты:** **Салимзода Нусратулло Файзулло**  
доктор медицинских наук, ассистент  
кафедры травматологии, ортопедии  
и военно-полевой хирургии ТГМУ  
им. Абуали ибни Сино

**Магзумова Фируза Пулодовна**  
кандидат медицинских наук, заместитель  
директора ГУ «НИИ медико-социальной  
экспертизы и реабилитации  
инвалидов» МЗСЗН РТ

**Оппонирующая организация:** Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан

Защита диссертации состоится « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2019 г. в « \_\_\_\_ » часов на заседании диссертационного совета 6Д.КОА-010 при ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Адрес: 734003, г. Душанбе, проспект Рудаки, 139, [dis@tajmedun.tj](mailto:dis@tajmedun.tj), +992907706744

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2019 г.

**Ученый секретарь**  
**диссертационного совета**  
**кандидат медицинских наук, доцент**

**Саидмурадова Г.М.**

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность.** Необходимость дальнейшего развития и совершенствования восстановительного лечения больных с последствиями травм определяется ростом травматизма, тяжестью и множественностью повреждений, а также неудовлетворительными результатами лечения ряда последствий травм и посттравматических осложнений.

Травматизм на современном этапе остается важной социальной проблемой в экономически развитых странах, в том числе и в Таджикистане [Салимзода, Н.Ф., 2016]. Причем, тяжелая механическая травма стоит на первом месте среди причин смерти в группе лиц моложе 45 лет [ВОЗ, 1995].

В структуре причин первичной инвалидности у населения в возрасте до 54 лет травмы занимают второе место, составляя от 6,6 до 36% [Андреева, Т.М., 2007; Марченкова, Л.О., 2009], а у лиц молодого и среднего возраста первое место, достигая 66,8-73,2% [Серкова, Е.В., 2008].

Остается высоким бытовой, а также дорожно-транспортный травматизм, для которого характерны множественные - 10-21% и сочетанные повреждения - от 10% до 38% [Атманский, И.А. и соавт., 2011; Выговский, Н.В., 2007].

Травмы и несчастные случаи находятся на третьем месте среди причин смертности и на втором среди причин инвалидности у населения [Медведев, Г.М., 2006; Боровиков, В.Н., 2011; Салимзода Н.Ф., 2016].

Совмещенный травматизм характеризуется значительным преобладанием в его структуре повреждений конечностей - до 85% в особенности их дистальных отделов [Андреева, Т.М., 2008; Серкова, Е.В., 2009]. В структуре травматизма, согласно разным авторам, преобладает производственный травматизм - от 45 до 72% [Григорьев, В.Д., 2012]. Особое место среди производственных травм занимает транспортный травматизм, который характеризуется множественной локализацией и сочетанными повреждениями [Марченкова, Л.О. 2007; Давлатов, Х.С., 2014].

В Согдийской области создана и разработана система восстановительного лечения и реабилитации больных травматолого-ортопедических и неврологических профилей в виде районной травматологической службы (РТС).

В рамках данной системы предусмотрено поэтапное проведение мероприятий по одной программе начиная со скорой и неотложной помощи, травмпунктов поликлиник, травматологических подразделений стационаров и специализированных отделений восстановительного лечения (ОВЛ).

Соблюдение принципа преемственности в рамках указанной системы обеспечивается единой стандартизированной документацией (эпикриз, вкладыш в истории болезни и т.д), содержащей все сведения больного и проведенных мероприятий, которые передаются на каждый следующий этап реабилитации.

Таким образом, проблема организации комплексного восстановительного лечения больных с последствиями повреждений опорно-двигательного аппарата (ОДА) в поликлинических условиях общемедицинской сети с централизованной ортопедотравматологической службой и функциональным объединением ОВЛ с травматологическим пунктом представляется актуальной и требует комплексного исследования.

Так как, остаются недостаточно изученными ряд вопросов по организации реабилитации, форм и методов взаимосвязи и взаимодействия ОВЛ с травматологическим пунктом и специализированными учреждениями, технологии комплексного восстановительного лечения больных с последствиями повреждений опорно-двигательного аппарата в условиях городов, где ортопедотравматологическая служба централизована, а ОВЛ функционально объединены с травматологическим пунктом. Все вышеизложенное определило актуальность избранной темы.

## **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ**

**Цель исследования.** Оптимизировать систему комплексных мероприятий по реабилитации последствий травм опорно-двигательного аппарата (ОДА) в учреждениях первичного звена здравоохранения, функционально связанной с централизованной ортопедотравматологической службой.

### **Задачи исследования:**

1. дать комплексную характеристику медико-социальных и функциональных свойств травматологическим больным при проведении реабилитации;
2. разработать меры по организации структуры оказания квалифицированной помощи травматологическим больным и апробировать их в практической деятельности в учреждениях первичного уровня здравоохранения (УПУЗ);

3. оптимизировать взаимодействие травматологической реабилитационной структуры службы ПМСП с лечебными учреждениями второго и третьего уровня здравоохранения;
4. апробировать психологические методики по оценке психологического статуса травматологических больных с повреждениями ОДА.

**Научная новизна исследования.** Впервые проблема травматической болезни рассмотрена с использованием комплексного психологического исследования, что позволило углубить и расширить современные представления о ее течении.

Впервые дано обоснование необходимости в практическом исполнении системы комплексных мероприятий по исполнению индивидуальной программы реабилитации лиц, получивших различные травмы ОДА, в условиях оказания соответствующей централизованной помощи пострадавших лиц в организованном ОВЛ при поликлинике №1 г. Худжанда.

Введена новая форма услуг больным в структуре специализированного лечебно-восстановительного отделения при объединенной поликлинике г. Худжанда. Апробированы психологические методики, в т.ч. собственные, способствующие оценке психологического статуса травматологических больных с повреждениями ОДА в условиях ОВЛ поликлиники. Обосновано системное лечение пострадавших травматологических больных в ОВЛ под наблюдением травматолога с оценкой заключительного этапа их реабилитации.

**Связь темы диссертации с крупными научными программами, основными научно-исследовательскими работами, проводимыми научными учреждениями.**

Работа выполнена в рамках Национальной программы «Профилактика травматизма и совершенствование медицинской помощи при травмах и их последствиях в республике Таджикистан на 2010-2015 годы», утвержденной постановлением Правительства Республики Таджикистан от 31 мая 2010 года, № 639.

**Практическая значимость.** Результаты исследования способствовали созданию системы мероприятий по оптимизации структуры реабилитации больных с травматологическими повреждениями опорно-двигательного аппарата в учреждениях здравоохранения при объединении ОВЛ с районным травматологическим пунктом (РТП).

### **Положения, выносимые на защиту.**

1. Медико-социальная и функциональная характеристика травматологическим больным в начале и в конце проведения реабилитации.
2. Комплекс мероприятий по оптимизации структуры реабилитации больных с травматологическими повреждениями опорно-двигательного аппарата в УПУЗ при объединении ОВЛ с районным травматологическим пунктом (РТП).
3. Влияние взаимодействия травматологической реабилитационной структуры службы ПМСП с лечебными учреждениями второго и третьего уровня здравоохранения на сроки реабилитации больных.
4. Состояние психологического статуса больных с повреждениями ОДА в период их реабилитации.

### **Внедрение результатов исследований в практику.**

Результаты исследований используются в практической работе ЛПУ (травматологических, хирургических отделениях, травмпунктах, ОВЛ поликлиники при городском центре здоровья (ГЦЗ) №1 г.Хужанда Согдийского области, в травмпунктах городской клинической больницы № 3 г.Душанбе и ГУ «Национальный медицинский центр Республики Таджикистан».

**Апробация диссертации и информация об использовании её результатов.** Основные положения диссертационной работы апробированы и получили одобрение на: годичной научно-практической конференции «Медицинская наука и образование» ТГМУ, посвященной 90-летию образования столицы Таджикистана г. Душанбе; Профилактика инфекционных и неинфекционных заболеваний (ВИЧ, СПИД, туберкулез, малярия и управляемые инфекции).г. Душанбе.-2014г; на 64-й годичной научно-практической конференции «Проблемы теории и практики современной медицины» ТГМУ, посвященной 25-летию Государственной независимости Республики Таджикистан (Душанбе 2016 год); на научно-практической конференции «Развитие научных исследований и надзор за инфекционными заболеваниями в Республике Таджикистан», посвященной 25-летию независимости Республики Таджикистан и 85-летию Таджикского НИИ профилактической медицины (Душанбе 2016 год); на заседании Ученого совета Таджикского НИИ профилактической медицины (протокол № 9 от 28 сентября 2017г); на заседании межкафедральной проблемной

комиссии по теоретическим и медицинским дисциплинам ТГМУ им. Абуали ибни Сино (протокол №25 от 23.10.2017г.)

Психо-диагностические данные, полученные в процессе исследования, уточняют влияние травматической болезни на особенности эмоционального состояния больных, позволят определить мишени для разработки адекватной, современной программы психокоррекции, что будет способствовать благоприятному течению и исходу заболевания.

Предложенная система реабилитации больных, получивших травмы ОДА, позволит осуществлять комплексные реабилитационные меры в ОВЛ, оптимально используя силы и средства в амбулаторно-поликлинических условиях.

#### **Публикации по теме диссертации.**

По теме диссертации опубликовано 12 научных работ, в том числе 7 в рецензируемых научных журналах, входящих в реестр ВАК и систему индексирования РИНЦ. Опубликованные работы достаточно полно отражают сформулированные в диссертации основные положения, результаты, выводы и заключение. Количество и качество опубликованных работ соответствует кандидатской диссертации.

**Личный вклад соискателя** состоит в его участии на всех этапах проведенных исследований, получении исходных данных, обработки первичных материалов, подготовки публикаций и докладов - 85%. Основной и решающий объем работы выполнен соискателем самостоятельно, содержит ряд новых результатов и свидетельствует о личном вкладе диссертанта в науку-100%.

**Объем и структура диссертации.** Диссертация изложена на 150 страницах компьютерного текста (шрифт 14, интервал – 1,5) и состоит из введения, обзора литературы (глава 1), материала и методов исследования (глава 2), результатов собственных исследований (главы 3,4,5), выводов, заключения, практических рекомендаций и списка опубликованных работ. Библиографический указатель содержит 204 источника, их них 148 - на русском и 56 - на иностранном языках. Иллюстративный материал представлен 7 рисунками, 2 схемами и 18 таблицами.

## **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

**Материал и методы исследования.** Для реализации цели исследования обследовано 910 больных, получивших травмы на производстве, в быту, в пути следования или вследствие дорожно-транспортных происшествий, за 3-летний (2012-2014 гг.) период по

обращаемости их в травмпункты г.г. Худжанд, Бустон (быв. Чкаловск), Гулистон (быв. Кайраккум) и Бободжон Гафуровского района. Подбор больных для экспериментальной группы произведен в соответствии с поставленными целью и задачами. Для получения достоверных результатов сформирована однородная группа больных. Для совершенствования медицинского обслуживания ортопедо-травматологических больных, было организовано ОВЛ при крупной поликлинике №1 г. Худжанда, куда больные с травмой поступали после оказания им медицинской помощи в травмпунктах г.г. Худжанд, Гулистон, Бустон и Бободжон Гафуровского района.

Важным компонентом системы оказания комплексного восстановительного лечения больным с последствиями травм ОДА является их социально - психологический статус.

Для выполнения данной цели изучалась распространенность, структура травматизма в ОВЛ, локализация повреждений и удельный вес всех нуждающихся в реабилитации, их возрастно-половая принадлежность, социальная группа а также динамика результатов ее проведения.

Для удобства социально-психологического исследования личности больные с последствиями травм ОДА разделены на социальные группы, в которых объединены относительно однородные по статусу люди и имеющие почти одинаковую локализацию и тяжесть повреждений (г.г.Худжанд1, Бустон, Гулистон и Бободжон Гафуровский район).

В социально-профессиональном составе лечившихся больных преобладали рабочие 53,1% случаев при наименьшей доле инвалидов – всего 3,4% (табл. 1).

**Таблица 1. Структура больных по социально-профессиональным группам (абс.ч., %)**

Социальное положение	Число больных	%
Рабочие	483	53,1
Служащие	175	19,2
Учащиеся, студенты, неработающие	56	6,1
Инвалиды	31	3,4
Пенсионеры	165	18,2
Всего:	910	100,0



Наибольший удельный вес в структуре травматизма занимали случаи госпитализации по поводу переломов костей (66,5% случаев), вывихов суставов (6,2%), разрывов связок, менисков (7,1%), раны с повреждением сосудов, нервов, сухожилий и других мягких тканей (8,2%), последствий ушибов, сдавления различных сегментов ОДА (1,3%), ампутаций разных частей конечностей (1,6%) и прочие (ожоги, укусы и другие), которые составили 9,1% из всех случаев.

При этом в 95,1% случаев последствия травм локализовались в области конечностей ОДА. В основном травмы локализовались в области верхних и нижних конечностей 52,0% и 43,1%, соответственно. Результаты лечения определялись следующими оценками - отличные (5 баллов), хорошие (4 балла), удовлетворительные (3 балла), неудовлетворительные (1-2 балла).

Психолого-неврологическая реабилитация больных получивших травм (ОДА) проводилась по методу Г. Айзенку, А.Б.Бурдона и Н.К. Платонова

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

После завершения обследования отмечено, что среди всех травм последствия переломов дистальных костей конечностей преобладали над последствиями повреждений остальных частей ОДА.

Приняты во внимание особенности контингента больных, с учетом которых организована и усовершенствована работа по восстановлению утраченных и ослабленных функций органов ОДА вследствие различных травм.

В процессе работы оценивали восстановительное лечение больных традиционно определяющееся по конечному результату, который выражался в изменении здоровья к лучшему и в восстановлении трудоспособности. При этом трудоспособность ассоциируется с комплексной реабилитацией больных, представляя сумму объективных и субъективных (клинических, функциональных, психологических и социально-трудовых) признаков.

Лица с последствиями травм органов ОДА, ставшие временно нетрудоспособными, прошедшие лечение в ОВЛ, восстанавливали свою трудоспособность на 80-85%, что является основным критерием оценки эффективности восстановительного лечения.

Выделены наиболее часто встречающиеся признаки повреждения органов ОДА и общего состояния организма пострадавших на момент их поступления и после лечения в ОВЛ.

Одним из ведущих признаков нарушений целостности органов ОДА и динамического стереотипа жизнедеятельности больных в 95,1% случаев является болевой синдром, в области поврежденных сегментов, а также в близлежащих суставах (58,9%), что является основой для представления группы со статусом инвалидности.

Важное значение придавалась трофике мышц конечности, связанной с длительной иммобилизацией, обуславливающей гиподинамией как ведущую причину нарушения их нейромышечного аппарата.

У большей половины числа пациентов - в 63,8±4,0% случаев отмечалась гипотрофия и гипотония мышц, в 16,3±3,9% – атрофия мышц конечности и только в 19,9±8,9% случаев - нормотрофия. Резкое снижение мышечной силы определялась в 89,6±4,0% случаях (от 1 до 3 баллов) и только в 10,4±2,0% случаях этот показатель находился в пределах нормы (4 балла). Улучшение результатов лечения зависело от использования ЛФК, механотерапии, массажа, электростимуляции и т.д.

В начале этапа проведения реабилитационных мероприятий у основной массы больных - 77,7±4,4%, объем движения в суставах травмированной конечности составлял от 5 до 52% от нормы (1-2 балла). В 13,8±5,7% случаев подвижность в суставе оставалась немногим выше уровня нормы (3 балла) и только в незначительной части случаев (5,5±4,9 и 3,0±0,8%) амплитуда движений в суставах оставалась в функционально-физиологических пределах (4 и 5 баллов). Значительно были снижены навыки самообслуживания у 67,8±2,9% пациентов. Лишь у 32,2±3,2% исследуемых больных сохранялась полнота к самообслуживанию при поступлении на лечение в ОВЛ.

Среди травматологических больных обнаруживались отклонения психического состояния, причём степень их зависела от степени анатомо-физиологических и функционально-двигательных нарушений.

Окончание гипсовой иммобилизации и вовлечение больного в реабилитационный процесс вызывало начало специфической стресс-реакции неврологического характера, продолжительность, которой длилась в течение 2 - 4 дней, что является временем адаптации пациента к реабилитационным мероприятиям. В эти дни пациенты в большинстве случаев находятся в состоянии возбуждения, реже эйфории, часто предъявляют жалобы общего и психогенного характера, пытаются переключить внимание на ряд патологических симптомов (боль, отек, деформация и т.д.).

В  $52,0 \pm 1,8\%$  случаев в начале лечения больной представляется как неадекватная личность. Лица с оптимистичным настроением становились активными участниками реабилитационного процесса, а невротическая реакция в  $48,0 \pm 1,8\%$  случаев у них была адекватной. Отмечено повышение АД и учащение пульса в  $28,7 \pm 4,2\%$  случаях, причём гипертоническую болезнь диагностировали, только в  $9,3\%$  случаев.

В связи с тем, что восстановительное лечение в ОВЛ осуществляется консервативными средствами, в основу его заложены методы физио-функционально-восстановительного, патогенетического лечения.

После завершения восстановительного лечения у пострадавших констатировали наличие высокой клинической, функциональной, социальной и психологической эффективности. У 144 ( $71,3 \pm 0,6\%$ ) пострадавших, оценка состояния здоровья была на отлично (5 баллов). В  $13,4 \pm 2,0\%$  случаев оставалась отечность мягких тканей и бледно-синюшный цвет кожи, шадящее и вынужденное положение травмированной конечности соответственно в  $24,3 \pm 2,9\%$  и  $6,4 \pm 0,7\%$  случаев, ограничение амплитуды подвижности в суставах в  $6,9 \pm 2,0\%$  случаев.

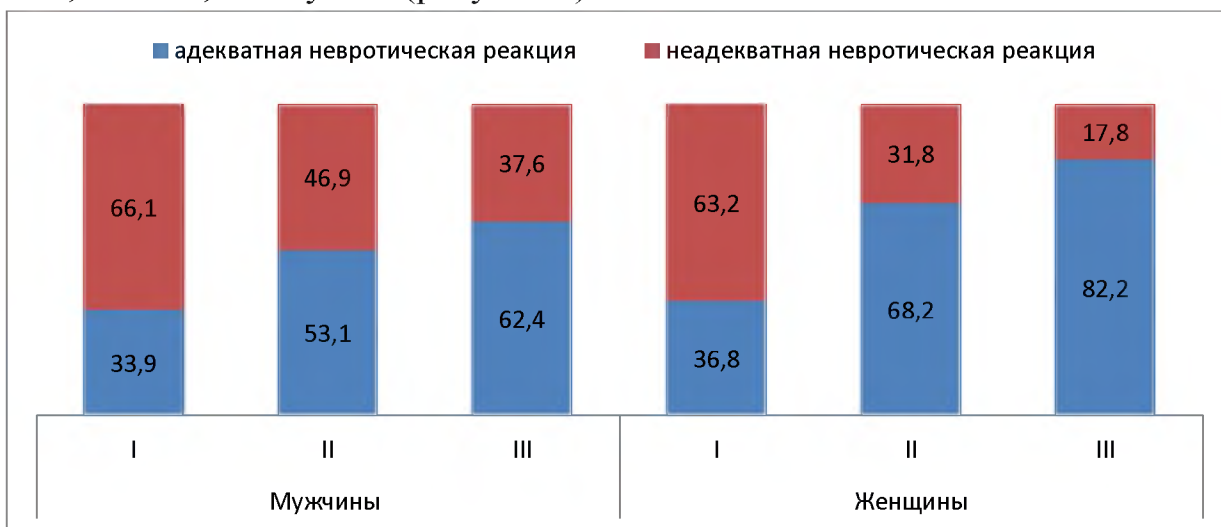
В 78 ( $21,2 \pm 1,2\%$ ) случаях в конце лечения сохранялись до трех патологических симптомов например, боль при нагрузках, умеренная тугоподвижность в суставе. Полученные результаты лечения этих пациентов можно отнести к хорошим (4 балла). В  $9,5 \pm 1,3\%$  случаев в конце лечения констатировали больше (3-4 балла) остаточных патологических клинико-функциональных и другого характера признаков, причём они стали более характерными у предыдущих пациентов. В этой связи оценку лечения считали удовлетворительной (3 балла), так как в большинстве своём профессиональная трудоспособность сохранялась. У группы больных - в  $3,1 \pm 1,2\%$  случаев эффективность лечения признана как неудовлетворительная (2-1 балла).

Ряд больных с различными по тяжести последствиями объективно оценивали своё состояние, другой ряд - неадекватно, т.е. недооценивали или переоценивали его тяжесть. В этой связи в ОВЛ поликлиники организована подсистема психологической реабилитации в качестве важной составляющей комплекса мероприятий по восстановительному лечению.

Среди больных – участников комплексной системы психологической реабилитации, у  $72,1\%$  мужчин и у  $27,9\%$  женщин повреждения находились в области предплечья, кисти, коленного сустава и голени, составляя  $69,6-61,0\%$  от всех случаев, подлежащих реабилитации в ОВЛ. При этом лица в возрасте

от 20 до 49 лет составили 57,4% случаев. Установлено, что среди исследуемых больных 72,3% были рабочие, 19,2% - служащие. В трудовой обстановке первые в 24,1% случаев находились в условиях высокого трудового эмоционального напряжения, занятые простым (тяжелым) физическим трудом составили 18,2%, легким (простым) физическим трудом – 30,1% случаев.

При поступлении больных в ОВЛ, до начала комплекса восстановительной терапии и применения методов «малой» и «рациональной» психотерапии, аутотренинга, невротическая реакция в 63,8% случаев была неадекватной, в 36,2% случаев – адекватной. Более того, высокий уровень неадекватной невротической реакции до начала реабилитационного процесса в ОВЛ в иммобилизационном периоде у больных развиваются специфические изменения. Их причиной является перенесенная острая травма и, как следствие (общая гиподинамия, ограничение способностей самообслуживания, свободного общения, в т.ч. в рамках специальных связей, болевой синдром и т.д.). Все это становится необычным для жизнедеятельности и притом, постоянным раздражителем нервной системы. В этом состоянии и у женщин, и у мужчин неадекватная невротическая реакция соответственно наблюдалась до начала реабилитационных мероприятий в 66,1% и 63,2% случаев, адекватная только в 33,9% и 36,8% случаев (рисунок 1).



**Рисунок 1. Динамика уровней невротической реакции у мужчин (справа) и женщин (слева) под влиянием реабилитации в ОВЛ (%).**

Последняя приводила к повышению адекватной невротической реакции, которая к завершению реабилитационных мероприятий увеличивалась до уровня 81,7%. Таким образом, невротическая реакция, как у мужчин, так и у женщин изменяется и, соответственно, составляет 62,4% и 82,2%.

Невротический синдром у женщин регистрируется значительно чаще (33,1%), чем у мужчин (12,4%), что обусловлено физиологическими особенностями женского организма, в т.ч. его нервной системы.

Как видно из рисунка 1, под влиянием реабилитационных мероприятий, сопровождаемых рациональной психотерапией и аутотренингом, повышалась балльность внешне эмоциональных проявлений пациентов от I до III этапа включительно, по сравнению с моментом начала реабилитации в ОВЛ поликлиники.

До начала I этапа проведения реабилитации, из-за выраженности психических и функциональных подвижек вследствие травмы, самокритичность было снижена, т.е. при этом преобладал критерий переоценки личности (45,6%) над правильной самооценкой (43,8%). Недооценка ими своих достоинств составила 10,6% от всех случаев.

В целом, по всем локализациям произошел сдвиг критерия правильной самооценки личности в сторону увеличения его удельного веса до 74,0% по сравнению с таковыми до начала реабилитации - 43,8%. Одновременно постепенно опускался удельный вес лиц с переоценкой личности – от 45,6% (этап I) до 15,0% (этап III) .

При эксперименте нами отмечено, что среднее количество вычеркнутых букв 355,0 в течение 10 минут (этап I) было меньше, чем на II и III этапах, соответственно 361,0 и 403,0. Среднее число допущенных ошибок на I этапе составило 30,4 и было, наоборот, значительно больше, чем в среднем на последующих этапах, соответственно 22,1 и 20,0.

Таким образом, при восстановительном лечении изменяется устойчивость произвольного внимания в период проводимого лечения между I и II этапами ( $t=9,6$ ) и между I и III этапами ( $t=6,2$ ) при ( $P < 0,05$ ). Кроме того, намного повышается концентрация внимания, о чем свидетельствует существенное уменьшение количества допущенных ошибок, соответственно критерий устойчивости равен 8,3 (между I и II этапами) и 10,4 (между I и III этапами)  $P < 0,05$ .

При эксперименте общее среднее количество открученных винтов в вышеназванных условиях при поступлении пациентов на лечение составило

13,1±0,5 и допускались ошибки во время исполнения в 1,6±0,16 раза. На последующих этапах, уже во время процедур, работоспособность улучшались, т.е. у больных повысились устойчивость и концентрация внимания, показатели которых, соответственно, составили 15,1±0,62 и 0,60±0,12 (этап II) и 15,0±0,21 и 0,69±0,18 (этап III).

Деятельность сердечнососудистой системы сильнее изменяется в ходе корректурной пробы при активной трудовой деятельности. Так, у всех больных в первом варианте частота пульса (ЧП) равнялось 65-80 ударов в минуту, артериальное давление (АД) - систолическое и диастолическое – в среднем 120 и 75 мм ртутного столба, отклонения от этих показателей в 13% случаев касались тех, которые были связаны с ГБ.

Значения уровней ЧП и АД во втором варианте значительно превышали ранее полученные, и достигли, соответственно, до 92 ударов в минуту, АД - до 140 систолическое и 80 -диастолическое.

С окончанием психологического эксперимента с корректурной пробой ЧП в 64% случаев составила 88-110 ударов в минуту, в 36% случаев оставалась на прежнем уровне. АД систолическое и диастолическое не превышало 155 и 85 мм рт. ст. Исключение составили больные с сердечнососудистой патологией, у которых они достигали 170-190 и 80-95 мм рт. ст., соответственно.

Изучена длительность волевого усилия при поступлении больных на реабилитацию. Она составляла: 1) при занятости их легком физическим трудом (36,6%) - 2 мин. 26 сек; 2) у лиц, занятых интеллектуальным трудом (22,1%) - 2 мин. 15 сек. и 3) у лиц, занятых тяжелым физическим трудом (40,0%), - 2 мин. 50 сек. Комплексные реабилитационные мероприятия приводили эти показатели к изменению. На их завершающем этапе они имели следующие уровни: в первой группе - 2 мин. 49 сек., во второй - 2 мин. 38 сек и в третьей - 3 мин 7 сек.

«Скорость захвата» до начала реабилитационного процесса (этап I), значительно ниже, чем при проведении реабилитации, в т.ч.на завершающем этапе. В данном случае соответствующий показатель низкий у больных, исполняющих легкий физический и интеллектуальный труд. В группе исследуемых, занимавшихся тяжелым физическим трудом с эмоциональным напряжением, «скорость захвата» выше, чем в остальных группах. Например, водители первого и третьего класса, токари второго или шестого разряда и т.д. имели «скорость захвата» самый высокий 13,3 ± 1,02 см.

**Таблица 2. Сроки направления больных в отделение восстановительного лечения после снятия иммобилизационных средств, в днях (M±m)**

Локализация травмы	2012 г	2013 г	2014 г
	M±m	M±m	M±m
Предплечье	2,8±0,17	2,5±0,17	2,2±0,65
Кисть	9,0±2,00	7,0±1,12	5,6±1,00
Коленный сустав	11,0±2,2	6,1±1,00	3,2±0,49
Голень	9,0±4,1	8,2±1,5	8,9±1,2
Все локализации	8,0±2,2	6,1±1,20	5,3±1,7

Лица с травмой предплечья раньше остальных травматологических больных начинали процесс реабилитации в ОВЛ - на третий день после снятия иммобилизации (2,8±0,17, 2,5±0,17; 2,2±0,65), в других случаях эти сроки были большими. Пострадавшие с последствиями травмы кисти, коленного сустава и голени начинали реабилитацию в отделении после прекращения иммобилизации. При этом реабилитация в ОВЛ начиналась на 3,4±0,7 и 7,8±2,0 дней раньше, чем в предыдущие годы (табл.2).

Дана оценка эффективности реабилитации подавляющему большинству больных, которая была значительно ниже, чем в предыдущие годы, когда она соответствовала 4,3 балла (2013 г.) и 4,5 балла (2014 г). При этом лиц с последствиями травм предплечья, кисти, коленного сустава и голени, прошедших реабилитацию в ОВЛ, в полном объеме восстановили общую и профессиональную трудоспособность, т.е. отличный результат лечения был лишь у 69,5% пациентов, показатель по всем локализациям травм составил 52,1±3,8 случая.

В следующие годы количество аналогичных больных после реабилитации с отличным результатом трудоспособности (5 баллов % к итогу) увеличилось, при снижении числа случаев с хорошим ее показателем - до 17,2±2,8 - 21,0±0,18. В этот период исследования удельный вес отличных результатов лечения составил 70,1±2,0 пациентов - 2013 г. и 71,0±2,00 - 2014 г. При этом доказано, что проведение заключительного этапа реабилитации в ОВЛ - в условиях поэтапной реабилитации травматологических больных по профилю, является целесообразным и эффективным. Так, в 2012 г. 8,3±2,2 случаев после окончания лечения имели неудовлетворительный результат (2 и 1 балл в % к итогу).

Повышение эффективности результатов реабилитации травматологических больных стали отмечаться после организации в ОВЛ их

системного комплексного обслуживания. Так, соответствующий показатель в 2013 г. составил  $1,7 \pm 0,08$  (2 больных), в 2014 г. -  $2,0 \pm 1,1$  (3 больных) случаев.

По новой системе организации реабилитационного процесса в 2013 году закончили лечение с сохранением прежних профессий и должностей 86,4% пациентов, в 2014 г. - 90,6%.

Кроме того, объективными свидетельствами эффективности работы системы реабилитации являются: длительность пребывания больных в ОВЛ и общая длительность их нетрудоспособности.

Оптимальным сроком лечения травм предплечья в ОВЛ должно быть  $16,1 \pm 1,6$  дня, кисти -  $9,0 \pm 1,2$ , коленного сустава -  $12,4 \pm 1,3$ , голени -  $15,0 \pm 1,5$ . Кроме того, временная утрата трудоспособности травмированных лиц не должна соответственно превышать: при повреждениях предплечья –  $53,1 \pm 2,9$  дня, кисти –  $44,0 \pm 3,0$ , коленного сустава –  $50,1 \pm 4,0$  и голени –  $77,2 \pm 6,0$ .

Определённую значимость для травматологических больных с повреждениями ОДА приобретает время, не столько на прием процедур, сколько на приём врачами разного профиля (травматолога травмпункта, врача ЛФК, физиотерапевта, травматолога-реабилитолога) для получения последующих предписаний.



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

### ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДИССЕРТАЦИИ

1. Централизация ортопедотравматологической службы для проведения поэтапного оказания медицинской помощи и реабилитации лицам с последствиями травм ОДА позволила организовать систему, включающую специализированную скорую медицинскую помощь, стационар, травматологический пункт и ОВЛ поликлиники, с достаточно мощной материально-технической и лечебно-диагностической базой. Комплексная реабилитация больных в ОВЛ, состоящего из взаимозависимых кабинетов функциональной реабилитации, обеспечивалась преемственностью в работе специалистов ряда структурных подразделений поликлиники [2-А, 5-А, 8-А].
2. Рациональная организация комплексной реабилитации травматологических больных с нарушениями и расстройствами функций ОДА на уровне ПМСП оптимизировала ее взаимодействие с лечебными учреждениями второго и третьего уровня здравоохранения, что позволило улучшить качество, сократить период временной нетрудоспособности и экономические потери в народном хозяйстве. Работа специализированных реабилитационных бригад позволила утвердить ее как новую организационно-функциональную форму в структуре ОВЛ для реабилитации травматологических больных г.г. Худжанде, Гулистане, Бустоне и Бободжон Гафуровском районе [2-А, 4-А, 9-А, 10-А].
3. Оптимизация квалифицированной помощи лицам, получившим травмы позволила уже на 3-4 день, после снятия иммобилизационных средств, заживления ран, сращения сухожилий, сосудов и нервов, начать комплексную реабилитацию в ОВЛ. С проведением основных организационных принципов реабилитации (раннее начало, непрерывность и последовательность, комплексность, индивидуальность, преемственность), что значительно повышало медицинскую и социальную эффективность амбулаторного этапа реабилитации. В  $63,6 \pm 2,8\%$  случаев реабилитация завершалась полным восстановлением функции организма и поврежденных органов ОДА, в  $31,8 \pm 1,8\%$  - значительным улучшением и в  $90,2\%$  случаев возвращением к прежней работе [6-А, 7-А].
4. Психологическая реабилитация лицам с последствиями травм ОДА в ОВЛ наравне с медицинской, социальной и профессиональной

проводилась с учетом конкретных изменений психологического статуса травматологических больных. Нарушения и соответствующий выбор средств психокоррекции определялась путём проведения комплекса клинико-anamnestических и экспериментальных психологических методик, с последующей оценкой невротической реакции, внимания, эмоциональной и волевой сферы, психомоторной и других функций ЦНС. Оптимальные сроки лечения травм предплечья в ОВЛ были  $16,1 \pm 1,6$  дня, кисти -  $9,0 \pm 1,2$ , коленного сустава -  $12,4 \pm 1,3$ , голени -  $15,0 \pm 1,5$ . [1-А, 3-А, 6-А, 7-А].

### **РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ**

1. В условиях города, где ортопедотравматологическая служба централизована, для обеспечения поэтапного и последовательного лечения больных с последствиями повреждений ОДА целесообразна единая система организации комплексного проведения реабилитации, включающая специализированную скорую медицинскую помощь, специализированный стационар, травматологический пункт и ОВЛ поликлиники.
2. В амбулаторно-поликлинических условиях ОВЛ для травматологических больных создаются в крупной поликлинике, имеющей достаточно мощную материально-техническую и лечебно-диагностическую базу, где расположен травматологический пункт. Кроме того, ОВЛ в ней должно организовываться путем централизации её средств медико-социальной реабилитации и дополняется средствами социально-бытовой, профессиональной реабилитации и др.
3. Психологическую реабилитацию в ОВЛ следует проводить с учетом конкретных изменений психологического статуса травматологических больных, при этом степень нарушений и соответственно выбор средств психокоррекции определяют путём проведения комплекса клинико-anamnestических и экспериментальных психологических методик, оценки невротической реакции, внимания, эмоциональной и волевой сферы, психомоторной и других функций ЦНС.
4. Реабилитационный процесс в ОВЛ должен проводиться под руководством единого врача-травматолога, подготовленного в области физиотерапии, психотерапии, лечебной физкультуры и других областях реабилитации, что позволяет оптимизировать использование. врачебных кадров в поликлинике.

**СПИСОК ПУБЛИКАЦИИ СОИСКАТЕЛЯ УЧЁНОЙ СТЕПЕНИ.****Статьи.**

- 1-А.** Абдуазизов, А.А. Социальная и психологическая характеристика больных с последствиями повреждений органов опорно-двигательного аппарата, подвергнутых комплексной реабилитации в условиях центра реабилитации при поликлиники / Р.Х.Аббасов // Вестник Педагогического университета, Душанбе. – 2014.-.№5 (60). - С.- 119-122.
- 2-А.** Абдуазизов, А.А. Специализированная медицинская помощь в ОВЛ поликлинике / Р.Х.Аббасов, Х.К.Рафиев // Вестник Педагогического университета, Душанбе. - 2014.- №5(60). - С.- 122-126.
- 3-А.** Аббасов, Р.Х. Комплекс лечения в ОВЛ больных при травмах с нарушением нервной системы прицентральной поликлиники / А.А. Абдуазизов Х.К. Рафиев // Вестник Педагогического университета, Душанбе.-2014.-№5(60).- С.- 198-202.
- 4-А.** Аббасов, Р.Х. Опыт совместной работы отделения восстановительного лечения городской поликлиники с городским травматологическим пунктом / Рафиев Х.К., Абдуазизов А.А. // Вестник Педагогического университета, Душанбе. -2014.-.№5(60).- С.- 202-206.
- 5-А.** Аббасов, Р.Х. Организация восстановительного лечения в городской многопрофильной поликлинике / Рафиев Х.К., Абдуазизов А.А. // Вестник Педагогического университета, Душанбе. -2014.-№5(60).- С.- 206-209.
- 6-А.** Абдуазизов, А.А., Комплексная характеристика социальных, психологических, клинических и функциональных изменений пострадавших в начале и в конце восстановительного лечения / Аббасов Р.Х., Рафиев Х.К. // Вестник Педагогического университета, Душанбе. -2014.-№5(60).- С.- 209-214.
- 7-А.** Абдуазизов, А.А. Эффективность комплексного лечения больных в ОВЛ при травмах с нарушением нервной системы / Вазиров З. // Наука и инновация.- 2015.- №1(5).- С.- 40-43.
- 8-А.** Абдуазизов, А.А., Характеристика травм в системе опорно-двигательного аппарата среди различных возрастов и пола в травматологическом пункте города Худжанда / Аббасов Р.А., Давлатов Х. // Медицинская наука и образование, том II, Душанбе.-2014.- С.- 178-180.
- 9-А.** Абдуазизов, А.А. Социальная характеристика пострадавших и структура травм в травматологическом пункте г.Худжанда // Медицинская наука и образование, том II, Душанбе.-2014.- С.- 176-178.

**10-А.** Ибодов С.Т., Оптимизация восстановительного лечения опорно-двигательного аппарата лицам получившие травмы в условиях объединенном поликлинике г. Худжанда / Абдуазизов А.А.// Вестник Авиценны, Душанбе.-2017.- №1.- С.-85-89.

### **Материалы конференции.**

**11-А.** Абдуазизов А.А., Характеристика структуры травм и оказания помощи в травматологическом пункте г.Худжанда / Зиябаев Ш.А., Ганиев Ф.И. // Материалы годичной научно-практической конференции посвященной 90-летию образования столицы Таджикистана г. Душанбе «Профилактика инфекционных (ВИЧ, СПИД, туберкулез, малярия и управляемые инфекции) и неинфекционных заболеваний, Душанбе.-2014.- С.-7-9.

**12-А.** Абдуазизов, А.А., Оптимизация квалифицированной помощи лицам, получившим травмы опорно-двигательного аппарата в поликлинических условиях крупного объединения / Рафиев Х.К., Ибодов С.Т., Талабов М.С., Рафиева З.Х. // Материалы 64-ой научно-практической конференции ТГМУ им Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной 25-летию Государственной независимости Республики Таджикистан, Душанбе. -2016.- С.-454-455.

### **СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

АГ – артериальная гипертензия

АД – артериальное давление

ВОЗ – всемирный организация здравоохранения

ВТЭК - врачебно-трудовая экспертная комиссия.

ГКБ –городская клиническая больница

ЛПУ- лечебно-профилактические учреждение

МЗСЗРТ – министерство здравоохранения и социальной защиты РТ.

ОВЛ – отделение восстановительное лечения

ОДА – опорно-двигательного аппарата

ПМСП – первый медицинский санитарный помощь

РТП –районный травматологический пункт

ГТП – городской травматологический пункт

ГРТП – городской и районный травматологический пункт

ТГМУ – Таджикский государственный медицинский университет

ТИППК – Таджикский институт последипломной подготовки кадров

ЧП – частота пульса

ЦНС – центральная нервная система

**ПАЖҶҶИШГОҶИ ИЛМӢ-ТАҶҚИҚОТИ ТИББӢ  
ПРОФИЛАКТИКИИ ТОҶИКИСТОН**

УДК 614;616-001

**АБДУАЗИЗОВ  
АБДУГАНӢ АБДУСАЛОМОВИЧ**

**МУНОСИБГАРДОНӢИ ӢРИИ ТАҶАССУСӢ БА  
ШАҶСОНӢ ДОРОӢ ОСЕБҶОӢ ДАСТГОҶИ ТАКЯВУ  
ҶАРАКАТ ДАР ШАРОӢТИ ИТТИҶОДИЯӢИ БУЗУРГИ  
ДАРМОНГОҶӢ**

**АВТОРЕФЕРАТИ**

**ДИССЕРТАТСИЯ БАРОӢ ДАРӢФТИ ДАРАҶАӢИ ИЛМИИ  
НОМЗАДИ ИЛМҶОӢИ ТИБ**

**аз рӯи ихтисоси- 14.02.03- сихатии ҷомеа ва тандурустӣ**

**Душанбе - 2019**

Таҳқиқот дар ПИТ тибби профилактикии Вазорати тандурустӣ ва хифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон иҷро карда шудааст.

**Роҳбари илмӣ:**

**Рофиев Ҳамдам Қутфиддинович**

қорманди шоистаи тандурустии ҚТ,  
доктори илмҳои тиб, профессор

**Мушовири илмӣ:**

**Ибодов Саидмуқим Тиллоевич**

доктори илмҳои тиб, профессор

**Муқарризи расмӣ :**

**Салимзода Нусратулло Файзулло**

доктори илмҳои тиб, ассистенти кафедраи  
травматология, ортопедия ва ҷарроҳии  
харбию-саҳроии ДДТТ ба номи  
Абӯали ибни Сино

**Мағзумова Фируза Пулодовна**

номзади илмҳои тиб, муовини директори МД  
«Пажӯҳишгоҳи экспертизаи тиббию иҷтимоӣ  
ва тавонбахшии маъҷубон»-и ВТХИА ҚТ

**Муассисаи муқарриз:** Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии қормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Ҳимояи диссертатсия рӯзи “ ” \_\_\_\_\_ соли 2019 соати \_\_\_\_ дар чаласаи шӯрои диссертатсионии 6D.KOA-010 дар назди МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино (734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139) баргузор мегардад. [dis@tajmedun.tj](mailto:dis@tajmedun.tj) +992907706744

Бо диссертатсия дар китобхонаи МТД «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст

Автореферат “ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ соли 2019 ирсол шудааст.

**Котиби илмии шӯрои**

**диссертатсионӣ,**

номзади илмҳои тиб, дотсент

**Саидмуродова Г.М.**

## МУҚАДДИМА

Зарурати рушди минбаъда ва такмили муолиҷаи барқароркунандаи беморони гирифтор ба пайомадҳои осебхоро афзоиши осебгириҳо, вазнинӣ ва сершумории онҳо, инчунин натиҷаҳои ғайриқаноатбахши муолиҷаи як силсила пайомадҳои осебҳо ва оризаҳои баъдиосебӣ муайян мекунад.

Осебгирӣ дар марҳилаи кунунӣ ҳамчун яке аз проблемаи муҳими иҷтимоӣ дар кишварҳои аз лиҳози иқтисодӣ пешрафта боқӣ мемонад аз он ҷумла дар Тоҷикистон [Салимзода, Н.Ф., 2016]. Чунончи, аз рӯи маълумоти ТУТ (1995) дар миёни сабабҳои фавти гурӯҳи шахсони ҷавонтар аз 45-сола осеби вазнини механикӣ дар мақоми аввал қарор дорад.

Дар сохтори сабабҳои маълумияти аввалия дар миёни аҳоли дар синни то 54-солаосебҳо дар мақоми дувум буда, аз 6,6 то 36%-ро ташкил мекунад [Андреева, Т.М., 2007; Марченкова, Л.О., 2009], аммо дар байни шахсони ҷавон ва миёнсол дар мақоми аввал буда, ба 66,8-73,2% мерасад [Серкова, Е.В., 2008]. Ба мисли пештара ханӯз ҳам осебгирии маишӣ, инчунин осебгирии нақлиётӣ, ки барои он осебҳои сегшумор – 10 – 21% ва осебҳои муштарақ хос буда аз 10 % то 38 %-ро ташкил медиҳанд [Атманский, И.А. ва ҳаммуаллифон., 2011; Виговский, Н.В., 2007].

Осебҳо ва ҳодисаҳои нохуш дар миёни сабабҳои фавт мақоми сеум ва дар миёни сабабҳои маълумияти аҳоли мақоми дувумро доранд [Медведев, Г.М., 2006; Боровиков, В.Н., 2011; Салимзода, Н.Ф., 2016].

Осебгирии муштарақ бо хеле бартарӣ доштани осебҳои дасту пойҳо дар сохтори он - то 85% ва махсусан шуъбаҳои дисталии онҳо тавсиф мегардад [Андреева, Т.М., 2008; Серкова, Е.В., 2009]. Дар сохтори осебгирӣ аз рӯи маълумоти муаллифони гуногун осебгирии ғайриистехсоли бартарӣ дошта, аз 45 то 72%-ро ташкил мекунад [Григорев, В.Д., 2012]. Дар миёни осебҳои ғайриистехсоли осебгирии нақлиётӣ мақоми вижаро ишғол мекунад, ки ба он мавқеъгирии сершумор ва осебҳои муштарақ хос мебошанд [Марченкова, Л.О., 2007; Давлатов, Х.С., 2014].

Дар вилояти Сугди ҚТ (шаҳри Хучанд) системаи тавонбахшии беморон ташкил карда шуда, системаи муолиҷаи барқароркунии бахшҳои осебшиносӣ-раддоӣ ва неврологӣ таҳия гардидааст.

Дар доираи системаи мазкур роҳандозии тадбирҳои марҳилавии тавонбахшӣ аз рӯи як барнома дар шуъбаҳои махсусгардонидашуда (ШМБ), беморхонаҳо ва муассисаҳои ёрии таъҷилӣ, воҳидҳои сохтори осебшиносӣ, бунгоҳҳои осебшиносии дармонгоҳҳо ва бахшҳои онҳо пешбинӣ шудаанд.

Риояи асли (принсипи) муттасили дар доираи системаи мазкур тавассути ҳуччатгузории ягонаи меъеригардида (эпикриз, вараки

иловагӣ дар корти таърихи беморӣ)таъмин мегардад, ки он фарогири хамаи маълумот дар бораи бемор ва тадбирҳои гузаронидашуда мебошад ва ба ҳар як марҳилаи минбаъдаи тавонбахшӣ воғузур карда мешавад.

Ҳамин тавр, проблемаи созмондиҳии муолиҷаи маҷмӯии барқароркунии беморони дорои пайомадҳои осебҳои дастгоҳи таҷавву ҳаракат (ДТХ) дар шароити дармонгоҳии шабакаи умумимуолиҷавӣ дар шаҳр аз ҳадамоти марказонидашудаи раддоӣ-осебшиносӣ ва иттиҳодияи амалкардии шӯъбаҳои муолиҷаи барқароркунии (ШМБ) бо бунгоҳҳои осебшиносӣ басо мубрам арзёбӣ гардида, ба таҳқиқоти маҷмӯӣ ниёз дорад.

Дар айни ҳол, чунин масъалаҳои муҳим аз қабилӣ ташкили тавонбахшӣ, усул (принсипҳо), шаклҳо ва методҳои робитаи мутақобила ва ҳамкориҳои шӯъбаҳои муолиҷавию барқароркунии (ШМБ) бо бунгоҳҳои осебшиносӣ ва муассисаҳои махсусгардонидашуда, технологияи муолиҷаи маҷмӯии барқароркунии беморони дорои пайомадҳои осебҳои дастгоҳи таҷавву ҳаракат дар шароити шаҳр, ки дар он ҷо ҳадамоти раддоӣ-осебшиносӣ мутамарказ мебошад ва ШМБ аз лиҳози амалкард бо бунгоҳҳои осебшиносӣ муттаҳид шудаанд, ҳанӯз ба қадри кофӣ омӯхта нашудаанд. Ҳамаи нуктаҳои дар боло зикргардида мубрам будани мавзӯи интиҳобшударо муайян намуд.

## **ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ**

**Мақсади таҳқиқот.** Муносибгардонии системаи маҷмӯӣ тадбирҳо оид ба тавонбахшии пайомадҳои осебгирии дастгоҳи таҷавву ҳаракат (ДТХ) дар муассисаҳои зинаи аввалияи тандурустӣ, ки аз лиҳози амалкард бо ҳадамоти марказонидашудаи раддою осебшиносӣ робита доранд.

### **Вазифаҳои таҳқиқот**

1. Додани тавсифи маҷмӯии тиббию-ичтимоӣ ва таркиби функционалии беморони осебдида ҳангомӣ гузаронидани тавонбахшӣ;
2. Таҳияи чорабиниҳо оид ба ташкили сохтори ёрии таҳассуси ба беморони осебдида ва тавсиб намудани он дар фаъолияти амалии муассисаҳои сатҳи аввалияи тандурустӣ (МСАТ)
3. Муносиб гардондани ҳамкориҳои сохторҳои тавонбахшии осебшиносии ҳадамоти ЁАТС бо муассисаҳои муолиҷавии сатҳҳои дувум ва сеуми тандурустӣ;
4. Тасвиб намудани методикаҳои педагогии мусоидаткунанда ба арзёбии ҳолати равоии беморони дорои осебҳои ДТХ.

**Навгониҳои илмӣ таҳқиқот.** Аввалин маротиба проблемаи бемории осебӣ бо истифодаи таҳқиқоти маҷмӯӣ равоишиносӣ мавриди баррасӣ қарор гирифт, ки он барои тадқиқи амиқтар ва густардаи тасаввурот оид ба чараҳои бемории осебӣ имкон фароҳам овард. Бори нахуст



асасноки зарурати иҷрои амалии системаи маҷмӯи тадбирҳо оид ба роҳандозӣ намудани барномаи инфиродии тавонбахшии шахсоне, ки осебҳои гуногуни ДТХ гирифтаанд, дар шароити расондани ёрии марбутаи марказонидашуда ба шахсони зарардида дар ШБМ-и созмондодашуда дар нади дармонгоҳи №1 шаҳри Хучанд дода шудааст. Шакли нави хизматрасонӣ ба беморон дар сохтори махсусгардонидашудаи муолиҷавию барқароркунӣ дар назди дармонгоҳи муттаҳидаи шаҳри Хучанд ҷорӣ карда шуд. Методикаҳои равшиносӣ, аз ҷумла методикаи худии муаллиф, ки ба арзёбии мақоми равшиносии беморони осебшиносии дорои осебҳои ДТХ дар шароити ШБМ-и дармонгоҳ мусоидат мекарданд, тасвиб гардиданд. Муолиҷаи ситемавии беморони аз осебҳо зарардида дар ШБМ зери назари осебшинос, инчунин меъёрҳои арзёбии марҳилаи хотимавии тавонбахшии ҷунин беморон асоснок карда шудааст.

**Алоқамандии мавзӯи рисола бо барномаҳои умдаи илмӣ, корҳои асосии илмию таҳқиқотҳо, ки дар муассисаҳои илмӣ гузаронида шудаанд.**

Қор дар доираи барномаи Миллии “Пешгирии осебпазири ва такмилдиҳии ёрии тиббии ҳангоми осеб ва оқибатҳои он дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар солҳои 2010-2015” гузаронида шудааст, қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 31-уми майи соли 2010, №639.

**Аҳамияти амалӣ.** Натиҷаи таҳқиқот имкон дод сохтани системаи чорабиниҳо оид ба муносибсозии сохтори тавонбахшии беморони бо осебҳои системаи тақяву ҳаракат дар муассисаҳои тандурустӣ ҳангоми иттиҳодияи ШМБ бо нуқтаҳои шикастабандии ноҳиявӣ

**Нуқтаҳои, ки барои ҳимоя пешниҳод мешаванд.**

1. Таъсири тиббию-иҷтимоӣ ва функционалии беморони осебгирифта дар аввал ва дар охири тавонбахшии гузаронидашуда.
2. Маҷмӯи чорабиниҳо барои муносибсозии сохтори тавонбахшии беморони дорои осебҳои дастгоҳи тақяву ҳаракат дар МСАТ ҳангоми иттиҳодияи ШМБ бо нуқтаҳои шикастабандии ноҳиявӣ (НШН).
3. Таъсири боҳам алоқаманди сохторҳои тавонбахшии осебшиносии хадамоти ЁАТС бо муассисаҳои муолиҷавии сатҳҳои дувум ва сеуми тандурустӣ дар мӯҳлати тавонбахшии беморон
4. Дарачаи ҳолати равонии беморон бо осебҳои ДТХ дар давоми тавонбахшӣ.

**Татбиқи натиҷаҳои таҳқиқот дар амалия.**

Натиҷаҳои таҳқиқот дар фаъолияти амалии муассисаҳои муолиҷавию профилактикии (шуъбаву бахшҳои осебшиносӣ, ҷарроҳӣ, бунгоҳҳои осебшиносӣ, ШМБ-и дармонгоҳи дар назди МСШ №1 ш.Хучанд) вилояти Сугд, дар бунгоҳҳои осебшиносии Беморхонаи клиникии №3 шаҳри Душанбе ва Муассисаи давлатии Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон истифода мешаванд.

### **Тасвиби диссертатсия ва иттилоот оид ба истифодаи натиҷаҳои он.**

Нуктаҳои асосии таҳқиқоти диссертатсионӣ дар конференси солонаи илмӣ-амалии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино таҳти унвони “Илми тиб ва таҳсилот” бахшида ба 90-солагии пойтахти Тоҷикистон шаҳри Душанбе; конференси илмӣ-амалии “Профилактикаи бемориҳои сироятӣ (ВНМО/АПНМ, сил, малярия ва сироятҳои идорашаванда) ва гайрисироятӣ” шаҳри Душанбе – соли 2014; дар конференси 64-уми солонаи илмӣ-амалии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино таҳти унвони “Проблемаҳои назария ва амалияти тибби муосир” бахшида ба 25-солагии Истиклолияти давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон (шаҳри Душанбе-соли 2016); дар конференси илмӣ-амалии “Рушди таҳқиқоти илмӣ ва назорати бемориҳои сироятӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон” бахшида ба 25-солагии Истиклолияти давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва 85-солагии ПИТ тибби профилактикӣ (шаҳри Душанбе – соли 2016); дар чаласаи Шӯрои илмии ПИТ тибби профилактикӣ (суратчаласаи №9 аз 28 сентябри соли 2017), дар чаласаи комиссияи байникафедравии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино оид ба фанҳои назариявӣ ва тиббӣ (суратчаласаи №25 аз 23 октябри соли 2017) тасвиб ва тасдиқ шудаанд.

Маълумоти равшанӣ-ташхисии дар раванди таҳқиқот ба дастовардашуда таъсиррасонии бемориҳои осебиро ба вижаҳои ҳолати эмотсионалии беморон тадқиқ намуда, имконият медиҳад, ки ҳадафи асосӣ барои коркарди барномаи мувофиқ ва муосири ислоҳи равонии беморон муайян карда шавад, ки он дар ниҳояти кор, ҷараён ва пайомади мусоиди бемориро фароҳам месозад.

Системаи пешниҳодшудаи тавонбахшии беморони дорои осебҳои ДТХ имкон медиҳад, ки тадбирҳои маҷмӯии тавонбахшӣ дар ШБМ бо истифодаи муносиб ва оқилонаи неруҳо ва воситаҳо дар шароити амбулаторӣ амалӣ карда шаванд.

### **Интишорот оид ба мавзӯи диссертатсия.**

Оид ба мавзӯи диссертатсия 12 мақолаи илмӣ ба нашр расонида шудаанд, ки аз ҷумла 7 мақола дар маҷаллаҳои тақризшавандаи КОА ва феҳрасти иқтибосшавандаи РИНС шомилбуда мунташир гардидаанд. Мақолаҳои нашргардида нуктаҳои асосии дар диссертатсия тасвир ва баррасишаванда, натиҷаҳо ва хулосаи муаллифро ба кадри кофӣ пурраву мукамал инъикос кардаанд. Теъдод ва сифати мақолаҳои нашргардида барои диссертатсияи номзадӣ кофӣ мебошад.

### **Саҳми шахсии доктарабӣ дарёфти дараҷаи илмӣ.**

Муаллиф дар ҳамаи марҳилаҳои баргузории таҳқиқот, гирдоварии маводу маълумоти аввалия, коркарди мавод, омодагии мақолаҳо ва маърузаҳо 85% иштироки бевосита доштааст. Ҳаҷми асосӣ ва ҳалқунандаи таҳқиқот аз тарафи доктарабӣ мустақилона иҷро карда шудааст ва таҳқиқот дорои натиҷаҳои нав буда, дар бораи саҳми шахсии муаллифи диссертатсия дар илм 100% шаҳодат медиҳад.

### **Ҳаҷм ва сохтори диссертатсия.**

Диссертатсия дар 150 саҳифаи матни компютерӣ (андозаи хуруфи 14, фосилаи байнисатрии 1,5) танзим гардида, аз мукаддима, шарҳу тафсири адабиёт(боби 1), мавод ва методҳои таҳқиқот (боби 2), натиҷаҳои таҳқиқоти худии муаллиф (бобҳои 3,4,5), натиҷагириҳо ва хулоса, тавсияҳои амалӣ ва номгӯи таълифоти илмии нашргардида иборат мебошад. Феҳристи библиографӣ 204 маъхазро дар бар гирифта, аз ҷумла, 148 маъхаз ба забони русӣ ва 56 маъхаз ба забонҳои хориҷӣ мебошанд. Маводи тасвирӣ аз 7 расм, 2 нақша ва 18 ҷадвал иборат аст.

### **ҚИСМАТИ АСОСӢ**

**Мавод ва методҳои таҳқиқот.** Барои амалӣ намудани ҳадафи таҳқиқот 910 нафар беморони осебёфта дар истехсолот, дар маишат, хангоми ҳаракат дар воситаҳои нақлиёт ё дар натиҷаи садамаҳои нақлиётӣ зарардида дар муддати давраи 3-сола(солҳои 2012-2014) аз рӯи мурочиати онҳо ба бунгоҳҳои осебшиносии шахрҳои Хучанд, Бӯстон (собиқ Чкаловск), Ғулистон (собиқ Қайроққум) ва ноҳияи Бобочон Ғафуров мавриди таҳқиқ қарор гирифтанд. Интихоб ва ҳоста гирифтани беморон барои гурӯҳи озмоишӣ аз рӯи ҳадаф ва вазифаҳои гузошташудаи таҳқиқот амалӣ гардид. Барои ба даст овардани натиҷаҳои боэътимод гурӯҳи беморони ҳамгуна ташкил карда шуд. Барои тақмил додани хизматрасонии тиббии беморони раддоӣ – осебшиносӣ дар назди дармонгоҳи бузурги №1 шаҳри Хучанд ШБМ ташкил карда шуд, ки аввалан, беморони осебдида барои ёрии тиббӣ ба бунгоҳҳои осебшиносии шахрҳои Хучанд, Ғулистон, Бӯстон ва ноҳияи Бобочон Ғафуров ворид гардида ва минбаъд барои тавонбахшӣ ба ШБМ шаҳри Хучанд гузаронида мешуданд, ки дар он ҷо барои онҳо варзиши муолиҷавӣ, маҳс, физиотабобат ва хизматрасонии табиби невролог фароҳам оварда шудааст. Дар мавриди зарурат муолиҷа аз тарафи дигар мутахассисоне, ки бо табибони дармонгоҳ робита ва ҳамкорӣ доштанд сурат мегирифт.

Ҷузъи хеле муҳими системаи маҷмӯии муолиҷаи барқароркунии пайомадҳои осебҳои дастгоҳи такаву ҳаракат ( ДТХ) ҷанбаи иҷтимоӣ-равоншиносӣ ва мақоми иҷтимоии беморон мебошад.

Барои ноил шудан ба ҳадафи мазкур имконияти тавсифи паҳншавандагӣ, сохтори осебгирӣ дар ШБМ, маҳдудсозии зарарҳо ва вазни ҳоси ҳамаи эҳтиёҷмандон ба тавонбахшӣ, мансубияти синнусолӣ ва ҷинсии онҳо, гурӯҳи иҷтимоӣ ва инчунин динамикаи натиҷаҳои роҳандозии он фароҳам гардид.

Барои осонии баргузори таҳқиқоти иҷтимоӣ-равоншиносии шахсӣ беморони дорои пайомадҳои осебҳо ба гурӯҳҳои иҷтимоӣ тақсим карда шуданд, ки дар онҳо шахсон аз рӯи мақоми ҳамгуна ва доро будани осебҳои ҳаммонанд аз лиҳози мавқеъ ва дараҷаи вазнинӣ(аз

шаҳрҳои Хучанд, Гулистон, Бӯстон ва ноҳияи Бобочон Гафуров) муттаҳид карда шуданд.

Дар ҳайати иҷтимоӣ-касбии беморони муоличашаванда бо 53% ҳолатҳо коргарон бартарӣ доштанд, дар ҳоле, ки сахми маъҷубон ҳамагӣ 3,4%-ро ташкил меод (ҷадвали 1).

#### **Ҷадвали 1. - Сохтори ҳайати беморон аз рӯи гурӯҳҳои иҷтимоӣ-касбӣ**

Вазъияти иҷтимоӣ	Шумораи беморон	%
Коргарон	483	53,1
Хизматчиён	175	19,2
Муҳассилон, донишҷӯён беморон	56	6,1
Маъҷубон	31	3,4
Нафақахӯрон	165	18,2
<b>Ҳамагӣ</b>	<b>910</b>	<b>100,0</b>

Дар сохтори осебгирӣ бештарин вазни ҳосро ҳолатҳои бистарикунонӣ бо сабаби шикастани устухонҳо (66,5% ҳолатҳо), баромадан ва бечошавии бугумҳо (6,2%), кандашавии пайҳо (робитҳо), собунакҳо (7,1%), ҷароҳатҳо бо осеб дидани рағҳо, асабҳо, пайҳ ва дигар бофтаҳои нарм (8,2%), пайомадҳои зарбу датхӯриҳо, тазйиқи бахшҳои гуногуни ДТХ (1,3%), қатъшавии қисмҳои гуногуни дасту пой (1,6%) ва гайра (сӯхтан, газидан ва гайра), ки 9,1%-ро ташкил доданд. Дар ин ҳол дар 95% ҳолатҳо пайомадҳои осебҳо дар ноҳияи ДТХ мавқеъ доштанд.

Осебҳо, асосан, дар ноҳияҳои дасту пойҳо мутаносибан 52% ва 43% мавқеъ доштанд. Аз тарафи мо бо истифода аз методи Айзенк Г., Бурдон А.Б. ва Платонов Н.К. таҳқиқоти тавонбахшии равоншиносӣ-неврологӣ анҷом дода шуд.

Натиҷаҳои муолиҷа ба тариқи баҳогузори зерин муайян карда шуд: баҳои аъло (5 ҳол), ҳуб (4 ҳол), қаноатбахш (3 ҳол) ва гайриқаноатбахш (2-1 ҳол).

### **НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ**

Баъди хотима ёфтани таҳқиқот маълум шуд, ки дар миёни ҳамаи осебҳо пайомадҳои шикастани устухонҳои дисталии дасту пойҳо нисбат ба пайомадҳои боқимонда осебҳои узвҳои таркиби ДТХ бартарӣ доштанд.

Вижагиҳои гурӯҳи беморон ба назар гирифта шуда, бо дарназардошти онҳо фаъолияти оид ба барқарорсозии амалқарди узвҳои зарардидаи ДТХ дар натиҷаи осебҳои гуногун ташкил ва такмил дода шуд. Дар раванди таҳқиқот муолиҷаи барқароркунии беморонро ба таври анъанавӣ аз рӯи натиҷаи ниҳой, ки дар дигаргунӣ ба беҳбудии саломатӣ ва барқароршавии қобилияти пурраи корӣ ифода меёфт,

мавриди арзёбӣ қарор дода шуд. Дар ин ҳол қобилияти қорӣ ба тавонбахшии маҷмӯи беморон вобаста мебошад, ки бо маҷмӯи аломатҳои субъективӣ ва объективӣ (клиникӣ, амалқардӣ, равшанӣ ва иҷтимоӣ – меҳнатӣ) ифода меёбад.

Шахсони дорои пайомадҳои осебҳои узвҳои ДТХ, ки муваққатан қорношоям шуда буданд ва аз давраи муолиҷаи ШБМ-гузаштанд, дар 80-85% ҳолатҳо қобилияти қорӣ худро бозёфтанд, ки он меъёри асосии арзёбии самаранокии муолиҷаи барқароркунӣ ба ҳисоб меравад.

Аломатҳои бештар маъмули осебҳои узвҳои ДТХ ва ҳолати умумии организми зарардидагон дар лаҳзаи воридшавӣ ва баъд аз муолиҷа дар ШБМ ҷудо карда шуданд. Яке аз аломатҳои басо маъмули ихтилоли тамомияти узвҳои ДТХ ва қолаби динамикии фаъолияти ҳаётии беморон дар 95,% ҳолатҳо ин синдроми эҳсоси дард дар ноҳияҳои осебдида ва инчунин дар бугумҳои дар назди маҳали осеб воқеъбуда (58,9%) мебошад, ки он барои ба гурӯҳи дорои мақоми маъҷубӣ пешниҳод кардан асос шуда метавонад.

Зарур аст аҳамияти асосӣ ба трофикаи мушакҳои дасту пойҳо, ки бо шикастабандии тӯлонии ба гиподинамия боисшаванда ҳамчун сабаби асосии ихтилоли дастгоҳи нейромушакӣ дода шавад.

Дар аз нисф бештари беморон - дар  $63,8 \pm 4\%$  ҳолатҳо гипотрофия ва гипотонияи мушакҳо, дар  $16,3 \pm 3,9\%$  - атрофияи мушакҳои дасту пойҳо ва танҳо дар  $19,9 \pm 8,9\%$  ҳолатҳо нормотрофия муайян карда шуд. Яқбора қоҳиш ёфтани неруи мушақиро дар  $89,6 \pm 4,0\%$  ҳолатҳо (аз 1 то 3 ҳол) муайян карда шуд ва фақат дар  $10,4 \pm 2,0\%$  ҳолатҳо нишондиҳандаи маъмур дар ҳудуди меъёр қарор дошт. Бештаршавии натиҷаҳои муолиҷа ба истифодаи ЛФК, таъоботи механикӣ, масҳ, барангезиши барқӣ ва ғайра вобаста буд.

Дар оғози марҳилаи баргузори тадбирҳои тавонбахшӣ дар аксарияти беморон –  $77,7 \pm 4,4\%$  ҳаҷми ҳаракат дар бугумҳои дасту пойҳои осебдида аз 5 то 52 % аз меъёрро (1-2 ҳол) ташкил намуд. Дар  $13,8 \pm 5,7\%$  ҳолатҳо ҳаракатнокӣ дар бугумҳо андаке болотар аз сатҳи меъёриро (3 ҳол) ва танҳо дар ҳолатҳои камтар ( $5,5 \pm 4,9\%$  ва  $3,0 \pm 0,8\%$ ) амплитудайи ҳаракат дар бугумҳо дар ҳудуди амалқардӣ-физиологӣ (4-5 ҳол) боқӣ мемонад. Қоҳишҳои назарраси малақаҳои худхизматрасонӣ дар  $67,8 \pm 2,9\%$  беморон бақайд гирифта шуд. Танҳо дар  $32,2 \pm 3,2\%$  беморони таҳқиқшаванда худхизматрасонии пурра ҳангоми воридшавӣ барои муолиҷа дар ШБМ ба мушоҳида мерасид. Дар миёни беморони осебгирифта майлонҳои ҳолатҳои равшанӣ ҳам ошкор гардиданд, зимнан дараҷаи онҳо ба дараҷаи ихтилоли аномӣ-физиологӣ ва амалқардӣ-ҳаракатӣ вобастагӣ дошт.

Бо хотима ёфтани шикастабандии гачӣ ва қалб намудани бемор ба равшандии тавонбахшӣ оғози воқуниш-стресси махсуси қанбаи неврологидошта фаро мерасад, ки муқовимати он ба 2-4 рӯз идома ёфта, он як навъ мутобиқшавии бемор бо тадбирҳои тавонбахшӣ мебошад.

Дар ин рӯзҳо беморон дар ҳолати ҳаяҷонзадагӣ ва камтар хушдиомгӣ қарор гирифта, шикоятҳои онҳо аксаран ҷанбаи умумӣ ва психогенӣ дошта, саъй мекунанд, ки ба як силсила аломатҳои патологӣ (дард, варам, деформатсия ва ғайра) ҷалби таваҷҷуҳ намоянд.

Дар  $52,0 \pm 1,8\%$  ҳолатҳо дар оғози муолиҷа бемор ҳамчун шахсияти номувофиқ тасаввур мегардад. Шахсони дорои руҳияи хушбинона иштирокдорони фаъоли раванди тавонбахшӣ гардиданд ва воқуниши невротикӣ онҳо дар  $48,0 \pm 1,8\%$  ҳолатҳо дар онҳо мувофиқ афтадааст. Баланд шудани фишори шараёнӣ ва беҳтаршавии набз дар  $28,7 \pm 4,2\%$  ҳолатҳо ва зимнан, бемории фишорбаландӣ фақат дар  $9,3\%$  ҳолатҳо ба мушоҳида расид.

Дар робита бо он, ки муолиҷаи барқароркунанда дар ШБМ бо воситаҳои консервативӣ амалӣ мегардад, асоси онро методҳои ҷисмонӣ-амалқардӣ-барқароркунӣ ва муолиҷаи патогенетикӣ ташкил мекунанд.

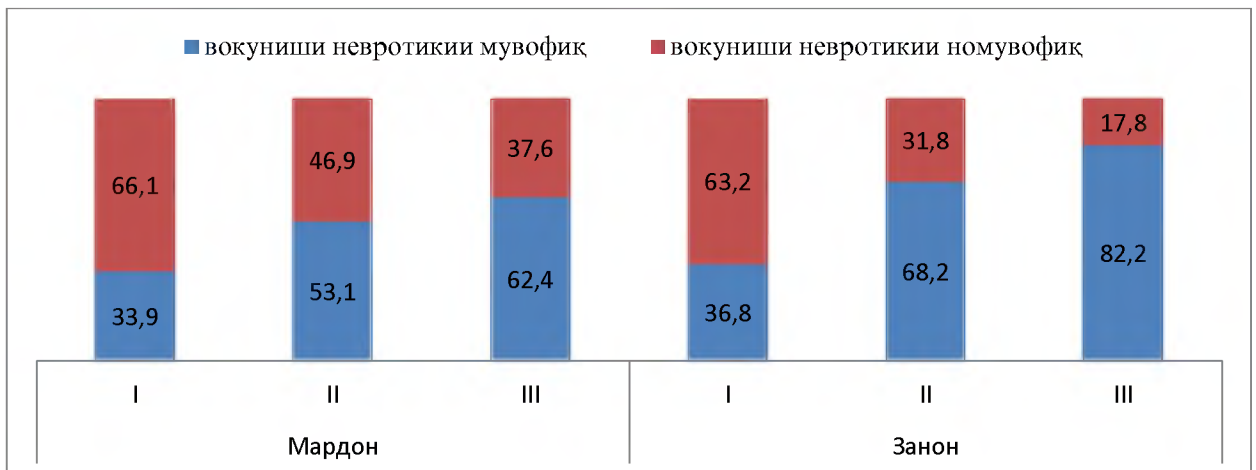
Баъди ба охир расидани муолиҷаи барқароркунӣ дар осебдидагон мавҷудияти самараи баланди клиникӣ, амалқардӣ, иҷтимоӣ ва равшанӣ ба мушоҳида расид. Зимнан, дар 144 нафар ( $71,3 \pm 0,6\%$ ) осебдидагон ҳолати саломатии онҳо аъло (5 ҳол) арзёбӣ гардид. Дар  $13,4 \pm 2,0\%$  ҳолатҳо варами бофтаҳои нарм ва ранги пӯсти кабудшуда, ҳолати боэҳтиётӣ ва маҷбурии узви осебдида, мутаносибан, дар  $24,3 \pm 2,9\%$  ва  $6,4 \pm 0,7\%$  ҳолатҳо, амплитудаи маҳдуди ҳаракатҳои бугумҳо дар  $6,9 \pm 2,0\%$  ҳолатҳо ба қайд гирифта шудааст.

Дар 78 нафар ( $21,2 \pm 1,2\%$ ) осебдидагон дар охири давраи муолиҷа то се аламати патологӣ (масалан, эҳсоси дард ҳангоми сарборӣ, кундҳаракатии муътадил) дар бугум боқӣ монда буд. Натиҷаи бадастомадаи муолиҷаи ин беморонро метавон бо баҳои хуб (4 ҳол) арзёбӣ намуд. Дар  $9,5 \pm 1,3\%$  ҳолатҳо дар хотимаи муолиҷа аломатҳои бештари (3-4) боқимондаи ҷанбаи патологӣ клиникӣ-амалқардӣ ва дигар дошта бақайд гирифта шуд, ки зимнан, онҳо дар беморони қаблӣ возеҳтар буданд. Дар ин робита арзёбии муолиҷаро қаноатбахш ҳисоб карданд, зеро дар аксари ҳолатҳо қобилияти қорӣ ҳифз гардида буд. Дар гурӯҳи беморон – дар  $3,1 \pm 1,2\%$  ҳолатҳо самаранокии муолиҷаи гайриқаноатбахш (2-1 ҳол) ҳисоб карда шуд.

Як қатор беморони гирифтори пайомадҳои осебёфтагии дорои вазнинии гуногун ҳолати худро ба таври воқеӣ, гурӯҳи дигар бошад. номувофиқ, яъне вазнинии онро ё нодида мегирифтанд, ё ки дар ин қор муҳолиға мекарданд. Вобаста ба ин дар ШБМ дармонгоҳ зерсистемаи тавонбахшии равшанӣ, ҳамчун қисми муҳими таркибии маҷмӯаи муолиҷаи барқароркунӣ созон дода шудааст.

Дар миёни беморони иштироккунандаи системаи маҷмӯии тавонбахшии равшанӣ  $72,1\%$  мардон ва  $27,9\%$  занон осебхоро дар мавзӯҳои ноҳияи банди даст, панҷаи даст, бугуми зонӯ ва соқи пой доштанд, ва  $69,6 - 61,0\%$  ҳамаи онҳоеро ташкил намуданд, ки бояд мавриди тавонбахшӣ дар ШБМ қарор мегирифтанд. Дар ин ҳол, шахсони

синнусоли аз 20 то 49-сола 57,4% ҳолатҳоро ташкил мекарданд. Муқаррар карда шуд, ки дар миёни таҳқиқшавандагон 72,3%-ро коргарон ва 19,2%-ро хизматчиён ташкил медиҳанд. Дар мавриди ҳолати корӣ коргарон дар 24,1% ҳолатҳо дар шароити шиддатнокии баланди ҳаяҷонии корӣ қарор дошта, 18,2% ба кори содаи (вазнин) ҷисмонӣ ва 30,1% ба кори содаи (осон) ҷисмонӣ машғул буданд. Ҳангоми воридшавии беморон ба ШБМ то оғози маҷмӯи таъоботи барқароркунӣ ва истифодаи методҳои равантаъоботи “хурд” ва “оқилона”, аутотреннинг воқуниши невротикӣ дар 63,8% ҳолатҳо номувофиқ ва дар 36,2% ҳолатҳо мувофиқ будааст. Илова бар он, дараҷаи баланди воқуниши номувофиқи невротикӣ то оғози раванди тавонбахшӣ дар ШБМ дар марҳилаи дар шикастабандӣ қарор доштани беморон дар онҳо тағйироти махсус инкишоф меёбанд. Сабаби онҳо аз сар гузаронидани осеби вазнин ва оқибати он (гиподинамияи умумӣ, маҳдудшавии қобилияти худхизматрасонӣ, муоширати умумӣ, аз ҷумла дар доираи робитаҳои махсус, аломатҳои эҳсоси дард ва гайра) мебошад. Ҳамаи ин барои фаъолияти ҳаёти гайримаъмул мегардад ва дар зимн барангезандаи доимии системаи асаб мегардад. Дар ин гуна ҳолат ҳам дар занон ва ҳам дар мардон воқуниши невротикӣ номувофиқ то оғози тадбирҳои тавонбахшӣ дар 66,1% ва 63,2% ҳолатҳо ва воқуниши мувофиқ фақат дар 33,9% ва 36,8% ба мушоҳида расидааст. (Расми 1.)



**Расми 1. Динамикаи дараҷаҳои воқунишҳои невротикӣ дар мардон ( аз тарафи рост) ва занон (аз тарафи чап) дар зери таъсири тавонбахшӣ дар ШБМ (%)**

Охири ба афзоиши воқуниши невротикӣ мувофиқ боис мегардад, ки то хотима ёфтани тадбирҳои тавонбахшӣ то дараҷаи 81,7% афзоиш меёбад. Ҳамин тавр, воқуниши невротикӣ ҳам дар мардон ва ҳам дар занон тағйир ёфта, мутаносибан 62,4% ва 82,2%-ро ташкил медиҳад.

Синдроми невротики дар занон (33,1%) нисбат ба мардон (12,4%) ба таври назаррас бештар ба қайд гирифта мешавад, ки падидаи мазкур ба вижагиҳои физиологии организми зан, аз ҷумла системаи асаби вай вобаста мебошад.

Тахти таъсири тадбирҳои тавонбахшӣ, ки ҳамроҳ бо табобати равоншиносии оқилона ва аутотренинг мебошад, ҳолҳои падидаҳои ҳаяҷонии берунӣ беморони гурӯҳҳои аз I то III дар муқоиса бо лаҳзаи оғози тавонбахшӣ дар ШБМдармонгоҳ афзоиш меёбад.

То оғози марҳилаи аввали баргузори тавонбахшӣ бо сабаби тағйироти возеҳи равонӣ ва амалқардӣ дар натиҷаи осебгирӣ худтанқидкунӣ коҳиш ёфта буд, яъне дар ин ҳол, меъёри аз будаи зиёд баҳо додани шахс (45,6%) бар баҳодихии дуруст (43,8%) бартарӣ пайдо мекунад. Аз тарафи онҳо ба таври бояду шояд баҳо додан ба сифатҳои худ 10,6% аз ҳамаи ҳолатҳоро ташкил намуд.

Ба таври куллӣ, аз рӯи ҳамаи мавқеъгириҳо тағйироти меъёри худбаҳодихии дуруст ба тарафи афзоиши вазни ҳоси он то 74,0% дар муқоиса бо он чи ки то оғози тавонбахшӣ буд-43,8% ба вуқӯъ омад. Ҳамзамон вазни ҳоси шахсони дорой аз будаи зиёд баҳо додани шахс аз 45,6% 9 (давраи I) то 15% (давраи II) тадриҷан коҳиш пайдо кард.

Ҳангоми озмоиш мо ошкор намудем, ки миқдори миёнаи ҳарфҳои хатзадашуда 355,0 дар муддати 10 дақиқа (давраи I) нисбат ба давраҳои II ва III мутаносибан 361,0 ва 403,0 камтар будааст. Шумораи миёнаи иштибоҳҳо дар давраи I 30,4-ро ташкил дода буд ва баракс хеле бештар нисбат ба ҳисоби миёна дар давраҳои минбаъда, мутаносибан, 22,1 ва 20,0 буд.

Ҳамин тавр, ҳангоми муолиҷаи барқароркунӣ устувории диққати беихтиёрдар давраи гузаронидани муолиҷа миёни давраҳои I ва II ( $t=9,6$ ) ва миёни давраҳои I ва III ( $t=6,2$ ) дар ҳоли ( $P < 0,05$ ) будан тағйир меёбад. Ғайр аз он, ба қадри назаррас тамаркузи диққат афзоиш меёбад, ки аз он хеле коҳиш ёфтани миқдори иштибоҳҳо шаҳодат медиҳанд, мутаносибан меъёри устуворӣ ба 8,3 (миёни давраҳои I ва II) ва 10,4 (миёни давраҳои I ва III) дар ҳоли ( $P < 0,05$ ) будан баробар мешавад.

Ҳангоми озмоиш миқдори умумии муҳраҳои кушодашуда дар шароити болозикр ҳангоми воридшавии беморон барои муолиҷа  $13,1 \pm 0,5\%$  ро ташкил намуда буд ва ҳангоми иҷрои кор иштибоҳҳо  $1,6 \pm 0,16$  маротиба буданд. Дар давраҳои минбаъда, ҳанӯз дар чараёни табобат қобилияти қорӣ бештар гардид, яъне дар беморон устуворӣ ва тамаркузи диққат боло рафт, ки нишондиҳандаҳои онҳо мутаносибан  $15,1 \pm 0,12$  (давраи II) ва  $15,0 \pm 0,21$  ва  $0,69 \pm 0,18$  (давраи III) -ро ташкил доданд.

Фаъолияти системаи дилу рағҳои хунгард дар чараёни санҷиши ислоҳӣ ҳангоми фаъолияти меҳнати шадид бештар тағйир меёбад. Чунончи, дар ҳамаи беморон дар гунаи аввал басомади набз (БН) бо 65-80 зарба дар як дақиқа баробар буда, фишори шараёни (ФС)-и систолий



ва диастоли ба ҳисоби миёна 120 ва 75 мм сутуни симобро ташкил мекард ва майлон аз нишондихандаҳои мазкур дар 13% ҳолатҳо бо бемороне дахл доштанд, ки онҳо бо бемории фишорбаландӣ (БФ) робита доштанд.

Қиматҳои БН ва ФШ дар гунаи дувум аз натиҷаҳои қаблан бадастомада хеле баландтар буда, мутаносибан, БН 92 зарба дар як дақиқа ва ФШ –то 140 систоли ва 80 диастолиро ташкил намуданд.

Бо хотима ёфтани озмоиши равоношиносӣ бо санҷиши ислоҳи БН дар 64% ҳолатҳо 88-110 зарба дар як дақиқаро ташкил намуда, дар 36% ҳолатҳо дар дараҷаи пешинаи худ боқӣ монд. ФШ-и систоли ва диастоли аз 155 ва 85 мм сутуни симоб баланд нашуд. Беморони гирифтори паталогияи дилу рағҳои хунгард истисно буданд, ки дар онҳо нишондихандаҳои мазкур, мутаносибан, 170-190 ва 88-95 мм сутуни симобро ташкил доданд.

Давомнокии саъю кӯшиши иродавии беморон ҳангоми воридшавӣ барои муолиҷаи тавонбахшӣ мавриди омӯзиш қарор дода шуд ва аз ин қарор буд: 1) дар ҳолати ба меҳнати сабуки ҳисмони машғул будани онҳо (36,6%) - 2 дақиқаю 26 сония; дар шасони ба меҳнати ақлонӣ машғулбуда (22,1%) – 2 дақиқаю 15 сония; дар шахсони ба меҳнати вазнини ҳисмонӣ машғулбуда (40,0%), - 2 дақиқаю 50 сония.

Тадбирҳои маҷмӯи тавонбахшӣ нишондихандаҳои зикршударо дигаргун намуданд. Дар марҳилаи хотимаӣ онҳо дараҷаҳои зеринро доштанд: дар гурӯҳи аввал – 2 дақиқаю 49 сония, гурӯҳи дувум – 2 дақиқаю 38 сония ва гурӯҳи сеум – 3 дақиқаю 7 сония.

“Суръати дастгирӣ” то оғози раванди тавонбахшӣ (давраи I), хеле пойинтар нисбат ба ҳангоми баргузори тавонбахшӣ, аз ҷумла давраи хотимаӣ буд. Дар инҳолат нишондихандаи дахлдор дар беморони иҷрокунандаи меҳнати сабуки ҳисмонӣ ва меҳнати ақлонӣ дар сатҳи пойин қарор дошт. Дар гурӯҳи таҳқиқшавандаи беморони ба меҳнати вазнини ҳисмонӣ бо шиддати эмотсионалӣ машғулбуда “суръати дастгирӣ” нисбат ба гурӯҳҳои боқимонда баландтар мебошад. Масалан, ронандаҳои дараҷаи якум ва сеум, ҳарротҳои дараҷаҳои дувум ва шашум ва гайра баландтарин “суръати дастгирӣ”-ро ( $13,3 \pm 1,02$  см) доштанд.

**Ҷадвали 2. Муҳлатҳои (рӯзҳо) фиристодани беморон ба шӯббаи муолиҷаи барқароркунӣ баъди бартараф кардани воситаҳои шикастабандӣ ( $M \pm m$ )**

Мавқеияти осеб	Соли 2012	Соли 2013	Соли 2014
	$M \pm m$	$M \pm m$	$M \pm m$
Банди даст	$2,8 \pm 0,17$	$2,5 \pm 0,17$	$2,2 \pm 0,65$
Панҷаи даст	$9,0 \pm 2,00$	$7,0 \pm 1,12$	$5,6 \pm 1,00$
Бугуми зону	$11,0 \pm 2,2$	$6,1 \pm 1,00$	$3,2 \pm 0,49$
Соқи пой	$9,0 \pm 4,1$	$8,2 \pm 1,5$	$8,9 \pm 1,2$

Ҳамаи мавқеъҳо	8,0±2,2	6,1±1,20	5,3±1,7
----------------	---------	----------	---------

Шахсони дорои осеби банди даст барвақттар аз ҳамаи дигар беморони осебгирифта ба раванди тавонбахшӣ дар ШБМогоз намуданд- дар рӯзи севум баъди кушода гирифтани шикастабандӣ(2,8±0,17,2,5±0,17,2,2±0,65), дар ҳолатҳои дигар бошад, ин муҳлатҳо дарозтар буданд. Зарардидагони дорои пайомадҳои осеби панҷаи даст, бугуми зону ва соқи пой тавонбахширо дар шуъба баъди баргараф кардани шикастабандӣ оғоз намуданд. Дар ин ҳол тавонбахшӣ дар ШБМ 3,4±0,7 ва 7,8±2,0 рӯз пештар нисбат ба солҳои пеш оғоз меёбад (Ҷадвали 2).

Самаранокии тавонбахшии аксарияти мутлақи беморон арзёбӣ шудааст, ки ба ҳисоби миёна баробар шуда буд ва хеле пойинтар нисбат ба солҳои пешгузашта буд, вақте ки он ба 4,3 ҳол (соли 2013) ва ба 4,5 ҳол (соли 2014) мувофиқат мекард. Дар ин ҳол шахсони дорои пайомадҳои осебҳои банди даст, панҷаи даст, бугуми зону ва соқи пой, ки давраи тавонбахширо дар ШБМ сипарӣ намуда буданд, дар ҳаҷми пурра қобилияти кори умумӣ ва касбии худро барқарор карданд, яъне натиҷаи аъло фақат дар 69,5% беморон муяссар гардид, нишондиҳанда аз рӯйи ҳамаи мавқеъҳо 52,1±3,8 ҳолатро ташкил намуд.

Дар солҳои баъдӣ миқдори ҳамин гуна беморони баъди тавонбахшӣ натиҷаи аълои қобилияти кориро бадастоварда (5 ҳол нисбат ба маҷмуъ) дар ҳоли қоҳишбӯии ҳолатҳои нишондиҳандаи хуби он – то 17,2±2,8 – 21,0±0,18 афзоиш намуд. Дар ин давраи таҳқиқот вазни хоси натиҷаҳои муолиҷа 70,1±2,0 беморони соли 2013 ва 71,0±2,00 беморони соли 2014 –ро ташкил намуд. Дар ин ҳол собит карда шуд, ки баргузориҳои давраи ниҳии тавонбахшии беморони осебдида дар ШБМ – дар шароити тавонбахшии марҳилавӣ аз рӯйи самт мақсаднок ва самаранок мебошад. Чунончи, соли 2012 дар 8,3±2,2 ҳолатҳо баъди хотимаи муолиҷа натиҷаи гайриканоатбахш (2 ва 1 ҳол дар % нисбат ба маҷмуъ) ба даст омада буд.

Болоравии самаранокии натиҷаҳои тавонбахшии беморони осебгирифта баъди ташкил карда шудани хизматрасонии системаи маҷмӯӣ дар ШБМ назаррас гардид. Чунончи, нишондиҳандаи марбути дар соли 2013 - 1,7±0,08 (2 нафар бемор), дар соли 2014 -2,0±1,1 (3 нафар бемор)-ро ташкил дод.

Аз рӯйи системаи нави ташкили раванди тавонбахшӣ дар соли 2013 муолиҷаро бо ҳифзи касбҳо ва мансабҳои пештара 86,4% ва соли 2014 -90,6 % ба охир расонда буданд.

Ғайр аз он давомнокии иқомати беморон дар ШБМ ва давомнокии умумии корношоямии онҳо аз самаранокии кори системаи тавонбахшӣшаҳодат медиҳад.

Муҳлатҳои муносиби муолиҷаи осеби банди даст дар ШБМ бояд  $16,1 \pm 1,6$  рӯз, панҷаи даст-  $9,0 \pm 1,2$  рӯз, бугуми зону  $12,4 \pm 1,3$  рӯз, соқи пой-  $15,0 \pm 1,5$  рӯз бошанд. Ғайр аз ин муваққатан аз даст додани коршоямии шахсони осебдида набоядхангоми осебҳои банди даст аз  $53,1 \pm 2,9$  рӯз, панҷаи даст аз  $44,0 \pm 3,0$  рӯз, бугуми зону аз  $50,1 \pm 4,0$  рӯз ва соқи пой аз  $77,2 \pm 6,0$  рӯз зиёд бошад.

Барои беморони осебдида аз ноҳияи ДТХ вақт аз аҳамияти муайян бархӯрдор мебошад, албатта на он қадар барои қабули табобатҳо, ки барои қабули табибони гуногунтаҳассус (осебшиносӣ бунгоҳи осебшиносӣ, табиби варзиши муолиҷавӣ, физиотерапевт, осебшинос-тавонбахшинос) бари дарёфти тавсияҳои минбаъда.

## ХУЛОСАИ НАТИҶАҲОИ АСОСИИ ИЛМИИ ДИССЕРТАТСИЯ

1. Марказият додани хадамоти раддию осебшиносӣ барои роҳандозии тавонбахшии давра ба давраи беморони дорои пайомадҳои осебҳои ДТХ хангоми ташкили мақсадноки системаи ягонаи дарбаргирандаи ёрии таъҷилии махсусгардонидашуда, беморхона, бунгоҳи осебшиносӣ ва ШБМ-и дармонгоҳ яқчо бо пойгоҳи ба қадри кофи тавоноии моддӣ-техникӣ ва муолиҷавӣ-ташхисии бунгоҳи осебшиносӣ бояд аз утокҳои бо ҳам робитадоштаи тавонбахшии функционалӣ, ки муттасилии наздики фаъолияти мутахассисони ШБМ ва дигар зерсохторҳои дар барқароркунии пайомадҳои гуногуни осебҳо иштироккунанда иборат бошанд [2-А, 5-А, 8-А].
2. Ташкили оқилонаи тавонбахшии маҷмӯии беморони осебдидаи дорои ихтилолот ва вайроншавиҳои функсияҳои ДТХ дар сатҳи ЁАТС алоқамандиро бо муассисаҳои муолиҷавии сатҳҳои дувум ва сеуми тандурустӣ имкон дод, ки сифати онро беҳтар намуда, давраи корношоямии муваққатӣ ва хасороти иқтисодиро дар иқтисодиёти миллӣ коҳиш медиҳад. Фаъолияти бригадаи махсуси тавонбахши имконият дод, ки ба сифати шакли навиташкิลӣ-амалқардӣ дар сохтори ШБМ барои тавонбахшии беморони дорои осебҳои ДТХ дар дармонгоҳҳо (шаҳрҳои Хучанд, Гулистон, Бӯстон ва ноҳияи Бобочон Ғафуров) тасдиқ гардад [2-А, 4-А, 9-А, 10-А].
3. Муносибгардони ёрии таҳассусӣ ба шахсони осебгирифта имконият дод, ки баъди 3-4-ум рӯзи кушода гирифтани воситаҳои шикастабандӣ, сихатёбии захмҳо, барқароршавии пайҳо, рағҳо ва асабҳо беморон бояд тавонбахшии маҷмӯиро дар ШБМ оғоз намоянд. Ҳамин тавр усули асосии ташкили тавонбахшӣ (оғози барвақтӣ, бетанаффусӣ, пайдарпайӣ, маҷмӯӣ, инфиродӣ, муттасилӣ) риоя гардида, самаранокии тиббӣ ва иҷтимоии марҳилаи амбулатории тавонбахшӣ ба таври назаррас афзуд. Дар  $63,6 \pm 2,8\%$  ҳолатҳо тавонбахши бо барқароршавии пурраи функсияҳои организм ва узвҳои осебдидаи ДТХ,

дар  $31,8 \pm 1,8\%$  ҳолатҳо бо хеле беҳтаршавӣ хотима ёфта, дар  $90,2\%$  ҳолатҳо беморони сихатёфта ба кори пешинаи худ бармегарданд [6-А,7-А].

4. Тавонбахшии равшиносии шахсони бо ДТХ осебдида дар ШБМ ҳамзамон бо тавонбахшии тиббӣ, иҷтимоӣ ва касбӣ дар асоси тағйироти мушаххас дар мақоми равшиносии беморони осебгирифта амалӣ гардонид. Вайроншави ва дараҷаи ихтилолот дар интиҳоби дурусти воситаҳои ислохиравиносӣ зарур аст, ки бо истифодаи маҷмӯи методикаҳои клиникӣ анамнезӣ ва озмоишии равшиносии фарогири арзёбии клиникӣ воқуниши невротикӣ, таҳқиқоти диққат, соҳаи вазифаҳои эмотсионалӣ, иродавӣ ва психомоторӣ ва дигар вазифаҳои СМА муқаррар карда шавад. Муҳлати муътадили табобати осеби банди даст дар ШБД бояд  $16,1 \pm 1,6$  рӯз, панҷаи даст -  $9,0 \pm 1,2$  рӯз, бугуми зону -  $12,4 \pm 1,3$  рӯз, соқи пой  $15,0 \pm 1,5$  рӯз бошанд.

### **ТАВСИЯҲО ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ**

1. Дар шароити шаҳрҳо, ки хадамоти раддоию осебшиносӣ марказият дода шудааст, барои таъмини муолиҷаи давра ба давра ва муттасили беморони дорои пайомадҳои осебҳои ДТХ системаи ягонаи ташкил ва роҳандозии маҷмӯии тавонбахшии фарогири ёрии таъҷилии махсусгардонидашуда, беморхонаи махсусгардонидашуда, бунгоҳи осебшиносӣ ва ШБМ-и дармонгоҳ мувофиқи мақсад мебошад.
2. Дар шароити амбулаторӣ- дармонгоҳӣ барои беморони осебдида дар назди дармонгоҳи бузурги дорои пойгоҳи ба қадри кофӣ аз лиҳози моддию техникӣ ва муолиҷавию ташхисӣ тавоно, ки дар он бунгоҳи осебшиносӣ мавҷуд аст, созмон ШБМ дода мешавад. Ғайр аз ин дар ШБМ бо роҳи марказиятдиҳии воситаҳои он тавонбахшии тиббӣ иҷтимоӣ ташкил карда шуда, бо воситаҳои иловагии тавонбахшии иҷтимоӣ-маишӣ, касбӣ вამгайра тақмил дода мешавад.
3. Тавонбахшии равшиносӣ дар ШБМ бояд бо дарназардошти тағйироти мушаххаси мақоми равшиносии беморони осебдида гузаронида шуда, зимнан, дараҷаи ихтилолот ва мутаносибан интиҳоби воситаҳои ислоҳи равшиносиро аз тариқи роҳандозӣ намудани маҷмӯи методикаҳои клиникӣ- анамнезӣ ва озмоишии равшиносӣ, арзёбии воқуниши невротикӣ, диққат, соҳаҳои эмотсионалӣ ва иродавӣ, функцияҳои психомотории СМА ва ғайра интиҳоб кардан зарур мебошад.
4. Раванди тавонбахшӣ дар ШБМ бояд бо роҳбарии як табиби осебшиноси омодагидошта дар соҳаҳои физиотерапия, психотерапия, варзиши муолиҷавӣ ва дигар самтҳои тавонбахшӣ гузаронида шавад, ки он истифодаи муносибу оқилонаи кадрҳои тиббиро дар дармонгоҳ фароҳам хоҳад намуд.

## ФЕҲРИСТИ ИНТИШОРОТИ ДОВТАЛАБИ ДАРЁФТИ ДАРАҶАИ ИЛМӢ

### Мақолаҳо.

**1-М.** Абдуазизов А.А. Тавсифи иҷтимоӣ ва равоншиносии беморони дорои пайомадҳои осебҳои узвҳои дастгоҳи такавӣ ҳаракат, ки дар шароити маркази тавонбахшии назди дармонгоҳ мавриди тавонбахшии маҷмӯӣ қарор гирифтаанд/ Аббосов Р.Х // Паёми Донишгоҳи омӯзгорӣ. ш. Душанбе. – 2014.№5 (60). С.119-122.

**2-М.** Абдуазизов А.А. Ёриҳои таҷлили махсусгардонидашуда дар ШБМ-и дармонгоҳ/ Аббосов Р.Х., Рофиев Ҳ.Қ // Паёми Донишгоҳи омӯзгорӣ. ш. Душанбе. – 2014.№5 (60). С.122-126.

**3-М.** Аббосов Р.Х.Маҷмӯи муолиҷаи беморон ҳангоми осебҳо бо ихтилолотҳои системаи асабдар ШБМ-и назди дармонгоҳи марказӣ/ Абдуазизов А.А., Рофиев Ҳ.Қ // Паёми Донишгоҳи омӯзгорӣ. ш. Душанбе. – 2014.№5 (60). С.198-202.

**4-М.**Аббосов Р.Х. Таҷрибаи кори муштараки шӯбаи муолиҷаи барқароркунии дармонгоҳи шахрӣ бо бунгоҳи осебшиносии шахрӣ/ Рофиев Ҳ.Қ.,Абдуазизов А.А // Паёми Донишгоҳи омӯзгорӣ. ш. Душанбе. – 2014.№5 (60). С.202-206.

**5-М.** Аббосов Р.Х.Ташкили муолиҷаи барқароркунии дар дармонгоҳи бисёрсоҳаи шахрӣ/ Рофиев Ҳ.Қ.,Абдуазизов А.А // Паёми Донишгоҳи омӯзгорӣ. ш. Душанбе. – 2014.№5 (60). С.206-209

**6-М.**Абдуазизов А.А. Тавсифи маҷмӯи тағйироти иҷтимоӣ, равоншиносӣ, клиникӣ ва функционалии осебдидагон дар ибтидо ва хотимаи муолиҷаи барқароркунии /Аббосов Р.Х., Рофиев Ҳ.Қ // Паёми Донишгоҳи омӯзгорӣ. Ш Душанбе. – 2014.№5 (60). С.209-214.

**7-М.**Абдуазизов А.А. Самаранокии муолиҷаи маҷмӯи беморон дар МШБ ҳангоми осебҳо бо ихтилолотҳои системаи асаб/ Вазиров З. // Наука и инновация. 2015. №1 (5). С.40-43.

**8-М.**Абдуазизов А.А. Тавсифи осебҳо дар системаи дастгоҳи такавӣ ҳаракат дар миёни синнусол ва ҷинсҳои гуногун дар бунгоҳи осебшиносии шахри Хучанд / Аббосов Р.Х., Давлатов Х.// Илми тиб ва таҳсилот. Ҷилди II. Душанбе.- 2014. С.178-180.

**9-М.**Абдуазизов А.А. Тавсифи иҷтимоии осебдидагон ва сохтори осебҳо дар бунгоҳи осебшиносии шахри Хучанд // Илми тиб ва таҳсилот. Ҷилди II. Душанбе.- 2014. С.176-178.

**10-М.**Ибодов С.Т. Муносибгардонии муолиҷаи барқароркунии дастгоҳи такавӣ ҳаракати шахсонӣ осебгирифта дар шароити дармонгоҳи муттаҳидаи шахри Хучанд/ Абдуазизов А.А. // Паёми Сино. Душанбе .- 2017. №1 .С85-89.

**Маводи конфронсҳо**

**11-М.** Абдуазизов А.А. Тавсифи сохтори осебҳо ва расонидани ёрӣ дар бунгоҳи осебшиносии шаҳри Хучанд/ Зиёбоев Ш.А., Ганиев Ф.И. // Маводи Конфронси солонаи илмӣ- амалӣ бахшида ба 90-солагии пойтахти Тоҷикистон шаҳри Душанбе. Профилактикаи бемориҳои сироятӣ ( ВИЧ, СПИД, сил, малярия ва сироятҳои идорашаванда) ва гайрисироятӣ. Ш.Душанбе .2014. с.7-9.

**12-М.** Абдуазизов А.А. Муносибгардонии расонидани ёрии тахассусӣ ба шахсони осебгирифта аз ноҳияи дастгоҳи такяву ҳаракат дар шароити иттиҳодияи бузурги дармонгоҳӣ / Рофиев Ҳ.Қ., Ибодов С.Т., Талабов М.С., Рофиева З.Х //Маводи Конфронси 64-уми илмӣ-амалии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино бо иштироки байналмилалӣ, бахшида ба 25-солагии Истиқлолияти давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон.ш. Душанбе.- 2016. С.454-455.

**РҶҲАТИ ИҲТИСОРАҲО**

БКШ–беморхонаиклиникавишаҳрӣ

ВТҲИАҚТ-Вазорати тандурусти ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

ДТҲ – дастгоҳи такяву ҳаракат

ДДТТ – Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон

ДБКСТ – Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустӣ

ЗН – зуддии набз

КЭТМ–комиссияи экспертизаи тибби-меҳнатӣ

КАСТ – кӯмаки аввалии санитарию тибби

МТП-муассисаитабобатию-профилактики

НШН–нуқтаҳои шикастабандии ноҳиявӣ

НШШ - нуқтаҳои шикастабандии шаҳрӣ

НШШН- нуқтаҳои шикастабандии шаҳрӣ ва ноҳиявӣ

СМА – системаимарказиасаб

ТУТ – ташкилоти умумичаҳонии тандурустӣ

ФШ – фишорбаландии шараёнӣ

ФШ – фишори шараёнӣ

ШМБ- шӯбаҳои муолиҷаи барқароркунӣ

## АННОТАЦИЯ

на автореферат диссертации А.А. Абдуазизова на тему: «Оптимизация квалифицированной помощи лицам получившим травмы опорно-двигательного аппарата в поликлинических условиях крупного объединения» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.02.03 - общественное здоровья и здравоохранения

**Ключевые слова.** оптимизация квалифицированной помощи, травмы опорно-двигательного аппарата, отделения восстановительного лечения, смертность, инвалидность, невротическая реакция.

**Объект исследования.** Анализ 910 больных, получивших травмы на производстве, в быту, в пути следования или вследствие дорожно-транспортных происшествий, за 3-х летний (2012-2014) период обращаемости пострадавших лиц в травмпунтах г. Худжанда, г. Бустона, г. Гулистана и Б.Гафуровского района и в последующем прошедших через ОВЛ организованных при поликлиники г.Худжанда.

**Цель работы.** Оптимизировать систему комплексных мероприятий по реабилитации последствиям травматизации опорно-двигательного аппарата (ОДА) в учреждениях первичного звена здравоохранения, функционально связанного с централизованной ортопедотравматологической службой.

**Методы исследования.** Исследование проводилось в отделении восстановительного лечения (ОВЛ), организованного объединенными тремя поликлиниками (гг. Худжанда, Бустона, Гулистана и Б. Гафуровского района) на базе травмпункта поликлиники №1 г. Худжанда.

В поликлинических (ОВЛ) условиях применены следующие методы исследования: клиничко-anamnestический, включая сбор материалов объективного социального анализа, исследование внешне-эмоциональных реакций и выраженных состояний методами наблюдения и клиничко-психологическое исследование с помощью экспериментальных методик (Г.Айзенка, А.Б.Бурдона и Н.К. Платонова)

**Полученные результаты и их новизна.** Определено, что основным видом травматизма являлся бытовой - 45%, уличный - 40,1% и производственный - 12,0%, остальные виды травматизма регистрировались крайне редко. Приняты во внимание особенности контингента больных и с их учетом организована и усовершенствована работа по восстановлению утраченных и ослабленных функций органов ОДА вследствие различных травм.

Впервые дано обоснование необходимости в практическом исполнении системы комплексных мероприятий по исполнению индивидуальной программы реабилитации лиц, получивших различные травмы ОДА, в условиях оказания соответствующей централизованной помощи пострадавших лиц. Введена новая форма услуг больным в структуре

специализированной лечебно-восстановительной при поликлиники (ОВЛ) Худжанда. Апробированы психологические методики, в т.ч. собственная, способствующие оценке психологический статус травматологических больных с повреждениями ОДА в условиях ОВЛ поликлиники.

**Практическая значимость.** Психо-диагностические данные, полученные в процессе исследования, уточняют влияние травматической болезни на особенности эмоционального состояния больных, позволяют определить мишени для разработки адекватной, современной программы психокоррекции, что способствует благоприятному течению и исходу заболевания.

**Область применения.** В практической работе лечебно-профилактических учреждение Согдийской области, а также в учебном процессе кафедр общественного здравоохранения Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино и кафедры общественного здоровья, экономики, менеджмента (управления) здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ "Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан".

## АНОТАТСИЯИ

автореферати диссертатсияи Абдуазизов А.А. дар мавзӯи «Муносибгардони ёрии тахассусӣ ба шахсони дорои осеби дастгоҳи такавӣ ҳаракат дар шароити иттиҳодияи бузурги дармонгоҳӣ» барои дарёфти дараҷаи илмии номзади илмҳои тиб аз рӯйи ихтисоси 14.02.03 – сихатии чома ва тандурустӣ

**Калимаҳои калидӣ.** Муносибгардони ёрии тахассусӣ, осеби дастгоҳи такавӣ ҳаракат, шуъбаи муолиҷаи барқароркунӣ, ғавтӣ, маъҷӯбӣ, воқуниши невротики.

**Объекти таҳқиқот.** Таҳқиқи 910 нафар бемороне, ки дар шароити истехсолот, ҷойи зист, дар нақлиёт ё дар натиҷаи садамаҳои нақлиётӣ осебгирфтаанд ва ба бунгоҳҳои осебшиносии дармонгоҳҳои шаҳрҳои Хучанд, Бӯстон, Ғулистон ва ноҳияи Б.Ғафуров дар давраи аз солҳои 2012 то 2014 (се сол) мурочиат намуда, минбаъд аз ШМБ-и муттаҳидаи назди дармонгоҳи шаҳри Хучанд гузаштанд.

**Мақсади таҳқиқот.** Муносибгардони системаи чорабинҳои маҷмӯӣ оид ба тавонбахшии пайомадҳои осебҳои дастгоҳи такавӣ ҳаракат (ДТХ) дар муассисаҳои зинаи авали тандурустӣ, ки аз ҷиҳати функционалӣ бо хизматрасонии марказонидашудаи раддодӣ ва осебшиносӣ марбутанд.

**Методҳои таҳқиқот.** Таҳқиқот дар шуъбаи муолиҷаи барқароркунии (ШМБ)-и муассисаи муттаҳидаи ҷор дармонгоҳ (шаҳрҳои Хучанд, Бӯстон, Ғулистон ва ноҳияи Б.Ғафуров), дар заминаи



бунгоҳи осебшиносии дармонгоҳи рақами 1-и шаҳри Хучанд доир гардид. Методҳои зерини муоина дар шароити дармонгоҳи истифода шуданд: клиникӣ-анамнезӣ, аз чумла, ҷамъоварии маводи таҳлили иҷтимоӣ, муоинаи воқунишҳои зоҳирӣ-эмотсионалӣ ва ҳолатҳои зоҳиршуда ба воситаи методи мушоҳида ва тавассути методҳои таҷрибавӣ муоинаи клиникӣ-равонӣ (Г.Айзенк, А.Б.БурдонваН.К. Платонов)

**Натиҷаҳои ҳосилшуда ва навоғииҳои онҳо.** Муайянгардид, ки навоғии асосии осебҳои маишӣ – 45%, кӯчагӣ – 40,1% ва истехсолӣ – 12% ба ҳисоб мераванд, навоғии боқимондаи осебҳо, аҳёнан ба қайд гирифта шуданд. Гурӯҳи беморонро таҳти назорат қарор дода, бо дар назардошти омилҳои зерин таҳқиқот оид ба барқарор намудани функцияҳои аз даст рафта ва заифгардидаи узвҳои ДТХ, дар натиҷаи осебҳои гуногун, ташкил ва такмил карда шуд.

Дар мавриди иҷрои амалии системаи тадбирҳои маҷмӯӣ доир ба татбиқи барномаи инфиродии тавонбахшии шахсоне, ки осебҳои мухталифи ДТХ-ро гирифт, дар шароити расонидани ёрии мувофиқи марказонидашуда ба шахсони осебдида бори аввал зарурати ногузир асоснок карда шуд. Дар сохтори махсусгардонидашудаи муолиҷавӣ-барқароркунии назди дармонгоҳи Хучанд ба беморон шакли нави хизматрасонӣ ҷорӣ гардид. Методҳои равонӣ, аз чумла, инфиродӣ ба тасвиб расиданд, ки дар шароити ШМБ-и дармонгоҳ ба арзёбии мақоми равонии беморони осебдида бо иллатҳои ДТХ мувофиқат мекунад.

**Аҳамияти амалӣ.** Маълумоти равоншиносӣ ба ташхисе, ки дар ҷараёни муоина ҳосил шуданд, таъсири бемории осебиро ба вижаҳои ҳолатҳои эмотсионалии беморон тадқиқ намуда, ҳадафи таҳияи барномаи мувофиқ ва муносири тасҳеҳи равоншиносиро муайян мекунад, ки он ба ҷараёни мусоид ва пайомади беморӣ созгор аст.

**Соҳаи истифода.** Дар қори амалии муассисаҳои муолиҷавӣ-профилактикӣ вилояти Сугд, инчунин дар раванди таълимии кафедраҳои ҳамаҷумла ва тандурустии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва кафедраҳои тандурустии ҳамаҷумла, иқтисодиёт, менеҷмент (идоракунӣ)-и тандурустӣ бо курси омили тиббии МТД «Пажӯҳишгоҳи баъдидипломӣ дар соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон», истифода мегардад.

## SUMMARY

on the author's abstract of the dissertation AA.Abduazizov on the topic: "Optimization of skilled care for people with injuries of the musculoskeletal system in the polyclinic conditions of a large association" for the degree of candidate of medical sciences on specialty 14.02.03 - public health and public healthcare system.

**Keywords.** Optimization of skilled care, injuries of the musculoskeletal system, department of rehabilitation, mortality, disability, neurotic reaction.

**Object of study.** Analysis of 910 patients who were injured at work, at home, in the path or due to traffic accidents, for a period of 3 years (2012-2014), appeal ability of injured persons polyclinics in Khujand, Boustan, Gulistancity's and B.Gafurov district and afterward went throat in DR Khujand city.

**Objective.** Optimize the system of comprehensive measures for rehabilitation after the trauma of the musculoskeletal system (ODD) in the primary health care institutions, functionally related to the centralized orthopedic and traumatological service.

**Methods of research.** The study was conducted in the Department of Rehabilitation (DR), joint by organized by the three polyclinics (Boustan, Gulistan, B. Gafurov district) on the basis of the traumatological department of the polyclinic No.1 in Khujand. In polyclinic conditions, the following research methods were used: clinical and anamnestic, including the collection of materials of objective social analysis, study of external emotional reactions and expressed states by observation methods and clinical and psychological research using experimental techniques (G. Ayzenka, A.B. Burdon and N. .K. Platonov)

**The results obtained and their novelty.** It was determined that the main type of injury was household - 45%, street - 40.1% and industrial - 12.0%, other types of injuries were recorded very rarely. The peculiarities of the contingent of patients were taken into account and, taking into account them, the work on restoring the lost and weakened functions of the organs of the musculoskeletal system (MSS) due to various injuries was organized and improved. For the first time, a substantiation of the need for the practical implementation of a system of complex measures for the implementation of an individual rehabilitation program for persons who have received various injuries to the MSS, in the conditions of rendering appropriate centralized assistance to the affected persons. A new form of services has been introduced to patients in the structure of a specialized treatment and rehabilitation clinic at Khujand Polyclinic. Psychological methods were approved, including own, contributing to the assessment of the psychological status of traumatological patients with MSS lesions in the conditioned the of DR polyclinics.

**Practical significance.** Psycho-diagnostic data obtained during the research, clarify the impact of traumatic illness on the emotional state of patients, allow to determine the targets for the development of an adequate, modern program of psychocorrection, which contributes to the favorable course and outcome of the disease.

**Application area.** In the practical work of the medical and preventive institution of the Sogd region, as well as in the educational process of the public health departments of the Avicenna Tajik State Medical University and the Department of Public Health, Economics, Health Management (Management) with a course of medical statistics of the State educations Institution "Postgraduate Education in the Healthcare of the Republic of Tajikistan."