

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

**ГОУ «ИНСТИТУТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН»**

УДК 614.2 (575.3)

На правах рукописи

РАДЖАБЗОДА МИРЗОАЛИ МИРАЛИ

**НЕКОТОРЫЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ
ТРАВМАТИЗМА И ПУТИ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ СРЕДИ
НАСЕЛЕНИЯ КУЛЯБСКОГО РЕГИОНА ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

по специальности
14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

Душанбе – 2022

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

**ГОУ «ИНСТИТУТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН»**

УДК 614.2 (575.3)

На правах рукописи

РАДЖАБЗОДА МИРЗОАЛИ МИРАЛИ

**НЕКОТОРЫЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ
ТРАВМАТИЗМА И ПУТИ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ СРЕДИ
НАСЕЛЕНИЯ КУЛЯБСКОГО РЕГИОНА ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

по специальности
14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

Душанбе – 2022

Работа выполнена на кафедре общественного здоровья, экономики, управления здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Научный руководитель: **Ахмедов Аламхон** - доктор медицинских наук, профессор, член корр. Национальной академии наук Таджикистана, иностранный член Академии естественных наук РФ, Специалист клинического отдела медицинского отдела Национальной академии наук Таджикистана

Официальные оппоненты: **Назарзода Файзали Насрулло** доктор медицинских наук, директор Государственного учреждения «Комплекс здравоохранения дружбы Таджикистана и Узбекистана в Кабадиянском районе»

Қурбонов Сайбилло Хушвахтович доктор медицинских наук, доцент кафедры травматологии ортопедии и ВПХ ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Оппонирующая организация: ГУ «Таджикский научно - исследовательский институт профилактической медицины» МЗиСЗН РТ
Защита диссертации состоится «___»_____2022 г. в ___ часов на заседании диссертационного совета 6Д.КОА-053 при ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Адрес: 734003, г.Душанбе, проспект Рудаки, 139:, tajmedun.@tj; телб (+992907706744)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке (734003, г.Душанбе, проспект Рудаки, 139), и на официальном сайте (tajmedun.@tj) ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино»

Автореферат разослан «___»_____2022 г.

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

Джонибекова Р. Н.

Введение

Актуальность предмета исследования. В Республике Таджикистан, как и в большинстве стран мира, приоритетными направлениями деятельности в деле охраны здоровья является профилактика и организация эффективной помощи пострадавшим с травмами как наиболее важной причиной высокой инвалидизации и преждевременной смерти современного урбанизированного населения. Растущая интенсивность современных транспортных коммуникаций влечет за собой увеличение тяжести повреждений множественного и сочетанного характера при дорожно-транспортных происшествиях, сопровождающихся рядом специфических осложнений, высокой инвалидизацией и летальностью [Андреева Т.М., 2015; Басс М.Д., 2011; Боровков В.Н., 2011; ВОЗ., 2009; Яхихажиев С.К., 2011; Борозда И.В., 2008; Иванов Д.В., 2015; Каленский В.О., 2013; Макаревич С.В., 2014; Пивень Д.В., 2007; Chen F., 2014].

Оказание специализированной медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях уже давно перешло в ранг проблемы государственного уровня. [Басс М.Д., 2011; Гринь А.А., 2012; Дмитриев О.А., 2015; Каленский В.О., 2013; Литвина Е.А., 2014; Никулин А.И., 2013; Раззоков А.А., 2015; Сироджов К.Х., 2013; Perioperative inflammatory response in major fracture, 2016; Vural E., 2006]. Лечение и реабилитация пациентов с сочетанной травмой требует больших материальных и финансовых ресурсов, что иногда осложняет проблему и искусственно создает условия для использования конструкций, материалов и имплантатов меньшей стоимости, а, следовательно, худших эксплуатационных качеств, а также консервативного лечения части поврежденных сегментов скелета. Наличие относительно большого количества бедных семей (29,5%) в РТ имеющих финансовые проблемы к доступу за медицинской помощью приведёт к возникновению несоответствия лечебной доктрины и финансово-экономического подкрепления, что реально ухудшит результаты лечения, затруднит раннюю медицинскую реабилитацию, а также социальную и бытовую реинтеграцию пострадавших. В связи с чем, возникает необходимость решения системного преобразования в деле организации и оказания помощи пострадавшим на уровне отдельно взятых территориях [Иванов Д.В., 2015; Кораблёв В.Н., 2014; Лозовик И.П., 2015; Макаревич С.В., 2014; Хаджибаев А.М., 2011; Панов А., 2008; Постановление Правительства Республики Таджикистан «Об утверждении Национальной программы «Профилактика травматизма и совершенствование медицинской помощи при травмах и их последствиях в Республике Таджикистан на 2010–2015 годы», 2011; Серкова Е.В., 2011; Травматология и ортопедия: руководство для врачей в 4-х т., 2006; Шевцов В.И., 2008; Шамсов Х.А., 2015; Naique S.V., 2006].

Несмотря на достигнутые успехи в хирургии повреждений, проблема оказания специализированной и квалифицированной помощи пациентам с травмами остаётся актуальной и находится далеко от разрешения, что определяет необходимость проведения комплексного изучения деятельности

службы и разработки новых эффективных алгоритмов совершенствования и оптимизации системы управления и оказания медицинской помощи травматологической службы на современном этапе её развития, особенно в зависимости от её региональных особенностей.

Степень изученности научной темы. Проведенный анализ выявил отсутствие четкой системы организации единой концепции подхода и её эффективного мониторинга в решении вопроса целесообразности применения того или иного способа оказания специализированной и квалифицированной помощи пациентам с повреждением опорно-двигательного аппарата в структуре множественных и сочетанных повреждений [Андреева Т.М., 2015; Басс М.Д., 2011; Боровков В.Н., 2011; Ключевский В.В., 2013; Серкова Е.В., 2011; Татарников М.А., 2006; Углеродные нано - структурные имплантаты - инновационный продукт для травматологии и ортопедии., 2015; Шевцов В.И., 2008; Моск С., 2008].

Использование консервативных способов лечения переломов, в структуре сочетанных и множественных травм не всегда способствовало решению тех задач, которые требует практическая медицина последних лет и рекомендует использование усовершенствованных способов лечения переломов [Никулин А.И., 2013; Раззоков А.А., 2015; Склянчук Е.Д., 2013; Травматизм, ортопедическая заболеваемость, состояние травматолога - ортопедической помощи населению России, 2009; Халмуратов А.М., 2008; Naique S.V. , 2006]. Успех того или иного способа остеосинтеза зависит от характера повреждений сегмента, общего состояния пациента, доминирующей травмы, сроков с момента получения травмы, а также от объёма оказанной помощи на догоспитальном этапе, квалификации специалиста и периодов травматической болезни [Ахмедов Ш.М., 2014; Губайдуллин М.И., 2012; Иванов Д.В., 2015; Коршняк, В.Ю., 2013; Литвина Е.А., 2014; Сироджов К.Х., 2013; Ebraheim N.A., 2007]. Несмотря на постоянное совершенствование способов лечения переломов конечностей, проблемы реабилитации и трудоспособность больных с повреждениями опорно-двигательного аппарата жизнеугрожающих осложнений в остром периоде политравмы, продолжительности реабилитационного периода, утраты временной нетрудоспособности и высокий уровень инвалидности остаются открытыми [Моторина И.Г., 2013].

Следует отметить скудность научных работ, касающихся деятельности службы, которые в основном посвящены функционированию службы на уровне госпитальной помощи, а не на отдельно взятых административных территориях, что требует разработки новых подходов по вопросам внедрения новой малоинвазивной технологии и совершенствованию системы управления службой на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи.

Связь исследования с программами и научной тематикой.

Работа выполнена в рамках реализации 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 №224 от 03 мая 2010 года и «О Перспективах профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Республике Таджикистан на 2013 - 2023 годы, утвержденным постановлением Правительства Республики Таджикистан № 676 от 3 декабря 2012 года.

Общая характеристика работы.

Цель исследования. Изучить особенности организации и деятельности службы и выявить причинно-следственные травмы у населения Кулябского региона Хатлонской области, разработать научно-обоснованный алгоритм эффективных мероприятий по оптимизации и дальнейшему совершенствованию работы службы на уровне регионов в современных социально-экономических условиях

Объект исследования. В качестве объекта исследования была выбрана травматологическая служба некоторых административных районов Кулябского региона Хатлонской области Республики Таджикистан (г. Куляб, Кулябский, Ховалингский, Балджуванский, Дангаринский, Восейский, Мир Сайид Али Хамадони, Пархарский, Ш.Шохинский, Муминабадский и Темурмаликский районы).

Предмет исследования. Предметом исследования явилось изучение состояние организации, уровня развития и качества оказания медицинской помощи травматологическим больным на уровне городов и районов Кулябского региона Хатлонской области и пути улучшения службы в этом регионе.

Задачи исследования:

1. Изучить состояние и организацию деятельности травматологической службы, эпидемиологию травматизма и его современную структуру у населения Кулябского региона Хатлонской области за последние 10 лет (2010-2020 гг.).

2. Определить роль и место службы травматологии в деле качественного оказания медицинской помощи и внедрения инновационных технологий пострадавшему населению Кулябского региона Хатлонской области.

3. Проанализировать внедрение основной стратегии профилактики травматизма среди населения и разработать научно-обоснованный комплекс мер по совершенствованию существующей системы.

4. Разработать алгоритм эффективных мероприятий по совершенствованию существующей организационной системы оказания медицинской помощи больным с травмами на догоспитальном этапе в Кулябском регионе Хатлонской области в новых социально-экономических условиях.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Диссертационная работа соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 6D110203– Общественное здоровье и здравоохранение подпункта 3.1. Оценка организации и деятельности травматологической службы Кулябского региона Хатлонской области Республики Таджикистан и подпункта 3.3. Эффективность и

качество оказания медицинской помощи травматологическим больным в современных социально-экономических условиях.

Этапы исследования. Написание диссертации проводилось поэтапно. Первым этапом была изучена литература по данной проблематике. Затем была сформирована тема и цель диссертации, проведен сбор статистических и архивных данных. Учитывая особенности травматизма, проведен анализ некоторых показателей отражающих картину травматизма в результате дорожно-транспортных происшествий в административных территориях расположенных в Кулябском регионе Хатлонской области.

Апробация и применение результатов диссертации. Подтверждается достоверностью данных и достаточным объемом материалов исследования, статистической обработкой результатов исследований и публикациями. Выводы и рекомендации основаны на научном анализе данных государственной статистической отчетности и уровня дорожно-транспортного травматизма.

Научная новизна исследования. Впервые в Республике Таджикистан на примере травматологической службы городов и районов Кулябского региона Хатлонской области проанализирована и дана комплексная оценка организации и развитию медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах больных с травмами. Разработан комплекс мероприятий по дальнейшему совершенствованию существующей системы оказания медицинской помощи больным с травмами на современном этапе в новых социально - экономических условиях, что позволило определить пути эффективного совершенствования мер профилактики и снижения удельного веса, летальности и инвалидности путем уменьшения воздействия факторов риска травматизма с учетом климато-географического расположения Кулябского региона Хатлонской области. Выявленные недостатки и определенные достижения в работе службы вскрыли необходимость проведения мероприятий, направленных на её развитие и непрерывное эффективное совершенствование, что обусловило выбор темы настоящего исследования.

Теоретическая и практическая значимость исследования заключается в том, что некоторые положения диссертационной работы использовались при разработке Национальной программы «Профилактика травматизма и совершенствование медицинской помощи при травмах и их последствиях в Республике Таджикистан на 2010-2015 годы» и «Стратегия профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Республике Таджикистан на 2013 - 2023 годы».

Теоретические, методологические положения, выводы и рекомендации, представленные в диссертации, широко внедрены в лечебный процесс медицинских учреждений Кулябского региона Хатлонской области, а также в учебный процесс ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» и на курсах повышения квалификации врачей.

Основные положения работы могут широко использоваться на уровне области при разработке приказов и решений касающихся службы травматологии.

Полученные результаты работы позволяли определить причины, обстоятельства и условия возникновения травм в условиях региона и разработать научно-обоснованную систему мероприятий, направленную на дальнейшее совершенствование оказания медицинской помощи и мер профилактики.

Положения, выносимые на защиту:

1. Изучен показатель дорожного травматизма среди населения Кулябского региона Хатлонской области. Установлено, что на нормальное функционирование службы оказывают влияние климатогеографические особенности, обеспечение их квалифицированным медперсоналом, санитарным транспортом, медоборудованием, выездными бригадами скорой медицинской помощи.

2. Изучена организационная структура и основные показатели деятельности медицинских учреждений Кулябского региона Хатлонской области, предоставляющих населению медицинскую помощь при травмах на догоспитальном и госпитальном этапах и предложена научно-обоснованная необходимость службы, учитывая её положительные экономические аспекты на современном этапе, а также планирование и дальнейшее совершенствование ресурсного обеспечения.

3. Эффективность используемых новейших технологий и тактический подход в остром периоде травмы при повреждениях конечностей у пострадавших с дорожной травмой.

4. Принимаемые меры организационно-профилактического характера на этапах оказания первой помощи, определяющих качество медицинской помощи при её получении на догоспитальном этапе и оказания специализированной и квалифицированной помощи травмированным пациентам на госпитальном этапе, позволяет минимизировать ранние осложнения острого периода травмы, улучшить результаты лечения поврежденных сегментов и полостных органов, а также инвалидности в отдаленном периоде, доказывает необходимость в перспективе проведения реорганизации службы и её дальнейшего усовершенствования.

Личный вклад соискателя учёной степени. Автором самостоятельно проведен сбор материала, разработана методика исследования, выполнены обобщение и анализ полученных данных и их статистическая обработка. Доля участия автора в сборе и обработке материала – 90%. Им также самостоятельно выполнен анализ первичной документации больных, проведены различные методы лабораторно - инструментального исследования, и в 60% как врач травматолог, непосредственно участвовал в оказание первичной медицинской и специализированной помощи, а также в процессе хирургического и консервативного лечения переломов опорно-двигательной системы. Все главы диссертации, включая статистическую обработку полученных данных, описание собственных исследований, выводы и практические рекомендации написаны лично автором.

Апробация и применение результатов диссертации. Материалы диссертации доложены и обсуждены на годовых научно-практических конференциях ГОУ Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, посвященных «Медицинской науке и образованию» (Душанбе, 2014), II съезде травматологов-ортопедов Казахстана (Астана, 2014), ежегодной XXI научно-практической конференции «Формирование здоровья населения: международный и национальный опыт» ГОУ ИПО в СЗ РТ (Душанбе, 2015), научно-практической конференции травматологов-ортопедов и нейрохирургов Согдийской области с международным участием (Худжанд 2015), научно-практической конференции травматологов-ортопедов Хатлонской области с международным участием (Куляб, 2016). Апробация диссертационной работы состоялась на заседании межкафедральной экспертно-проблемной комиссии по терапевтическим и общественным дисциплинам ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» (08. 06. 2021 года, протокол №2/1).

Публикации на тему диссертации. По теме диссертации опубликованы 18 научных работ, в том числе 4 в журналах, включенных в реестр Высшей Аттестационной комиссии при Президенте Республики Таджикистан.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 153 страницах компьютерного текста, включает 21 таблицу, 12 рисунков. Диссертация состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы, 3 глав собственных исследований, обсуждения, выводы, рекомендаций по практическому использованию результатов и списка литературы. Библиографический указатель состоит из 195 источников, из них 151 на русском и 44 на иностранном языках.

Содержание диссертации

Материал и методы исследования. Проведено изучение уровня травматизма, его структура и качество оказания медицинской помощи травматологическим больным среди населения городов и районов Кулябского региона Хатлонской области Республики Таджикистан. Организацию медицинской помощи населению с травмами на догоспитальном и госпитальном этапах изучали на основе материалов решений коллегии, приказов Министерства здравоохранения Республики Таджикистан, Управления здравоохранения Хатлонской области, распоряжений Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, Управления здравоохранения исполнительного органа государственной власти Хатлонской области, Областного центра медицинской статистики и информации Хатлонской области, а также материалов других министерств и ведомств, имеющих отношение к работе данной службы. А также условия их развития оценивались по данным годовых отчетов подразделений службы, на основе карт стационарного (форма 003-у «Медицинская карта») и амбулаторного

больного (форма 025/у «Амбулаторная карта»), а также на основании других отчетно - учетных документаций.

Для изучения мнения пациентов и оценки ими уровня оказываемой помощи методом анкетирования проведено социологическое исследование у 2309 обследованных больных в возрасте от 18 до 63 лет.

Оценку тяжести полученной травмы и кровопотери проводили по шкале Альговера (1976), а оценку тяжести состояния по системе «ВПХ СП» Гуманенко Е.К. (1992) по 13 клиническим показателям.

Диагностику повреждений у больных проводили методами рентгенографии, компьютерной томографии, УЗИ, пункции плевральной полости, торакоцентеза и лапароцентеза. Всем больным проводились общеклинические и биохимические лабораторные исследования. Отдаленные результаты лечения переломов оценивали по Матису (2008).

Анализ объема и качества оказания травматологической помощи проводили, согласно положению и нормативно-правовых документов, утвержденных Минздравом Республики Таджикистан, Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

В работе использован комплекс современных методов анализа: сравнительный, социологический, экспертная оценка и статистический. Статистическая обработка результатов проводилась общепринятыми методами с использованием персонального компьютера Pentium и программ Microsoft Word, Microsoft Excel.

Результаты исследования

Результаты исследования показали, что до настоящего времени не проведено исследование травматологической службы на уровне регионов. Имеющиеся опубликованные научные статьи и работы не дают полного представления о развитии этой службы на уровне регионов республики.

Проведенный анализ показал, что амбулаторно-травматологическую помощь пострадавшее население получает в 2 травматологических пунктах (г.Куляб и Дангаринский район) и 7 травматологических кабинетах расположенных в составе ГЦЗ г.Куляба и РЦЗ Восейского, Муминабадского, Пархарского, Мир Сайид Али Хамадони, Темурмаликского и Ховалингского районах. В Ш.Шохинском (Шуроабадском) и Кулябском районах, травматологическую помощь оказывают в хирургических кабинетах. В Балджуванском районе травматологическую помощь не оказывают вообще по причине отсутствия специалиста травматолога.

Проведенный анализ коечного фонда травматологических отделений Кулябского региона Хатлонской области показал, что за последние годы общее количество коек травматологического профиля возросло всего лишь на 31,8%, только за счет вновь организованных травматологических отделений ЦРБ Пархарского района (20 коек), ЦРБ Дангаринского района (10 коек) и Кулябского района (5 коек) (табл.1).

Таблица 1. Коечный фонд травматологической службы Кулябского региона Хатлонской области с 2002 по 2020 гг.

Название районов	2002	2007	2010	2012	2014	2015	2020	
город Куляб	30	30	30	30	30	30	30	
Дангаринский район	30	30	30	30	30	30	40	+10
Восейский район	20	20	20	20	20	20	20	
Пархарский район	-	-	20	20	20	20	20	+20
Район Мир Сайид Али Хамадони (в составе хирургического отделения)	10	10	10	10	10	10	10	
Темурмаликский район (в составе хирургического отделения)	5	5	5	5	5	5	5	
Ш. Шохинский (Шуроабдский) район (в составе хирургического отделения)	5	5	5	5	5	5	5	
Муминабадский район (в составе хирургического отделения)	5	5	5	5	5	5	5	
Ховалингский район (в составе хирургического отделения)	5	5	5	5	5	5	5	
Балджуванский район	-	-	-	-	-	-	-	
Кулябский район	-	-	-	5	5	5	5	+5
Итого	110	110	130	135	135	135	145	+35

Проведенный анализ финансирования койко-дней травматологической службы Кулябского региона Хатлонской области показал, что финансирование травматологической службы ведется неадекватно (табл. 2).
Таблица 2. Расходы, выделенные из бюджетных и специальных средств на 1 койка-день травматологической службе Кулябского региона Хатлонской области на период с 2002 по 2020 гг.

Годы	Наименование районов	Перечень наименований	Койки	Выделено средств из бюджета на 1 койку сомони	Расходовано средств из бюджета на 1 койку сомони	Разница	Выделено средств из спец. счета на 1 койку сомони	Расходовано средств из спец. счета на 1 койку сомони	Разница
	г. Куляб	Лекарственные средства							

2002			30	0,16	0,15	-0,01	-	-	-
2007			30	0,24	0,22	-0,02	-	-	-
2012			30	1,98	1,14	-0,84	0,86	0,49	-0,37
2017			30	1,55	1,82	+0,37	0,67	0,79	+0,12
2020			30	2,72	1,65	-1,07	1,18	0,72	-0,46
	Кулябский район	Лекарственные средства							
2002			-	-	-	-	-	-	-
2007			-	-	-	-	-	-	-
2012			5	0,67	0,69	-0,02	0,32	0,70	+0,38
2017			5	1,12	1,12	-	0,53	1,83	+1,3
2020			5	1,21	1,11	-0,10	0,58	1,58	+1,0
	Дангаринский район	Лекарственные средства							
2002			30	0,32	0,36	+0,04	-	-	-
2007			30	0,35	0,37	+0,02	-	-	-
2012			30	0,52	0,55	+0,03	0,30	0,32	+0,02
2017			30	0,64	0,65	+0,01	0,37	0,38	+0,01
2020			30	2,72	1,65	-1,07	0,37	0,39	+0,02
	Восейский район	Лекарственные средства							
2002			20	0,41	0,49	+0,08	-	-	-
2007			20	0,43	0,52	+0,09	-	-	-
2012			20	0,64	0,70	+0,06	0,42	0,45	+0,03
2017			20	0,98	0,96	-0,02	0,63	0,62	-0,01
2020			20	1,79	0,93	-0,86	1,16	0,60	-0,56
	Пархарский район	Лекарственные средства							
2002			-	-	-	-	-	-	-
2007			-	-	-	-	-	-	-
2012			20	0,85	0,80	-0,05	0,58	0,55	-0,03
2017			20	1,24	1,01	-0,23	0,85	0,69	-0,16
2020			20	0,24	0,34	+0,10	0,17	0,23	+0,06
	Район Мир Сайид Али Ҳамадони	Лекарственные средства							
2002			10	3,19	4,36	-1,17	-	-	-
2007			10	4,44	5,79	-1,35	-	-	-
2012			10	11,16	15,04	+3,88	0,57	0,77	+0,2
2017			10	26,10	22,88	-3,22	1,34	1,17	-0,17
2020			10	30,59	49,15	+18,56	1,57	2,52	+0,95
	Темурмаликский район	Лекарственные средства							
2002			5	0,38	0,41	+0,03	-	-	-
2007			5	0,25	0,27	+0,02	-	-	-

2012			5	1,12	1,06	-0,06	0,80	0,76	-0,04
2017			5	0,96	1,03	+0,07	0,79	0,84	+0,05
2020			5	0,75	0,93	+0,18	0,46	0,57	+0,11
	Ш.Шохинский район	Лекарственные средства							
2002			5	0,43	0,48	+0,05	-	-	-
2007			5	0,46	0,52	+0,06	-	-	-
2012			5	1,26	1,31	+0,05	0,79	0,81	+0,02
2017			5	1,20	1,33	+0,13	0,75	0,83	+0,08
2020			5	2,32	2,64	+0,32	1,44	1,64	+0,2
	Муминабадский район	Лекарственные средства							
2002			5	0,27	0,31	+0,04	-	-	-
2007			5	0,30	0,32	+0,02	-	-	-
2012			5	0,69	0,70	+0,01	0,50	0,58	+0,08
2017			5	0,97	1,02	+0,05	0,72	0,76	+0,04
2020			5	2,28	1,61	-0,67	1,57	1,85	+0,28
	Ховалингский район	Лекарственные средства							
2002			5	0,30	0,79	+0,49	-	-	-
2007			5	0,35	0,71	+0,36	-	-	-
2012			5	0,47	0,84	+0,37	0,24	0,44	+0,2
2017			5	0,71	1,63	+0,92	0,36	0,76	+0,4
2020			5	1,30	1,51	+0,21	0,66	0,39	-0,27
	Балджуванский район	Лекарственные средства							
2002			-	-	-	-	-	-	-
2007			-	-	-	-	-	-	-
2012			-	-	-	-	-	-	-
2017			-	-	-	-	-	-	-
2020			-	-	-	-	-	-	-

Как видно из таблицы 2 осознавая, что лечение и реабилитация пациентов с травмой требует больших материально-финансовых ресурсов, финансирование койко - дней травматологической службы Кулябского региона Хатлонской области на период 2002-2020 гг. проводили не соразмерно, то есть кроме района Мир Сайид Али Хамадони (16,0 сомони) на 1 койка - дней среднем выделялось 0,91 сомон. Аналогичная картина нами установлена при финансировании травматологических коек из внебюджетных средств и средств поступивших от гуманитарных организаций (0,68 сомони). Недофинансирование искусственно создало условия для использования конструкций, материалов и имплантатов меньшей стоимостью, которые приводили к возникновению несоответствия лечебной и финансово-экономического подкрепления, что реально ухудшило результаты лечения и затруднило раннюю медицинскую

реабилитацию, а также социальную и бытовую реинтеграцию пострадавших.

Проводимый нами опрос показал, что более 98% расходов на лечение и реабилитацию пациентов производится за счет собственных средств пациента, а остальные за счет внебюджетных и средств поступивших от гуманитарных организаций.

Проведенный анализ обеспеченности врачами травматологами ЛПУ Кулябской региона Хатлонской области показал, что в обследуемом регионе согласно штатному расписанию в целом по региону выделено 43,5 ед., фактически кадровый потенциал насчитывает 26 специалистов, которые занимают 37,0 ставки (1,4 ставки на 1 врача).

Укомплектованность врачами травматологами в среднем по региону в 1980 году составляла 54,2%, 1985 г.– 49,3%, 1990 г.– 66,1%, 1995 г.– 68,7%, 2000 г.– 74,5%, 2005 г.– 75,8%, 2010 г.– 79,8%, 2015 г.– 86,0% и 2020 г. 74,0% от необходимой нормы. Несмотря на ежегодное нарастание укомплектованности до сих пор уровень требуемых нормативных величин, не достигнут (74,0). Полная укомплектованность отмечена только в 4-х районах (Дангаринский, Восейский, Пархарский и Мир Сайид Али Хамадони). Самая худшая ситуация наблюдается в Ховалингском (75%) и Муминабадском (75,0%) районах. А два района (Ш.Шохинский и Балджуванский) кадрами вообще не обеспечены (0%). В Балджуванском районе отсутствие врача травматолога объясняется отсутствием выделенных ставок, а в Ш.Шохинском районе, несмотря на имеющиеся ставки врача специалиста и развернутые койки в составе хирургического отделения (5 травматологических коек), не укомплектовано из-за физического отсутствия врача травматолога, что свидетельствует о ненадлежащем исполнении пунктов приоритетных действий Концепции реформы здравоохранения Республики Таджикистан (постановление Правительства Республики Таджикистан 04.03.2002 г. №94) и Национальной программы «Профилактика травматизма и совершенствование медицинской помощи при травмах и их последствиях в Республике Таджикистан на 2010 – 2015 гг.», где предусмотрено осуществление подготовки врачебных кадров для регионов по специальному заказу с последующим их направлением на работу на договорной основе и внедрением механизма приёма в высшие и средние медицинские учебные заведения из регионов с низкой обеспеченностью кадрами, что подтверждает об отсутствие особых изменений в период реорганизации службы.

Результаты проведенного анализа категорийности врачебного персонала за последние 40 лет показал, что категорийность врачей в 1980 году составляла 92.9% преимущественно за счет врачей первой категории. В 1985 году категорийность составила 100% и сохранялась на этом уровне до 1990 года. В 1995 году категорийность врачей упала до 25%, что обусловлено определенными условиями политическими и социально-экономическими проблемами страны, отразившиеся на состоянии системы здравоохранения, уровне и качестве до и последипломного образования. В последующем по

мере стабилизации в стране наблюдается увеличение уровня категоричности вплоть до 54,6% в 2000 г., 65,2% в 2005 г. и 95,6% в 2010 г. Снижение общей категоричности к 2014 - 2015 годам (84,6%) объясняется тем, что в регион были направлены молодые специалисты из числа выпускников Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, удельный вес, которых составил 18,2%. Общая категоричность к 2020 году снизилась до 70,5%, что закономерно привело к снижению качества лечения больных и пострадавших.

Проведенный анализ обеспеченности средним медперсоналом травматологических отделений ЛПУ Кулябского региона Хатлонской области согласно требуемым нормативам к среднему медицинскому персоналу (постовая медсестра, перевязочная и процедурная) обеспечено на должном уровне. Острую нехватку испытывает служба в медицинском персонале среднего звена специализированного профиля таких как: медсестра массажист (75%), анестезист (75%), гипсовочная медсестра (50%), ЛФК (25%), рентген-лаборант. Рентген-лаборант не имеется в штате ни в одном из травматологических отделений.

Проведенный анализ занятости среднего медицинского персонала госпитальной и амбулаторной службы показал 1,07 и 1,4 соответственно.

Проведенный анализ категоричности персонала среднего звена показал, что в 1980 году общая категоричность составляла 79,4% (за счет лиц, имеющих первую категорию). В последующем категоричность несколько увеличилась (на 2,2%) и оставалась практически неизменной до 1990 года. Начиная со времен обретения государственной независимости (с 1991 вплоть до 1995г) категоричность персонала среднего звена значительно снизилась, причем в основном за счет специалистов с высшей и первой категорий (высшее на 100%). Это было связано с массовым оттоком медперсонала, которые были из числа русско-язычного населения. Другим немаловажным фактором, повлиявшим на уменьшение вышеуказанного показателя является проблема подготовки и переподготовки, и прохождением своевременной аттестации, а также приём на работу медсестер из числа молодых специалистов. По мере стабилизации социально-экономического положения республики общая категоричность возрастала из года в год, составив в 2020 году 93,4%. Отчасти этому способствовало введение новшеств в систему аттестации, где отделам и управлениям здравоохранения на местах было предоставлено право проведения аттестации среднего медицинского персонала. С другой стороны возросший уровень аттестованных был обусловлен деятельностью вновь организованной службы государственного надзора за медицинской деятельностью и социальной защиты населения Республики Таджикистан, в функции которого входит мониторинг и контроль своевременного прохождения специалистами аттестации.

Учитывая, что основная масса больных (79%) поступала в медицинские учреждения путем самообращения при помощи попутных транспортных средств без оказанной соответствующей первой медицинской помощи, что свидетельствует об отсутствии эффективного использования санитарного

транспорта службы скорой медицинской помощи, что послужило причиной проведения анализа обеспеченности службой СМП санитарным транспортом районы Кулябского региона Хатлонской области.

Служба скорой медицинской помощи Кулябского региона Хатлонской области представлена центром экстренной медицинской помощи (г. Куляб) с радиусом обслуживания 15-20 км и 10 отделениями скорой медицинской помощи, расположенные в структуре ЦРБ районных центров.

В целях приближения оказания медицинской помощи сельскому населению Кулябского региона Хатлонской области развернуты в составе приёмных покоев участковых больниц в Кулябском районе - 1 и в Дангаринском районе – 4 пункта скорой медицинской помощи.

Проведенный анализ обеспеченности санитарным транспортом на 10 тыс. населения показал, что обеспеченность г.Куляба и районов Кулябского региона санитарным транспортом неоднозначна. В Бальджуванском районе на балансе учреждений СМП санитарный транспорт вовсе отсутствует.

В Кулябском, Восейском, Ш.Шохинском районах Кулябского региона Хатлонской области – обеспеченность санитарным транспортом на 10 тыс. населения составляет вместо 1,0 – 0,2, Дангаринском, Мир Сайид Али Хамадони, Муминабадском, Пархарском районах – 0,3, Ховалингском – 0,6, а Темурмаликском – 0,7, т.е. обеспеченность населения санитарным транспортом варьирует от 0,2 до 0,7. Проведенный анализ показал, что в рабочем состоянии имеется всего 24,6% от имеющихся транспортных средств. Также важной составной частью оперативной работы службы скорой медицинской помощи является обеспечение отделений и станций СМП телефонами. За наблюдаемый период в районах Кулябского региона обеспеченность стационарных телефонов составляла не более 49%. Бальджуванском районе стационарный телефон не имеется. В основном медперсонал выездных бригад в служебных целях используют собственные мобильные телефоны.

Проведенный анализ обеспеченности оборудованием травматологической службы ЛПУ каждой из административных территорий Кулябского региона Хатлонской области показал, что такие районы, как Дангаринский, Восейский, Пархарский и город Куляб, по своему уровню оснащения оборудованием могут оказать определенную специализированную травматологическую помощь (неотложная помощь при переломах, остеосинтез, первичная хирургическая обработка ран открытых переломов, наложение аппаратов внешней фиксации). Следует отметить, что для выполнения этих оперативных вмешательств в ЛПУ вышеуказанных районов имеются квалифицированные кадры. Для выполнения других более сложных операций необходима подготовка и комплектация медицинской техникой в том числе: электрооптический преобразователь, комплект стержневых систем для остеосинтеза переломов костей и таза, комплект инструментария для блокирующего остеосинтеза, накостные пластины и др., включая специалистов соответствующей категории.

В остальных районах: Мир Сайид Али Хамадони, Темурмаликский, Ховалингский, Муминабадский, Ш.Шохинский (Шуроабадский) и Балджуванский специализированная травматологическая помощь не оказывается в виду отсутствия необходимого оборудования и специалистов. Особо следует подчеркнуть, что из общего перечня имеющегося травматологического оборудования Кулябского региона Хатлонской области 85,5% является морально устаревшим.

Полученные данные свидетельствуют об имеющейся диспропорции в обеспеченности специалистами высшего и среднего звена в региональных центрах и периферии обследованного региона. Выявленные недостатки, касающиеся отсутствия нормативно - правовых документов, регламентирующих деятельность службы, включая её обеспеченность специалистами, койками, помещениями, современным лечебно-диагностическим оборудованием в зависимости от уровня оказываемой помощи, отсутствие надлежавшей службы как таковой вообще в некоторых из обследуемых районов указывают на необходимость их разработки. Проведенный анализ распространенности травматизма среди населения обследуемых районов Кулябского региона Хатлонской области показал, что динамика травматизма за период исследования с 2002 по 2020 гг. имеет волнообразный характер (таблица 3).

Таблица 3. Распространенность травматизма среди населения административных районов Кулябского региона Хатлонской области Республики Таджикистан на период 2002-2020 гг. (на 100 тыс. населения)

Год	Г. Куляб	Кулябский район	Восейский район	Дангаринский район	Муминабадский район	Мир Сайид Али Хамадони	Пархарский район	Темурмаликский айон	Ховалингский район	Ш.Шохинский район	Балджуванский район	Кулябский район
2002	962,3 ±34, 1	168,9 ±15,0	1038, 8±25, 7	1239, 0±34, 6	217, 3±1 8,0	684,9± 24,7	68,3 ±7,6	46,7 ±9,5	550,2 ±37,0	114,4 ±16,3	23,3± 10,3	464, 9±7, 3
2003	1196, 0±37 ,6	154,9 ± 14,2	4536 ,3±5 2,4	1585, 5±38, 6	285, 1± 20,5	2058,8 ±42,1	180, 3±1 2,2	17,2 ±5,7	363, 7±2 9,6	43,9 ±9,9	520, 7±4 7,9	994, 8±10 ,5
2004	1286, 2±41 ,2	248,3 ± 17,8	1447 ,5±2 9,8	967,8 ± 29,9	343, 9± 22,3	1255,6 ±32,6	700, 1±2 3,7	0,0	331, 7±2 7,8	100, 1±1 4,9	378, 9±4 0,5	641, 8±8, 4
2005	989,0 ± 33,1	303,3 ± 19,4	1001 ,2±2 4,5	272,6 ± 15,7	250, 4± 18,8	623,5± 22,8	521, 0±2 0,2	93,6 ±13, 0	344, 0±2 7,9	79,9 ±13, 1	245, 8±3 2,2	429, 5±6, 7
2006	377,0 ± 20,3	297,6 ± 19,0	110, 0± 8,0	182,1 ± 12,7	366, 9± 22,5	1858,9 ±38,9	619, 2±2 1,8	174, 2±1 7,6	518, 6±3 3,7	135, 5±1 6,7	365, 1±3 8,6	455, 0±6, 9
2007	342,3 ± 19,1	290,5 ± 18,5	276, 1± 12,6	463,2 ± 20,0	346, 0± 21,6	1400,9 ±33,5	248, 1±1 3,7	922, 8±4 0,0	417, 5±2 9,9	156, 5±1 7,8	366, 5±3 8,1	475, 5±6, 9

2008	725,6 ±27, 5	264,5 ± 17,4	507, 1± 16,9	830,3 ± 26,5	263, 3± 18,6	3319,7 ±50,6	644, 4±2 1,8	188, 4±1 7,9	433, 4±3 0,2	136, 0±1 6,4	394, 6±3 9,0	700, 7±8, 3
2009	625,4 ± 25,3	250,1 ± 16,8	463, 0± 16,0	813,8 ± 26,0	225, 4± 17,1	2277,7 ±41,7	777, 5±2 3,7	0,0	469, 6±3 1,1	1643, 5±55, 9	287, 8±3 2,9	712, 2±8, 3
2010	684,4 ± 26,7	170,7 ± 14,0	359, 6± 14,1	1551, 3±35, 2	158, 2± 14,2	393,5± 17,7	686, 8±2 2,2	662, 3±3 3,4	485, 2±3 1,4	228, 4±2 2,3	459, 0±4 2,3	530, 9±7, 2
2011	1279, 3±36 ,2	172,2 ± 13,9	374, 9± 14,3	1570, 7±35, 1	163, 9± 14,4	292,1± 15,2	477, 5±1 8,4	393, 8±2 5,6	526, 6±3 2,5	149, 6±1 8,0	877, 6±5 7,9	570, 7±7, 4
2012	3281, 9±56 ,9	168,3 ± 13,5	345, 9± 13,6	1417, 4±33, 0	763, 1± 30,6	319,8± 15,7	1384, 0±30, 8	253, 9±2 0,3	405, 9±2 8,2	187, 8±1 9,8	219, 2±2 9,2	795, 2±8, 7
2013	3211, 5±56 ,0	211,4 ± 15,0	374, 4± 14,0	330,4 ± 15,8	1629 ,0±4 4,1	1259,2 ±30,7	390, 0±1 6,2	2108, 3±57, 6	230, 1±2 1,0	299, 7±2 4,7	175, 5±2 5,8	929, 0±9, 3
2014	3290, 9±56 ,3	290,3 ± 17,4	353, 5± 13,5	3683, 9±51, 4	1575 ,3±4 2,9	313,5± 15,2	429, 5±1 6,8	72,7 ±10, 7	927, 7±4 1,8	483, 9±3 1,1	167, 3±2 4,9	1053 ,5±9, 8
2015	2383, 4±47 ,8	792,4 ± 28,5	1224 ,8±2 4,9	2074, 1±38, 6	2118 ,1±4 9,4	751,0± 23,4	2243, 5±38, 0	436, 5±2 6,1	134, 5±1 5,9	161, 9±1 7,9	707, 1±5 0,8	1184, 3±10, 3
2020	241 2±5 1,1	802,1 ± 26,2	1315 ,4±2 1,7	3002, 0±38, 2	2620 ,0±4 4,2	816,3± 20,4	2424, 2±29, 7	301, 4±2 8,2	224, 5±1 6,5	188, 8±1 7,4	621, 2±4 4,7	1202, 8±12, 4

Результаты исследования показали, что травматизм по Кулябскому региону по сравнению с 2002 по 2020 года вырос в 2,4 раза. В городах и районах этот показатель неоднозначен, например, незначительный рост травматизма отмечается в районе Мир Сайид Али Хамадони - 131,4 случаев (19,2%), Восейском районе - 276,6 случаев (26,6%) и Ш.Шохинском районе - 74,4 случаев (65%) на 100 тыс. населения.

Выраженный рост травматизма отмечается в Дангаринском районе - 1763 случаев (142,9%) или в 2,4 раза, в г. Кулябе - 1449,7 случаев (150,6%) или в 2,5 раза, Кулябском районе - 633,2 случаев (374,9%) или в 4,7 раза, Темурмаликском районе - 254,7 случаев (545,4%) или в 6,4 раза, Муминабадском районе - 2403 случаев (1105%) или в 12 раз и Балджуванском районе - 597,9 случаев на 100 тыс. населения (2566,0%) или увеличилось в более чем 26 раз.

Нами выяснилось, в настоящее время по состоянию на 01.01.2021 г. распространенность травматизма в регионе составляет 1202,8 на 100 тыс. населения. Показатели травматизма ниже среднестатистических по региону отмечены в таких районах как: Балджуванский, Ш.Шохинский (Шурабадский), Ховалингский, Темурмаликский, Хамадони и Кулябский. Цифры выше регионального показателя отмечены в Восейском, Дангаринском, Муминабадском, Пархарском и в городе Кулябе. Следует отметить, что в РТ показатель травматизма имеет тенденцию к уменьшению

(на 13,8%). Однако по Хатлонской области наоборот отмечается его рост в 13,7 раза (таблица 4).

Таблица 4. Сравнительная характеристика распространенности травматизма среди населения Кулябского региона Хатлонской области и Республики Таджикистан в целом за период с 2002 по 2020 гг. (на 100 тыс. населения)

Годы	Хатлонская область	Кулябский регион	Республика Таджикистан
2002	771,0±5,8	464,9±7,3	1905,2±5,3
2003	1096,0± 6,7	994,8±10,5	1989,7±5,4
2004	1017,5±6,5	641,8±8,4	2110,8±5,5
2005	707,3±5,3	429,5±6,7	1877,3±5,1
2006	654,7±5,1	455,0±6,9	1950,4±5,2
2007	655,3±5,0	475,5±6,9	1855,7±5,0
2008	920,3±5,9	700,7±8,3	2284,9±5,5
2009	813,9±5,4	712,2±8,3	1770,9±4,8
2010	616,0±4,7	530,9±7,2	1741,5±4,7
2011	589,6±4,6	570,7±7,4	1797,3±4,7
2012	729,3±5,0	795,2±8,7	1853,7±4,7
2013	167,8±2,4	929,0±9,3	1853,9±4,7
2014	932,4±5,6	1053,5±9,8	1737,4±4,5
2015	12656,0±19,2	1184,3±10,3	18044±4,8
2020	15020,0±12,3	3080,1±10,5	19558,4±6,1

При этом в 2020 году показатель травматизма в Кулябском регионе ниже Республиканского (в 18,2 раза) и Хатлонской области (в 11,9 раза), что свидетельствует о возможных низких показателях частоты обращаемости населения за медицинской помощью.

Проведенный анализ структуры травматизма среди населения Кулябского региона Хатлонской области РТ за период 2002 по 2020 гг. показал, что в структуре травматизма превалирует бытовой (77,4%). Далее следуют уличный (14,1%), спортивный (4,4%) и дорожно-транспортный (3,4%). Меньше всего отмечается травм связанных с производством (1,7%), обусловленных практически бездействием большинство объектов промышленности.

Результаты проведенного исследования показали, что оперативная доставка пострадавшего имеет первостепенное значение для прогноза и результатов лечения. В оптимальные сроки (до 1 часа) с момента получения травмы за медицинской помощью обратились 1313 (56,9%) больных из общего количества травмированных пациентов (2309) (табл. 5).

Таблица 5. Время обращения больных с момента травмы

Способы обращения	Время обращения с момента получения травмы			Итого:	
	До 1 часа	До 3-х часов	Свыше 3-х часов	Абс.	%
Самообращения	357	262	154	773	33,5
Транспортные средства не медицинского назначения	578	334	138	1050	45,5
Машина скорой медицинской помощи	378	108	-	486	21,0
Всего:	1313	704	292	2309	100
Абс. %	56,9	30,5	12,6		

Как видно из таблицы 5, основная масса больных (79%) попала в медицинские учреждения путём самообращения и с помощью попутных транспортных средств без оказания первой медицинской помощи (т.е. без иммобилизации поврежденной конечности, шейного отдела позвоночника, временной остановки наружного кровотечения, определения систолического артериального давления и пульса, дачи анальгетиков и других необходимых процедур).

Распределение больных в зависимости от характера ран, механизма их получения и локализации, показало, что из общего количества ран у больных преобладают раны конечностей (48,8%), на втором месте – раны области волосистой части головы (26,2% случаев). В зависимости от характера ран чаще наблюдаются ушибленные (26,8%), резанные – 20,8%, укушенные – 19,2% случаев, колотые у 10,2% пострадавших.

У исследуемых больных при обращении в 145 (6,3%) случаях выявлены вывихи конечностей, из них травматического характера – 61,4%, вывихи, сочетающиеся с переломами сегмента – 30,3% и привычные вывихи составили 8,3% случаев.

Под местной и проводниковой анестезией вправление вывихов конечности произведено в 36,6% случаях, в 63,4% манипуляции проводились под общей анестезией. У 17 (38,6%) пострадавших с переломами и вывихом конечности из-за безуспешности закрытого вправления вывиха и репозиции отломков произведено открытое вправление вывиха и остеосинтез перелома под общей анестезией.

Результаты проведенного исследования показали, что среди переломов длинных костей преобладают переломы костей голени – 28,1%, предплечья – 27%, переломы бедренной кости составляют - 24,6% (табл. 6).

Таблица 6. Название и локализация переломов длинных костей конечностей

Локализация переломов	В зависимости от уровня перелома	Итого	
		Абс.	%

	Диафиз		Метафиз		Эпифиз			
Плечо	157		51		13		221	20,3
Предплечье	191		58		45		294	27,0
Бедро	170		61		37		268	24,6
Голень	213		68		24		305	28,1
Всего: Абс. %	731	67,2	238	21,9	119	10,9	1088	100

У исследуемых больных все переломы оценивались согласно классификации переломов АО/ASIF (1990), основателем которой является Морис Мюллер, а для оценки открытых переломов использовали классификацию Gustilo R.V. and Anderson J.T. (1976).

Соответственно, все переломы, в зависимости от характера повреждений, разделили на две группы - закрытые и открытые (табл. 7).

Таблица 7. Характер и локализация переломов длинных костей конечностей.

Характер перелома	Локализация перелома				Итого	
	Плечо	Предплечье	Бедро	Голень	Абс.	%
Открытый	71	178	73	179	501	46,0
Закрытый	150	116	195	126	587	54,0
Всего: Абс.	221	294	268	305	1088	100
%	20,3	27,0	24,6	28,1		

Выяснилось, что чаще встречаются закрытые переломы конечностей, составившие 54%. Согласно классификации открытых переломов, переломы типа I составили 19,4%, II типа – 18,3%, III типа имели место в 8,4% случаев.

Тактика лечения повреждения органов выработывалась с учетом тяжести травмы, состояния пострадавшего, тяжести повреждений доминирующего органа, характера повреждений органов и систем, синдрома взаимного отягощения, квалификации специалиста и оснащённости лечебного учреждения.

С целью определения тяжести повреждения у больных с сочетанными и множественными травмами мы использовали шкалу ISS (Injury Severity Score), предложенную Baker S.P. с соавт... (1974). Шкала ISS высчитывается по сумме баллов наиболее травмированных органов в квадрате.

У исследуемых больных при лечении переломов конечностей были использованы разные способы остеосинтеза и консервативного лечения (табл. 8).

Таблица 8. Способы лечения переломов длинных костей конечностей

Способы лечения переломов	Локализация переломов	Итого:	
		Абс.	%

	Плечо	Предплечье	Бедро	Голень		
Гипсовая повязка	33	97	28	39	197	18,1
Ручная репозиция и гипсовая повязка	41	42	31	47	161	14,8
Скелетное вытяжение	-	-	42	41	83	7,6
ПХО и скелетное вытяжение	-	-	41	32	73	6,7
Чрескожная фиксация спицами	30	63	21	27	141	13,0
ПХО и остеосинтез спицами	34	27	19	29	109	10,0
Остеосинтез аппаратами внешней фиксации	31	11	31	31	104	9,6
Накостный остеосинтез	45	43	29	45	162	14,9
Интрамедуллярный остеосинтез	7	11	26	14	58	5,3
Всего:	221	294	268	305	1088	100

Согласно полученным данным, консервативное лечение переломов конечности с использованием гипсовой повязки применено в 18,1% случаев, где стояние костных отломков было вполне удовлетворительное или допустимое. К ним относятся переломы на уровне диафиза или метафиза костей, исключением явились внутрисуставные переломы. Одномоментная закрытая ручная репозиция костных отломков произведена у 14,8% больных, к ним относятся переломы на уровне диафиза костей плеча, предплечья, голени, кисти и стопы у детей и подростков у которых вероятность вторичного смещения в гипсе минимальна.

Консервативное лечение переломов с помощью скелетного вытяжения осуществлено в 7,6% случаев. Данный способ лечения был использован при переломах крупных костей конечности - бедра и голени, у которых закрытая одномоментная репозиция и удержание отломков в гипсе не возможна. Кроме того, данная методика была использована при тяжелых внутрисуставных переломах, у которых открытым способом сопоставляли отломки и производили их фиксацию, что удалось с большими техническими трудностями, хотя данная концепция лечения переломов в практической медицине последних лет ушла на второй план по причине развития контрактуры крупных суставов, а нестабильная фиксация области перелома в гипсе становился причиной не сращения или ложного сустава. В нашем исследовании закрытая одномоментная ручная репозиция и

чрескожная фиксация спицами произведена в 13,0% случаях, дополнительной внешней фиксацией была гипсовая повязка. При открытых переломах конечности, когда имеется возможность радикальной хирургической обработки ран, остеосинтез произведен с помощью спиц у 10,0% пострадавших, дополнительная внешняя фиксация гипсовой повязкой способствовала началу активных движений в пальцах кисти и стопы, а также близлежащих суставах.

Одной из задач неотложной помощи при повреждениях опорно-двигательного аппарата у травматологических больных является ранняя активизация, способствующая минимизации количества койко-дней. В практической медицине для решения поставленной задачи используют разные конструкции, аппараты внешней фиксации (Илизарова, стержневой, Гамма-стержень и т.п.) и фиксаторы для внутреннего погружения (пластины, интрамедуллярные блокирующие штифты, эндопротезы и т.д.).

У 9,6% исследуемых больных при переломах крупных сегментов с целью мобилизации и лечения повреждений других органов, которые являлись доминирующими, использовались аппараты внешней фиксации, в частности, Илизарова и стержневой.

В неотложных состояниях аппарат внешней фиксации накладывают сугубо с целью создания стабильности между отломками без их предварительной репозиции. Дальнейшие проблемы опорно-двигательного аппарата исправляют по мере стабилизации жизненно-важных показателей организма. Из общего количества больных, которым были наложены аппараты внешней фиксации в отсроченном порядке, в 2,8% случаях после выхода из критического состояния аппарат внешней фиксации заменен на погружной остеосинтез. Это во многом способствовало улучшению качества жизни пациентов и ускорило трудовую реинтеграцию.

Накостный остеосинтез пластинами разной модификации произведен у 14,9% больных. Операции выполнялись в плановом порядке, после соответствующей подготовки пациента и выбора имплантата. Остеосинтез с использованием пластины выполнен при переломах плеча, бедра, предплечья и исключительно костей голени. Проведение адекватного остеосинтеза дало стабильность в области перелома, устранило периферический очаг импульсации и ускорило процесс регенерации.

Разработка и внедрение способа интрамедуллярного остеосинтеза блокирующим штифтом со стороны страсбургских хирургов I. Kempfi A. Grosse (1985), считается прорывом в плане лечения переломов длинных костей конечности у травматологических больных и основано на концепции динамического поведения «кость-имплантат», которое создало не только стабильность области перелома, но и устранило ротационные движения, смещение по длине и ширине кости, способствовало формированию костной мозоли непосредственно при участии костной ткани, а интрамедуллярный гвоздь регулировал распространение регенерации вокруг костномозгового канала.

Остеосинтез с использованием блокирующего штифта был использован у 5,3% больных с переломами длинных костей диафизарной

локализации, в частности, бедра и голени. Преимущество данного способа заключалось в том, что вертикализация больных возможна уже на 3-4-е сутки после операции.

Критериями эффективности лечения больных с травмой опорно-двигательного аппарата является процент осложнений, которые наблюдаются в остром и отдаленном посттравматическом периоде. В ближайшем посттравматическом периоде наблюдаемых осложнений представлено в таблице 9.

Таблица 9. Ближайшие осложнения опорно-двигательного аппарата

Название осложнений	В зависимости от повреждений конечности				Итого:	
	Плечо	Предплечье	Бедро	Голень	Абс.	%
Нагноение ран	5	4	7	6	22	38,6
Тромбоэмболия легочных сосудов	-	-	1	-	1	1,8
Тромбофлебит	1	-	4	6	11	19,3
Флегмона	-	-	2	3	5	8,7
Кровотечение	1	-	1	1	3	5,3
Компартмент синдром	-	2	1	4	7	12,3
Остеомиелит	2	-	1	5	8	14,0
Всего: Абс. %	9	6	17	25	57	
	15,8	10,5	29,8	43,9		

Исходя из таблицы 9., среди наблюдаемых осложнений превалирует нагноение ран посттравматического и операционного происхождения, которые составили 36,8%, тромбофлебиты глубоких вен конечности – 19,2%, компартмент или «футлярный» синдром – 12,3%, флегмона наблюдалась в 8,7% случаях. В отдаленном периоде остеомиелитический процесс выявлен у 14 больных. Причинами развившихся осложнений у больных явились: тяжесть первичного повреждения, позднее обращение пострадавшего с момента травмы, наличие инфекционного процесса в ране до обращения. Футлярный синдром развился у больных с переломами костей голени, у которых была выбрана тактика консервативного лечения переломов. Причинами явились нарастающая гематома в области перелома, нарастание давления в межфасциальном пространстве, с другой стороны неправильно наложенная гипсовая повязка. Устранение данных осложнений было возможно путём оперативного лечения, проведением фасциотомии. Причинами тромбофлебитических осложнений у больных были тяжелые оскольчатые переломы костей, длительная внешняя иммобилизация конечности, а также недостаточная профилактика медикаментозного характера в остром периоде травмы.

Прогноз болезни, ближайшие и отдаленные результаты лечения повреждений опорно-двигательного аппарата и качество оказания специализированной помощи травматолого-ортопедическим больным в

современных социально-экономических условиях зависят от уровня подготовки участников конфликта на месте происшествия, медицинского персонала первичного звена, степени оснащенности и квалификации медицинского персонала в составе бригады скорой помощи. Также необходимо функционирование специализированного отделения для травмированных больных, которое оснащено современной техникой и позволяющее оказывать соответствующее консервативное и хирургическое лечение травмированным больным.

Выводы.

1. Доказана полная зависимость исхода лечения от времени с момента получения травмы до начала получения лечения, оперативной доставки, уровня подготовки медперсонала, степени оснащенности, квалификации медперсонала и наличие специализированного отделения.
Систематизация и обобщение полученных результатов проведенных исследований показали, что, несмотря на рост ДТП, элементы первой экстренной медицинской помощи пострадавшим (в виде само и взаимопомощи) в Кулябском регионе Хатлонской области сведены до минимума. Основная масса больных поступала в медицинские учреждения путем самообращения при помощи попутных транспортных средств без оказанной первой медицинской помощи (79%), что свидетельствует об отсутствии в эффективном использовании имеющихся крайне ограниченных ресурсов и программ предупреждения, лечения травм и ортопедических заболеваний [1-А; 2-А].
2. Доказано, что в структуре травматизма Кулябского региона Хатлонской области превалирует бытовой (77,4%). Далее следуют уличный (14,1%), спортивный (4,4%) и дорожно-транспортный (3,4%). Меньше всего отмечается травм связанных с производством (1,7%), обусловленных практически бездействием большинство объектов промышленности [5-А].
3. Основными недостатками в организации и управлении службы травматологической помощи населению Кулябского региона Хатлонской области являлись: ненадлежащее исполнение пунктов приоритетных действий Концепции реформы здравоохранения Республики Таджикистан, утвержденной постановлением Правительства Республики Таджикистан 04.03.2002 г. №94 и Национальной программы «Профилактика травматизма и совершенствование медицинской помощи при травмах и их последствиях в Республике Таджикистан на 2010–2015 гг.», утвержденной постановлением Правительства Республики Таджикистан №224 от 03 мая 2010 года, неадекватное финансирование (полная зависимость службы от частных соплательщиков, восполняющих дефицит финансирования), отсутствие планирования и политики подготовки кадров по последовательному устранению географического дисбаланса, низкое качество подготовки и управления

кадровыми ресурсами, отсутствие межсекторальное сотрудничество [6-А; 8-А].

4. Выявлено отсутствие в Концепции и Программе по развитию скорой медицинской помощи (СМП) специального раздела, посвященного оптимизации оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях, низкая доступность специализированной медицинской помощи населению, наличие диспропорции в обеспеченности специалистами высшего и среднего звена, отсутствие нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность службы, включая её обеспеченность специалистами, койками, помещениями, современным лечебно-диагностическим оборудованием в зависимости от уровня оказываемой помощи, отсутствие надлежащей службы как таковой вообще в некоторых из обследуемых районов диктует не необходимость их разработки в проведении мероприятий, направленных на изменение структуры службы, подготовки кадров, а также её финансирования [8-А; 9-А]

Рекомендации по практическому использованию результатов.

1. Устранить дефицит линейных бригад скорой медицинской помощи, проводить на постоянной основе повышение квалификации врачей - травматологов и хирургов по вопросам политравмы.
2. Организация в каждом районе травматологических пунктов и дневных стационаров при них, а при появлении возможности во всех регионах при больницах открыть отделения множественной и сочетанной травм (политравмы) с разной мощностью.
3. Принять меры по первоочередному выделению средств из местного бюджета для оснащения приёмных, травматологических и хирургических отделений ЦРБ, городских и областных больниц необходимым оборудованием и средствами для оказания в полном объёме медицинской помощи больным с тяжелой изолированной травмой и политравмами, а в случае отсутствия возможности финансирования сокращение государственных обязательств.
4. Шире внедрять новые стационарозамещающие технологии (дневные стационары для долечивания и реабилитации, стационары на дому) и малоинвазивные инновационные (высокотехнологичные) методы лечения травм и ортопедических заболеваний, совершенствование системы оказания помощи с позиции доказательной медицины.
5. С целью рационального использования коечного фонда травматолого-ортопедической службы ужесточить требования к обоснованной госпитализации.

Список публикаций соискателя ученой степени Статьи в рецензируемых журналах

- [1-А]. Миралиев М.Р. Влияние факторов риска на развитие осложнений в раннем посттравматическом периоде у больных с переломами длинных костей / А.Ахмедов, К.Х.Сироджов // Журнал Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 2013. - №2. С.43-50.
- [2-А]. Миралиев М.Р. Травматизм – основной фактор инвалидности / А.Ахмедов, К.Х.Сироджов // Журнал Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 2014. - № 1 (320). С.11 - 16.
- [3-А]. Миралиев М.Р. Особенности течения повреждений голени у больных с политравмой и оптимизация ее лечения / К.Х.Сироджов, Ш.А. Исупов // Журнал Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 2014. - № 4. С.44 - 51.
- [4-А]. Раджабзода М.М. / Результаты оценки современного ведения и тактика лечения пострадавших при дорожно – транспортных происшествиях // Журнал Здравоохранение Таджикистана Душанбе – 2022. С.84-89

Статьи и тезисы в сборниках конференции

- [5-А]. Миралиев М.Р. Пути совершенствования оценки эффективности и управления общественным здоровьем в Республике Таджикистан / А.Г. Гаيبов, Н.Б. Лукьянов, К.Д. Пулотов // Материалы научно-практической конференции «Развитие межсекторального сотрудничества – основа профилактики инвалидности» - Куляб. - 2013. - С. 19 - 29.
- [6-А]. Миралиев М.Р. Структура травматизма и особенности оказания медицинской помощи на разных уровнях здравоохранения при костно-мышечных заболеваниях / К.Х. Сироджов, А.Т. Рахимов, Ш.М. Ахмедов // Материалы – исследовательской конференции «Развитие межсекторального сотрудничества – основа профилактики инвалидности» - Куляб. - 2013. - С. 149 - 154.
- [7-А]. Миралиев М.Р. Рушди соҳаи тандурусти дар давраи истиқлолияти Ҷумҳурии Тоҷикистон / Маводи конференсияи байналмилалӣ баҳшида ба муносибати 20-солагии Сарқонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Мушкилоти татбиқи технологияҳои информатсионӣ дар соҳаи тибби муосир» - Кӯлоб. - 2014. - С. 4-9.
- [8-А]. Миралиев М.Р. Истифодаи технологияҳои муосир дар ташҳиси бемориҳои саратонӣ / Д.Р. Атоев, Л.С. Рустамова, Н.М. Холматов // Маводи конференсияи байналмилалӣ баҳшида ба муносибати 20-солагии Сарқонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Мушкилоти татбиқи технологияҳои информатсионӣ дар соҳаи тибби муосир» - Кӯлоб. - 2014. - С. 12 - 14.
- [9-А]. Миралиев М.Р. Применение инновационной и дистанционной технологии в улучшении выявления МТ+больных и повышении квалификации специалистов / Р.Джумаев, У.Сироджидинова, М.Турсунова // Маводи конференсияи байналмилалӣ баҳшида ба муносибати 20-солагии Сарқонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон

- «Мушкилоти татбиқи технологияҳои информатсионӣ дар соҳаи тибби муосир» - Кӯлоб. - 2014. - С. 14-15.
- [10-А].Раджабзода М.М. Рушди соҳаи тандурустии шаҳру ноҳияҳои минтақаи Кӯлоб / С. Баротҷонов // Материалы научно-практической конференции травматологов и ортопедов Хатлонской области с международным участием «Актуальные вопросы травматологии – ортопедии и хирургии повреждений» - Куляб. - 2016. - С. 8 - 12.
- [11-А].Раджабзода М.М. Диагностика и лечение переломов костей голени на уровне дистального эпиметафиза и их последствий / С. Баротҷонов, С. Мансуров, Ш.Н. Нуров, Ч. Рачабов // Материалы научно-практической конференции травматологов и ортопедов Хатлонской области с международным участием «Актуальные вопросы травматологии – ортопедии и хирургии повреждений» - Куляб. - 2016. - С. 312 - 313.
- [12-А].Раджабзода М.М. Консервативное и оперативное лечение переломов дистального отдела плеча / С. Баротҷонов, Ч.Ш. Рачабов, Ш.Н. Нуров, С. Мансуров // Материалы научно-практической конференции травматологов и ортопедов Хатлонской области с международным участием «Актуальные вопросы травматологии – ортопедии и хирургии повреждений» - Куляб. - 2016. - С. 314 - 315.
- [13-А].Раджабзода М.М. Оценка организации и деятельности травматологической службы Кулябского региона Хатлонской области Республики Таджикистан / А.Ахмедов, К.Х.Сироджов, И.Д.Холов // Материалы научно-практической конференции травматологов и ортопедов Хатлонской области с международным участием «Актуальные вопросы травматологии – ортопедии и хирургии повреждений» - Куляб. - 2016. - С. 316 - 317.
- [14-А].Раджабзода М.М. Состояние организации специализированной травматолого-ортопедической помощи Кулябского региона Хатлонской области Республики Таджикистан / А.Ахмедов, К.Х.Сироджов, И.Д.Холов // Материалы научно-практической конференции травматологов и ортопедов Хатлонской области с международным участием «Актуальные вопросы травматологии – ортопедии и хирургии повреждений» - Куляб. - 2016. - С. 317 - 325.
- [15-А].Миралиев М.Р. Оптимизация диагностики нарушений некоторых аспектов метаболической активности головного мозга у больных с политравмой / К.Х. Сироджов, М.С. Сироджзода, А. Сафаров // Материалы научно-практической конференции травматологов и ортопедов Хатлонской области с международным участием «Актуальные вопросы травматологии – ортопедии и хирургии повреждений» - Куляб. - 2016. - С. 369 - 370.
- [16-А].Миралиев М.Р. Оптимизация лечения голени у больных с политравмой / К.Х. Сироджов, Ш.А. Исупов, Д.И. Холов // Материалы научно-практической конференции травматологов и ортопедов Хатлонской области с международным участием

«Актуальные вопросы травматологии – ортопедии и хирургии повреждений» - Куляб. - 2016. - С. 372 - 374.

[17-А]. Миралиев М.Р. Системный подход к лечению переломов с учетом нарушений некоторых аспектов липидного спектра у больных политравмой / К.Х. Сироджов, А.Т.Рахимов, Г.Ф. Махмадалиев // Материалы научно-практической конференции травматологов и ортопедов Хатлонской области с международным участием «Актуальные вопросы травматологии – ортопедии и хирургии повреждений» - Куляб. - 2016. - С. 374 - 376.

[18-А]. Миралиев М.Р. Лечение переломов голени у больных с политравмой на основе системного подхода / К.Х. Сироджов, Ф. Хонджонов, Д.И. Холов, Ш.А. Исупов // Материалы научно-практической конференции травматологов и ортопедов Хатлонской области с международным участием «Актуальные вопросы травматологии – ортопедии и хирургии повреждений» - Куляб. - 2016. - С. 429 - 432.

Список условных сокращений

АПУ - Амбулаторно-поликлинические учреждения

ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения

ВТЭК - Врачебно-трудовая экспертная комиссия

ГИФОН - Государственный институт фтизиатрии, ортопедии и неврологии

ГЦЗ - Городской центр здоровья

ДТП - Дорожно – транспортные происшествия

ЖЭ - Жировая эмболия

ЛПУ - Лечебно-профилактические учреждения

ЛФК - Лечебная физическая культура

МВД - Министерство внутренних дел

МЗ и СЗН РТ - Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

МРЭО ОГАИ - Межрегиональное регистрационно-экзаменационное отделение отдела государственной автомобильной инспекции

ОЦК - Объем циркулирующей крови

ПМСП - Первичная медико-санитарная помощь

РТ - Республика Таджикистан

РЦЗ - Районный центр здоровья

СГНМД и СЗН - Служба Государственного надзора за медицинской деятельностью и социальной защитой населения Республики Таджикистана

СМП - Скорая медицинская помощь

СССР - Союз Советских Социалистических Республик

СЭМП - Служба экстренной медицинской помощи

Тадж. ССР - Таджикская Советская Социалистическая Республика

ТГМУ - Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

УВД - Управление внутренних дел
ЦРБ - Центральная районная больница