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

ДИССЕРТАЦИЯ
на соискание ученой степени кандидата медицинских наук
по специальности 14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

Научный руководитель:
заслуженный работник
Таджикистана, член корр. НАН
Таджикистана, иностранный
член РАЕН РФ, д.м.н.,
профессор Ахмедов А.

Душанбе – 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список условных сокращений……..……..……3

Введение……...……...…..….4

Общая характеристика работы……....11

Глава 1. Эпидемиология травматизма и его профилактика (обзор литературы)……...……....18

1.1. Некоторые медико-социальные аспекты травматизма ……...21

1.2. Организация и совершенствование лечебно – профилактической помощи при травмах……...…35

Глава 2. Материал и методы исследования…….....45

Глава 3. Характеристика, структура травматизма и организация травматологической службы Кулябского региона Хатлонской области Республики Таджикистан…….....52

3.1. Оценка организации и деятельности травматологической службы Кулябского региона Хатлонской области Республики Таджикистан……....……..52

3.2. Эпидемиология травматизма и его структурасреди населения административных районов Кулябского региона Хатлонской области Республики Таджикистан……..…….....83

3.3. Эффективность и качество оказания медицинской помощи травматологическим больным Кулябского региона Хатлонской области в современных социально –экономических условиях……..……...86

Глава 4. Обсуждение полученных результатов ……..……104

Выводы……..……..……..….122

Рекомендации по практическому использованию результатов….....124

Список литературы…….....126

Публикации по теме диссертации……..150

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

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. Наблюдаемая тенденция к увеличению интенсивности транспортных коммуникаций сопровождается усугублением тяжести травм, полученных в результате дорожно-транспортных происшествий (ДТП), являющиеся причинами инвалидности и летального исхода. Большое значение при таких повреждениях имеет точность их диагностики в остром периоде. Нередко в виду тяжести состояния больного невозможно определить клинические проявления локальных травм, в результате чего оперативные вмешательства у таких больных выполняются в позднем периоде с последующей длительной реабилитацией [Борозда И.В., 2008, Басс М.Д., Бобылев М.К., Коршунов Д.В., 2011, Боровков В.Н., Семенова В.Г., Хрупалов А.А., 2011, Андреева Т. М., Огрызко Е.В., Попова М.М., 2015].

Большую проблему на уровне государственного значения представляют вопросы оказания специализированной помощи пациентам с травмами, полученными в результате ДТП [Гринь А.А., Ошепков С.К., Некрасов М.А., Кайков А.К., 2012, Иванов Г.А., 2013, Литвина Е.А., 2014, Дмитриев О.А., 2015]. На лечение больных с сочетанными повреждениями и их реабилитацию затрачиваются значительные финансово-материальные средства, по этой причине нередко приходится использовать недорогие протезные конструкции и имплантаты, обладающие менее эффективными качествами при их эксплуатации, а в ряде случаев приходится прибегнуть только к консервативным методам лечения. В Республике Таджикистан около 29,5% семей относятся к бедным слоям и испытывают большие финансовые трудности, что не позволяет им получить доступ к оказанию медицинской

помощи, а финансовая помощь, оказываемая государством, является недостаточной (по 0,91 сомони выделяется на 1 койко-день). В итоге это отражается на результатах лечения, сроках проведения реабилитации и на социально-бытовой реинтеграции больных. Наличие данных проблем обуславливает необходимость решения системного преобразования в деле организации и оказания помощи пострадавшим на уровне отдельно взятых территориях [Кораблев В.Н., Дементьева Е.Л., 2014, Макаревич С.В., Воронович И.Р., Мазуренко А.Н., 2014, Иванов Д.В., Барабаш А.П., Барабаш Ю.А., 2015, Лозовик И.П., 2015].

Учитывая вышесказанное, несмотря на достигнутые успехи в хирургии повреждений, проблема оказания специализированной и квалифицированной помощи пациентам с травмами остаётся актуальной и далека от разрешения, что определяет необходимость проведения комплексного изучения деятельности службы и разработки эффективных алгоритмов совершенствования и оптимизации системы управления и оказания медицинской помощи травматологической службе 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 больным с травмами костно-мышечной системы при получении множественных и сочетанных повреждений. По всему миру на сегодняшний день наблюдается рост частоты получения травм. Частота летального исхода среди лиц трудоспособного возраста в результате получения повреждений или иных внешних воздействий представляет большую проблему для системы здравоохранения по всему миру [Борозда И.В., 2008, Басс М.Д., Бобылев М.К., Коршунов Д.В., 2011, Серкова Е.В., 2011, Боровков В.Н., Семенова В.Г., Хрупалов А.А., 2011, Ключевский В.В., 2013]. .

Среди общего числа заболеваний и причин летального исхода травмы в Республике Таджикистан находятся на четвертой позиции, а среди причин временной утраты трудоспособности они находятся на второй строчке и на третьей строчке среди всех причин первичной инвалидности [Пиров Т.А., 2010, Савилов А.М., Кабардаев Р.М., 2011, Ключевский В.В., Дегтярёв А.А., Баранов А.В., 2017]. Большое значение имеют вопросы проведения лечебно-профилактических мероприятий при травмах, полученных в результате ДТП, что обусловлено значимостью автомобильного транспорта для перевозки людей и грузов, а в Республике Таджикистан ещё и особенностями природно-климатических условий. Согласно литературным данным, в Таджикистане в 2009 году частота полученных в результате ДТП травм составила 22,9% случаев, что оказалось на 3,3% выше, чем в 2006 году, когда этот показатель составлял 19,6% случаев [Попова Л.А., Серкова Е.В., 2007, Савилов А.М., Кабардаев Р.М., 2011].

Современный травматизм характеризуется высокоэнергетическими воздействиями травмирующего агента, что привело к увеличению удельного веса повреждений и патологий опорно-двигательного аппарата и делает данную проблему глобальной. Ряд авторов описывает данную ситуацию, как период травматической эпидемии, когда наблюдается рост числа высокоэнергетических повреждений [Яхъяев Я.М., 2009, Борисенко Л.В., 2009, Басс М.Д., Бобылев М.К., Коршунов Д.В., 2011, Губайдуллин, М.И., 2012, Боровков В.Н., Семенова В.Г., Хрупалов А.А., 2011].

В Таджикистане отмечается ежегодное возрастание дорожно-транспортного травматизма до 10,7% по причине появления высокоскоростных магистралей и увеличения скоростного движения, а также иных нарушений ПДД [Савилов А.М., Кабардаев Р.М., 2011].

Во всем мире одной из приоритетных задач практического здравоохранения и резервом снижения летальности среди пострадавших при дорожно-транспортном травматизме является обеспечение доступности специализированной помощи, способствующей раннему началу лечебных

мероприятий. Для сокращения лечебно-реабилитационного срока у пострадавших в ДТП немаловажное значение придается организации и оптимизации травматологической помощи в амбулаторных условиях [Пичхадзе И.М., 2009, Макаревич С.В., Воронович И.Р., Мазуренко А.Н.. 2014]. Встречаемые на догоспитальном этапе ошибки при оказании медицинской помощи обусловлены, в первую очередь, низкой квалификацией лиц, которые непосредственно на месте происшествия участвуют в оказании первой помощи (к ним относятся водители и пассажиры транспортных средств, спасатели, сотрудники полиции и т.д.).

Стоит отметить, что к факторам, которые способствуют снижению дорожного травматизма, относятся осмотрительность и внимательность всех участников дорожного движения, как самих людей во время перехода через дорогу, так и водителей транспортного средства, соблюдение ими ПДД и т.д. [Шевцов В.И., Серкова Е.В., 2007, Гринь А.А., Ошепков С.К., Некрасов М.А., 2012].

А росту травматизма зачастую способствует нерациональное расположение подстанций скорой медицинской помощи, нехватка санитарных машин, наличие автомобильных пробок. На до госпитальном и госпитально-клиническом этапах существует ряд проблем, которые негативно сказываются на качестве оказания первой медицинской и квалифицированной помощи пациентам с дорожной травмой. К таким факторам относятся: текучесть и недостаток кадров, низкая техническая оснащенность, дефицит необходимых лекарственных средств, медицинского и лабораторного оборудования и принадлежностей. Необходимо подчеркнуть, что на риск увеличения дорожного травматизма оказывают влияние характер местности (горные участки), по которым проходят дороги, что затрудняет доступность к расположенным в отдаленных горных районах населенным пунктам [Губайдуллин М.И., Зарков С.И., 2012].

В Республике Таджикистан травматизм характеризуется рядом региональных особенностей, трудовая деятельность у большей массы жителей

республики связана использованием ручного труда, а также данный вид травмы связан с наличием некачественных дорожных покрытий, а имеющиеся транспортные средства имеют уже большой срок эксплуатации. Также значительная концентрация населения находится в сейсмоопасных регионах, где расположено большое количество техногенно-опасных объектов, которые создают угрозу роста травматизма в республике [Пиров Т.А., 2010, Салимов Н.Ф., Рахмонов С.Б., Раззаков А.А., 2011, Плотников И.А., 2014].

Удельный вес дорожного травматизма в республике по данным нескольких авторов доминирует по отношению к другим видам травм по тяжести и масштабу повреждений, и является, основными факторами человеческих потерь и инвалидности. Увеличение количества травматизма, несомненно, связано с ростом количества транспортных средств. Так, если за 2002 г. общее количество автомашин в республике составило 220391, то в 2011 г. данная цифра возросла до 369818 [Салимов Н.Ф., Рахмонов С.Б., Раззаков А.А., 2011, Постановление Правительства Республики Таджикистан от 30 марта 2013 года №146, «О порядке экспертизы временной нетрудоспособности граждан в лечебно-профилактических учреждениях»].

Несмотря на достижения практической медицины последних лет в лечении больных с травмой, до сих пор предметом дискуссии является вопрос о целесообразности применения того или иного способа лечения повреждений костно-суставной системы в структуре множественных и сочетанных повреждений [Шевцов В.И., Серкова Е.В., 2008, Айвазян В.П., 2010, Серкова Е.В., 2011, Солоп Н.А., 2013]. Так, как в процессе оказания помощи больным с дорожно - транспортной травмой участвуют специалисты разного профиля и каждый диктует превалирование того или иного поврежденного органа, в этой связи отсутствует единая концепция подхода в остром периоде в плане оказания специализированной и квалифицированной помощи пациентам [Борозда И.В., 2008, Басс М.Д., Бобылев М.К., Коршунов Д.В., 2011, Боровков В.Н., Семенова В.Г., Хрупалов А.А., 2011].

Использование консервативных способов лечения переломов, в структуре сочетанных и множественных травм не всегда способствует решение тех задач, которые требует практическая медицина последних лет. Учитывая экономические возможности учреждения и пациента, улучшение качества лечения, сокращение реабилитационного периода и трудовой реинтеграции, последнее время даже сторонники консервативного лечения рекомендуют использование усовершенственных способов лечения переломов [Никулин А.И., Летуновская Т.В., 2013, Склянчук Е.Д., Гурьев В.В., Лавырев Р.М., Стамбулян А.Г., 2013, Раззоков А.А., Салимов Н.Ф., Наимов А.М., 2013].

В литературе рекомендуют использовать разные способы остеосинтеза, начиная с аппаратов наружной фиксации, накостного и интрамедуллярного остеосинтеза, фиксации спицами, шурупами или с целью предоперационной подготовки при переломах длинных костей налаживания скелетного вытяжения [Гринь А.А., Ошепков С.К., Некрасов М.А., 2012, Зарков С.И., 2012].

Успех того или иного способа остеосинтеза зависит от характера повреждений сегмента, общего состояния пациента, доминирующей травмы, сроков с момента получения травмы, а также от объема оказанной в до госпитальном периоде помощи, квалификации специалиста и периодов травматической болезни [Шевцов В.И., Серкова Е.В., 2007, Яхъяев Я.М., 2009, Борисенко Л.В., 2009].

Несмотря на постоянное совершенствование способов лечения переломов конечностей, проблемы реабилитации и трудоспособность больных с повреждениями опорно-двигательного аппарата, в связи с высоким процентом жизнеугрожающих осложнений в остром периоде политравмы, продолжительности реабилитационного периода, утраты временной нетрудоспособности и высоким уровнем инвалидности вследствие неудовлетворительных исходовостаются открытым [Моторина И.Г., Тайлашев М.М., Клямко А.А., 2013].

Решением вышеуказанных осложнений является неудовлетворительное внедрение новой малоинвазивной технологии результатов лечения и

инвалидности среди травмированных пациентов в лечении переломов, подготовки квалифицированных специалистов данной отрасли, налаживанием системы оказания в догоспитальном периоде первой медицинской помощи и соответственно организация специализированных профильных отделений [Витюк И.И., Володин И.А., Николаенко Э.М., 2013, Каленский В.О., Иванов Г.А., 2013, Дмитриев О.А., 2015].

В этой связи оптимизация организационных мероприятий по проведению экспертизы временной утраты трудоспособности работниками лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) играет огромную роль в сокращении лечебно-реабилитационного периода пострадавших, что, в свою очередь, благоприятно отразиться на финансовых затратах для органов государственного социального страхования [Зайцева У.И., 2010, Назаров Х.Н., Назаров Ф.Н., 2014, Назаров Х.Н., Линник С.А., Мирзоев Р.Р., 2020].

Наиболее важной тенденцией практического здравоохранения последних лет является улучшение качества оказания квалифицированной медицинской помощи [Склянчук Е.Д., Гурьев В.В., Лавырев Р.М., Стамбулян А.Г., 2013].

Проведенный анализ выявил проблемы реабилитации и трудоспособности больных с повреждениями опорно-двигательного аппарата, неудовлетворительное внедрение новой малоинвазивной технологии, налаживание системы оказания первой медицинской помощи в до госпитальном периоде и организация специализированных профильных отделений требует разработки новых подходов по совершенствованию системы управления службой на до госпитальном и госпитальном этапах 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 состояние службы и выявить причинно-следственные травмы у населения Кулябского региона Хатлонской области, разработать научно-обоснованный алгоритм эффективных мероприятий по совершенствованию работы службы в современных социально-экономических условиях

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 медицинской помощи больным с травмами на догоспитальном этапе в Кулябском регионе Хатлонской области в новых социально-экономических условиях.

Объект исследования. В качестве объекта исследования была выбрана травматологическая служба некоторых административных районов Кулябского региона Хатлонской области Республики Таджикистан.

Предмет исследования. Предметом исследования было изучение организации уровня развития и качества оказания медицинской помощи травматологическим больным, которое совпадает с концепцией темы

диссертации. Предметом исследования является тот частный аспект проблемы, который находится в его области.

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

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.

Теоретические и методологические основы исследования. Анализ уровня травматизма и его структура проведена среди населения следующих административных территорий: город Куляб, Кулябский, Восейский, Пархарский, Мир Сайид Али Хамадони, Муминабадский, Дангаринский, Темурмаликский, Балджуванский, Ш.Шохинский (Шуроабадский), Ховалингский районы Хатлонской области. Исследование проводилось за период с 2001 по 2020 годы.

Организацию медицинской помощи населению с травмами на догоспитальном и госпитальном этапах изучали на основе материалов решений коллегии, приказов и распоряжений Министерства здравоохранения РТ, Управления здравоохранения исполнительного органа государственной власти, а также Областного Центра медицинской статистики и информации Хатлонской области.

Методы исследования. Для изучения мнения пациентов и оценки ими уровня оказываемой помощи методом анкетирования (2309) проведено социологическое исследование обследованных больных. Также проводился подробный анализ полученной травмы, а именно: времени и места получения; механизма; локализации; масштаба и характера; полноты объема оказанной помощи на догоспитальном, госпитальном и профильно-клиническом этапах.

Оценку тяжести полученной травмы и объема кровопотери проводили по шкале Альговера (1976), согласно которой определение объема кровопотери основано на отношении частоты пульса к уровню систолического АД. Оценку тяжести состояния проводили по системе «ВПХ-СП» Гуманенко Е.К. (1992) разработанной на кафедре военно-полевой хирургии Высшей медицинской Академии Санкт-Петербурга. Оценку тяжести нарушения сознания определяли по шкале комы Глазго (Glosgow ComaS cale-GCS, 1977), согласно которой исследовали открывание глаз, речь, движения.

Диагностику повреждений у больных проводили методами: рентгенографии, компьютерной томографии, УЗИ, пункции плевральной полости, торакоцентеза, лапароцентеза. Всем больным проводились общеклинические и биохимические лабораторные исследования (общие анализы крови, мочи, содержание общего белка, общий билирубин и его фракции, мочевина, сахар крови, остаточный азот, АлаТ, АсаТ). Отдаленные результаты лечения переломов оценивали по Матису (2008).

Основная информационная и исследовательская база. В работе была изучена информация (диссертации, защищённые в Республике Таджикистан и Российской Федерации, научные статьи журналов, конференций, симпозиумов) о медико - социальных аспектах дорожно-транспортного травматизма. Анализ уровня травматизма и его структура проведена среди населения следующих административных территорий: город Куляб; Кулябский, Восейский, Пархарский, Мир Сайид Али Хамадони, Муминабадский, Дангаринский, Темурмаликский, Балджуванский, Ш.Шохинский (Шуроабадский) и Ховалингский районы Хатлонской области. Исследование проводилось за

период с 2001 по 2020 годы. Работа выполнена на кафедре общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Научная новизна исследования. Впервые в условиях Республики Таджикистан на примере Кулябского региона Хатлонской области проанализирована и дана комплексная оценка по организации и развитию медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах больных с травмами. Разработка комплекса мероприятий по улучшению существующей на сегодняшний день системы оказания медицинской помощи пострадавшим с травмами на современном этапе в новых экономических условиях позволяет определить пути совершенствования мер профилактики и сократить частоты заболеваемости, летальных случаев и инвалидности за счетсокращениявлияния 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.

Положения, выносимые на защиту:

1. Изучены показатели дорожного травматизма среди населения Кулябского региона Хатлонской области. Установлено, что на нормальное функционирование службы оказывают влияние климато-географические особенности, обеспечение их квалифицированным медперсоналом, санитарным транспортом, медоборудованием, выездными бригадами скорой помощи.

2. Изучена организационная структура и основные показатели деятельности медицинских учреждениях Кулябского региона Хатлонской области, предоставляющие 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 медицинской помощи, определяющие качество медицинской помощи при её получении на догоспитальном этапе и оказания специализированной и квалифицированной помощи травмированным пациентам на госпитальном этапе, позволяют минимизировать ранние осложнения острого периода травмы, улучшить результаты лечения поврежденных сегментов и полостных органов, а также инвалидности в отдаленном периоде, доказывают необходимость в перспективе проведения реорганизацию службы и её дальнейшее усовершенствование.

5.Перспективное совершенствование национальной системы специализированной помощи пострадавшим с травмами опорно-двигательного аппарата в структуре дорожного травматизма.

Теоретическая и практическая значимость исследования заключается в том, что некоторые положения диссертационной работы использовались в разработке Национальной программы «Профилактика травматизма и совершенствование медицинской помощи при травмах и их последствиях в Республике Таджикистан на 2010-2015 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 при разработке приказов и решений касательно службы травматологии.

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

Степени результатов 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 и организации медицинской помощи.

Личный вклад соискателя учёной степени. Автором самостоятельно проведен сбор материала, разработана методика исследования, выполнены обобщения и анализ полученных данных и их статистическая обработка. Доля участия автора в сборе и обработке материала – 90%. Им также самостоятельно выполнена анализ первичной документации больных, проведены различные методы лабораторно - инструментального исследования, и в 60% как врач травматолог, непосредственно участвовал в оказании 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 годичных научно-практических конференциях ГОУ Таджикского государственно**о** медицинского университета имени Абуали ибни Сино, посвященных «Медицинской науке и образованию» (Душанбе, 2014), IIсъезде 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» (8 июня 2021 года, протокол №2/1).

Публикации на теме диссертации. По теме диссертации опубликованы 17 научных работ, в том числе 3 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 полученных результатов, выводов, рекомендаций по практическому использованию результатов и списка литературы. Библиографический указатель состоит из 195 источников, из них 151 на русском и 44 на иностранном языках.

Глава 1. Обзор литературы.
Эпидемиология травматизма и его профилактика

1.1. Некоторые медико - социальные аспекты травматизма

На сегодняшний день медико-социальная значимость травматизма приобрела глобальные масштабы, что относит данную проблему в разряд наиболее актуальных для медицины [2, 34, 43, 44, 92, 164, 187].

В виду большой частоты случаев получения тяжелых травм, из-за высокой летальности среди лиц, относящихся к наиболее трудоспособным, а также их тяжелых последствий для социально-экономического состояния страны, некоторые авторы выдвигают эту проблему в ряд приоритетных в государственной политике [3, 27, 51, 53, 68,75, 163].

Данную проблему Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) характеризует как вызов для всего цивилизационного сообщества, этот обусловлено тем, что летальность от травматизма на сегодняшний день превышает общее количество погибших в результате современных войн [15, 147, 152, 153, 168].

Травматизм относится к числу наиболее грозных проблем практически в каждой стране. Так, частота летального исхода в результате получения травм в среднем по всему миру составляет 9% (то есть ежегодно от этого умирают свыше 5 млн. людей) [1, 13, 39, 184, 186].

Среди общего числа (n=15) наиболее значимых причин летальности среди молодых лиц в возрастной категории 15-29 лет, в восьми случаях причиной является получение травмы [8, 60, 162, 169, 184], которые могут случиться в результате ДТП, суицида, насильного убийства, вследствие утопления, получения ожогов, получения боевых ран, отравления, а также вследствие падения. По статистике на каждый случай летального исхода приходится несколько десятков случаев поступления в стационар, несколько сотен случаев визита к врачу для получения экстренной медицинской помощи, а также несколько тысяч случаев амбулаторного лечения. Пациенты, которые выжили

после получения тяжелых травм, как правило, в течение некоторого времени (иногда и навсегда) утрачивают свою трудоспособность [6, 76, 77, 78, 167, 179, 192].

Постоянный социально-экономический прогресс с перенаселением городов способствует и увеличению частоты случаев получения травм и развития патологий костно-мышечной системы, что делает данную проблему глобальной. Данную ситуацию ряд экспертов предлагают отнести в разряд эпидемиологических с характерным возрастанием частоты случаев получения высокоэнергетических травм [72, 75, 85, 162].

Из 5 млн. человек, погибающих ежегодно в мире от травм, у 70% причиной смерти является тяжелая множественная и сочетанная травма. Значительную долю из них занимают дорожно-транспортные происшествия [12, 147,153, 156].

Среди жителей Российской Федерации примерно 12 млн. людей в год получают травмы. При этом в 83-85% случаев возникает необходимость в проведении амбулаторного лечения. Лица, получившие стационарное лечение, в 96% случаев направляются на дальнейшее амбулаторное лечение в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ), в связи с этим большое значение приобретет усовершенствование амбулаторной травматологической службы, что позволит сократить лечебно-реабилитационный период у пострадавших. Согласно сведениям ГИБДД, в 2011 году общее число гибели людей на автомобильных дорогах составило 27900. Кроме того, расходы на лечение и восстановление пострадавших лиц являются значительными. Несомненно, эта проблема отражается как на семье пострадавших людей, так и в целом на обществе, что обусловлено производственными потерями. Экономический ущерб в результате ДТП составляет 3% от уровня валового внутреннего продукта [15, 30, 51,100, 110, 131, 175].

Современный травматизм характеризуется высокоэнергетическими воздействиями травмирующего агента. В структуре политравмы преобладают открытые переломы костей голени, которые составляют по данным разных

авторов, от 54 до 78% из общего количество больных с переломами длинных костей. Закономерными осложнениями у этой категории больных становятся пороки сращения мягкотканых дефектов, а также нарушения кровотока в зоне повреждений, что в результате приводит к инвалидизации больных [17, 33, 34, 56, 68, 110, 136, 140, 151, 176].

Данный вид травмы определяет тяжелое течение периодов травматической болезни, высокий процент жизнеугрожающих осложнений, длительный реабилитационный период, временную и длительную утрату трудоспособности и высокий уровень инвалидности среди больных. Среди причин сочетанной травмы у исследуемых больных доминируют дорожно-транспортные происшествия (62%) [34, 85, 86, 87, 88, 118, 172].

В определенной степени этому способствуют появление высокоскоростных транспортных средств, плохое качество автомобильных дорог, неисправность автомашин, незнание правил дорожной безопасности водителями и пешеходами, а также вождение в нетрезвом состоянии [100, 125, 126, 148, 157, 189].

При дорожных происшествиях основные ошибки допускаются при оказании первой медицинской помощи на местах и во время транспортировки больных по пути в медицинские учреждения. Другой проблемой является то, что основная масса больных перевозится попутными транспортными средствами, без соответствующей медицинской помощи, в частности без иммобилизации [85, 100, 128, 148, 156,158, 182].

Одной из главных задач для государства является обеспечение охраны здоровья людей с повышением уровня продолжительности их жизни. По этой причине, оценка результатов работы органов здравоохранения должна проводиться с учетом итоговых показателей [41, 43, 81, 90, 94].

На сегодняшний день среди причин летального исхода у жителей РФ травматизм находится на второй позиции после кардиоваскулярных патологий. А в структуре смертности молодого и трудоспособного возрастов, начиная с 90-х годов, он вышел на первое место [14, 69, 97, 139, 184].

Между тем, в определенной степени можно предотвратить смертность людей, обусловленной травмой. Основным резервом снижения летальности данной категории больных является обеспечение доступности специализированной помощи, способствующей раннему началу лечебных мероприятий. Для сокращения лечебно-реабилитационного периода у пострадавших лиц, большую роль играет усовершенствование амбулаторной травматологической службы, в состав которой в условиях города входят кабинеты травматолога, травмпункты и травматолого - ортопедические отделения, создаваемые в поликлинических учреждениях. [97, 128, 147, 153, 183].

По мнению А.А. Бойкова (2007) в большей степени на исход состояния пострадавших, которые нуждаются в оказании экстренного медицинского вмешательства, влияет фактор времени приезда на место происшествия сотрудников выездной бригады.

Для изучения эффективности деятельности выездных бригад необходимо принимать во внимание «чистое» время обслуживания. Результаты динамического исследования этого времени показали, что в среднем данный показатель при оценке специализированных бригад заметно уменьшился со 140,7 минут в 1998 году до 68,3 минут в 2005 году. Является очевидным, что объем оказания медицинской помощи и ее эффективность в большей степени зависит от оптимальности материально-технического оснащения выездных бригад [29, 71,75].

Среди ведущих причин, негативно влияющих на эффективность оказания в догоспитальном периоде медицинской помощи лицам с полученными травмами, выделяют следующие: отсутствие средств связи, по которым можно вызвать бригаду скорой медицинской помощи (15% случаев), неосведомленность участников дорожного движения правил оказания первой медицинской помощи (20% случаев), неправильная перевозка пострадавших лиц (23% случаев), позднее приезд работников СМП к месту происшествия (35% случаев), отсутствие квалифицированный навыков у медицинских

работников, участвующих в оказании экстренной помощи (25% случаев), отсутствие средств для проведения противошоковых мероприятий (13% случаев), отсутствие оптимальных медицинских укладок и иммобилизационных средств [64, 100, 123,124, 128,160].

Один из аспектов, влияющих на исход лечения пострадавших, является четкое взаимодействие различных ведомств, задействованных на участках происшествия. Также большое значение имеет эвакуация пострадавших попутным транспортом (6,0-7,0% случаев) либо непосредственно участником ДТП (2,2-3,4% случаев). Лишь в 30% случаев пострадавшие поступают в медицинские учреждения в течение первых 30 минут от момента получения травмы, то есть в тот период, когда следует оказать наибольший объем медицинской помощи. Согласно результатам опроса, первую помощь при получении травмы получали лишь 5,7% пострадавших. Частота оказания первой медицинской помощи инспекторами ДПС не превышает 10% случаев [14, 21, 22, 123, 125, 126, 169].

На базе Института физиотерапии им. Семашко в 1930 году первая в Республике Узбекистан на 30 коек была создана ортопедическая клиника, где в последующем она была реорганизирована в НИИ институт ортопедии, травматологии и костного туберкулеза с клиникой на 50 коек, впоследствии на 70 далее на 120 коек. Для оказания помощи при клинике был открыт круглосуточный травматологический пункт. Массовые обследования и лечение детского и взрослого населения с заболеваниями органов опорно-двигательного аппарата послужили разработать нормативы потребности населения в специализированной травматолого - ортопедической помощи. [1,3, 5, 25, 38, 72, 138].

Согласно сведениям Национального центра по контролю и профилактике травматизма, подавляющее большинство травм, регистрируемых в США, относится к преднамеренным повреждениям. Последние являются основной причиной смертности людей от 1 года до 44 лет и занимают 5-е место в общей структуре смертности населения [36, 46, 53, 190].

В 2009 г. в структуре амбулаторных травм в штате Массачусетс непреднамеренные травмы также превалировали над всеми остальными повреждениями и составляли 86,5% среди всех амбулаторных травм. Нападения служили причиной травм в 5,8% случаев, самоповреждения – в 5,6%, все другие – в 2,1%. Травмы в результате падений занимали первое место и составили 36,3%, а в результате дорожно-транспортных происшествий 9,3% или 14,1 на 100 тыс. населения [40].

Наблюдаемую тенденцию к уменьшению частоты летальности от травм в странах Европы и США обуславливают открытием новых травматологических центров (Великобритания, США) либо сети клинических учреждений Unfallchirurgie (ФРГ, Швейцария, Австрия), имеющих достаточное оснащение, а также проведением дополнительного обучения и учебных тренировок медицинского персонала. Структура деятельности травматологических центров в зарубежных странах состоит из трех уровней – с учетом оказываемого объема медицинской помощи. Наиболее высшим является первый уровень, на котором в задачи травматологического центра входит оказание квалифицированной и специализированной помощи, при этом данные центры функционируют круглосуточно.

В задачи центра травматологии второго уровня входит оказание медицинской помощи в густонаселенных зонах.

В задачи же центра травматологии третьего уровня входит оказание первой медицинской помощи большому числу пострадавших людей, а также иметь соглашение о переводе больных в специализированный стационар [29, 31, 56, 119, 142, 150, 189].

Стоит отметить, что в США и некоторых государствах Европы широко используется понятие «золотого часа». Это означает, что в течение первых 60 минут после получения травмы необходимо восстановить функциональность жизненно важных органов и систем у больного, так как в противном случае могут возникнуть тяжелые осложнения, обусловленные развитием необратимых процессов в организме пациента, что может привести к

летальному исходу. Учитывая эти особенности, срок доставки пациентов с многочисленными повреждениями в травматологические центры в США составляет 46 минут, а в ФРГ это время составляет 18 минут [74,111, 125,146,157,165,189].

В Канаде проблема травматизма привлекает к себе особое внимание с начала 1990-х годов, с момента основания фонда по профилактике травматизма среди детей и подростков. В 2004 г. экономическое бремя, обусловленное травмами, равнялось 19,8 млрд. долларов, что составило 621 долларов на душу населения, при этом затраты, связанные с травмами в результате падений, составили 6,2 млрд. долларов, а в результате дорожно-транспортных происшествий – 3,7 млрд. долларов. Доля прямых затрат составила 54%. В 2008 – 2009 гг. показатель госпитализации по поводу травм был равен 418, 2 на 100 тыс. населения, при этом свыше 70% составили непреднамеренные повреждения. Наиболее частой причиной травм были падения. Так, у мужчин они составили 36,4%, у женщин – 46,4%. Среди пожилых людей старше 65 лет травмы в результате падений составили 63,7%. Наиболее высокий показатель травматизма отмечен у подростков 12-19 лет. В течение 2001 – 2009 гг. зарегистрирован постоянный рост числа тяжелых травм, по требовавших более длительного периода восстановления нарушенных функций. Так, в 2009 г. ограничение в активной деятельности вследствие перенесенной травмы имели свыше 4,1 млн. канадцев в возрасте более 12 лет, что составило 14,6% населения, а в 2001 г. подобные ограничения имели 13,3% травмированных [13, 72, 174].

В Австралии проблема травматизма стала приоритетной с начала 1980-х годов. Только в 2006 г. было госпитализировано 18616 больных с переломами проксимального конца бедренной кости, что составило 91,3 на 100 тыс. населения. В 91% случаев причиной перелома были падения. При этом у женщин перелом бедренной кости наблюдался в 1,5 раза чаще, чем у мужчин. В тоже время показатель смертности у мужчин был выше, чем у женщин и составил – 8,0 и 7,6 на 100 тыс. соответственно. Кодирование причин смерти

выявило, что только в 39% случаев причины смерти явилось падение. В 21% случаев смерть наступила от сердечной недостаточности [183].

В странах Европейского союза смертность от травм в 2008 – 2010 гг. стабильно занимало 4-е место после сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний и болезней органов дыхания, составляя в среднем 37,0 на 100 тыс. населения с колебаниями от 25,0 (в Испания) до 132,0 (в Литве). Среди причин смерти основными явились самоубийства (24%), падения (17%) и дорожно-транспортные травмы (17%). Следует отметить, что преобладали непреднамеренные травмы, которые составляли 68%.

В смертности от травм выявлены значительные гендерные различия. Так 65% смертельных исходов регистрированы у мужчин в возрасте 25 – 54 года, а у женщин в возрасте свыше 65 лет. Бремя травм на здравоохранение и экономику в целом, обусловливается не только потерями вследствие преждевременной смерти, а также огромными прямыми затратами, связанными с лечением пострадавших. В среднем за год по поводу травм госпитализируется около 7,5 млн. пострадавших. Показатель стационарного лечения составил 1500 на 100 тыс. населения. Отмечается значительные колебания вышеуказанного показателя (от 670 в Португалии до 2368 в Германии), что связывают с особенностями организации национальных систем здравоохранения и доступности медицинской помощи. В совокупности в течение года в стационаре ими было проведено около 60 млн. дней, при средней продолжительности стационарного лечения составило 8,8 дня с колебаниями от 5,2 в Греции идо 10 в Германии. В качестве причин госпитализации в основном выступали переломы различной локализации (39%). Свыше 53 млн. пострадавших получили лечение в амбулаторных условиях либо в отделении неотложной помощи, либо у семейных врачей [171,180].

В 6 странах Европейского региона (Австрия, Дания, Ирландия, Нидерланды, Норвегия и Великобритания) было проведено исследование бремени травм поданных регистров выписки травматологических больных,

регистров обращаемости по поводу травм в отделении неотложной помощи и базы данных смертельных травм. Оценка проводилась по показателям DALY (годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности). Самый большой показатель был получен в Австрии – 25 на 1000, а самый низкий в Нидерландах и Великобритании (12). Во всех сравниваемых странах мужчины в возрасте 25– 44 лет обусловили 1/3 общего бремени травматизма, главным образом в результате дорожно-транспортных травм и насильственных действий. Основной причиной инвалидности были тяжелые травмы головного и спинного мозга [175].

В Роттердаме было выполнено ретроспективное исследование по изучению экономических затрат, связанных с травмами кисти и запястья за 2007 – 2008 гг. Среди всех травмированных 20% пострадавших имели различные травмы кисти или запястья. Ежегодные затраты составили 740 млн. долларов, что превышало затраты, связанные с переломами области коленного сустава и нижней конечности (562 млн. долларов), а также проксимального отдела бедренной кости (523 млн. долларов). Отмечено, при этом характере повреждений непрямые затраты превосходят прямые [175].

В 1998 г. ВОЗ была принята Программа HFA – 2000 (Healthfoal – Здоровье для всех), которая представляет собой стратегию укрепления и сохранения здоровья в течение всей жизни человека, где особое место занимает проблема травматизма. Впервые была представлена многоосевая классификация травм, а для сбора информации рекомендован базисный набор данных, характеризирующий то или иное повреждения. За основу был принят класс XIX МКБ – 10 пересмотра, структурирующий травмы по двум осям локализации и типу повреждения. Для кодирования места получения травмы и активности пострадавшего в момент получения травмы рекомендовано использовать класс XX (V, W, Хи Y) [15, 186].

Несмотря на то, что смертность по-прежнему является кардинальным индикатором травматизма, в последние десятилетия стало появляться осознание масштабности проблемы и бремени на общество складывающиеся

только из общей эпидемиологической картины травматизма. По данным ВОЗ ежегодно становятся жертвами дорожно-транспортных происшествий 1,2 млн. человек, и еще примерно 50 млн. человек получают ранения либо становятся инвалидами; в результате падений погибают 424 000 человек, а 37,3 млн. пострадавших требуют лечения [182].

Затраты на 1 пострадавшего в результате падения в Финляндии и Австралии составляют 3611 и 1049 долларов соответственно.

При дорожно-транспортном травматизме расходы стран составляют в 518 млрд. долларов в год (в среднем 1-2% их валового национального продукта) [193].

В ряде государств на момент переходного периода экономического развития наблюдаются некоторые различия в показателях удельного веса и структуре сочетанных повреждений, что обусловлено уровнем интенсивности транспортных коммуникаций, состоянием службы оказания медицинской помощи, а также наличием в отдельных странах этнических региональных особенностей бытового уклада жизни людей [22, 74, 31, 43, 109,124, 178].

В 1930 году (25 мая) в г. Минске был открыт Государственный институт фтизиатрии, ортопедии и неврологии (ГИФОН). В ГИФОНе существовал большой экспериментальный отдел. Стационар ортопедического отдела с 20 коек вскоре расширился до 60 коек. Амбулаторная травматологическая помощь населению в Республике Беларусь республике указывает в 178 травматологических кабинетов и пунктов (в том числе в 15 травмпунктах). Прием больных ведется во всех организациях здравоохранения имеющих травматологические отделения, а также в 51 поликлинике областных центров и крупных городов областного подчинения. В последние годы, как и раньше, среди общего числа первичной заболеваемости травмы располагаются на 2-й позиции (примерно 10% случаев), патологии опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани занимают 6-ую строчку (примерно 5 % случаев), а в структуре общей заболеваемости они занимают 5-ую строчку (примерно 6 % случаев), патологии опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани

занимают 6-ую строчку (примерно 6 % случаев), уступая таким распространенным заболеваниям как патологии дыхательной системы (35% случаев), сердечно-сосудистые заболевания (10,5% случаев), неврологические патологии (10 % случаев) и патологии желудочно-кишечного тракта (примерно 8% случаев) [10, 174].

На конец 2007 г. в лечебно - профилактических организациях работало 567 врачей травматологов - ортопедов. Укомплектованность врачами травматологами – ортопедами в целом по республике составила 93 %. Стационарная помощь больным в 2007 г. оказывалась на 3555 койках. Рост число коек по г. Минску обусловлен открытием травматолого - реабилитационного отделения на 60 коек в 11-й городской больнице. Несмотря на снижение числа травм практически во всех возрастных группах (3,4 % на 100 тыс. населения), отмечается рост показателя среди подростков на 1,6 %. Травматизм в 2007 г. вырос среди взрослых и подростков на 2,6 % и 3,5 % соответственно, высокий уровень травматизма характерен для г. Минска. Рост отмечается у подростков на 17,7 % и детей на 5,1 % за счет переломов костей предплечья и голени, концевых фаланг кисти и стопы, ран и ушибов. В общей структуре травм лидирующую позицию занимают травмы конечностей, которые составляют 68,9% случаев, при этом в 26,9% случаев из этого числа составляют их переломы, а в остальных 73,1% случаев наблюдаются поверхностные и открытые повреждения, вывихи и растяжения, повреждения проходящих в данной конечности нервов и кровеносных сосудов. В структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности (38 ут) по болезням и другим причинам травмы составили 12 % (3 место), в структуре трудопотерь по ВН - 19,8 % (2 место). Показатель трудопотерь по ВН по причине травм вырос на 0,7 % и достиг 184,1 календарного дня. Средняя продолжительность случая составила 15,9 дня [10].

Ежегодно в Республике Беларусь травмируется около 800 тыс. человек, от последствий травмы умерли 14497 человек. В структуре травматизма наблюдается значительное превалирование бытовых травм, которые

составляют 76,7% случаев, далее идут уличные травмы, встречаемые в 14,7% случаев, спортивные травмы встречаются в 1,1% случаев, травмы в результате ДТП встречаются в 1,3% случаев, травмы на производстве регистрируются в 1,0% случаев, еще 5,2% случаев составляют травмы иного характера.

Среди основных минусов в организации медицинской помощи, оказываемой в догоспитальном периоде, стоит выделить слабую подготовку работников тех сфер, которые первыми контактируют с пострадавшими людьми (к ним относятся спасатели, милиция, бортпроводники на воздушных судах и т.д.). Необходимо отметить, что если пострадавшему прибывшие сотрудники милиции или другие участники дорожного движения во время произведут остановку наружного кровотечения, то это может способствовать спасению до 30% пострадавших лиц, а проведение своевременной иммобилизации, неважно какими способами, может в 25% случаев предупредить развитие травматического шока, считающегося одной из главных причин летального исхода.

Министерством здравоохранения Республики Беларусь разработан и утвержден план по реализации Концепции, в которой следует выделить такие мероприятия, как: расположение станций (подстанций) скорой медицинской помощи (СМП) вблизи транспортных магистралей, чтобы обеспечить 15-минутный доезд машины; оснащение учреждений, которые участвуют в оказании специализированной медицинской помощи пострадавшим в ДТП лицам, современным оборудованием и средствами для дачи наркоза, оборудованием для проведения контролируемого искусственного дыхания; обеспечение достаточного запаса перевязочного материала и медикаментов; систематическое повышение квалификации медицинских работников относительно политравмы, подготовка в каждом районе врача-реаниматолога по травматологии; пополнение линейных бригад службы СМП при их недостатке; подготовка специалистов станций СМП, которые закреплены за определенными участками автодорог; обеспечение автомобильным транспортом станций (отделений) службы СМП и других медицинских

учреждений, которые закреплены за определенными участками автодорог; оснащение выездных бригад СПМ необходимым объемом медикаментов; обеспечение ЛПУ достаточным количеством перевязочных средств и шин; внедрение новых медицинских технологий при оказании стационарной специализированной помощи пострадавшим с переломами костей с использованием металлоостеосинтеза и эндопротезирования [1, 10, 11, 16, 40, 44, 59, 68, 71, 92, 102, 124, 150].

В общей структуре заболеваемости населения «болезнь травм и отравления» среди взрослых и подростков Кыргызской Республики в 2007 году занимали пятое место – 7,4%, что составило 1821,1 случая на 100 тыс. населения. В общей структуре всех травм лидирующую позицию занимают бытовые травмы, далее по частоте встречаемости следуют уличные травмы, затем травмы в результате ДТП, четвертую позицию занимают иные виды травм [21, 50, 145].

Среди факторов способствующих предупреждению развития дорожного травматизма были выделены: осмотрительность участников дорожного движения, неторопливость и внимательность пешеходов во время перехода через дорогу; знание ПДД, принятие более жестких мер наказания для водителей транспортных средств, а также ужесточение ответственности в отношении сотрудников соответствующих служб [100,145].

Росту травматизма способствует нерациональное расположение подстанций скорой медицинской помощи, нехватка санитарных машин, наличие автомобильных пробок.

На эффективность деятельности служб оказания медицинской помощи больным с травмами оказывают влияние такие факторы, как: дефицит профессиональных кадров; недостаток необходимого оборудования и лекарственных средств; и нехватка современной экспресс-тестовой аппаратуры. Кроме того, большое влияние также оказывают природные особенности местности – горные участки, которые значительно осложняют своевременный приезд выездных бригад скорой медицинской помощи из-за отдаленного

расположения населенных пунктов, а также по причине отсутствия средств связи для совершения вызова [64, 150].

Травматизм в Казахстане остается одной из важнейших медико-социальных проблем. В общей структуре заболеваемости жителей страны, а также временной утраты трудоспособности и летальности травмы находятся на второй позиции, а среди причин первичного получения инвалидности они находятся на третьей позиции. Также стоит отметить, что в настоящее время нет системного подхода в отношении использования реабилитационно-восстановительных мер пострадавших с травмами. С начала нынешнего столетия в Республике Казахстан наблюдалась тенденция к росту числа случаев первичного выхода на инвалидность: в 2007 году этот показатель составлял 27,7человек на 10 тыс. жителей страны, в 2008 году он увеличился до 28,8, а в 2009 году этот показатель вырос до 29,2. Это может быть обусловлено недостаточной профилактической направленностью отрасли здравоохранения [24, 34, 176].

По данным Казахского Центра по контролю над болезнями и их профилактике, непреднамеренные травмы составляют 91%, различные повреждения в результате нападений – 7%, самоповреждения – 1%, и неутонченные повреждения - 1%. В структуре непреднамеренных травм 49% - это травмы в результате падений, 30% - дорожно-транспортные травмы, 8% связаны с другими транспортными происшествиями. На остальные причины приходится 13% травм [83].

Согласно данным Государственного учреждения «Центр медицины катастроф Министерства чрезвычайной ситуации Республики Казахстан. Алматы» во время оказанная квалифицированная помощь больным с политравмой, с расстройствами функций сердечно - легочной системы может не только спасти жизнь пациенту, но и способствовать ранней его реабилитации [24].

На исход полученных повреждений и уровень качества дальнейшей жизни пострадавшего напрямую оказывают влияние сроки прибытия бригады скорой

помощи к участкам происшествия, а также полноценность и уровень качества оказанной медицинской помощи в догоспитальном периоде (концепция «золотого часа») [29, 72, 145].

В Узбекистане травмы по причинам временной нетрудоспособности и инвалидности находятся 2-ой позиции после кардиоваскулярных патологий, на 3-ей позиции в структуре всех причин летальности и на 6-ой позиции в структуре всех патологий (составляя 3077 человек на 100 тыс. жителей страны). Наибольшее количество пострадавших приходятся на взрослый контингент больных. Высоким остаются показатели травматизма среди детей (20,3%) и подростков (16,6%). Ежегодно за медицинской помощью обращаются около 900 тыс. травмированных, в основном из-за бытового травматизма (87,6%). Наиболее сложным контингентом больных являются пострадавшие в результате ДТП (более 68%), из которых 82% госпитализируются в лечебные учреждения.

Ежегодное количество их составляет до 50 тыс. Среди пострадавших в ДТП превалируют пешеходы (53,3%) Внутри-автомобильная травма составляет 46%. Ежегодно число погибших в результате ДТП превышает 2 тыс. человек [138, 148, 176].

В Республике Узбекистан в организации медицинской помощи пострадавшим в результате ДТП лицам принимает участие служба экстренной медицинской помощи (СЭМП). Кроме того, в 175 населённых пунктах страны при районных медицинских объединениях созданы отделения экстренной медицинской помощи.

Правительством республики обращено большое внимание по вопросу профилактики травматизма, с привлечением значительных материальных ресурсов по укомплектованию службы СЭМП высокотехнологическим оборудованием. Объем выполнения диагностических мероприятий и оказание помощи пострадавшим строго регламентированы лечебно-диагностическими стандартами [138, 145].

В Таджикистане травматизм имеет тенденцию к постоянному росту и занимает лидирующие позиции в структуре всех заболеваний, смертности и причин утраты трудоспособности [34, 101, 103, 116].

Это обусловлено, прежде всего, занятостью основной массы жителей страны неквалифицированными работами, где часто используется ручной труд, что значительно повышает риск травматизма. Кроме того, это связано и с плохим качеством дорожных покрытий и повышенной изношенностью транспортных средств [91, 109, 124].

Наличие большого числа техногенно - опасных объектов, а также значительная концентрация населения в сейсмоопасных регионах создаёт угрозу роста травматизма в Республике Таджикистан [1, 91, 124, 182].

Согласно результатам исследования Пирова Т.А. (2010), в Республике Таджикистан отмечается превалирование дорожных травм - 53% случаев. Далее следуют: уличная – 16,4%, бытовая – 11,7%, кататравма - 6,8% и взаимоконкурирующая травма - 12,1%. Из общего числа травмированных в основном это лица мужского пола (60,7%) трудоспособного возраста (82,9%) [100, 110, 123].

По данным нескольких авторов в общей структуре травм по тяжести и масштабу повреждений доминирует удельный вес дорожного травматизма, который является основной причиной человеческих потерь и инвалидности [110, 123].

Особое беспокойство, в Республике Таджикистан вызывает не только возрастающий рост травматизма, но и увеличивающийся уровень инвалидности и временная утрата трудоспособности среди пострадавших [2, 100, 110, 123].

Увеличение количества травматизма, несомненно, связано с ростом количества транспортных средств. Так, если за 2002 г. общее количество автомашин в республике составило 220391, то в 2011 г. данная цифра возросла до 369818. По данным ВОЗ (2008) ежегодное поступление количество автомобилей личного пользования в Республике Таджикистан находится на последнем месте среди стран с низким и средним доходами [2,180].

Частота дорожно - транспортных происшествий (ДТП) за 2011г. среди регионов нашей республики следующая: г. Душанбе - 314 случаев, из них с летальным исходом – 40, количество травмированных лиц 345; Хатлонская область - 358 случаев, из них с летальным исходом - 118, травмированных - 402; Согдийская область - 368, с летальным исходом - 153, травмированных – 381; Районы республиканского подчинения - 47 случаев, с летальным исходом-25 случаев, количество травмированных – 22 [2, 16, 124,182].

За последние 10 лет в республике наблюдается рост регистрируемых ДТП, а также смертности и пострадавших. Указанная тенденция, скорее всего, связана с появлением высокоскоростных транспортных средств и улучшением качества автомобильных дорог в стране. [112].

В структуре заболеваемости среди населения травматизм находится на пятой строчке, в общей структуре причин утраты трудоспособности трвматизм занимает вторую строчку, а среди всех причин выхода на инвалидность он располагается на четвертом месте. При этом наблюдается превалирование бытовых травм (87,2% случаев) [34, 112,182].

По данным Национальной программы «Профилактика травматизма и совершенствование медицинской помощи при травмах и их последствиях в Республике Таджикистан на 2010 – 2015 годы», за последние 10лет в Кулябском регионе Хатлонской области зарегистрировано всего 56873 случаев получения повреждений, при этом удельный вес травматизма составил 56,7 на 10 тысяч жителей. Пострадавших взрослого возраста было 30422, что составляет 3,1% на 10 тыс. населения. Лица трудоспособного (20-59) возраста составляют 77,3% [2, 9,112].

С каждым годом вследствие травматизма увеличивается количество тяжелобольных, нуждающихся в стационарном лечении, доля которых составляет 24,5% [96, 100, 120].

При этом в большинстве случаев больные с повреждениями опорно-двигательного аппарата не получают соответствующую помощь на дои

госпитальном этапах. Особенно это касается больных с сочетанными переломами конечностей [120, 124].

Таким образом, проведенный анализ литературного обзора, касающийся медико - социальных аспектов травматизма мира показал, что травматизм по своей медицинской и социальной значимости относится к разряду актуальных проблем современной медицины для всех стран мира независимо от их социально-экономического благополучия. Особо острая ситуация наблюдается в государствах с переходной экономикой, где отмечаются некоторые различия, как в данных эпидемиологического исследования, так и в результатах изучения частоты встречаемости множественных травм и их структуры. Относительно характеристики травматизма в Республике Таджикистан имеется большое количество публикаций, однако его медико - социальные аспекты остаются открытыми, что диктовало о необходимости дальнейшего проведения научных изысканий в этом направлении.

1.2. Организация и совершенствование лечебно – профилактической помощи при травмах

В последние годы предметом дискуссии является вопрос о целесообразности применения того или иного способа лечения травм опорно - двигательного аппарата [125, 136, 147]. В частности придерживаются как консервативного, так и оперативного вмешательств [16, 33, 51, 73, 82, 91, 99, 122, 124].

В последние десятилетия даже сторонники консервативного лечения расширили показания к открытому остеосинтезу. В каждом конкретном случае показания определялись из экономических соображений и косметического эффекта [1,60,80, 142].

По мнению Boyd et al.: «Трезвый хирургический расчет зависит от опыта, а опыт становится помехой трезвому хирургическому расчету», который был написан 48 лет назад, что остается актуальным на сегодняшний день. Видимо ученые полагает, что нет абсолютных показаний и противопоказаний для проведения открытого остеосинтеза, необходимо только правильно выбрать

тактику лечения. Любое хирургическое вмешательство сопровождается риском для здоровья больного, где не исключаются повреждения сосудов и нервных окончаний, а травмированные мягкие ткани способствуют рубцовому перерождению, приводящие к контрактуре суставов. При этом используемый имплантат не исключается развитием таких осложнений как металлоз [17,32,92,112].

Так, остеосинтез аппаратом наружной фиксации часто сопровождается воспалительным процессом вокруг спицы и стержней, что являются входными воротами для инфекций в костную ткань с развитием гнойно-воспалительного процесса, препятствующий функциональному восстановлению конечности и удлиняющий реабилитационный период для больного [25,35, 39, 168].

Важное значение для исхода имеет правильный выбор времени проведения остеосинтеза. В литературе проводится разные классификации, согласно которым по времени остеосинтеза разделяют: неотложные, срочные и отложенные. Неотложные операции проводятся в первые сутки, срочные в течение 24-42 часов, отложенные в период от 4 дней до 4 недель с момента получения травм [34, 39,49,65,147,169].

Объективная оценка тяжести состояния больного и его травмы, по мнению ряда авторов, позволяет, определить время, последовательность и объем лечебных мероприятий при лечениях переломов конечностей. Для этого в раннем периоде травматической болезни целесообразно использовать шкалу TS (traumascore). Так, окончательную стабилизацию и репозицию переломов необходимо произвести в течение 3-х суток с момента травмы, если тяжесть травмы у больных при поступлении по шкале TS составляет не менее 11 баллов [121,128,152].

Закрытый или открытый перелом бедренной кости в структуре множественных и сочетанных травм является показанием для раннего остеосинтеза [17, 19, 30,39,110].

По данным Брюсова П.П. ещё Ламботтом в XVIII в. были сформулированы основные принципы открытого остеосинтеза переломов длинных костей. В

последующем с развитием и совершенствованием системой Ассоциации остеосинтеза (AO/SIF) они были основаны на четырех основных положениях: анатомическая репозиция; стабильная внутренняя фиксация; максимальное сохранение кровообращения костей и мягких тканей; ранняя функциональная активизация больных [74,94,98,102,108].

Анатомическая репозиция достигается широким обнажением области перелома, нарушением локального кровообращения тканей, грубым рассверливанием костномозгового канала и созданием абсолютной неподвижности между отломками. На сегодняшний день данная тактика несколько изменилась, так как в основе лечения лежит максимальное сохранение сосудистого кровотока в зоне перелома, а также в близко расположенных тканях. Этого можно достичь путем непрямой репозиции костных отломков, то есть с помощью лигаментотаксиса [13,25,35,47].

В настоящее время процесс остеосинтеза проводится небольшим разрезом вдали от уровня перелома, с фиксацией основных отломков, и сохранением микроподвижности между фрагментами, что позволит создать хорошие условия для их сращения. Данная тактика противоречит ранее установленным [34, 35,37,60, 78,92].

В то же время, при закрытом типе репозиции отмечается сохранение в зоне повреждения гематомы, в составе которой имеется важный тканевой фактор, участвующий в процессе регенерации костей. Современные методы остеосинтеза, в частности интрамедуллярное блокирование выполняет главную задачу, которая не была выполнима другими способами, обеспечивающими раннюю безболезненную мобилизацию больного [35, 51,54,61,76,112,139,188].

Накостный биологичный остеосинтез пластиной с ограниченного контакта выполняют путем прокола или небольшим разрезом кожи, который проводится под мышцы, с устранением смещения по длине, ротацией и угловой деформацией [34, 35, 46, 63, 73, 98, 122, 151].

Исключением из правил являются внутрисуставные переломы, требующие идеальной анатомической репозиции отломков, во избежание вторичного артроза и контрактуры суставов [51,78,125,147,156].

Важное значение для малоинвазивного остеосинтеза имеет постоянное совершенство пластины. Появившиеся пластины типа LS-DSP в начале 1990 г. в настоящее время заменяют пластиной с угловой стабильностью, которая не давит на кортикальный слой кости, тем самым сохраняя кровообращение в области перелома [65, 98, 151].

Применение пластины с угловой стабильностью LSP (locking compression plate) позволяет обеспечить стабильный остеосинтез и репозицию отломков. [65, 85].

При этом эластичная фиксация без анатомической репозиции отломков также обеспечивает адекватное сращение переломов [8, 128,153].

Из существующих и наиболее совершенных способов остеосинтеза при переломах длинных костей в настоящее время используют интрамедуллярный блокирующий остеосинтез [35,162,194].

Современная концепция интрамедуллярного остеосинтеза основана на принципах стабильности [4, 12, 28].

В случаях открытого характера перелома рекомендуют внеочаговый остеосинтез аппаратами внешней фиксации (стержневой и Илизарова) [35,65, 112].

Практическая медицина последних лет рекомендует остеосинтез с использованием малоинвазивной технологии [98, 114, 151].

На сегодняшний день в основе концепции остеосинтеза лежит максимальное сохранение перфузии костной ткани с отказом от анатомической репозиции [25].

В технологии ортопедии последних лет произошли серьезные перемены. Они связаны с понятием принципа биологии перелома и сращения, появления новых совершенных видов фиксаторов и использование малоинвазивной

технологии остеосинтеза в зависимости от вида и локализации перелома [73, 114, 115, 188].

Несмотря на постоянное совершенствование способов лечения переломов конечностей, проблемы реабилитации и трудоспособности больных с повреждениями опорно-двигательного аппарата, с высоким процентом жизнеугрожающих осложнений в остром периоде политравмы, продолжительностью реабилитационного периода, утратой временной нетрудоспособности и высоким уровнем инвалидности вследствие неудовлетворительных исходов остаются открытым [17, 85].

К наиболее значимым осложнениям острого периода у больных с переломами крупных сегментов относится посттравматическая жировая эмболия (ЖЭ). Её диагностика очень затруднительна. При этом по данным ряда авторов, посмертная аутопсия до 80% подтверждает диагноз ЖЭ у больных с множественными переломами длинных костей [85, 120,175].

Летальность при ЖЭ составляет более 75%. Среди основных причин развития ЖЭ выделены: травматический шок; гиповолемия, нарушение реологии; недостаточная иммобилизация перелома на догоспитальном этапе и неэффективные способы лечения переломов [61, 84, 127,172].

Другим видом осложнения, который удлиняет срок нетрудоспособности больных, является посттравматический остеомиелит, частота которого при открытых переломах бедра составляет 2,8-5,2%. Также актуальные посттравматические ложные суставы, которые развиваются у 40% пострадавших при этом в 6% случаях они заканчиваются ампутацией [48, 55,94,103,183].

Развившийся остеомиелитический процесс оставляет стойкие контрактуры суставов вследствие длительно протекающего лечения [69,121,146,171].

По данным Центрального института травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова, в целом, по России зарегистрировано более 8,2 тыс. пациентов с утраченной трудоспособностью по причине полученных травматических повреждений, отравлений либо иных несчастных случаев. Среди всех

заболеваний удельный вес травм, при которых у пострадавших возникает временная нетрудоспособность, составляет 15% случаев [11,42,54,152,166].

В целом переломы верхних и нижних конечностей являются основной причиной временной утраты трудоспособности, которые составляют в среднем по стране около 55,3 дней [42, 88,185].

Налаженная организационная деятельность в ЛПУ по проведению экспертизы временной утраты трудоспособности играет значимую медико-социальную роль, и способствует ранней реабилитации больных, сокращению удельного веса случаев временной нетрудоспособности у пострадавших и их первичного выхода на инвалидность, сокращению материальных затрат по линии государственного социального страхования [85, 88].

На пострадавших от травм на период прохождения лечения открывается больничный лист. Если период лечения становится продолжительным с последущей необходимостью реабилитации листок нетрудоспобности продливается до 120 суток. Если же и в этот период у пациента не наступит восстановление трудоспособности, то в последующем Врачебно-трудовая экспертная комиссия (ВТЭК) либо решает вопрос о его продлении или определении группы инвалидности [75, 85].

Продление срока временной нетрудоспособности оправдано тем, что это благотворно влияет на дальнейший прогноз. Тактика увеличения сроков лечения больных с травмой свыше 4-х месяцев, согласно мнению многих исследователей, является одним из факторов, которые способствуют предупреждению инвалидности и уменьшению её тяжести [75, 136, 161].

Эффективность реабилитации пациента значительно будет результативнее при временной утрате трудоспособности, чем в период инвалидности, поскольку больной находится под постоянным контролем у врача и быстрее возвращается к труду [85, 88].

Наиболее важным моментом для полноценного и скорого восстановления трудоспособности у пострадавших лиц является их социальная защита в течение всего периода реабилитации. Для обеспечения социальной защиты

проводится трудовая экспертиза, сущность которой заключается в определении показаний для установления льгот в виде материальной помощи, а также в виде компенсации согласно действующему зконодательству «О государственном пенсионном обеспечении в РФ», утвержденным постановлением Правительства РФ от 21.01.2002 г. №30 «О реализации федеральных законов», "О трудовых пенсиях в Российской Федерации", "О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации" и "Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации". Этот закон регулирует правила определения группы инвалидности, причины её наступления и период её действия, а также предписывает условия определения социальных пенсий лицам с утраченной трудоспособностью [107].

В условиях рыночной экономики важную социально – экономическую роль играет уровень интенсификации производства, рост удельного веса травматизма, уменьшение прироста рабочих кадров, а также их выход на инвалидность, при этом утрата трудоспособности все чаще наблюдается среди практически здоровых лиц [25, 49, 54, 59, 79, 107].

Комплексное интенсивное лечение больных приводит к быстрейшему выздоровлению и восстановлению трудоспособности пострадавших, что сопровождается уменьшением личных расходов на лекарства и выплат по месту временной нетрудоспособности. Использование неэффективных методов лечения приводят к пролонгированному сроку реабилитации пострадавшего и соответственно увеличению затрат здравоохранения [79, 82, 86, 106,132,136,141, 159,190].

К числу причин удлинения сроков нетрудоспособности у больных на фоне использования современных методов остеосинтеза относят субъективные ощущения пострадавшего, чувство потери рабочего места при выходе на работу на фоне не полного функционального восстановления после травм [138,145,191].

В последние годы существенно изменилось отношение больных к потере трудоспособности. Дни освобождения от работы согласно листку

нетрудоспособности приводят к снижению заработной платы, а в случае продолжительного срока нетрудоспособности к потере рабочего места [123, 174].

В зарубежных странах показатель нетрудоспособности является основным при характеристике заболеваемости работающих. На показатели временной нетрудоспособности пострадавших влияет ряд факторов, в том числе уровень организации медицинской помощи и качество проводимой врачебной экспертизы [34, 94].

Отличительной особенностью больных с травмами опорно-двигательного аппарата заключается в том, что у них имеет место не только тяжелое функциональное нарушение, которое способствует длительному постельному режиму, соответственно приводящему к стойкой утрате трудоспособности, т.е. инвалидности. Инвалидность может быть, связана с тяжестью полученной травмы, а также вследствие неправильной тактики медико-социальной экспертизы [161,168].

Среди причин утраты трудоспособности на продолжительный срок и первичного выхода на инвалидность у пострадавших лиц с переломами конечностей следует выделить отсутствие преемственности в проведении дальнейшего лечения после выписки больного из клинического стационара на амбулаторный контроль. А в сельских условиях функциональное лечение такой категории больным не проводится, либо оно проводится в недостаточном объеме. В конечном счете, у больных развиваются контрактуры суставов, локальный остеопороз костей, мышечная атрофия и замедление консолидации переломов [75,135,178].

Инвалидность представляют собой значительную медико-социальную, экономическую, демографическую и правовую проблему и является своеобразным показателем как состояния здоровья и социально-экономического благополучия всего общества, так и отражает эффективность проводимой государством социальной политики. На частоту инвалидности оказывает влияние большое число различных факторами [6, 34, 94, 186].

По данным ВОЗ, инвалидами является 10% от общего числа всех жителей земного шара, что составляет 610 млн. человек, при этом свыше 60% из них (или 386 млн. людей) относятся к возрастной категории наиболее трудоспособных, то есть их возраст составляет от 15 до 64 лет [5, 14].

Причины и факторы инвалидности в разных странах различные и определяются социально-экономическими условиями государств, которые обеспечивают благосостояние своих граждан [99, 140, 171].

К основным мероприятиям по профилактике утраты здоровья по причине ДТП относятся мероприятия первичной и вторичной профилактики, так как данная концепция соответствует эффективно функционирующим в европейских странах, и расширяет отечественный подход, при котором больше внимания уделяется оказанию специализированной медицинской помощи [14,132,178].

К мероприятиям по первичной профилактике получения травм относятся: имплементация мер по предупреждению возникновения ДТП; четкое распределение ответственности за профилактику ДТП на различных уровнях исполнительной власти и т.д. К мероприятиям по вторичной профилактике получения травм относятся: включение в положения о мерах по развитию скорой медицинской помощи отдельного пункта, в котором будут приведены особенности оказания медицинской помощи лицам, попавшим в ДТП; использование психологических методов реабилитации на момент нахождения больного в стационаре; открытие дневных стационаров для возможности дальнейшего лечения пациентов с дорожными травмами и их реабилитации в зависимости от специфики полученных травм [14,90,130**].**

Критериями оценки эффективности оказания медицинской помощи являются: уменьшение койко-дней пребывания пострадавших в стационаре; сокращение частоты случаев возникновения осложнений и инвалидности; своевременный приезд бригады СМП к месту происшествия [131, 132,183].

Для улучшения качества оказываемой медицинской помощи необходимым является модернизация всех разновидностей медицинской помощи, при этом

наибольшую значимость приобретает специализированная медицинская помощь [34,50, 182].

Отдельно стоит выделить и оценку эффективности оказания медицинской помощи пострадавшим с повреждениями органов и костей таза, что обусловлено тяжестью данного вида травм и необходимостью оказания медицинской помощи по срочным жизненным показаниям [32,38,136,147].

При решении основных задач качественного оказания медицинской помощи у пострадавших с повреждениями органов и костей таза большое внимание уделяется догоспитальному периоду и этапу оказания специализированной медицинской помощи [32, 60, 73,89].

Таким образом, организация лечебно-профилактической помощи и реабилитация пострадавших от травм заключается в выборе оптимального способа лечения травм опорно-двигательного аппарата (консервативное или оперативное), которое определяется из экономических соображений и косметического эффекта. Важными являются время, последовательность и объем оказываемой лечебной помощи с использованием малоинвазивных технологий в зависимости от вида и локализации травматического повреждения, в частности перелома. В тоже время, остаются открытыми вопросы, касающиеся систематизации работы по экспертизе временной нетрудоспособности, реабилитации и восстановления трудоспособности больных, вследствие высокого удельного веса развивающихся жизнеугрожающих осложнений (в остром периоде травм) и соответственно высоким уровнем инвалидности, обусловленное тяжестью, масштабом и локализацией повреждений органов и систем неудовлетворительным исходом лечения. Единичность работ по вышеуказанным проблемам в Республике Таджикистан диктует необходимость проведения научных исследований в данном направлении.

Глава 2. Материал и методы исследования

Объектом исследования являлась травматологическая служба некоторых административных районов Кулябского региона Хатлонской области Республики Таджикистан.

Проводилось изучение организации уровня развития и качества оказания медицинской помощи травматологическим больным. Анализ уровня травматизма и его структура проведена среди населения следующих административных территорий: город Куляб, Кулябский, Восейский, Пархарский, Мир Сайид Али Хамадони, Муминабадский, Дангаринский, Темурмаликский, Балджуванский, Ш.Шохинский (Шуроабадский) и Ховалингский районы Хатлонской области. Исследование проводилось за период с 2001 по 2020 годы.

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 и Управления здравоохранения исполнительного органа государственной власти Хатлонской области, а также Областного центра медицинской статистики и информации Хатлонской области.

Структурно-функциональная и лечебная деятельность учреждений, осуществляющих травматологическую помощь в обследуемых районах, и 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 отчетно - учетной документации (форма № 12 «Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения», форма № 14 «Отчёт о деятельности стационара», форма № 7-ТВН «Отчет о временной нетрудоспособности и

травматизме на производстве», форма № 17 «Отчет о медицинских кадрах», форма №30 «Отчёт о деятельности лечебно-профилактического учреждения», форма №40 «Отчёт станции (отделения, больницы) скорой медицинской помощи, форма №47 «Отчёт о сети и деятельности медицинских учреждений) хирургических и травматологических отделений, включая травматологические пункты (кабинеты).

Наряду с этим, проводилась экспертная оценка материально-технического обеспечения и профессиональных качеств сотрудников учреждений, осуществляющих травматологическую помощь согласно требованиям и условиям, разработанные и утвержденные Министерством здравоохранения СССР; Министерством здравоохранения Тадж. ССР; Правительством Республики Таджикистан; Министерством здравоохранения Республики Таджикистан; Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Для изучения мнений пациентов и оценки ими уровня оказываемой помощи методом анкетирования (2309) проведено социологическое исследование обследованных больных.

Социально - гигиенический анализ проведен у обследованных пациентов, проживающих в следующих районах: город Куляб – 456; Кулябский район – 97; Восейский район – 415; Пархарский район – 305; район Мир Сайид Али Хамадони – 245; Муминабадский район – 106; Дангаринский район – 315; Темурмаликский район -104; Балджуванский район – 76; Ш. Шохинский (Шуроабадский район) – 105; Хавалингский район – 85.За основу исследования были взяты регистрирование случаев травм среди взрослого населения в возрасте от 18 до 63 лет. Все обследованные были распределены по месту проживания, полу, возрасту, характеру трудовой деятельности, уровню образования.

Также проводился подробный анализ полученной травмы, а именно: времени и места получения; механизма; локализации; масштаба и характера; полноты объема оказанной помощи на догоспитальном, госпитальном и

профильно-клиническом этапах; срока и способа лечения; периода реабилитации.

Оценку тяжести полученной травмы и объема кровопотери проводили по шкале Альговера (1976), согласно которой определение объема кровопотери основано на отношении частоты пульса к уровню систолического АД. Нормальным соотношением считается 0,5 PS/АД = 60/120. При индексе, равном 1 (PS/АД = 100/100), объем кровопотери составляет 20 % ОЦК, что соответствует 1 - 1,2 л у взрослого человека. При индексе, равном 1,5 (PS/АД = 120/80), объем кровопотери составляет 30-40 % ОЦК, что соответствует 1,5-2 л у взрослого человека. При индексе, равном 2 (PS/АД = 120/60), объем кровопотери составляет 50 % ОЦК, т.е. более 2,5 л крови.

Оценку тяжести состояния проводили по системе «ВПХ-СП» Гуманенко Е.К. (1992) разработанной на кафедре военно-полевой хирургии Высшей медицинской Академии Санкт-Петербурга. Тяжесть состояния устанавливали по 13 клиническим показателям (таблица. 2.1).

Таблица 2.1. Шкала оценки тяжести состояния пострадавшего по Е.К. Гуманенко (1992)

Признак	Характеристика признака	Балл
Возраст (6 годах)	<41	1
	41 – 60	2
	61 – 70	5
	> 70	8
Кожные покровы	Обычный	1
	Синюшный	2
	Бледный	4
	Серый	7
Внешнее дыхание	Нормальное	1
	Частое(>25 в 1 мин)	5

	Патологическое	8

Продолжение таблица 2.1.

Аускультативные изменения в лёгких	Отчетливое дыхание	1
	Ослабленное дыхание	3
	Отсутствие дыхания	7
Речевой контакт	Нормальный	1
	Нарушен	3
	Отсутствует	6
Реакция на боль	Сохранена	1
	Отсутствует	6
Зрачковый или роговичный рефлекс	Сохранен	1
	Отсутствует	8
Величина зрачков	Нормальные	1
	Узкие	2
	Анизокория	4
	Широкие	6
Пульс	Нет аритмии	1
	Есть аритмия	8
Частота пульса (уд/мин)	60-80	1
	81-100	3
	101-140	4
	<60 или> 140	7
	Не определяется	9
Систолическое АД (мм рт. ст.)	101-140	1
	100-90 или>140	3
	70-89	4
	60-69	5
	40-59	7
	< 40	8

Ориентировочная величина кровопотери (мл)	>500	1
	501-1000	3
	1001-2000	4
	2001-3000	6
	>3000	9
Шумы кишечной перистальтики	Отчетливые	1
	Ослабленные	3
	Отсутствуют	5

Оценку тяжести нарушения сознания определяли и по шкале комы Глазго (Glosgow Coma Scale - GCS, 1977), согласно которой исследовали открывание глаз, речь, движения.

Суммируя полученные баллы, далее проводили оценку тяжести состояния согласно таблицы 2.2.

Таблица 2.2. Количественные границы дополненной шкалы ВПХ-СП и соответствие с традиционной характеристикой тяжести состояний

Традиционные градации тяжести состояния	**Балл дополненной шкалы ВПХ-СП**	**Летальность, %**	**Частота развития осложнений, %**
Удовлетворительное	13	0	0
Средней тяжести	14-21	До 3	До 25
Тяжелое	22-32	До 30	До 50
Крайне тяжелое	33-46	До 85	До 90
Критическое	Более 46	99-100	100

В последующем проводили соотношение градаций уровня сознания и состояния больного (таблица. 2.3).

Таблица 2.3. Соотношение градаций уровня сознания и состояния больного

Градация уровня сознания	Степень тяжести состояния больного	Балл
Ясное	Удовлетворительное	15
Оглушение	Средней тяжести	13-14
Оглушение глубокое	Тяжелое	10-12
Сопор	-//-	8-9
Кома умеренная	Критическое	6-7
Кома глубокая	-//-	4-5
Кома терминальная	Терминальное(смерть мозга)	3

Диагностику повреждений у больных проводили методами рентгенографии, компьютерной томографии, УЗИ, пункции плевральной полости, торакоцентеза, лапароцентеза.

Всем больным проводились обще клинические и биохимические лабораторные исследования (общие анализы крови, мочи, содержание общего белка, общий билирубин и его фракции, мочевина, сахар крови, остаточный азот, АлаТ, АсаТ).

Отдаленные результаты лечения переломов оценивали по Матису (2008).

Анализ объема и качества оказания травматологической помощи (уровень диагностической и лечебной работы, профильность направления больных, своевременность, адекватность, полнота, эффективность) проводили, согласно положению и нормативно-правовых документов, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Таджикистан, Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, данных ежегодных годовых отчетов.

Оценка деятельности травматологической службы проводилась путем сопоставления объемов проведенной работы, конечных результатов и

условиями её функционирования с учетом социально-экономической ситуации в стране.

В работе использован комплекс современных методов анализа: сравнительный, социологический, экспертная оценка, статистический.

Статистическая обработка результатов проводилась общепринятыми методами с использованием персонального компьютера Pentium и программ Microsoft Word, Microsoft Excel.

Глава 3. Характеристика, структура травматизма и организация травматологической службы Кулябского региона Хатлонской области Республики Таджикистан.

3.1. Оценка организации и деятельности травматологической службы Кулябского региона Хатлонской области Республики Таджикистан.

Нами проведен анализ некоторых показателей отражающих картину травматизма в результате дорожно-транспортных происшествий в административных территориях расположенных в Кулябском регионе, части Республики Таджикистан относящихся к Хатлонской области (районы: Кулябский, Муминабадский, Ш. Шохинский (Шуроабадский), Ховалингский, Балджуванский, Темурмаликский, Дангаринский, Восейский, Пархарский, район Мир Сайид Али Хамадони и г. Куляб). Вышеперечисленные районы, включая, административный центр г. Куляб расположены в Юго-Восточном направлении от столицы республики города Душанбе (рис. 3.1.1).

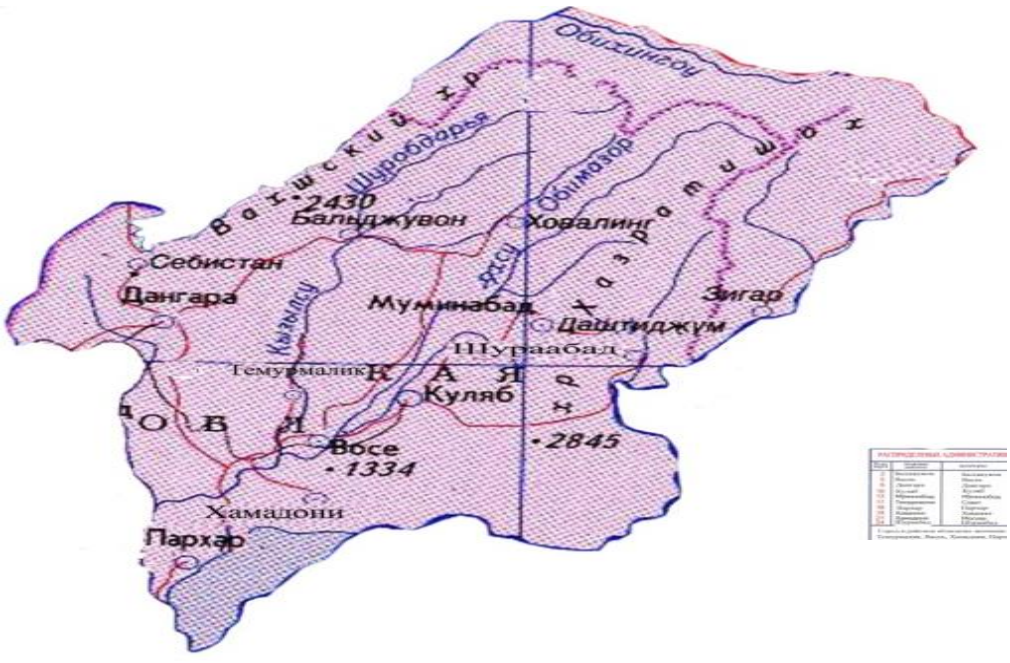


Рисунок 3.1. Карта Кулябского региона Хатлонской области Республики Таджикистан (Масштаб 1:80 2000)

Как видно из рисунка 3.1.1., близлежащий район (Дангаринский) расположен на расстоянии 116 км, а самый дальний (Ховалингский) на расстоянии 277 км от столицы.

В соответствии сводных данных автодорожных дорог (международного, республиканского и местного назначения) по государственному учреждению «Управление автодорожного хозяйства Кулябского региона по состоянию на 01.01.2014г.» общая протяженность автомобильных дорог исследуемых районов 2426,1 км, что составляет 12% от всей протяженности автодорог РТ, в том числе 297,5 км - международного, 502,4 км - республиканского и 1826,2 км - местного значения. Из общего количества дорог 390,5 км составляют дороги с асфальтобетонным, 1167,1 км с нефтерованным, 507,3 км с гравийным и 269,7 км с грунтовым покрытиями.

В регионе самым большим по занимаемой площади является Ш. Шохинский (Шуроабадский) район (2,3 тыс. км^2), а самым маленьким – Кулябский район (0,3 тыс. км^2). При этом по плотности населения (623 населения на 1км^2) он значительно превышает другие административные территории.

Из всех обследуемых районов на 01.01.2021 г. самым крупным по численности населения является Восейский район (214,1 тыс. человек), а наименьшим - Балджуванский (30,0 тыс. человек).

Анализ численности имеющегося на территории региона автомобильного транспорта свидетельствует о его ежегодном неуклонном росте. В соответствии со справкой МРЭО ОГАИ Управления внутренних дел Хатлонской области №53 от 30.12.2020 г. количество зарегистрированных государственных и частных автомобилей находящихся в личном пользовании составляет 28861 единиц, в том числе 1093 и 27769 соответственно. (Таблица 3.1.1.)

Как видно из таблицы 3.1.1., численность зарегистрированного мотоциклетного транспорта за аналогичный период составило 195 единиц. Необходимо подчеркнуть, что из общего количества значительный удельный вес составляют автомобили с большим сроком эксплуатации.

Травматологическая помощь обследуемому населению оказывается в травматологических и хирургических отделениях имеющих закреплённые

койки, травматологических пунктах, травматологических и хирургических кабинетах поликлиник и в приёмных отделениях стационаров.

Нами проведен анализ коечного фонда травматологических отделений административных районов Кулябского региона Хатлонской области (таблица 3.1.2.).

Как видно из таблицы 3.1.2., общий коечный фонд региона, начиная с 2002 и по 2020 годы, насчитывал 145 коек, из числа которых 30 были в составе хирургических отделений. С 2010 года общее количество коек возросло всего лишь на 31,8%, только за счёт вновь организованных травматологических отделений ЦРБ Пархарского района (20 коек), ЦРБ Дангаринского района (10 коек) и Кулябского района (5 коек).

Амбулаторную помощь население получает в 2 травматологических пунктах (город Куляб и Дангаринский район) и 7 травматологических кабинетах расположенных в составе ГЦЗ города Куляб и РЦЗ следующих районов: Восейский, Муминабадский, Пархарский, Мир Сайид Али Хамадони, Темурмаликский и Ховалингский. В Ш. Шохинском (Шуроабадском) и Кулябском районах, травматологическую помощь оказывают в хирургических кабинетах поликлиник. В Балджуванском районе помощь не оказывают вообще по причине отсутствия специалиста хирургического профиля.

Проведенный анализ финансирования койка - день травматологической службы Кулябского региона Хатлонской области показал, что финансирование травматологической службы ведется неадекватно (табл. 3.1.3).

Как видно из таблицы 3.1.3 осознавая, что лечение и реабилитация пациентов с травмой требует больших материально-финансовых ресурсов, финансирование койка - 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).

Таблица 3.1.1. - Сведения о количестве транспортных средств Кулябского региона Хатлонской области на 01.01.2021 г.

Название районов	Легковые		Грузовые		Специализированные		Автобусы		Мотоциклы		Прицепы		Всего		Итого
	частные	государственные	частные	государственные	частные	государственные	частные	государственные	частные	государственные	частные	государственные	частные	государственные	
Город Куляб и Кулябский район	6337	152	799	123	19	88	149	42	52	-	31	11	**7387**	**416**	**7803**
Дангаринский район	4445	53	177	80	-	40	36	57	5	-	-	-	**4663**	**230**	**4893**
Восейский район	3486	21	270	24	4	11	214	-	25	-	25	-	**4024**	**56**	**4080**
Пархарский район	2924	52	155	25	-	2	98	1	50	-	22	-	**3249**	**80**	**3329**
Район Мир Сайид Али Хамадони	2721	49	172	14	-	8	8	1	50	-	-	-	**2951**	**72**	**3023**
Темурмаликский район	1043	10	30	5	-	8	1	1	-	-	-	-	**1074**	**24**	**1098**
Ш. Шохинский (Шуроабадский) район	826	31	111	30	-	-	6	-	-	-	-	-	**943**	**61**	**1004**
Муминабадский район	1597	29	165	8	6	4	-	-	13	-	-	-	**1781**	**41**	**1822**
Ховалингский район	857	25	172	27	2	14	3	4	-	-	-	-	**1034**	**70**	**1104**
Балджуванский район	593	24	67	10	-	9	3	2	-	-	-	-	**663**	**45**	**708**
Кулябский регион	**24829**	**446**	**2118**	**346**	**31**	**184**	**518**	**108**	**195**	**-**	**78**	**11**	**27769**	**1093**	**28861**

Таблица 3.1.2.-Коечный фонд травматологической службы Кулябского региона Хатлонской областис 2002 по 2020 гг.

Название районов	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2020	
город Куляб	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
Дангаринский район	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	40	+10
Восейский район	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
Пархарский район	-	-	-	-	-	-	-	-	20	20	20	20	20	20	20	+20
Район Мир Сайид Али Хамадони (в составе хирургического отделения)	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
Темурмаликский район (в составе хирургичес-кого отделения)	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
Ш. Шохинский (Шуроабадский) район (в составе хирургического отделения)	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
Муминабадский район (в составе хирургического отделения)	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
Ховалингский район (в составе хирургического отделения)	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
Балджуванский район	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Кулябский район	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5	5	5	5	+5
Итого	110	110	110	110	110	110	110	110	130	130	135	135	135	135	145	+35

Таблица 3.1.3. - 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	Наимено-вание районов	Перечень наимено-ваний	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	Лекарст-венные 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	Лекарст-венные 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
	Дангаринс-кий район	Лекарст-венные 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	Лекарст-венные 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
	Пархарски й район	Лекарст-венные 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

Продолжение таблица 3.1.3.

	Район Мир СайидАли Ҳамадони	Лекарст-венные 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
	Темурма-ликский район	Лекарст-венные 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. Шохин-скийрайон	Лекарст-венные 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
	Муминаба-дский район	Лекарст-венные 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
	Ховалинг-скийрайон	Лекарст-венные 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
	Балджуванс-кий район	Лекарст-венные средства							
2002			-	-	-	-	-	-	-
2007			-	-	-	-	-	-	-
2012			-	-	-	-	-	-	-
2017			-	-	-	-	-	-	-

2020			-	-	-	-	-	-	-

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.

Нами проведен анализ обеспеченности врачами травматологами ЛПУ административных районов Кулябского региона Хатлонской области согласно требуемым штатным нормативам. Штатные нормативы врача травматолога для амбулаторно-поликлинического обслуживания городского населения утверждены согласно приказу Министра здравоохранения СССР от 11.10.1982 года № 999, из расчета 0,4 на 10 тыс. взрослого и 0,2 на 10 тыс. детского населения.

Аналогичный норматив для сельского населения регламентирован в приказе Министра здравоохранения СССР от 26.09. 1978 №900, из расчета 0,3 на 10 тыс. как взрослого, так и детского населения. Для стационарной службы расчёт врача травматолога производился в соответствие приказа Министерства здравоохранения СССР от 31.05.1979 года №560 - приложение 1, с дополнениями и изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения СССР от 17.04.1980 г. №404, от 26.02.1981 г. №210, от 18.06.1981 г. №664, от 25.06.1981 г. №693, от 23.10.1986 г. №1095, от 23.06.1983 г. №785 и от 16.04.1984 г. №420, письмом Министерства здравоохранения СССР от 05.03.1983 г. №02-14/14-14 (1 должность врача травматолога на 20 коек). При анализе полученных результатов мы руководствовались

вышеперечисленными документами, поскольку при обзоре имеющейся в республике нормативно – правовой документации нами не были выявлены соответствующие нормативы, касающиеся обеспеченности врачами травматологами в расчёте на определенное количество населения и имеющихся коек стационара. Это было обусловлено тем, что в Республике Таджикистан был принят Закон утвержденный Президентом от 26.03.2009 года №506, где в пункте 2 статьи 7 предписано, что законы и другие нормативно-правовые акты бывшего Союза Советских Социалистических Республик и Таджикской Советской Социалистической Республики, не противоречащие Конституции (Основной закон) Республики Таджикистан, законам Республики Таджикистан и другим международным правовым актам признанными Таджикистаном, считать действующими на территории Республики Таджикистан до принятия соответствующих нормативно - правовых актов.

Нами установлено, что в обследуемом регионе потребность во врачах травматологах составляет 32,9 штатных единиц, а согласно штатному расписанию в целом по региону выделены 43,5 ставки врачам травматологам. Фактически кадровый потенциал насчитывает 26 специалистов, которые занимают 37,0 ставок - в среднем 1,4 ставки на 1 врача (табл. 3.1.4.).

Таблица 3.1.4.-Укомплектованность врачами травматологами по административным районам Кулябского региона за период с 1980 по 2020 гг. (в %)

Административ-ный район	Годы									
	1980	**1985**	**1990**	**1995**	**2000**	**2005**	**2010**	**2014**	**2015**	**2020**
Город Куляб и Кулябский район	57,1	57,1	51,6	51,6	45,1	45,1	45,1	87,1	87,1	95,0
Дангаринский район	66,7	37,5	37,5	37,5	71,9	71,9	71,9	71,9	71,9	100
Восейский район	50,0	50,0	87,5	87,5	100	100	100	100	100	100
Пархарский район	36,4	36,4	36,4	54,5	54,5	72,7	100	100	100	100
Район Мир Сайид Али Хамадони	40,0	40,0	100	100	100	100	100	100	100	100
Темурмаликский район	75,0	75,0	75,0	75,0	75,0	75,0	-	87,5	87,5	95,0

Продолжение таблица 3.1.4.

Ш. Шохинский (Шуроабадский) район	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Муминабадский район	-	-	-	-	-	66,7	66,7	66,7	66,7	75,0
Ховалингский район	-	-	75,0	75,0	75,0	75,0	75,0	75,0	75,0	75,0
Балджуванский район	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Итого :	**54,2**	**49,3**	**66,1**	**68,7**	**74,5**	**75,8**	**79,8**	**86,0**	**86,0**	**74,0**

Как видно из таблицы 3.1.4, укомплектованность врачами травматологами в среднем по региону в 1980 году составляла чуть больше половины (54,2%) от необходимой нормы. В последующем отмечается ежегодное нарастание вышеуказанного показателя. Однако уровень требуемых нормативных величин по настоящее время, не достигнуто (74,0).

Полная укомплектованность отмечена только в 4-х районах (Дангаринский, Восейский, Пархарский и Мир Сайид Али Хамадони районы). Самая худшая ситуация наблюдается в Ховалингском (75%) и Муминабадском (75,0%) районах. А два района (Ш.Шохинский и Балджуванский) кадрами вообще не обеспечены (0%).

Также нами проведен анализ обеспеченности врачами травматологами (табл. 3.1.5.).

Таблица 3.1.5. Обеспеченность врачами травматологами по административным районам Кулябского региона за период с 1980 по 2020 гг. (на 10 тыс. населения).

Административный район	**Годы**									
	1980	**1985**	**1990**	**1995**	**2000**	**2005**	**2010**	**2014**	**2015**	**2020**
Город Куляб и Кулябский район	0,6	0,6	0,5	0,4	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	0,8
Дангаринский район	0,4	0,3	0,5	0,6	0,5	0,5	0,4	0,3	0,3	0,8
Восейский район	0,1	0,1	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	0,8
Пархарский район	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,6
Район Мир СайидАлиХамадони	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2

Продолжение таблица 3.1.5.

Темурмаликский район	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	-	0,2	0,2	0,2
Ш.Шохинский (Шуроабадский) район	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Муминабадский район	-	-	-	-	-	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Ховалингский район	-	-	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4
Балджуванский район	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Итого:	**0,3**	**0,3**	**0,3**	**0,3**	**0,3**	**0,2**	**0,2**	**0,2**	**0,2**	**0,5**

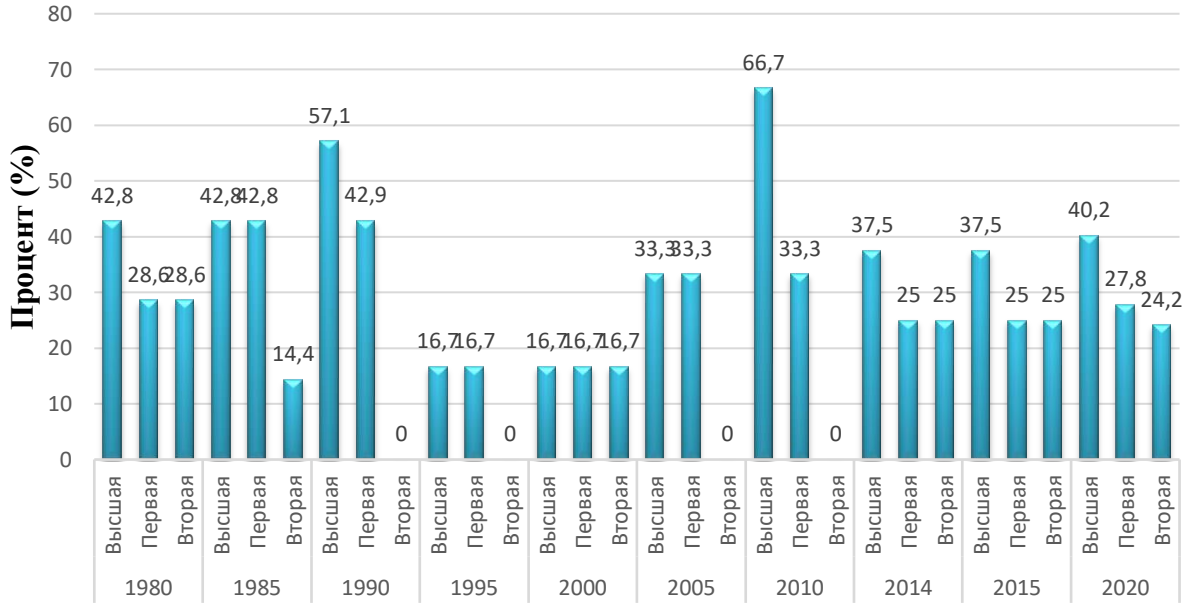
Как видно из табл. 3.1.5, обеспеченность врачами травматологами за последнее 10 лет, в целом по региону не соответствует требуемым нормативам.

Аналогичная ситуация наблюдается во всех районах за исключением города Куляба, Кулябского, Дангаринского и Пархарского районов, в которых обеспеченность в специалистах соответствует показателям предусмотренным нормативам из расчёта 0,4 врача на 10 тыс. взрослого и 0,2 врача на 10 тыс. детского населения.

В Балджуванском районе отсутствие врача травматолога объясняется отсутствием выделенных ставок. В то же время, в Ш. Шохинском (Шуроабадском) районе, несмотря на имеющиеся ставки врача специалиста - травматолога и развернутые в составе хирургического отделения 5-ти травматологических коек, также наблюдается отсутствие врача травматолога. Это обусловлено ненадлежащим исполнением одного из 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., 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.

Нами проведен анализ категорийности врачебного персонала административных районов Кулябского региона Хатлонской области за последнее 40 лет (табл. 3.1.6).

Рисунок 3.1.6.1. -Категорийность врачей травматологов ЛПУ административных районов Кулябского региона Хатлонской области с 1980 по 2020 гг. в (%)



Как видно из диаграммы 3.1.6.1., категорийность врачей в 1980 году составляла 100% преимущественно за счет врачей высшая категории. В 1985 году категорийность составила 100% и сохранялась на этом уровне до 1990-го года. В 1995 году категорийность врачей упала до 66,6%. В последующем по мере стабилизации общественно-политической и экономической ситуациям в стране мы наблюдаем из года в год увеличение уровня категорийности вплоть до 50,1% в 2000 г., 66,6% в 2005 г., 100% в 2010 г., 87,5% в 2014-2015 г., и 92,2% в 2020 г.

Как видно из диаграммы 3.1.6.2., категорийность врачей в 1980 году составляла 100% преимущественно за счет врачей высшая категории. В 1985 году категорийность составила 100% и сохранялась на этом уровне до 1990-го года. В 1995 году категорийность врачей упала до 60%. В последующем по мере стабилизации общественно-политической и экономической ситуациям в стране мы наблюдаем из года в год увеличение уровня категорийности вплоть

до 60% в 2000 г., 80% в 2005 г., и от 2010 году до 2020 году категорийность составляет 100%.

Рисунок 3.1.6.2. -Категорийность врачей травматологов ЛПУ административных районов Кулябского региона Хатлонской области с 1980 по 2020 гг. в (%)

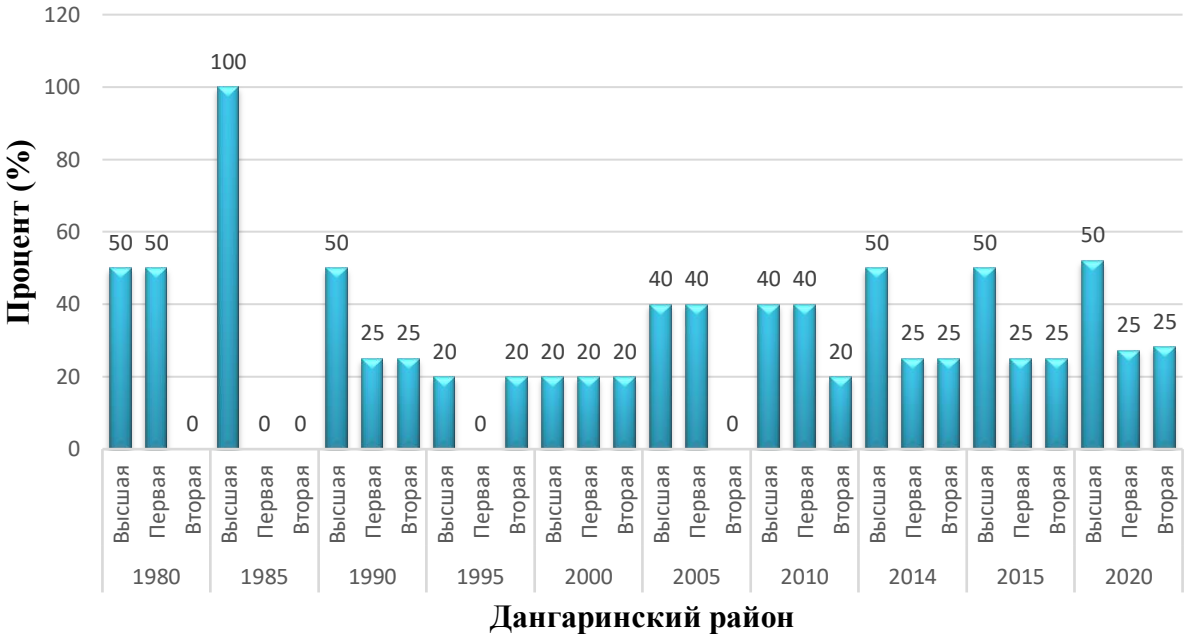
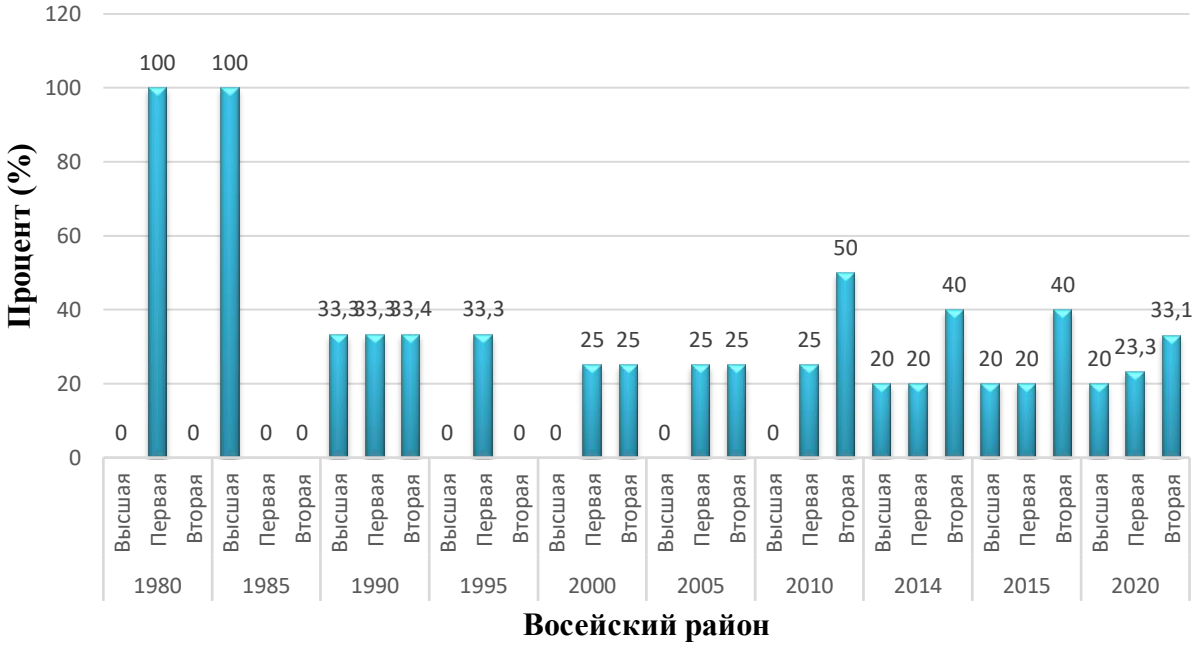


Рисунок 3.1.6.3. Категорийность врачей травматологов ЛПУ административных районов Кулябского региона Хатлонской области с 1980 по 2020 гг. в (%)



Как видно из диаграммы 3.1.6.3., категорийность врачей в 1980 году составляла 100% преимущественно за счет врачей высшая категории. В 1985 году категорийность составила 100% и сохранялась на этом уровне до 1990-го года. В 1995 году категорийность врачей упала до 66,7%. В последующем по мере стабилизации общественно-политической и экономической ситуациям в стране мы наблюдаем из года в год увеличение уровня категорийности вплоть до 50% в 2000 г., 55% в 2005 г., 75% в 2010 г., 80% в 2014-2015 г., и 76,4% в 2020 г.

Как видно из диаграммы 3.1.6.4., категорийность врачей в 1980 году составляла 50% преимущественно за счет врачей высшая категории. В 1985 году категорийность составила 100% и сохранялась на этом уровне до 1990-го года. В последующем по мере стабилизации общественно-политической и экономической ситуациям в стране мы наблюдаем из года в год увеличение уровня категорийности вплоть до 66,6% в 2000 г., 66,6% в 2005 г., и от 2010 году до 2020 году категорийность составляет 100%.

Рисунок 3.1.6.4. -Категорийность врачей травматологов ЛПУ административных районов Кулябского региона Хатлонской области с 1980 по 2020 гг. в (%)

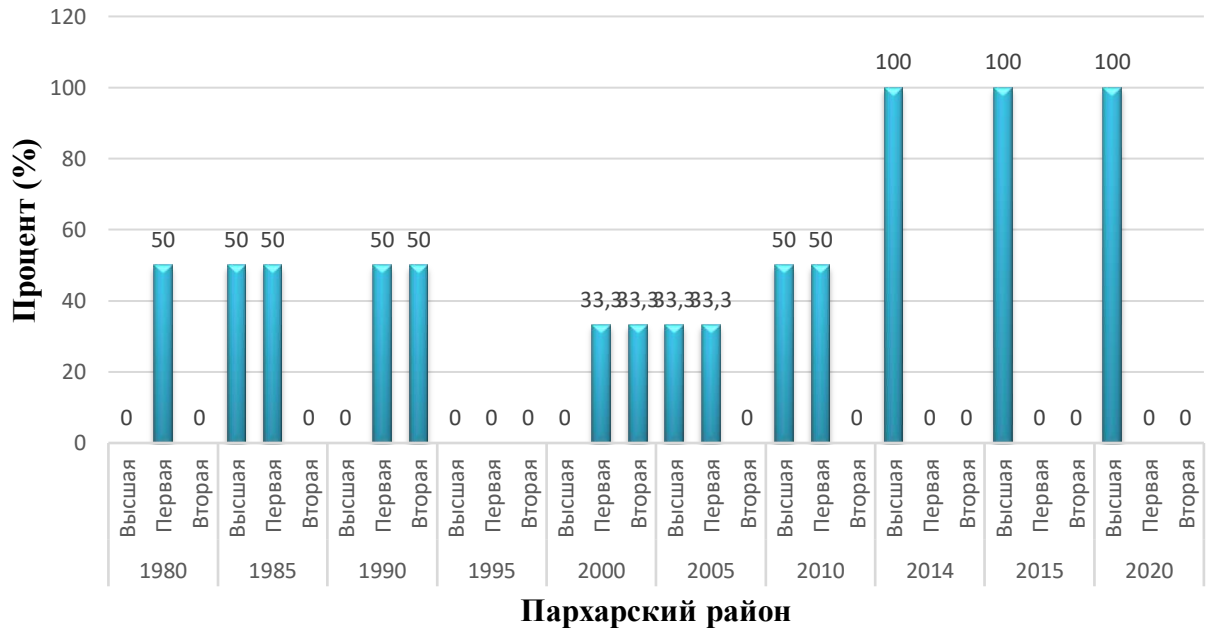
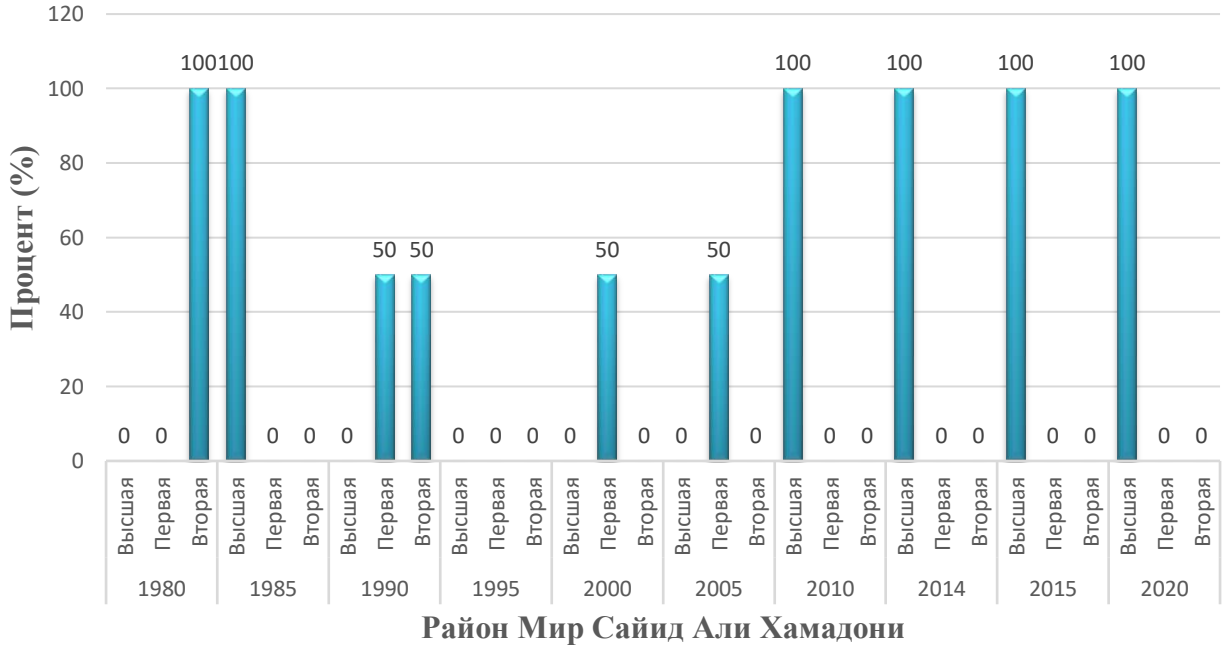


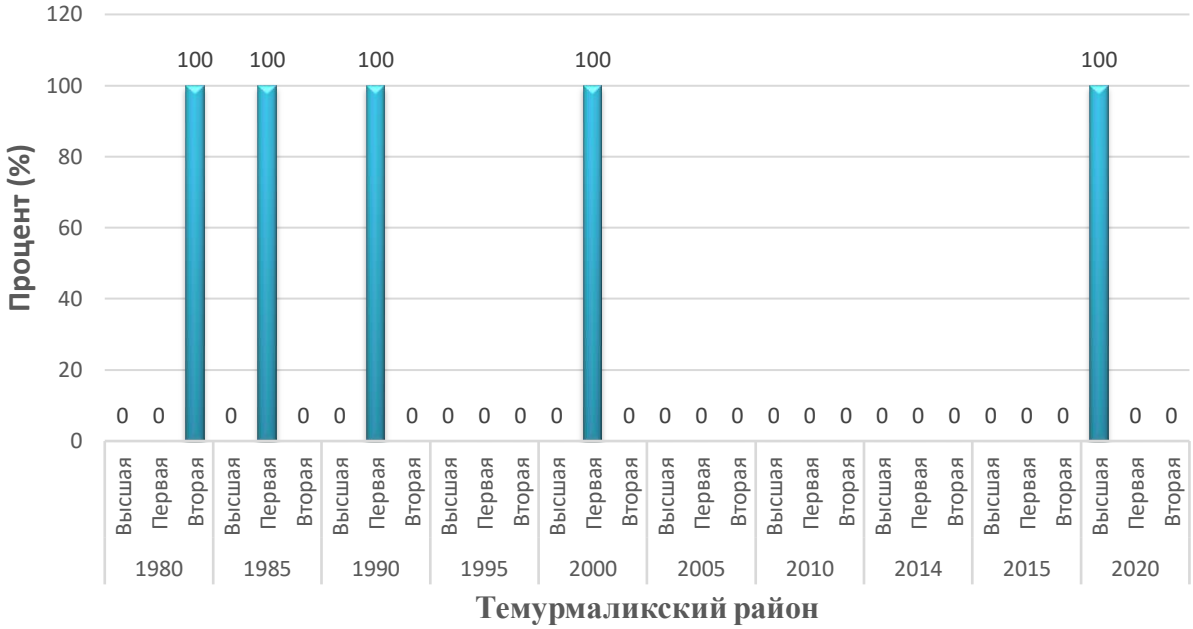
Рисунок 3.1.6.5. Категорийность врачей травматологов ЛПУ административных районов Кулябского региона Хатлонской области с 1980 по 2020 гг. в (%)



Как видно из диаграммы 3.1.6.5., категорийность врачей в 1980 году составляла 100% преимущественно за счет врачей высшая категории. В 1985 году категорийность составила 100% и сохранялась на этом уровне до 1990-го года. В последующем по мере стабилизации общественно-политической и экономической ситуациям в стране мы наблюдаем из года в год увеличение уровня категорийности вплоть до 50% в 2000 г., 50% в 2005 г., и от 2010 году до 2020 году категорийность составляет 100%.

Как видно из диаграммы, 3.1.6.6., категорийность врачей в 1980 году составляла 100% преимущественно за счет врачей второй категории. В 1985 году категорийность составила 100% и сохранялась на этом уровне до 1990-го года. В последующем по мере стабилизации общественно-политической и экономической ситуациям в стране мы наблюдаем из года в год увеличение уровня категорийности вплоть до 100% в 2000 г., и 100% в 2020

Таблица 3.1.6. 6.Категорийность врачей травматологов ЛПУ административных районов Кулябского региона Хатлонской области с 1980 по 2020 гг. в (%)



Как видно из диаграммы, 3.1.6.7., в Ш. Шохинский (Шуроабадский) район от 1980 году до 2020 году врачей травматолог – ортопед не работает.

Как видно из диаграммы, 3.1.6.8., в Муминабадский район от 1980 году до 2005 году врачей травматолог – ортопед не работает. В 2010 году категоричность 100% (работает 1 врач). С 2014 году до 2020 врач травматолог – ортопед не работает.

Рисунок 3.1.6.7. Категорийность врачей травматологов ЛПУ административных районов Кулябского региона Хатлонской области с 1980 по 2020 гг. в (%)

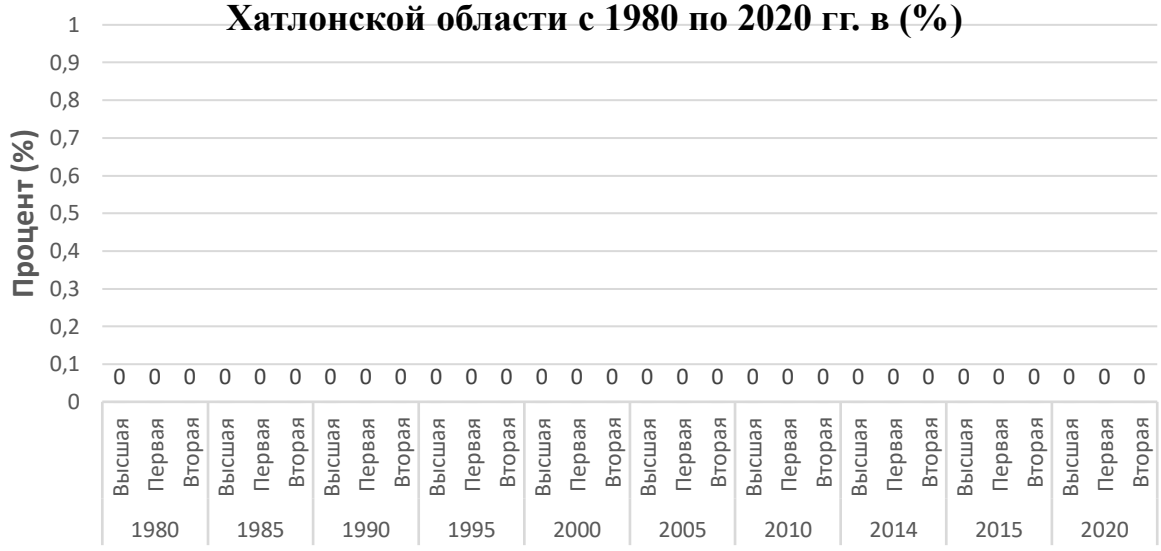
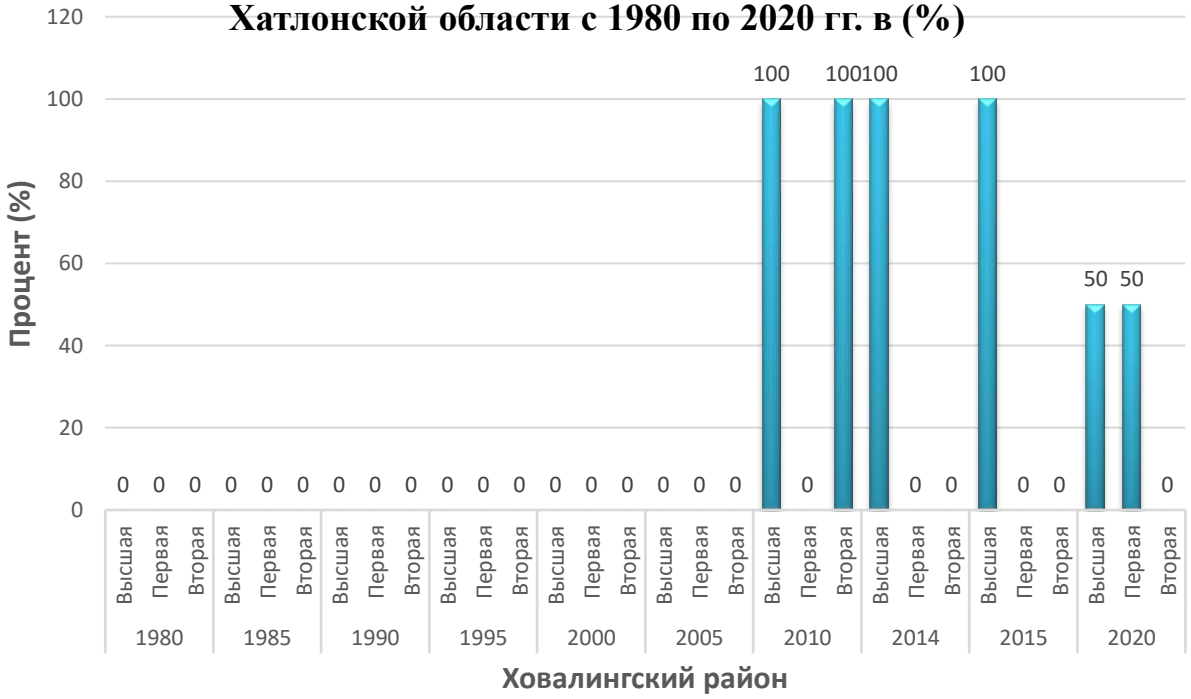


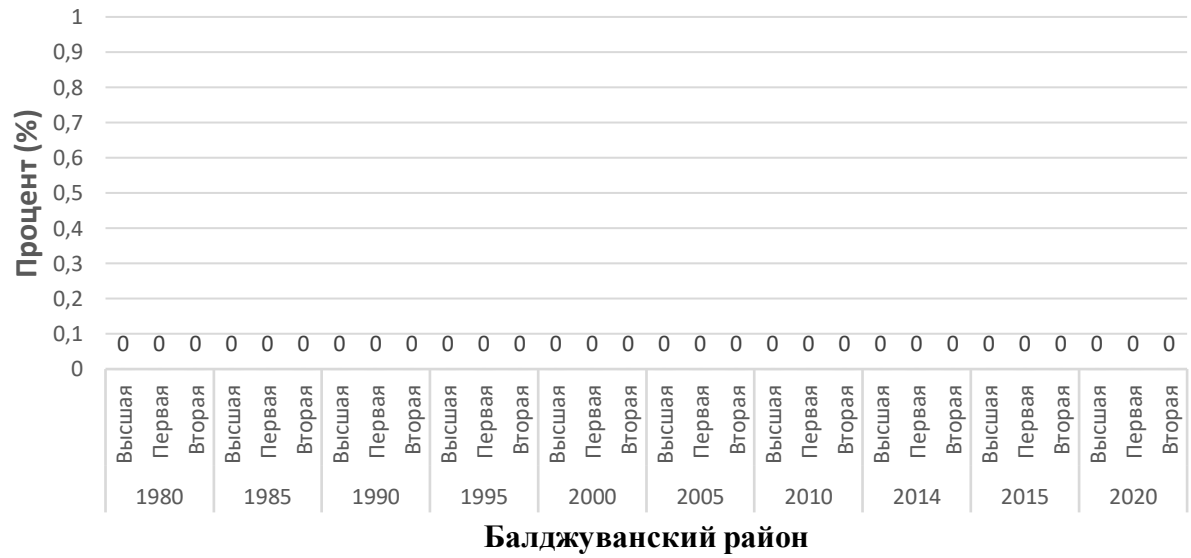
Рисунок 3.1.6.8. Категорийность врачей травматологов ЛПУ административных районов Кулябского региона Хатлонской области с 1980 по 2020 гг. в (%)

Рисунок 3.1.6.9. Категорийность врачей травматологов ЛПУ административных районов Кулябского региона Хатлонской области с 1980 по 2020 гг. в (%)



Как видно из диаграммы, 3.1.6.9., в Ховалингский район с 1980 году до 2005 году врачей травматолог – ортопед не работает. С 2010 до 2020 категорийность составила 100%.

Рисунок 3.1.6. 10.Категорийность врачей травматологов ЛПУ административных районов Кулябского региона Хатлонской области с 1980 по 2020 гг. в (%)



Как видно из таблицы 3.1.6.10., в Балджуванский район от 1980 году до 2020 году врачей травматолог – ортопед не работает.

Рисунок 3.1.6.11. Категорийность врачей травматологов ЛПУ административных районов Кулябского региона Хатлонской области с 1980 по 2020 гг. в (%)

Как видно из диаграммы, 3.1.6.11, 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-го года. В 1995 году категорийность врачей упала до 25%, что было обусловлено тем, что после обретения независимости, Таджикистан столкнулся с определенными политическими и социально-экономическими проблемами, отразившиеся на состоянии системы здравоохранения, уровне и качестве до и последипломного образования. В последующем по мере стабилизации общественно-политической и экономической ситуациям в стране мы наблюдаем из года в год увеличение уровня категорийности вплоть до 54,6% в 2000 г., 65,2% в 2005 г. и 95,6% в 2010 г. Снижение общей категорийности 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, которого составил 18,2%. К сожалению, общая категорийность к 2020 году снизилась до 70,5%.

Нами проведен анализ обеспеченности средним медперсоналом травматологических отделений ЛПУ Кулябского региона Хатлонской области. Расчёт проводили согласно требуемых нормативов предусмотренных приказом Министерства здравоохранения СССР от 26.09.1978 г. №900 (приложения 1 с дополнениями и изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения СССР от 24.07.79 г. №754, от 17.04.80 г. №404, от 18.06.81 г. №664, от 23.10.81 г. №1095, от 26.02.82 г. №85, от 11.10.82 г. №999, от 24.06.81 г. №685, от 26.06.81 г. №693, от 23.09.81 г. №1000, от 10.04.81 г. №387, письмом от 05.03.83 г. №02-14/14-14), где должность медицинских сестер (палатных) устанавливается из расчёта на один круглосуточный пост на 25 коек (при трех степенной системе обслуживания больных) и один круглосуточный пост на 20 коек (при 2-х степенной системе обслуживания больных).

Установлено, что согласно требуемым нормативам травматологическая служба в должной мере обеспечена средним медицинским персоналом общего профиля (постовая медицинская сестра, перевязочная и процедурная).

Острую нехватку испытывает служба в медицинском персонале среднего звена специализированного профиля таких как: медсестра массажист (75%), анестезист (75%), гипсовочная медсестра (50%), ЛФК (25%). Следует отметить, что регион остро нуждается в таких специалистах как рентген-лаборант, которого не имеется в штате ни в одном из травматологических отделений.

Худшая ситуация наблюдается в травматологических пунктах, в которых вообще отсутствует средний медицинский персонал специализированного профиля.

Нами проведен анализ занятости среднего медицинского персонала госпитальной и амбулаторной служб. Установлено, что при имеющемся штате в 36,25 ставок госпитального сектора фактически задействовано 34 физических лиц, что в среднем составляет нагрузку в 1,07. Аналогичные расчеты в амбулаторной службе показали, что нагрузка на средний медперсонал составила 1,4.

Нами проведен анализ категорийности персонала среднего звена. Установлено, что в 1980 году общая категорийность составляла 79,4% в основном за счет лиц, имеющих первую категорию. В последующем категорийность несколько увеличилась (на 2,2%) и оставалась практически неизменной до 1990 года. Начиная со времен обретения государственной независимости (с 1991 вплоть до 1995г) категорийность 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. Далее по мере стабилизации социально-экономического положения республики общая категорийность возрастает 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 службой 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, это свидетельствует отсутствие эффективного использования санитарного транспорта службы скорой медицинской помощи.

Нами проведен анализ 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 развернутыв 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 работал. В основном медперсонал выездных бригад в служебных целях используют собственные мобильные телефоны.

Нами проведен анализ обеспеченности оборудованием травматологической службы ЛПУ каждой изадминистративных территорий Кулябского региона Хатлонской области (табл. 3.1.7.).

Таблица 3.1.7. Перечень имеющегося оборудования травматологического отделения Кулябской областной больницы на 01.01.2021 г.

Наименование аппаратуры	Количество	Год выпуска	Страна производитель
Мобильный рентгеновский аппарат (12 П-б)	1	2007	Россия
Ортопедический стол	1	1980	Россия
Сухожаровой шкаф (ШС-80)	1	2007	Россия
Дрель электрическая (бытовая)	1	2012	Китай
Кварцевая лампа	1	1989	Россия
Стол операционный	1	1989	Россия
Аппарат Илизарова	6	1988	Россия
Дерматон (ДЭ-40)	1	1985	Россия
Шины: 1. Лестничная (Крамера) 2. Дитерихса 3. Беллера	40 30 4 6	1985	Россия
Стол инструментальный (СИ-05)	1	1988	Россия
Электрический отсос	1	2001	Китай
Негатоскоп	1	1987	Россия
Перевязочный стол	2	2005	Китай
Спицы в том числе: 1. Илизарова 2. Киршнера	290 120 170	1985	Россия
Шкаф для инструментов	1	1986	Россия
Шкаф для медикаментов	2	1989	Россия
Стол для наложения гипсовых повязок	1	1989	Россия
Пластины для накостного остеосинтеза: 1. ЦИТО 2. Лена	35 15 20	1986	Россия
Набор штифтов для интрамедуллярного остеосинтеза: 1. Богданова 2. ЦИТО	30 20 10	1985	Россия
Набор для разрезания гипсовых повязок (нож, ножницы, фреза)	3	1989	Россия
Набор грузов для скелетного вытяжения	5	1989	Россия
Балкан - рама (рама продольная для кровати)	3	1985	Россия

Продолжение таблица 3.1.7.

Скобы для скелетного вытяжения – ЦИТО	5	1988	Россия
Дуга для вправления врожденного вывиха бедра	2	1989	Россия
Функциональная кровать	15	1990	Россия
Стойка (штатив) для инфузионных систем	5	2012	Китай
Район Хамадони			
Ортопедический стол	1	1989	Россия
Операционный стол (хирургический)	1	1988	Россия
Сухожаровой шкаф	1	2010	Китай
Негатоскоп	2	1985	Россия
Шины: 1. Лестничная (Крамера) 2. Шина Дитерихса 3. Беллера	25 20 2 3	1985	Россия
Травматологический набор	1	1980	Россия
Пластины для накостного остеосинтеза: ЦИТО АО Лена	25 10 5 10	1988	Россия
Аппарат Илизарова	2	1988	Россия
Спицы: 1. Илизарова 2. Волков-Огонесян 3. Киршнера 4. Гришина	95 30 20 35 10	1989	Россия
Набор штифтов для интрамедуллярного остеосинтеза: 1. Богданова 2. ЦИТО	22 12 10	1985	Россия
Дрель электрическая (бытовая)	1	2013	Китай
Набор для разрезания гипсовых повязок (нож, ножницы, фреза)	3	1989	Россия
Балкан - рама (рама продольная для кровати)	3	1985	Россия
Скобы для скелетного вытяжения – ЦИТО	3	1980	Россия
Дуга для вправления врожденного вывиха бедра	1	1989	Россия
Функциональная кровать	5	1990	Россия
Стойка (штатив) для инфузионных систем	2	2010	Китай

Продолжение таблица 3.1.7.

Функциональная кровать	5	1990	Россия
Стойка (штатив) для инфузионных систем	2	2010	Китай
Дангаринский район (травматологическое отделение)			
Мобильный рентгеновский аппарат	1	1980	Россия
Ортопедический стол	1	1986	Россия
Ортопедический стол	1	2007	Китай
Негатоскоп	1	1985	Россия
Сухожаровой шкаф	1	2007	Чехословакия
Пластины для накостного остеосинтеза: 1. Цито 2. АО 3. Лена	45 20 15 10	1988	Россия
Аппарат Илизарова	4	1988	Россия
Спицы: 1. Илизарова 2. Волков-Оганесян 3. Киршнера 4. Гришина	160 50 20 70 20	1989	Россия
Набор штифтов для интрамедуллярного остеосинтеза: 1. Богданова 2. ЦИТО	27 15 12	1986	Россия
Шины: 1. Лестничная (Крамера) 2. Дитерихса 3. Беллера	35 25 3 7	1989	Россия
Дрель электрически (бытовая)	1	2013	Китай
Коагулятор медицинский	1	2008	Китай
Набор для разрезания гипсовых повязок (нож, ножницы, фреза)	3	1989	Россия
Набор грузов для скелетного вытяжения	5	1989	Россия
Балкан-рама (рама продольная для кровати)	3	1985	Россия
Скобы для скелетного вытяжения – ЦИТО	5	1980	Россия
Дуга для вправления врожденного вывиха бедра	2	1989	Россия
Функциональная кровать	15	1990	Россия
Стойка (штатив) для инфузионных систем	5	2011	Китай

Продолжение таблица 3.1.7.

Темурмаликский район			
Сухожаровой шкаф	2	2014	Китай
Кварцевая лампа	1	2014	Китай
Малый хирургический набор	1	1980	Россия
Дрель электрическая (бытовая)	1	2010	Китай
Операционная лампа	1	1988	Россия
Негатоскоп	1	1987	Россия
Пластины для накостного остеосинтеза: 1. ЦИТО 2. Лена	7 5 2	1988	Россия
Спицы Киршнера	30	1989	Россия
Набор штифтов для интрамедуллярного остеосинтеза – ЦИТО	5	1989	Россия
Шины: 1. Лестничная (Крамера) 2. Дитерихса 3.Беллера	13 10 1 2	1985	Россия
Набор для разрезания гипсовых повязок (нож, ножницы, фреза)	1	1989	Россия
Набор грузов для скелетного вытяжения	1	1989	Россия
Скобы для скелетного вытяжения – ЦИТО	2	1980	Россия
Ховалингский район			
Мобильный рентгеновский аппарат (12 П-б)	1	1990	Россия
Ортопедический стол	1	1972	Россия
Сухожаровой шкаф	1	2013	Россия
Малый операционный набор	1	1965	Россия
Дрель электрическая (бытовая)	1	2010	Китай
Кварцевая лампа	1	2009	Китай
Операционная лампа	1	1972	Россия
Негатоскоп	1	1998	Россия
Пластины для накостного остеосинтеза – ЦИТО	7	1988	Россия
Спицы Киршнера	30	1985	Россия
Набор штифтов для интрамедуллярного остеосинтеза: Богданова ЦИТО	7 2 5	1985	Россия
Шины: 1. Лестничная (Крамера) 2. Дитерихса	16 12 2	1989	Россия

3. Беллера	2		
Набор для разрезания гипсовых повязок (нож, ножницы, фреза)	1	1989	Россия
Скобы для скелетного вытяжения – ЦИТО	2	1980	Россия
Стойка (штатив) для инфузионных систем	2	2012	Китай
Пункт ССП г. Куляба			
Ортопедический стол	1	2002	Россия
Негатоскоп	1	1998	Россия
Дрель электрическая (бытовая)	1	2012	Россия
Травматологический набор	1	2012	Россия
Стол для приготовления гипсовых повязок	1	2012	Россия
Инструментальный стол	1	2012	Россия
Передвижной рентген аппарат (Siemens)	1	2000	Германия
Перевязочный стол	1	1998	Россия
Шкаф для инструментов	1	1998	Россия
Малый операционный набор	1	2006	Россия
Пластины для накостного остеосинтеза: 1. Цито 2. АО 3. Лена	16 7 4 5	1988	Россия
Набор штифтов для интрамедуллярного остеосинтеза: 1. Богданова 2. ЦИТО	10 3 7	1989	Россия
Шины: 1. Лестничная (Крамера) 2. Дитерихса	27 25 2	1985	Россия
Стойка (штатив) для инфузионных систем	2	2013	Китай
Травматологический пункт Республиканской клинической больницы Дангаринского района			
Мобильный рентгеновский аппарат (Siemens)	1	2012	Германия
Мобильный рентгеновский аппарат С-дуга (SiemensSiremobilCompactL)	1	2013	Германия
Мобильный рентгеновский аппарат (SiemensPolymobilPlus)	1	2013	Германия

Продолжение таблица 3.1.7.

Ортопедический стол	1	2013	Германия
Автоклав	1	2012	Германия
Восейский район			
Мобильный рентгеновский аппарат (СЛА-6)	1	2011	Китай
Операционная лампа	1	1984	Россия
Аппарат Илизарова	8	1988	Россия
Кварцевая лампа	1	1984	Россия
Стол операционный	1	1986	Россия
Дрель электрическая (бытовая)	1	2012	Китай
Функциональная кровать	15	1986	Россия
Дуга для вправления врожденного вывиха бедра	2	1988	Россия
Скобы для скелетного вытяжения: 1. ЦИТО 2. Волкова	15 10 5	1985	Россия
Травматологический набор	1	1980	Россия
Малый хирургический набор	1	1980	Россия
Негатоскоп	1	1987	Россия
Пластины для накостного остеосинтеза: 1. Цито 2. АО 3. Лена	55 30 10 15	1988	Россия
Спицы: 1. Илизарова 2. Киршнера 3. Гришина	230 100 120 10	1989	Россия
Набор штифтов для интрамедуллярного остеосинтеза: 1. Богданова 2. ЦИТО	65 15 50	1985	Россия
Шины: 1. Лестничная (Крамера) 2. Дитерихса 3. Беллера	37 25 2 10	1985	Россия
Набор для разрезания гипсовых повязок (нож, ножницы, фреза)	2	1989	Россия
Набор грузов для скелетного вытяжения	4	1989	Россия
Балкан-рама (рама продольная для кровати)	4	1985	Россия

Продолжение таблица 3.1.7.

Скобы для скелетного вытяжения - ЦИТО	10	1988	Россия
Кулябский район			
Операционный стол	1	2006	Китай
Травматологический набор	1	1986	Россия
Малый хирургический набор	1	2006	Китай
Стол для приготовления гипсовых повязок	1	1986	Россия
Различные шины	30	1986	Россия
Кварцевая лампа	2	1986	
Операционная лампа	2	1986	Россия
Негатоскоп	1	1986	Россия
Шины: 1. Лестничная (Крамера) 2. Дитерихса	22 20 2	1985	Росия
Стойка (штатив) для инфузионных систем	2	2012	Китай
Ш. Шохинский (Шуроабадский) район			
Мобильный рентгеновский аппарат (12 П-б)	1	2014	Индия
Сухожаровой шкаф	1	2005	Россия
Кварцевая лампа	4	2013	Китай
Неготоскоп	1	1980	Россия
Операционный стол	2	2009	Россия
Перевязочный стол	1	2006	Россия
Пластины для накостного остеосинтеза – ЦИТО	7	1988	Россия
Спицы Киршнера	30	1987	Россия
Набор штифтов для интрамедуллярного остеосинтеза: 1. Богданова 2. ЦИТО	7 2 5	1985	Россия
Шины: 1. Лестничная (Крамера) 2. Дитерихса 3. Беллера	20 15 2 3	1985	Россия
Скобы для скелетного вытяжения - ЦИТО	1	1980	Россия
Стойка (штатив) для инфузионных систем	2	2012	Китай
Пархарский район			
Мобильный рентгеновский	1	1976	Россия

аппарат			
Операционный стол	1	1960	Россия
Бестеневая лампа	1	1970	Россия
Кварцевая лампа	1	1975	Россия
Дрель электрическая (бытовая)	1	2012	Россия
Негатоскоп	1	1985	Россия
Стол для оказания медицинской помощи в полевых условиях	1	1975	Россия
Аппарат Илизарова	6	1980	Россия
Малый хирургический набор	1	1989	Россия
Травматологический набор	1	1989	Россия
Балджуванский район			
Операционный хирургический стол	1	1990	Россия
Операционная лампа	1	2001	Китай
Кварцевая лампа	2	1999	Китай
Малый хирургический набор	2	1990	Россия
Сухожаровой шкаф	1	2001	Россия
Автоклав	1	2005	Китай
Перевязочный стол	1	2005	Россия
Кварцевая лампа	2	1999	Китай
Малый хирургический набор	2	1990	Россия
Сухожаровой шкаф	1	2001	Россия
Сухожарный шкаф	1	2003	Китай
Автоклав	1	2005	Китай
Перевязочный стол	1	2005	Россия
Шины: 1. Лестничная (Крамера) 2. Дитерихса	11 10 1	1985	Россия
Муминабадский район			
Мобильный рентгеновский аппарат	1	2012	Россия
Операционная лампа	1	1980	Россия
Кварцевая лампа	2	2007	Китай
Стол операционный	1	1990	Россия
Дрель электрическая (бытовая)	1	2012	Китай
Спицы Киршнера	30	1989	Россия
Набор штифтов для интрамедуллярного остеосинтеза: 1. Богданова 2. ЦИТО	8 5 3	1986	Россия
Шины: 1. Лестничный (Крамера)	30 25	1980	Россия

2. Дитерихса 3. Беллера	2 3		
Скобы для скелетного вытяжения – ЦИТО	2	1985	Россия
Функциональная кровать	3	1987	Россия
Стойка (штатив) для инфузионных систем	2	2013	Китай

Как видно из таблицы 3.1.7, 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, наложения аппаратов внешней фиксации). Следует, отметить, что для выполнения этих оперативных вмешательств в ЛПУ вышеуказанных районах 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.

Таким образом, 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, исполнения пунктов Концепции реформы здравоохранения и Национальной программы «Профилактика травматизма и совершенствование медицинской помощи при травмах и их последствиях в Республике Таджикистан на 2010-2015 гг.», в части осуществления подготовки врачебных и сестринских кадров для регионов по специальному заказу с последующим их направлением на работу на договоренной основе, а также внедрения механизма приёма в высшие и средние медицинские учебные заведения из регионов с низкой обеспеченностью специалистами.

3.2. Эпидемиология травматизма и его структура среди населения административных районов Кулябского региона Хатлонской области Республики Таджикистан.

Нами проведен анализ распространенности травматизма среди населения административных районов Кулябского региона Хатлонской области Республики Таджикистан (таблица 3.2.1.).

Как видно из табл. 3.2.1., динамика травматизма за период исследования в целом по региону имеет волнообразный характер. Отмечается снижение динамики травматизма только в одном Ховалингском районе - 325,7 случаев на 100 тыс. населения (65%). Причиной тому по видимому послужили проведение ремонтно - восстановительных работ на дорогах.

Отмечается рост травматизма по Кулябскому региону с 2002 по 2020 годы в 2,4 раза. Незначительный рост травматизма отмечается в районе Мир Сайид Али Хамадони - 131,4 случаев (19,2%), Восейском районе - 276,6 случаев (26,6%), Ш.Шохинском районе - 74,4 случаев на 100 тыс. населения (65%).

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.

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 №3.2.2.).

При этом в 2020 году показатель травматизма в Кулябском регионе ниже Республиканского (в 18,2 раза), а Хатлонской области (в 11,9 раза).

Таблица 3.2.1.- Распространенность травматизма среди населения административных районов Кулябского региона Хатлонской области Республики Таджикистан на период 2002-2020 гг. (на 100 тыс. населения)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Год	**Г. Куляб**	**Кулябский район**	**Восейский район**	**Дангаринский район**	**Муминабадский район**	**район Мир Сайид Али Хамадони**	**Пархарский район**	**Темурмалик ский район**	**Ховалингский район**	**Ш.Шохинский район**	**Балджуван ский район**	**Кулябский регион**
2002	962,3±34,1	168,9±15,0	1038,8±25,7	1239,0±34,6	217,3±18,0	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±52,4	1585,5±38,6	285,1±20,5	2058,8±42,1	180,3±12,2	17,2±5,7	363,7±29,6	43,9±9,9	520,7±47,9	994,8±10,5
2004	1286,2±41,2	248,3±17,8	1447,5±29,8	967,8±29,9	343,9±22,3	1255,6±32,6	700,1±23,7	0,0	331,7±27,8	100,1±14,9	378,9±40,5	641,8±8,4
2005	989,0±33,1	303,3±19,4	1001,2±24,5	272,6±15,7	250,4±18,8	623,5±22,8	521,0±20,2	93,6±13,0	344,0±27,9	79,9±13,1	245,8±32,2	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±21,8	174,2±17,6	518,6±33,7	135,5±16,7	365,1±38,6	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±13,7	922,8±40,0	417,5±29,9	156,5±17,8	366,5±38,1	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±21,8	188,4±17,9	433,4±30,2	136,0±16,4	394,6±39,0	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±23,7	0,0	469,6±31,1	1643,5±55,9	287,8±32,9	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±22,2	662,3±33,4	485,2±31,4	228,4±22,3	459,0±42,3	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±18,4	393,8±25,6	526,6±32,5	149,6±18,0	877,6±57,9	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±20,3	405,9±28,2	187,8±19,8	219,2±29,2	795,2±8,7
2013	3211,5±56,0	211,4±15,0	374,4±14,0	330,4±15,8	1629,0±44,1	1259,2±30,7	390,0±16,2	2108,3±57,6	230,1±21,0	299,7±24,7	175,5±25,8	929,0±9,3
2014	3290,9±56,3	290,3±17,4	353,5±13,5	3683,9±51,4	1575,3±42,9	313,5±15,2	429,5±16,8	72,7±10,7	927,7±41,8	483,9±31,1	167,3±24,9	1053,5±9,8
2015	2383,4±47,8	792,4±28,5	1224,8±24,9	2074,1±38,6	2118,1±49,4	751,0±23,4	2243,5±38,0	436,5±26,1	134,5±15,9	161,9±17,9	707,1±50,8	1184,3±10,3
2020	2412±51,1	802,1±26,2	1315,4±21,7	3002,0±38,2	2620,0±44,2	816,3±20,4	2424,2±29,7	301,4±28,2	224,5±16,5	188,8±17,4	621,2±44,7	1202,8±12,4

Таблица 3.2.2.-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

Нами проведен анализ структуры травматизма среди населения Кулябского региона Хатлонской области РТ за период 2002 по 2020 гг. (табл. 3.2.3.).

Как видно из таблицы 3.2.3. 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.

3.3. Эффективность и качество оказания медицинской помощи травматологическим больным Кулябского региона Хатлонской области в современных социально-экономических условиях.

Таблица 3.2.3. -Структура травматизма среди населения города Куляба Кулябского региона Хатлонской области РТпо состояние с 2002-2020 гг.

Виды травматизма	Годы													
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2020
Бытовая	66,1%	69,5%	78,1%	66,1%	51,8%	53,0%	77,1%	69,8%	70,7%	75,4%	86,2%	89,4%	89,1%	82,4
Производственная	0.9%	0,6%	0,5%	0,5%	1,1%	1,5%	9,8%	1,1%	0,6%	0,5%	0,2%	0,3%	0,3%	2,6
Уличная	25,5%	22,1%	13,6%	24,7%	29,4%	27,4%	4,7%	18,3%	15,3%	17,2%	10,7%	8,1%	7,6%	9,1
Спортивная	2,0%	2,0%	3,0%	2,8%	4,3%	3,4%	1,5%	2,3%	3,8%	1,5%	1,3%	1,0%	1,0%	3,0
Дорожно-транспортная	5,5%	5,8%	4,8%	5,9%	13,4%	14,7%	6,9%	8,5%	9,6%	5,4%	1,6%	1,2%	2,0%	2,9
Кулябский район														
Бытовая	70,0%	80,5%	81,3%	83,2%	84,0%	83,6%	84,6%	79,6%	87,8%	84,8%	84,9%	79,6%	80,1%	78,3
Производственная	0,8%	1,7%	0,5%	0,8%	0,8%	0,4%	0,4%	0,9%	0,6%	0,6%	1,9%	1,0%	0,7%	2,1
Уличная	22,2%	12,8%	14,0%	12,8%	12,0%	12,4%	11,1%	15,3%	8,7%	8,1%	9,4%	12,6%	13,2%	12,8
Спортивная	5,5%	4,2%	3,2%	2,8%	2,0%	2,8%	3,5%	3,3%	2,3%	5,2%	3,2%	5,3%	4,6%	5,0
Дорожно-транспортная	1,5%	0,8%	1,0%	0,4%	1,2%	0,8%	0,4%	0,9%	0,6%	1,3%	0,6%	1,5%	1,4%	1,8
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**20**
Восейский район														
Бытовая	93,2%	95,2%	91,0%	90,6%	70,8%	83,1%	89,0%	86,6%	82,7%	85,4%	86,9%	83,7%	82,1%	85,6
Производственная	0,4%	0,1%	0,2%	0,6%	3,2%	2,3%	0,6%	0,6%	0,5%	0,6%	0,1%	0,3%	0,3%	0,8
Уличная	2,8%	3,9%	7,1%	6,2%	9,8%	5,8%	5,3%	7,0%	11,5%	7,3%	8,2%	10,3%	7,2%	9,2
Спортивная	1,6%	0,6%	1,1%	1,9%	7,0%	4,8%	3,2%	2,8%	3,1%	3,8%	2,3%	3,0%	4,0%	4,4

Продолжение таблица 3.2.3.

Дангаринский район														
Бытовая	85%	88,5%	82,7%	61,2%	31,4%	71,3%	79,1%	81,0%	91,0%	89,0%	90,0%	60,0%	91,2%	89,5
Производственная	0,4%	0,5%	0,5%	3,7%	3,9%	1,7%	1,8%	1,1%	0,3%	0,5%	0,6%	0,9%	0,5%	2,1
Уличная	5,7%	5,2%	7,1%	14,3%	30,9%	11,3%	7,6%	7,1%	4,1%	4,1%	5,1%	27,8%	2,1%	5,6
Спортивная	1,2%	1,6%	1.7%	5,4%	5,9%	3,0%	1,7%	2,9%	1,2%	1,5%	1,8%	3,5%	0,7%	2,8
Муминабадский район														
Бытовая	66,7%	74,4%	81,7%	72,7%	81%	76,3%	71,7%	60,6%	41,4%	43,4%	90,5%	92,3%	91,3%	89,2
Производственная	0,7%	1,0%	0,4%	1,7%	0,5%	0,8%	0,5%	1,1%	2,4%	1,5%	0,1%	0,1%	0,4%	0,3
Уличная	20,1%	14,3%	10,7%	13,2%	7,9%	9,2%	13,2%	18,7%	18,7%	19,5%	4,7%	4,9%	5,1%	6,6
Спортивная	6,9%	5,7%	3,8%	5,6%	5,7%	6,7%	6%	9,2%	6,5%	9,3%	2,6%	1,8%	1,8%	1,9
Дорожно-транспортная	5,6%	4,6%	3,4	6,8%	4,9%	7%	8,6%	10,4%	31%	26,3%	2,1%	0,9%	0,5%	2,0
Район Мир Сайид Али Хамадони														
Бытовая	90,1%	88,9%	89,1%	83,8%	91,2%	89,4%	95,1	93,8%	88,1%	80,3%	82,7%	86,9%	73,5%	75,9
Производственная	0,9%	0,4%	0,4%	0,6%	0,3%	0,3%	0,04%	0,1%	0,4%	0,8%	0,5%	0,4%	1,4%	1,6
Уличная	7,2%	9,7%	9,4%	11,2%	6,9%	7,7%	3,7%	4,6%	7,7%	12,8%	10,4%	9,8%	16,9%	14,3
Спортивная	1,7%	1%	0,9%	3,3%	1,3%	2,1%	0,9%	1,2%	2,6%	4,2%	4,5%	1,8%	3,7%	3,4
Дорожно-транспортная	0,1%	0,08%	0,2%	1,1%	0,3%	0,5%	0,3%	0,3%	1,2%	1,9%	1,9	1,1%	4,5%	4,8
Пархарский район														
Бытовая	61,2	53,2%	85%	77,7%	82,5%	76,3%	88,6%	79,4%	87,6	82%	85,2%	67,2%	62,6%	63,9
Производственная	2,5%	1,4%	0,8%	1,0%	1,0%	2,4%	0,7%	1,1%	0,4%	1,2%	0,4%	1%	0,6%	1,1

Продолжение таблица 3.2.3.

Уличная	21,4	37,2%	11,9%	18,6%	13,2%	14,7%	7,4%	16%	9,1%	14%	12,6%	28%	31,4%	28,8
Спортивная	8,7%	5,5%	1,6%	1,6%	2%	2,9%	1,6%	2%	1,9%	2,4%	1,0%	2,6%	2,6%	3,4
Дорожно-транспортная	6,2%	2,7%	0,7%	1,1%	1,3%	3,7%	1,7%	1,5%	1%	0,4%	0,8%	1,2%	2,8%	3,2
Темурмаликский район														
Бытовая	54,1%	66,6%		70,5%	62,8%	83,4%	41,8%		83,7%	72,8%	65,8%	86,0%	26,1%	74,4
Производственная	4,1%	0		0	2,0%	0,2%	1,8%		1,0%	1,7%	3,9%	0,3%	15,2%	4,1
Уличная	16,9%	22,3%		10,0%	20,1%	12,7%	26,3%		9,5%	14,5%	18,7%	10,9%	19,6%	14,2
Спортивная	4,1%	0		13,7%	10%	2,8%	16%		3,3%	5,1%	6,5%	2,1%	17,4%	3,2
Дорожно-транспортная	20,8%	11,1%		5,8%	5,1%	0,7%	13,6%		2,5%	5,9%	5,1%	0,7%	21,7%	4,1
Ховалингский район														
Бытовая	78,2%	68,6%	71,6%	74,2%	80,4%	83,0%	74,6%	81,0%	75,5%	76,2%	77,6%	65,5%	80,9%	76,0
Производственная	1,4%	1,3%	0,7%	1,3%	1,3%	1,5%	1,0%	1,8%	2,1%	0,8%	0,9%	3,4%	1,0%	0,9
Уличная	10,0%	12,1%	12,8%	11,3%	7,7%	7,3%	12,2%	9,2%	9,7%	15,3%	14,0%	25,2%	13,0%	16,7
Спортивная	5,9%	8,0%	7,1%	2,0	3,0%	3,1%	4,9%	3,1%	3,8%	4,3%	3,6%	4,2%	2,5%	3,6
Дорожно-транспортная	4,5%	10,0%	7,8%	11,2%	7,6%	5,1%	7,3%	4,9%	8,9%	3,4%	3,9%	1,7%	2,6%	2,8
Ш.Шохинский район														
Бытовая	57,1%	47,4%	68,9%	45,9%	72,3%	66,2%	57,3%	93,2%	50,0%	39,1%	59,5%	55,9%	79,6%	75,0
Производственная	2,0%	5,3%	2,2%	2,7%	3,1%	1,3%	0	0,2%	5,7%	4,3%	5,6%	1,4%	0,4%	0,8
Уличная	22,5%	21,0%	11,2%	24,3%	9,3%	13,0%	17,6%	3,2%	23,1%	29,0%	21,3%	29,6%	15,0%	16,2
Спортивная	10,2%	10,5%	4,4%	8,1%	1,5%	6,5%	4,5%	1,9%	11,6%	10,2%	4,6%	8,3%	5,1%	4,9

Продолжение таблица 3.2.3.

Дорожно-транспортная	8,2%	15,8%	13,3%	19,0%	13,8%	13,0%	20,6%	1,5%	9,6%	17,4%	9,0%	4,8%	2,9%	3,1
Балджуванский район														
Бытовая	40,0%	88,0%	86,2%	74,1%	65,1%	62,0	70,6%	68,4%	68,4%	75,8%	55,3%	54,3%	55,5%	56,3
Производственная	0	0,8%	0	1,7%	1,1%	0	1,0%	0	0,8%	0,4%	1,8%	0	2,2%	2,1
Уличная	40,0%	2,7%	3,5%	15,7%	21,4%	25,0%	20,6%	22,4%	21,4%	17,2%	30,3%	23,9%	20,0%	21,6
Спортивная	0	5,9%	5,7%	3,4%	7,9%	7,6%	5,9%	6,6%	6,8%	4,8%	9,0%	15,3%	13,4%	12,8
Дорожно-транспортная	20,0%	2,6%	4,6%	5,1%	4,5%	5,4%	1,9%	2,6%	2,6%	1,8%	3,6%	6,5%	8,9%	7,2

Эффективность и качество оказания помощи травматологическим больным зависят от ряда факторов, в частности, от времени с момента получения травмы на месте происшествия до оказания квалифицированной медицинской помощи. Повышает эффективность лечения травм принцип «золотого часа», который также широко используется в реаниматологии и неотложной хирургии. Это промежуток времени с момента получения травмы до оказания первой медицинской помощи, от которого непосредственно зависит отдаленные исходы у травмированных больных. Во многих случаях травмирующие факторы способствуют развитию тяжёлого шока, внутреннего кровотечения и других витальных нарушений, где для предотвращения ожидаемых осложнений у пациентов необходимо экстренное хирургическое вмешательство. В связи с этим, 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) (таб. 3.3.1.).

Таблица 3.3.1. -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 3.3.1., 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). Необходимо отметить, что частичная первая неотложная медицинская помощь больным на месте происшествия и догоспитальном этапе оказана 486 (21%) пациентам.

Масштаб повреждений у больных с травмой связан не только с наличием переломов опорно-двигательного аппарата или повреждений внутренних органов, но и со степенью нарушений кожных покров и имеющихся ран. При этом необходимо также учитывать, что при наличии первично инфицированной раны конечности и туловища вероятность развития гнойно-воспалительного процесса в посттравматическом периоде достаточно высока. Первичное заживление ран конечности предопределяет сроки вертикализации и пребывания больных в стационаре.

Распределение больных в зависимости от характера ран, механизма их получения и локализации представлено в таб. 3.3.2.

Таблица 3.3.2. Распределение больных в зависимости от характера ран

Характер ран	**Локализация ран**								**Итого**	
									Абс.	**%**
	Череп		**Грудь**		**Живот**		**Конечности**			
Резанные	27		15		11		57		110	20,8
Колотые	11		9		7		27		54	10,2
Колото-резанные	13		7		5		24		49	9,2
Ушибленные	53		18		17		54		142	26,8
Рваные	18		6		8		41		73	13,8
Укушенные	17		11		18		56		102	19,2
Всего: Абс. %	139	26,2	66	12,5	66	12,5	259	48,8	530	100

В таблице 3.3.2. отмечено, что из общего количества ран у больных превалируют раны конечностей - в 48,8% случаях, на втором месте - раны области волосистой части головы – в 26,2% случаев.

В зависимости от характера ран чаще наблюдаются ушибленные – 26,8%, резаные – 20,8% и укушенные – 19,2% случаев. Наиболее проблемными и трудными ранами в плане своевременной диагностики и лечения являются колотые раны, которые наблюдались у 10,2% пострадавших.

Радикальная первичная хирургическая обработка ран является залогом благоприятного исхода в плане первичного заживления. Из общего количества больных первичная хирургическая обработка в экстренном порядке произведена у 43,6% больных с наличием ран конечностей и туловища. Критериями выполнения первичной хирургической обработки ран являлись: характер повреждений, размеры, наличие активного кровотечения, локализация травмы.

Во всех случаях взрослым больным и детям старше 12 лет, независимо от характера ран, назначали столбнячный анатоксин в дозе 1 мл подкожно в область плеча и противостолбнячную сыворотку в дозе 3000 МЕ (международной единицы). Детям до 12 лет включительно вводили столбнячный анатоксин в дозе 1 мл подкожно.

Из 102 имеющихся ран укушенного характера в 13 (12,7%) случаях произведена первичная хирургическая обработка ран, которые находились в области лица после тщательного промывания антисептическим и мыльным раствором. Независимо от возраста, всем больным с укушенными ранами введена вакцина антирабическая культуральная концентрированная очищенная (КОКАВ). Больным, которые были укушены известным животным, и за которым можно понаблюдать, вакцину вводили 1-е, 3-е, 7-е сутки, а в остальных случаях вакцинация проводилась дополнительно на 14-е, 30-е и 90-е сутки стационарно и в амбулаторных условиях.

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 (табл. 3.3.3.).

Таблица 3.3.3. -Количество и локализации вывихов конечностей

Виды вывиха			**Локализация вывиха**				**Итого**	
			Плечо	**Акромиаль-ный конец ключицы**	**Предплечье**	**Головка бедра**	**Абс.**	**%**
Травматический			39	13	24	13	89	61,4
Привычный			12	-	-	-	12	8,3
Перелом с вывихом			18	8	13	5	44	30,3
Всего:	Абс.		69	21	37	18	145	100
		%	47,6	14,5	25,5	12,4		

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.

Сроки мобилизации и восстановления трудоспособности больных с переломами конечностей зависят от характера, локализации, времени окончательной стабилизации и способов лечения переломов. Одной из сложностей ведения больных с переломами крупных сегментов конечностей являются те осложнения, которые встречаются в остром периоде травмы (в первые 3-е суток с момента получения травмы), в частности, жировая эмболия. Причина, во-первых, связана с переломом кости, а в дальнейшем - с тактикой неадекватной иммобилизации, неправильной транспортировкой больного, неадекватно проводимой инфузионной терапией шока, нестабильной

фиксацией отломков и некорректно выбранного способа лечения перелома конечности (табл. 3.3.4.).

Таблица 3.3.4. -Название и локализация переломов длинных костей конечностей

Локализация переломов	В зависимости от уровня перелома						Итого	
	Диафиз		Метафиз		Эпифиз		Абс.	%
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

Из представленной таблицы видно, что среди переломов длинных костей превалируют переломы костей голени – 28,1%, предплечья – 27%, переломы бедренной кости составляют - 24,6%. Переломы бедра и голени относятся к категории сложных переломов конечностей, с учетом шокогенности зон и объемом внутреннего кровотечения, нестабильности области перелома в плане первичной фиксации при транспортировке пострадавшего.

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

Соответственно, все переломы, в зависимости от характера повреждений, разделили на две группы - закрытые и открытые (табл. 3.3.5.).

Таблица 3.3.5. -Характер и локализация переломов длинных костей конечностей

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

Как следует из таблицы, 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. Очередность оказания квалифицированной помощи при переломах конечности зависит от тяжести повреждений, характера, локализации, а также от типа открытого перелома. Чем больше степень повреждения кожных покров, тем выше риск развития гнойно-воспалительного процесса.

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

При изолированном повреждении органов и сегментов конечности лечебная тактика ориентируется на характер и тяжесть поврежденного органа, так как общее состояние пострадавшего при поступлении, за исключением осложненного характера травмы и изолированного повреждения внутренних органов, остается в пределах средней тяжести. Когда переломы сегментов конечностей сочетаются с травмами внутренних органов черепа, груди, брюшной полости и малого таза, тактика лечения вырабатывается с учетом доминирующего повреждения, которое угрожает жизни пострадавшего. В

таких ситуациях придерживаются тактики последовательного лечения, чтобы исключить развитие синдрома взаимного отягощения.

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. 3.3.6.).

Таблица 3.3.6. 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 представленной таблицы, 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 сопоставлять отломки и производить их фиксацию часто удается с большими техническими трудностями. Хотя данная концепция лечения переломов в практической медицине последних лет ушла на второй план. У данной категории больных на фоне длительной иммобилизации развивается контрактура крупных суставов, а нестабильная фиксация области перелома в гипсе становится причиной несращения или ложного сустава.

Первичная хирургическая обработка ран открытых переломов и скелетное вытяжение выполнено у 6,7% пострадавших с переломами костей бедра и голени. Сроки функционирования скелетного вытяжения зависели от состояния ран и признаков консолидации между отломками.

В неотложной травматологии опорно-двигательного аппарата существенное значение имеет временный фиксатор с целью предоперационного планирования и хирургического вмешательства при свежих гематомах. Оптимальные сроки для окончательной диагностики и производства оперативного лечения переломов при свежих травмах считаются 24-48 часов, этого времени достаточно для обследования больного и подготовки имплантата. Больше всего в хирургическом вмешательстве нуждаются переломы области малозащищённые мягкими тканями. При открытых повреждениях костей хирургическую обработку необходимо произвести в

первые 6-8 часов. За это время бактериальное загрязнение не успевает перерасти на инфекционный процесс.

При тяжелых открытых повреждениях опорно-двигательного аппарата, а также при множественных и сочетанных травмах, тактика хирургического лечения строится на принципе damagecontrol (1990), предусматривая выполнение вмешательства, не усугубляющего тяжести первичной травмы.

Учитывая репаративную особенность детского возраста, возможности закрытой репозиции отломков под общей анестезии и удержания в гипсовой повязке при чрезмыщелковых переломах плеча, метафизарной локализации в области голени и предплечья, после репозиции рекомендуется чрескожная фиксация спицами. 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 способствует 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 являются 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 способствует улучшению качества жизни пациентов и ускоряет 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 дает стабильность в области перелома, устраняет периферический очаг импульсации и ускоряет процесс регенерации.

Разработка и внедрение способа интрамедуллярного остеосинтеза блокирующим штифтом со стороны страсбургских хирургов I. Kempfи A. Grosse (1985), считается прорывом в плане лечения переломов длинных костей конечности у травматологических больных и основано на концепции динамического поведения «кость-имплантат», которое создает не только стабильность области перелома, но и устраняет ротационные движения, смещение по длине и ширине кости, способствует формированию костной мозоли непосредственно при участии костной ткани, а интрамедуллярный гвоздь регулирует 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 заключается в том, что вертикализация больных возможна уже на 3-4-е сутки после операции.

Умеренную нагрузку на поврежденные конечности рекомендуют с первой недели с момента операции. А при оснащенности медицинского учреждения электрооптическим преобразователем остеосинтез может проводиться без дополнительного разреза в области перелома.

Социальная и трудовая реинтеграции пострадавших с травмой зависят не только от срока сращения переломов крупных сегментов и качества проведенной операции, но и от своевременной диагностики и качества лечения переломов костей другой локализации (табл.).

В остром периоде при доминировании повреждений других органов, указанные переломы своевременно не диагностируются, больные предъявляют жалобы спустя неделю с момента травмы, когда стихают клинические проявления доминирующих органов.

Таблица 3.3.7. -Виды переломов в зависимости от локализации

Локализация переломов	**Характер перелома**		**Итого:**	
	Открытый	**Закрытый**	**Абс.**	**%**
Ключица	3	40	43	21,8
Лопатка	8	13	21	10,7
Костей кисти	21	36	57	28,9
Надколенник	13	10	23	11,7
Костей стопы	19	34	53	26,9
Всего;	64	133	197	100
Абс. %	32,5	67,5		

Как видно из таблицы **3.3.7.**, среди переломов другой локализации превалируют повреждения костей кисти – у 28,9% пациентов, костей стопы – у 26,9%, ключицы – у 21,8% и надколенника – у 11,7% больных. Хотя указанные переломы не влияют на общее состояние больных, они являются основными причинами препятствующее активизации пострадавшего. Отдаленные результаты лечения больных непосредственно связаны с качеством и сроками сращения таких повреждений.

Остеосинтез при переломах ключицы у исследуемых больных произведен в 27 (13,7%) случаях, когда имелось смещение отломков по длине и ширине, удержание которых невозможно в гипсе или кольце Дельбе, для фиксации отломков применялись спицы Илизарова и штифты Богданова.

Переломы надколенника у взрослых всегда сопровождается расхождением костных отломков. Естественно, закрытая репозиция и удержание их в гипсовой повязке невозможно. В таких случаях единственным правильным решением является остеосинтез синтетическими материалами или танталовой проволокой. У больных с переломами надколенника оперативное вмешательство выполнено в 82,6% случаев. Фиксация производилась лавсановой нитью и танталовой проволокой. Активная разработка сустава была возможна через 4 недели после снятия гипсовой повязки.

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 3.3.8.

Таблица 3.3.8. -Ближайшие осложнения опорно-двигательного аппарата

Название осложнений	**В зависимости от повреждений конечности**				**Итого:**	
					Абс.	**%**
	Плечо	**Предплечье**	**Бедро**	**Голень**		
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:	9	6	17	25	57	
Абс. %	15,8	10,5	29,8	43,9		

Исходя из таблицы 3.3.8., 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, произведена фасциотомия. Причинами тромбофлебитических осложнений у больных были тяжелые оскольчатые переломы костей, длительная внешняя иммобилизация конечности, а также недостаточная профилактика медикаментозного характера в остром периоде травмы.

Таким образом, 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.

Глава 4. Обсуждение полученных результатов

В настоящее время травматизм по своей медико - социальной значимости превратился в одну из актуальных проблем медицины. Это утверждение в равной степени относится и к каждому отдельно взятому региону, и ко всему миру в целом [2, 45, 53, 95, 164, 187].

На протяжении последних 10 лет проблема травматизма остается первостепенной во всем цивилизованном мире [14, 47, 51, 52, 65, 75, 163].

Из-за высокого уровня и тяжести травматизма, высокой смертности среди лиц трудоспособного возраста и серьезности социально-экономических последствий некоторые авторы выдвигают эту проблему в ряд приоритетных в государственной политике [3, 27, 36, 57, 166].

Не без основания эта проблема рассматривается Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) как «вызов современной цивилизации обществу», т.к. наблюдаемые при этом потери в несколько раз превосходят число жертв современных войн [57, 127, 147, 152, 153, 168].

Поэтому целью работы явилось оценить состояние службы и выявить причинно-следственные травмы у населения Кулябского региона Хатлонской области, разработать научно-обоснованный алгоритм эффективных мероприятий по совершенствованию работы службы в современных социально-экономических условиях.

Для выполнения поставленной цели и решения задач проводилась оценка качества травматологических служб некоторых административных районов Кулябского региона Хатлонской области Республики Таджикистан. Проводилось изучение организации уровня развития и качества оказания медицинской помощи травматологическим больным. Анализ уровня травматизма и его структура проведена среди населения следующих административных территорий: город Куляб, Кулябский, Восейский, Пархарский, Мир Сайид Али Хамадони, Муминабадский, Дангаринский, Темурмаликский, Балджуванский, Ш. Шохинский (Шуроабадский) и

Ховалингский районы Хатлонской области. Исследование проводилось за период с 2001 по 2020 годы.

Структурно-функциональная и лечебная деятельность учреждений, осуществляющих травматологическую помощь в обследуемых районах, и условия их развития оценивались по данным годовых отчетов подразделений службы, а также на основании существующих и функционирующих документации. Наряду с этим, проводилась экспертная оценка материально-технического обеспечения и профессиональных качеств сотрудников учреждений, осуществляющих травматологическую помощь согласно требованиям и условиям, разработанные и утвержденные Министерством здравоохранения СССР; Министерством здравоохранения Тадж. ССР; Правительством Республики Таджикистан; Министерством здравоохранения Республики Таджикистан; Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Для изучения мнений пациентов и оценки ими уровня оказываемой помощи методом анкетирования (2309) проведено социологическое исследование обследованных больных.

Также проводился подробный анализ полученной травмы, а именно: времени и места получения; механизма; локализации; масштаба и характера; полноты объема оказанной помощи на догоспитальном, госпитальном и профильно-клиническом этапах; срока и способа лечения; периода реабилитации.

Оценку тяжести полученной травмы и объема кровопотери проводили по шкале Альговера (1976), согласно которой определение объема кровопотери основано на отношении частоты пульса к уровню систолического АД. А оценку тяжести состояния проводили по системе «ВПХ-СП» Гуманенко Е.К. (1992) разработанной на кафедре военно-полевой хирургии Высшей медицинской Академии Санкт-Петербурга. Оценку тяжести нарушения сознания определяли и по шкале комы Глазго (Glosgow Coma Scale - GCS, 1977), согласно которой исследовали открывание глаз, речь, движения.

Всем больным проводились общеклинические и биохимические лабораторные исследования (общие анализы крови, мочи, содержание общего белка, общий билирубин и его фракции, мочевина, сахар крови, остаточный азот, АлаТ, АсаТ). Отдаленные результаты лечения переломов оценивали по Матису (2008).

Анализ некоторых показателей отражающих картину травматизма в результате дорожно-транспортных происшествий в административных территориях расположенных в Кулябском регионе, в частности расстояние от столицы республики показала, что близлежащий район (Дангаринский) расположен на расстоянии 116 км, а самый дальний (Ховалингский) на расстоянии 277 км от столицы.

В соответствии сводных данных автодорожных дорог (международного, республиканского и местного назначения) по государственному учреждению «Управление автодорожного хозяйства Кулябского региона по состоянию на 01.01.2014г.» общая протяженность автомобильных дорог исследуемых районов составляет 2426,1 км. Из общего количества дорог 390,5 км составляют дороги с асфальтобетонным, 1167,1 км с нефтерованным, 507,3 км с гравийным и 269,7 км с грунтовым покрытиями.

В регионе самым большим по занимаемой площади является Ш. Шохинский (Шуроабадский) район (2,3 тыс. км^2), а самым маленьким – Кулябский район (0,3 тыс. км^2). При этом по плотности населения (623 населения на 1 км^2) он значительно превышает другие административные территории. Из всех обследуемых районов на 01.01.2020 г. самым крупным по численности населения является Восейский район (214,1 тыс. человек), а наименьшим - Балджуванский (30,0 тыс. человек).

Из всех обследуемых районов на 01.01.2020 г. самым крупным по численности населения является Восейский район (214,1 тыс. человек), а наименьшим - Балджуванский (30,0 тыс. человек).

Анализ численности имеющегося на территории региона автомобильного транспорта свидетельствует о его ежегодном неуклонном росте. В соответствии

со справкой МРЭО ОГАИ Управления внутренних дел Хатлонской области №53 от 30.12.2020 г. количество зарегистрированных государственных и частных автомобилей находящихся в личном пользовании составляет 28861 единиц. Необходимо подчеркнуть, что из общего количества значительный удельный вес составляют автомобили с большим сроком эксплуатации, что является одним из факторов увеличения количества травматизма.

Травматологическая помощь обследуемому населению оказывается в травматологических и хирургических отделениях имеющих закреплённые койки, травматологических пунктах, травматологических и хирургических кабинетах поликлиник и в приёмных отделениях стационаров.

Общий стационарный коечный фонд Кулябского региона Хатлонской области, начиная с 2002 и по 2020 годы, насчитывал 145 коек, из числа которых 30 были в составе хирургических отделений. С 2010 года общее количество коек возросло всего лишь на 31,8%, только за счёт вновь организованных травматологических отделений ЦРБ Пархарского района (20 коек), ЦРБ Дангаринского района (10 коек) и Кулябского района (5 коек).

Амбулаторную травматологическую помощь указанный регион получает в 2 травматологических пунктах (город Куляб и Дангаринский район) и 7 травматологических кабинетах расположенных в составе ГЦЗ города Куляб и РЦЗ следующих районов: Восейский, Муминабадский, Пархарский, Мир Сайид Али Хамадони, Темурмаликский и Ховалингский. В Ш. Шохинском (Шуроабадском) и Кулябском районах, травматологическую помощь оказывают в хирургических кабинетах поликлиник. В Балджуванском районе первичная и специализированная медицинская помощь травмированных больных не оказывают вообще по причине отсутствия специалиста хирургического профиля.

Результаты исследования показывают, что в обследуемом регионе потребность во врачах травматологах составляет 32,9 штатных единиц, а согласно штатному расписанию в целом по региону выделены 43,5 ставки

врачам травматологам. Фактически кадровый потенциал насчитывает 26 специалистов, которые занимают 37,0 ставок - в среднем 1,4 ставки на 1 врача.

Укомплектованность врачами травматологами в среднем по региону в 1980 году составляла чуть больше половины (54,2%) от необходимой нормы. В последующем отмечается ежегодное нарастание вышеуказанного показателя. Однако уровень требуемых нормативных величин по настоящее время, не достигнуто (74,0%).

Полная укомплектованность отмечена только в 4-х районах (Дангаринский, Восейский, Пархарский и Мир Сайид Али Хамадони районы). Самая худшая ситуация наблюдается в Ховалингском (75%) и Муминабадском (75,0%) районах. А два района (Ш. Шохинский и Балджуванский) кадрами вообще не обеспечены (0%). Таким образом, обеспеченность врачами травматологами за последний 10 лет, в целом по региону не соответствует требуемым нормативам.

Аналогичная ситуация наблюдается во всех районах за исключением города Куляба, Кулябского, Дангаринского и Пархарского районов, в которых обеспеченность в специалистах соответствует показателям предусмотренным нормативам из расчёта 0,4 врача на 10 тыс. взрослого и 0,2 врача на 10 тыс. детского населения.

Отсутствие врача травматолога в Балджуванском районе объясняется отсутствием выделенных нормативных ставок. В то же время, в Ш. Шохинском (Шуроабадском) районе, несмотря на имеющиеся ставки врача специалиста и развернутые в составе хирургического отделения 5-ти травматологических коек, также наблюдается отсутствие врача травматолога. Это обусловлено ненадлежащим исполнением одного из 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., 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.

Анализ обеспеченности в среднем медперсоналом травматологических отделений ЛПУ Кулябского региона Хатлонской области показывают, что согласно требуемым нормативам травматологическая служба в должной мере обеспечена средним медицинским персоналом общего профиля (постовая медицинская сестра, перевязочная и процедурная).

Острую нехватку испытывает служба в медицинском персонале среднего звена специализированного профиля как: медсестра массажист (75%), анестезист (75%), гипсовочная медсестра (50%), ЛФК (25%). Следует отметить, что регион остро нуждается в таких специалистах как рентген-лаборант, которого не имеется в штате ни в одном из травматологических отделений. Худшая ситуация наблюдается в травматологических пунктах, в которых вообще отсутствует средний медицинский персонал специализированного профиля.

Результаты анализа категорийности персонала среднего звена показывают, что в 1980 году общая категорийность составляла 79,4% в основном за счет лиц, имеющих первую категорию. В последующем категорийность несколько увеличилась (на 2,2%), начиная со времен обретения государственной независимости (с 1991 вплоть до 1995г) категорийность персонала среднего звена значительно снизилась, причем в основном за счет специалистов с высшей и первой категорий (высшие 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. Далее по мере стабилизации социально-

экономического положения республики общая категорийность возрастает из года в год, составив в 2020 году 93,4%.

Одним из важнейших факторов повлиявшим на уменьшение показателя травматизма является обеспеченности оборудованием травматологической службы. Результаты исследования показывает, 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, наложения аппаратов внешней фиксации).

Необходимо, отметить, что для выполнения экстренного и неотложного остеосинтеза на опорно-двигательном аппарате в ЛПУ вышеуказанных районах 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.

Анализ динамики травматизма в указанном регионе показал, что за период исследования в целом по региону имеет волнообразный характер. Отмечается снижение динамики травматизма только в одном Ховалингском районе - 325,7 случаев на 100 тыс. населения (65%). Причиной тому послужили проведение ремонтно-восстановительных работ на дорогах. Отмечается рост травматизма

по Кулябскому региону с 2002 по 2020 годы в 2,4 раза. Незначительный рост травматизма отмечается в районе Мир Сайид Али Хамадони - 131,4 случаев (19,2%), Восейском районе - 276,6 случаев (26,6%), Ш. Шохинском районе - 74,4 случаев на 100 тыс. населения (65%).

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.

Таким образом, 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 документах 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, исполнения пунктов Концепции реформы здравоохранения и Национальной программы «Профилактика травматизма и совершенствование медицинской помощи при травмах и их последствиях в Республике Таджикистан на 2010-2015 гг.», в части осуществления подготовки врачебных и сестринских кадров для регионов по специальному заказу с последующим их направлением на работу на договоренной основе, а также внедрения механизма приёма в высшие и средние медицинские учебные заведения из регионов с низкой обеспеченностью специалистами.

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 (Шуроабадский), Ховалингский, Темурмаликский, Мир Сайид Али 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.

В структуре травматизма превалирует бытовой (77,4%). Далее следуют уличный (14,1%), спортивный (4,4%) и дорожно-транспортный (3,4%). Меньше всего отмечаются травм связанных с производством (1,7%), обусловленных практически бездействием большинство объектов промышленности.

Эффективность и качество оказания помощи травматологическим больным зависят от ряда факторов, в частности, от времени с момента получения травмы на месте происшествия до оказания квалифицированной медицинской помощи. Повышает эффективность лечения травм принцип «золотого часа», который также широко используется в реаниматологии и неотложной хирургии. Это промежуток времени с момента получения травмы до оказания первой медицинской помощи, от которого непосредственно зависит отдаленные исходы у травмированных больных. Во многих случаях травмирующие факторы способствуют развитию тяжёлого шока, внутреннего кровотечения и других витальных нарушений, где для предотвращения ожидаемых осложнений у пациентов необходимо экстренное хирургическое вмешательство. В связи с этим, 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).

Результаты исследования показывает, что основная масса травмированных (79%) попали 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). Необходимо отметить, что частичная первая неотложная медицинская помощь больным на месте происшествия и догоспитальном этапе оказана 486 (21%) пациентам.

Тяжесть повреждения у больных связана не только с наличием переломов опорно-двигательного аппарата или повреждений внутренних органов, но и со степенью нарушений целостности кожных покров и имеющихся ран. При этом необходимо также учитывать, что при наличии первично инфицированной раны конечности и туловища вероятность развития гнойно-воспалительного процесса в посттравматическом периоде достаточно высока. Первичное заживление ран конечности предопределяет сроки вертикализации и пребывания больных в стационаре.

Среди исследуемых пациентов с наличием ран превалируют раны конечностей - в 48,8% случаях, на втором месте - раны области волосистой части головы – в 26,2% случаев. По характеру раны чаще наблюдаются ушибленные – 26,8%, резаные – 20,8% и укушенные – 19,2% случаев. Наиболее проблемными и трудными ранами в плане своевременной диагностики и лечения являются колотые раны, которые наблюдались у 10,2% пострадавших.

Радикальная первичная хирургическая обработка ран является залогом благоприятного исхода в плане первичного заживления. Из общего количества больных первичная хирургическая обработка в экстренном порядке произведена у 43,6% больных с наличием ран конечностей и туловища. Критериями выполнения первичной хирургической обработки ран являлись: характер повреждений, размеры, наличие активного кровотечения, локализация травмы.

При наличии ран во всех случаях взрослым и детям старше 12 лет, независимо от характера и локализации ран, назначали столбнячный анатоксин в дозе 1 мл подкожно в область плеча и противостолбнячную сыворотку в дозе

3000 МЕ (международной единицы). Детям до 12 лет включительно вводили столбнячный анатоксин в дозе 1 мл подкожно.

Тактический подход при укушенных ран имеет свои особенности, из 102 имеющихся ран укушенного характера в 13 (12,7%) случаях произведена первичная хирургическая обработка ран, которые находились в области лица после тщательного промывания антисептическим и мыльным раствором. Независимо от возраста, всем больным с укушенными ранами введена вакцина антирабическая культуральная концентрированная очищенная (КОКАВ). Больным, которые были укушены известным животным, и за которым можно понаблюдать, вакцину вводили 1-е, 3-е, 7-е сутки, а в остальных случаях вакцинация проводилась дополнительно на 14-е, 30-е и 90-е сутки стационарно и в амбулаторных условиях.

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.

Специализированная медицинская помощь при таких случаях проводится в экстренном порядке. 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.

Сроки мобилизации и восстановления трудоспособности больных с переломами конечностей зависят от характера, локализации, времени окончательной стабилизации и способов лечения переломов. Одной из сложностей ведения больных с переломами крупных сегментов конечностей являются те осложнения, которые встречаются в остром периоде травмы (в первые 3-е суток с момента получения травмы), в частности, жировая эмболия. Причина, во-первых, связана с переломом кости, а в дальнейшем - с тактикой

неадекватной иммобилизации, неправильной транспортировкой больного, неадекватно проводимой инфузионной терапией шока, нестабильной фиксацией отломков и некорректно выбранного способа лечения перелома конечности.

Наиболее сложной задачей введения больных в посттравматическом периоде является переломы длинных костей конечностей. У исследуемых больных превалируют переломы костей голени – 28,1%, предплечья – 27%, переломы бедренной кости составляют - 24,6%. Переломы бедра и голени относятся к категории сложных переломов конечностей, с учетом шокогенности зон и объемом внутреннего кровотечения, нестабильности области перелома в плане первичной фиксации при транспортировке пострадавшего.

У исследуемых больных все переломы оценивались согласно классификации переломов AO/ASIF (1990), а для оценки открытых переломов использовали классификацию Gustilo R.B. and Anderson J.T. (1976). Соответственно, все переломы, разделили на две группы - закрытые и открытые.

У наблюдавших больных, 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. Очередность оказания квалифицированной помощи при переломах конечности зависит от тяжести повреждений, характера, локализации, а также от типа открытого перелома. Чем больше степень повреждения кожных покров, тем выше риск развития гнойно-воспалительного процесса.

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

При изолированном повреждении органов и сегментов конечности лечебная тактика ориентируется на характер и тяжесть поврежденного органа, так как общее состояние пострадавшего при поступлении, за исключением осложненного характера травмы и изолированного повреждения внутренних органов, остается в пределах средней тяжести. Когда переломы сегментов конечностей сочетаются с травмами внутренних органов черепа, груди, брюшной полости и малого таза, тактика лечения вырабатывается с учетом доминирующего повреждения, которое угрожает жизни пострадавшего. В таких ситуациях придерживаются тактики последовательного лечения, чтобы исключить развитие синдрома взаимного отягощения.

Сроки и способы остеосинтеза переломов конечностей у исследуемых больных выработаны с учетом тяжести повреждения. С целью определения тяжести повреждения у больных нами была использована шкала ISS (Injury Severity Score), предложенная Baker S.P. с соавт... (1974), которая высчитывается по сумме баллов наиболее травмированных органов в квадрате.

В зависимости от характера и локализации перелома у исследуемых больных были использованы разные способы остеосинтеза и консервативного лечения. В частности, 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, в связи

с отсутствием имплантатов и квалифицированных кадров остеосинтез не был проведен. Кроме того, данная методика была использована при тяжелых внутрисуставных переломах, у которых открытым способом сопоставлять отломки и производить их фиксацию часто удается с большими техническими трудностями. Хотя данная концепция лечения переломов в практической медицине последних лет ушла на второй план. У данной категории больных на фоне длительной иммобилизации развивается контрактура крупных суставов, а нестабильная фиксация области перелома в гипсе становится причиной несращения или ложного сустава.

Первичная хирургическая обработка ран открытых переломов и скелетное вытяжение выполнено у 6,7% пострадавших с переломами костей бедра и голени. Сроки функционирования скелетного вытяжения зависели от состояния ран и признаков консолидации между отломками.

В неотложной травматологии опорно-двигательного аппарата существенное значение имеет временный фиксатор с целью предоперационного планирования и хирургического вмешательства при свежих гематомах. Оптимальные сроки для окончательной диагностики и производства оперативного лечения переломов при свежих травмах считаются 24-48 часов, этого времени достаточно для обследования больного и подготовки имплантата. Больше всего в хирургическом вмешательстве нуждаются переломы области, мало защищённые мягкими тканями. При открытых повреждениях костей хирургическую обработку необходимо произвести впервые 6-8 часов. За это время бактериальное загрязнение не успевает перерасти на инфекционный процесс.

При тяжелых открытых повреждениях опорно-двигательного аппарата, а также при множественных и сочетанных травмах, тактика хирургического лечения строится на принципе damagecontrol (1990), предусматривая выполнение вмешательства, не усугубляющего тяжести первичной травмы.

Учитывая репаративную особенность детского возраста, возможности закрытой репозиции отломков под общей анестезии и удержания в гипсовой

повязке при чрезмыщелковых переломах плеча, метафизарной локализации в области голени и предплечья, после репозиции рекомендуется чрескожная фиксация спицами. 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 способствует 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 являются 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 способствует улучшению качества жизни пациентов и ускоряет 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 дает стабильность в области перелома, устраняет периферический очаг импульсации и ускоряет процесс регенерации.

Разработка и внедрение способа интрамедуллярного остеосинтеза блокирующим штифтом со стороны страсбургских хирургов I. Kempfи A. Grosse (1985), считается прорывом в плане лечения переломов длинных костей конечности у травматологических больных и основано на концепции динамического поведения «кость-имплантат», которое создает не только стабильность области перелома, но и устраняет ротационные движения, смещение по длине и ширине кости, способствует формированию костной мозоли непосредственно при участии костной ткани, а интрамедуллярный гвоздь регулирует 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 заключается в том, что вертикализация больных возможно уже на 3-4-е сутки после операции. Умеренную нагрузку на поврежденные конечности рекомендуют с первой недели с момента операции. А при оснащенности медицинского учреждения электрооптическим преобразователем остеосинтез может проводиться без дополнительного разреза в области перелома.

Сроки социальной и трудовой реинтеграции пострадавших с травмой зависят не только от срока сращения переломов крупных сегментов и качества проведенной операции, но и от своевременной диагностики и качества лечения переломов костей другой локализации. В остром периоде при доминировании повреждений других органов, указанные переломы своевременно не

диагностируются, больные предъявляют жалобы спустя неделю с момента травмы, когда стихают клинические проявления доминирующих органов.

Результаты исследования показали, что среди переломов другой локализации превалируют повреждения костей кисти – у 28,9% пациентов, костей стопы – у 26,9%, ключицы – у 21,8% и надколенника – у 11,7% больных. Хотя указанные переломы не влияют на общее состояние больных, они являются основными причинами препятствующие активизации пострадавшего.

Остеосинтез при переломах ключицы у исследуемых больных произведен в 27 (13,7%) случаях, когда консервативное лечение неэффективно, для фиксации отломков применялись спицы Илизарова и штифты Богданова. У больных с переломами надколенника оперативное вмешательство выполнено в 82,6% случаев. Фиксация производилась лавсановой нитью и танталовой проволокой. Активная разработка сустава была возможна через 4 недели после снятия гипсовой повязки.

Критериями эффективности лечения больных с травмой является процент осложнений, которые наблюдаются в остром и отдаленном посттравматическом периоде.

У исследуемых больных, 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, произведена фасциотомия.

Причинами тромбофлебитических осложнений у больных были тяжелые оскольчатые переломы костей, длительная внешняя иммобилизация конечности, а также недостаточная профилактика медикаментозного характера в остром периоде травмы.

Таким образом, 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. 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 и лечения травм и ортопедических заболеваний.

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.

3. Основными недостатками в организации и управлении службы травматологической помощи населению Кулябского региона Хатлонской области являлись:

а) 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.»;

б) неадекватное финансирование (полная зависимость службы от частных платежей, восполняющих дефицит финансирования);

в) отсутствие планирования, низкое качество подготовки и управления кадровыми ресурсами;

г) отсутствие политики подготовки кадров по последовательному устранению географического дисбаланса;

д) отсутствие межсекторальное сотрудничество.

1. Выявлено отсутствие в Концепции и Программе по развитию скорой медицинской помощи (СМП) специального раздела, посвященного оптимизации оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях. Проведение психологических тренингов во время пребывания в стационаре с лицами, пострадавшими в ДТП с учетом обстоятельств инцидента и характера полученных травм.

2. На основе полученных результатов выявлена низкая доступность специализированной медицинской помощи населению,для совершенствования алгоритма службы травматологической помощи Кулябского региона Хатлонской области необходимы мероприятия, направленные на изменение структуры службы и её финансирования, с поиском социально - приемлемых и экономически – рациональных форм привлечения средств населения с

улучшением материально-технического обеспечения и качества подготовки и переподготовки кадров с разработкой новых квалифицированных характеристик врача специалиста –травматолога. Анкетирование пациентов и родственников пострадавших и больных показало наибольшее недовольство лекарственным обеспечением и частные соплатежи.

3. 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 документах 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, исполнения пунктов Концепции реформы здравоохранения и Национальной программы «Профилактика травматизма и совершенствование медицинской помощи при травмах и их последствиях в Республике Таджикистан на 2010-2015 гг.», в части осуществления подготовки врачебных и сестринских кадров для регионов по специальному заказу с последующим их направлением на работу на договоренной основе, а также внедрение механизма приёма в высшие и средние медицинские учебные заведения из регионов с низкой обеспеченностью специалистами.

4. Прогноз болезни, ближайшие и отдаленные результаты лечения повреждений опорно-двигательного аппарата и качество оказания стандартизированной помощи травматолого - ортопедическим больным в современных социально - экономических условиях показал зависимость от времени с момента получения травмы и до начала оказания первой медицинской помощи, оперативной доставки пострадавшего, уровня подготовки участников конфликта на месте происшествия, медицинского персонала первичного звена, степени оснащенности и квалификации медицинского персонала в составе бригады скорой помощи, а также от

функционирования специализированного отделения для травмированных больных, оснащенных современной техникой и позволяющих оказать, соответствующее консервативное и хирургическое лечение, что в Кулябском регионе Хатлонской области сведены до минимума.

Рекомендации по практическому использованию результатов.

1. Устранить дефицит линейных бригад скорой медицинской помощи на постоянной основе, проводить повышение квалификации врачей - травматологов, ортопедов и хирургов по вопросам касающиеся политравмы, подготовить для каждого региона врача реаниматора по вопросам травматологии.

2. Организация межрайонных травматолого - ортопедических стационаров, а в областных центрах и крупных городах создание реабилитационных центров.

3. Рекомендовать органам исполнительной власти в сфере охраны здоровья граждан – при отсутствии возможности финансирования сокращение государственных обязательств.

4. 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.

5. Шире внедрять новые стационарозамещающие технологии и малоинвазивные инновационные (высокотехнологичные) методы лечения травм и ортопедических заболеваний.

6. Составить и активизировать внедрение протоколов обследования и лечения больных с ортопедо - травматологической патологией и их осложнений по всей территории республики, добиться снижения частоты послеоперационных осложнений (в 3-4 раза) и летальности.

7. С целью рационального использования коечного фонда травматолого - ортопедической службы ужесточить требования к обоснованной госпитализации.

8. Организовать работу медицинских советов во всех ЛПУ имеющих травматолого - ортопедические отделения в соответствии с Положением о медицинских советах по экспертизе отдаленных результатов лечения ортопедо - травматологических больных. При составлении сметы расходов предусмотреть возможность выделения финансовых средств на её деятельность.

9. При появлении возможности во всех регионах при больницах открыть отделения множественной и сочетанной травмы с разной мощностью.

Список литературы

1. Абакумов, В.И. Опыт применения современных методов хирургического лечения в центре травматолого - ортопедии / В.И. Абакумов, В.В. Новолинский, А.А. Назаретский // Сборник трудов III-го съезда врачей железнодорожного транспорта России. Часть II. Ростов на Дону. - 2013. – С. 47-48.
2. Агаджанян, В.В. К вопросу о тактике лечения больных с политравмой. Приглашение к дискуссии / В.В. Агаджанян, А.А. Пронских // Политравма. – М.: 2010. - № 1. - С. 5-8.
3. Андреева, Т.М. Травматизм, ортопедическая заболеваемость, состояние травматолого-ортопедической помощи населению России в 2014 году / Т. М. Андреева, Е.В. Огрызко, М.М. Попова. - М.: ФГБУ ЦИТО им. Н.Н. Приорова, 2015. - 131 с.
4. Ахмедов, Ш.М. Особенности остеосинтеза осложненного перелома плечевой кости / Ш.М. Ахмедов, К.Х. Сироджов, М.Р. Миралиев, А.Т.Рахимов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - Душанбе. - 2014. - №4. – С. 13 - 132.

5. Багдасарьянц, В.Г. Особенности оказания поэтапной помощи пострадавшим с сочетанной травмой таза в условиях травмоцентров / В.Г. Багдасарьянц // Скорая медицинская помощь. М.: - 2010. - Т. 11, № 2. - С. 76-78.
6. Басс, М.Д. Политравма в дорожно-транспортных происшествиях / М.Д. Басс, М.К. Бобылев, Д.В. Коршунов // Успехи современного естествознания. – 2011. - № 8. – С. 92.
7. Беленький, И.Г. Современное состояние проблемы хирургического лечения пострадавших с переломами дистального отдела бедренной кости / И.Г. Беленький, Г.Д. Сергеев // Современные проблемы науки и образования. - 2014. - № 4. - С. 330.
8. Биомеханические показатели функционального состояния конечностей после лечения аппаратом Илизарова множественных переломов сегментов нижних конечностей / Д.В. Долганов, Т.И. Долганова, И.И. Мартель [и др.]// Политравма. - 2013. - № 4. - С. 17-22.
9. Бирюков, Е.В., Биомеханические параметры движений больных коксартрозом / Е.В. Бирюков, В.В. Гурьев, Р.А. Прокопенко, А.А. Флоров // Сборник трудов III-го съезда врачей железнодорожного транспорта России. Часть I. Ростов на Дону. - 2013. - С. 122-123.
10. Бойко, А.А. Научное обоснование совершенствования работы службы скорой медицинской помощи в крупном городе на догоспитальном этапе: автореф. дисс. ... д-ра мед.наук: 14.00.33/ Бойко Алексей Александрович. - СПб.: Изд-во НИИХ СПб ГУ, 2007. - 33 с.
11. Борозда, И.В. Пути совершенствования чрескостного остеосинтеза при лечении пострадавших с нестабильными повреждениями таза / И.В. Борозда // Дальневосточный медицинский журнал. – 2008. – Хабаровск. – №4. – С. 42-45.
12. Боровков, В.Н. Дорожно-транспортный травматизм как комплексная медико-социальная проблема потерь здоровья населения России / В.Н.

Боровков, В.Г. Семенова, А.А. Хрупалов, Г.В. Сорокин, Н.В. Боровков // "Травматология и ортопедия России". М.: 2011. №3. - С. 101-108.

13. Витюк, И.И. Внутривенная регионарная анестезия при операциях на дистальных отделах верхний конечности / И.И. Витюк, И.А. Володин, Э.М. Николаенко // Сборник трудов III-го съезда врачей железнодорожного транспорта России. Часть I. Ростов на Дону. 2013. - С. 172-173.
14. Возможности реконструктивных вмешательств при тяжелых повреждениях конечностей /У.А. Курбанов с соавт… и др. // Здравоохранение Таджикистана. - Душанбе. - 2009. -№1. – С. 59-60.
15. Всемирная организация здравоохранения, - 2009. - С. 142-145.
16. Габибулаев, Ф.А. Частота и структура обращаемости населения за скорой и неотложной помощью / Ф.А. Габибулаев // Здравоохранение Российской Федерации. – 2012. - №1. - С. 39-41.
17. Гаибов, А.Г. Условия перехода к социальной модели инвалидности и особенности реабилитации лиц с ограниченными возможностями в Республике Таджикистан / А.Г. Гаибов, Н.Б. Лукьянов, М.М. Рузиев, А.С. Абдурахимов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения.- 2017. - № 3. - С. 11-15.
18. Гейдешман, Е.С. Клинический опыт эндопротизирования тазобедренного сустава / Е.С. Гейдешман, А.А. Болдырев, Р.В. Поляков, В.Ю. Бунцев // Сборник трудов III-го съезда врачей железнодорожного транспорта России. Часть I. Ростов на Дону. -2013. - С. 201-203.
19. Герасименко, С.И. Результаты лечения диафизарных переломов костей нижних конечностей у пациентов с политравмой с применением блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза / С.И. Герасименко, Б.П. Байчук // Вюник ортопеди, травматологи та протезування. - 2013. - № 1 (76). - С. 5-7.
20. Гринь, А.А. Малоинвазивная хирургия тяжелых моносегментарных и множественных переломов позвоночника / А.А. Гринь, С.К. Ошепков, М.А. Некрасов, А.К. Кайков // Сибирский международный

нейрохирургический форум: сборник науч. материалов, г. Новосибирск, 2012 / под ред. Кривошапкина. - Новосибирск. Дизайн науки. – 2012. - С.105

21. Грищенко, В.М. Оценка изменений лейкоцитарного индекса интоксикации при различных видах анестезии при тотальном эндопротезировании тазобедренного сустава / В.М. Грищенко, Е.А. Фильберт, М.М. Тайлашев, П.И. Усов, А.Ф. Привалихин // Сборник трудов III-го съезда врачей железнодорожного транспорта России. Часть I. Ростов на Дону. 2013. - С. 220 - 221.
22. Губайдуллин, М.И. Медико - социальная оценка случаев с благоприятными исходами дорожно-транспортных травм на госпитальном этапе / М.И. Губайдуллин, С.И. Зарков // Современные проблемы науки и образования. - 2012. - № 1. - С. 67.
23. Дмитриев, О.А. Малоинвазивный остеосинтез закрытых переломов пяточной кости: дис. … канд. мед.наук: 14.01.15 / Дмитриев Олег Андреевич. – М., 2015. – 105 с.
24. Ермилов, А.Н. Роль остеотомии проксимального отдела бедренной кости при начальной стадии посттравматического коксартроза / А.Н.Ермилов, В.В. Гурьев, Е.Д. Склянчук, Р.М. Лавырев, А.Г. Стамбулян, А.А. Тетерский, А.Б. Яровиков, С.И. Ивкин // Сборник трудов III-го съезда врачей железнодорожного транспорта России. Часть I. Ростов на Дону. 2013. - С. 285-287.
25. Здоровье жителей Курганской области и деятельность учреждений здравоохранения в 2009 году: (стат. материал) / Гл. упр. здравоохранения Курган, обл., Мед. информ.-аналит. центр. Курган, - 2010. - 94 с.
26. Зайцева, У.И. Медико-социальная характеристика лиц с политравмой / У.И. Зайцева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2010. - № 1. - С. 27-30.
27. Зырянов, С.Я. Оперативное устранение деформации стопы аппаратом Илизарова / С.Я. Зырянов, С.Н. Одинцов, С.С. Зырянов // Сборник трудов

III-го съезда врачей железнодорожного транспорта России. Часть I. Ростов на Дону. 2013. - С. 324-325.

28. Иванов, Д.В. Интрамедуллярный стержень нового типа для остеосинтеза диафизарных переломов бедра / Д.В. Иванов, А.П. Барабаш, Ю.А. Барабаш // Российский журнал биомеханики. - 2015. - Т. 19, № 1. - С. 52-64.
29. Интеграция критериев степени тяжести политравмы с международной классификацией болезней / В.В. Агаджанян, С.А. Кравцов, И.А. Железнякова [и др.] // Политравма. -2014. -№ 1. - С. 6-14.
30. Интрамедуллярный остеосинтез штифтами с блокированием у больных с политравмой / Я.Х. Гилев и др. // Политравма. - 2009. - № 1. - С. 53-57.
31. Информационное обеспечение статистики травматизма в зарубежных странах / С.П. Миронов, Т.М. Андреев, Е.П. Какорина, Е.В. Огрызко // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. - 2013. - № 4. - С. 3-8.
32. Использование системы контроля тяжести повреждений у больных с сочетанной травмой / В.А. Неверов и др. // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. М.: - 2008. - Т. 167. - № 4. - С. 43-47.
33. Каленский, В.О. Способы лечения посттравматических дефектов длинных костей конечностей / В.О. Каленский, Г.А. Иванов // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова. - 2013. - № 3. - С. 81-87.
34. Камилова Г.И., Основные факторы, обусловливающие первичную инвалидность населения Республики Таджикистан / Г.И. Камилова, Н.С. Ашурова, А.В. Чудинов, М.Г. Гаибова // Вестник Авиценны. - 2015. - № 3 (64).- С. 102-106.
35. Карасев, А.Г. Чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова в системе лечения больных с множественными переломами бедра и голени: автореф. дис. … д-ра мед.наук: 14.00.22 / Карасев Анатолий Григорьевич. – Курган, 2007. – 66 с.
36. Качество медицинской помощи как основа снижения и профилактики детского травматизма в Курской области [Электронный ресурс] / Гордова

// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2015. - №4. - С. 25-28. - Режим доступа: https://rucont.ru/efd/401722 Автор: Гордова.

37. Клинико-психологические особенности у больных, перенесших политравму, осложненную инфицированием мочевыводящих путей / В.В. Донсков и др.// Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. М.: - 2009. - № 5. - С. 36-37.
38. Ключевский, В.В. Хирургия повреждений / В.В. Ключевский. – ГЭОТАР - Медиа Россия, 2013. - 880 с.
39. Ключевский, В.В. Внутренней остеосинтез при лечении открытых переломов бедренной кости / В.В. Ключевский, С.М. Сметанин, И.Н. Соловьев, М.А. Худойбергенов, С.К. Шакола // Травматология и ортопедия России", М.: 2010, №4 (58). - С. 66-69.
40. Ключевые моменты оказания медицинской помощи при политравме на догоспитальном этапе в результате дорожно-транспортных происшествий / А.Н. Волошенюк, В.Н. Тарасевич, В.И. Пукита, С.В. Филинов // Военная медицина. - 2011. -№3(20). - С. 36-39.
41. Коррекция анемии при множественных и сочетанных повреждениях опорно-двигательной системы / Б.Ш. Минасов и др. // Международная юбилейная научно-практическая конференция, посвященная 200-летию со дня рождения Н.И. Пирогова. «Современные повреждения и их лечение». - М. 2010, с. 136-137.
42. Коршняк, В.Н. Современные технологии замещения хрящевых дефектов суставных поверхности коленного сустава в Центре травматологии и ортопедии / В.Ю. Коршняк, А.А. Осипов, Р.В. Прянишникова, А.Г. Рыков // Сборник трудов III-го съезда врачей железнодорожного транспорта России. Часть I. Ростов на Дону. 2013. - С. 420-422.

43. Кораблев, В.Н. Система показателей оценки эффективности медицинской помощи в здравоохранении / В.Н. Кораблев, Е.Л. Дементьева // Дальневосточный медицинский журнал. - 2014. - № 4. - С.94–98.
44. Кораблев В.Н. Оценка результативности и эффективности системы здравоохранения и медицинских организаций. Хабаровск: Изд-во Дальневост. гос. мед.ун-та, 2015. - 236 с.
45. Котельников, Г.П. Новый алгоритм противошокового лечения пострадавших с политравмой / Г.П. Котельников, И.Г. Труханова, А.Ю. Шабанова // Казанский медицинский журнал. - 2015. - Т. 96, - №2. - С. 150-157.
46. Крылов, В.В. Видеоэндоскопическая хирургия повреждений и заболеваний грудного и поясничного отделов позвоночника / под ред. В.В. Крылова. – М.: Принт – Студио, 2012. – 152 с.
47. Лечение открытых переломов голени / В.В. Ключевский, И.Н. Соловьёв, И.И. Литвинов, А.А. Тимушев // Врач-аспирант. - 2015. - Т.68. - № 1.1. - С. 199-203.
48. Лечение больных с переломами костей конечностей и таза, осложненных хроническим остеомиелитом, на основе новой биомеханической классификации переломов / И.М. Пичхадзе // – М., - 2009. - 45 с.
49. Лечение нестабильных повреждений таза на реанимационном этапе у пострадавших с политравмой / В.А. Соколов и др. // Политравма. М.: - 2011. - № 2. - С. 30-35.
50. Литвина, Е.А. Экстренная стабилизация переломов костей таза у больных с политравмой / Е.А. Литвина // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. - 2014. - № 1. - С. 19-25.
51. Литвина, Е.А. Современное хирургическое лечение множественных и сочетанных переломов костей конечностей и таза: автореф. дис. … д-ра мед.наук: - М., 2010. – 38 с.

52. Лозовик, И.П. Клинико-биомеханические особенности оперативного лечения открытых диафизарных переломов голени: дис. … канд. мед.наук: 14.01.15 / Лозовик Илья Петрович. – Саратов, 2015. – 161 с.
53. Лядова, М.В. Медико-экспертная оценка качества оказания экстренной помощи пострадавшим с повреждениями опорно-двигательного аппарата в условиях мегаполиса: дис. … д-ра мед.наук: 14.01.15; 14.03.05 / Лядова Мария Васильевна. – М., 2015. – 311с.
54. Макаров, С.В. Перспективы оказания медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста при ампутациях нижних конечностей / С.В. Макаров, А.В. Жарков, А.Н. Ткаченко // Сборник трудов III-го съезда врачей железнодорожного транспорта России. Часть II. Ростов на Дону. 2013. - С. 41-43.
55. Макаревич, С.В. Комплексное обследование больных и тактика внутренней стабилизации при стенозах и деформациях поясничного отдела позвоночника / С.В. Макаревич, И.Р. Воронович. А.Н. Мазуренко и др. //Материалы науч.– практ. конференции. – Минск. - 2014. – С. 75-76.
56. Матвеев, Р.П. Организационные аспекты оказания медицинской помощи пострадавшим с дорожно-транспортной политравмой: обзор литературы / Р.П. Матвеев, С.А. Гудков, С.В. Брагина // Медицина катастроф. - 2015. - № 4 (92). -С. 45-48.
57. Методические рекомендации по профилактике травматизма на занятиях физической культурой и спортом в общеобразовательных организациях российской федерации [Электронный ресурс] / Юридический журнал директора школы. - 2016. - №5. - С. 52-55. - Режим доступа: https://rucont. ru/efd/612592.
58. Методические рекомендации по профилактике травматизма на занятиях физической культурой и спортом в общеобразовательных организациях российской федерации [Электронный ресурс] / Официальные документы в образовании. - 2016. - №3 (575). - С. 14-21. - Режим доступа: https://rucont. ru efd/395573.

59. Медицинская транспортировка пострадавших с политравмой / А.В. Шаталин // Политравма. - 2008. - № 1. - С. 24-31.
60. Медико-социальная экспертиза: организация и технологии / Н.К. Гусева и др. // Н.Новгород: НГМА, - 2007. - 136 с.
61. Минимально инвазивный остеосинтез переломов бедра на высоте развития посттравматической жировой эмболии / А.В. Скороглядов, В.И. Максименко, Е.А. Литвина [и др.] // Российский медицинский журнал. - 2004. - № 1. - С. 30.
62. Моделирование процессов в материальных средах, основанное на новых физических принципах действия на примере стимуляции репаративного остеогенеза / Г.П. Котельников, В.А. Сойфер, С.В. Ардатов [и др.] // Теория. Практика. Инновации. - 2016. - № 4 (4). - С. 62-59.
63. Моторина И.Г. Сочетанное применение низкочастной магнитотерапии, «ХИВАМАТ-ТЕРАПИИ» и соли «МЕРТВОЕ МОРЕ» в комплексной программе лечения иммобилизационных контрактур / И.Г. Моторина, М.М. Тайлашев, А.А. Клямко, П.П. Салатин, К.А. Нестеренко, А.А. Очиров // Сборник трудов III-го съезда врачей железнодорожного транспорта России. Часть II. Ростов на Дону. - 2013. – С. 111-112.
64. Муминзода, Б.Г. Научное обоснование деятельности службы скорой медицинской помощи в системе оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе и перспектива её развития в условиях реформирования сектора отрасли здравоохранения Республики Таджикистан: дис. … д-ра мед.наук: 14.02.03 / Муминзода Бободжон Гафор. – Душанбе, 2020. - 398 с.
65. Назаров, Х.Н. Роль остеосинтеза методом Илизарова при сочетанных и множественных травмах нижних конечностей / Х.Н. Назаров, С.А. Линник, // научно-практический журнал Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров. - Душанбе. - 2014. – С. 41-46.
66. Назаров, Х.Н. Применение закрытого блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза (БИОС) при переломах длинных костей конечностей и

перспективы его развития / Х.Н. Назаров, М.М. Раджабзода, Ф.Н. Назаров, М.А. Каюмов, Р.Р. Мирзоев, И.Х. Назаров // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - Душанбе. - 2020. – С. 87-88.

67. Назаров, Х.Н. Состояние иммунитета при лечении хронического остеомиелита у больных с сочетанными и множественными травмами нижних конечностей при применении дерината / Х.Н. Назаров, С.А. Линник, Р.Р. Мирзоев, И.Х. Назаров, Д.С. Мусоев // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - Душанбе. - 2020. – С. 88-89.
68. Назаров, Х.Н. Проблемы оказания первой медицинской помощи при политравме в ходе дорожно-транспортных происшествий / Х.Н. Назаров, Ф.Н. Назаров // Вестник Таджикского национального университета. Серия естественных наук. - 2014. - № 1-1 (126). - С. 233-237.
69. Национальная программа «Профилактика травматизма и совершенствование медицинской помощи при травмах и их последствиях в Республике Таджикистан на 2010 – 2015 годы» / Н.Ф. Салимов, С.Б. Рахмонов, А.А. Раззаков, О.И. Бобоходжаев, К.Х. Сироджов // «Маориф ва Фарханг». Душанбе. – 2011. - С. 51.
70. Никулин, А.И. Опыт применения лечения болевого синдрома методом «Внутритканевой электросимуляции» у пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата / А.И. Никулин, Т.В. Летуновская // Сборник трудов III-го съезда врачей железнодорожного транспорта России. Часть I. Ростов на Дону. 2013. - С. 474 - 475.
71. Новосел, Н.И. Использование оптимальных комплексных индивидуальных программ в реабилитации больных после тотального эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов / Н.И. Новосел, К.С. Каримов, И.Б. Куций, Т.Б. Копылова, Е.А. Белозерская, Е.В. Фуфлыгина // Сборник трудов III-го съезда врачей железнодорожного транспорта России. Часть II. Ростов на Дону. - 2013. - С. 137-139.

72. Оказание экстренной медицинской помощи пациентам с травмой таза в условиях многопрофильного стационара / С.В. Донченко, В.Э. Дубров, Л.Ю. Слиняков, А.Ф. Лебедев // Кафедра травматологии и ортопедии. - 2015. - № 1. -С. 27-28.
73. Опыт лечения множественных переломов длинных трубчатых костей верхних конечностей у детей / Я.М. Яхъяев с соавт… // Детская хирургия. М.: - 2009. - № 2. - С. 10-12.
74. Организация травматологической помощи в экстремальных условиях: учебное пособие / А.К. Чертков, И.А. Обухов, А.В. Баженов, Г.В. Дерюжов, В.В. Гагиев, С.М. Рошаль, Е.Н. Панченко. – Екатеринбург: УГМУ, 2017. – 29 с.
75. Особенности первичной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации в 2005 г. / Л.П. Гришина и др. // Медико-соц. экспертиза и реабилитация. - 2007. - № 1. - С. 22-25.
76. Оценка транспортабельности у пациентов с политравмой при межгоспитальной транспортировке / В.В. Агаджанян и др. // Скорая медицинская помощь. - 2011. - № 2. - С. 20-25.
77. Панов, А. Медико - социальная экспертиза / А. Панов // Фармацевт, вед. - 2008. - № 5. - Доступ из СПС «КонсультантПлюс».
78. Пивень, Д. В. Планирование и оценка - результатов деятельности в сфере здравоохранения / Д.В. Пивень, П.Е. Дудин, А.Е. Агапитов // Здравоохранение. 2006. - №7. - С. 13-19.
79. Пивень, Д.В. О задачах регионального и муниципального здравоохранения в связи с реализацией приоритетного национального проекта «Здоровье» и оценке его эффективности / Д.В. Пивень, К.А. Виноградов // Менеджер здравоохранения. 2007. - № 4. - С. 14-27.
80. Пиров, Т.А. Диагностика и лечение сочетанной травмы с нарушением функции мочевого пузыря / автореф дисс. … канд. мед наук: 14.01.17, 14.01.23 /Пиров Точидин Абдуллоевич. – Душанбе, - 2010. – 29с.

81. Пичхадзе, И.М. Экспериментальное исследование фиксационных возможностей некоторых конструкций для остеосинтеза таза / И.М. Пичхадзе, Ч.С. Доржиев, К.А. Кузьменков, А.В. Жадин, А.В. Цискрашвили, Л.М. Данелия, С.И. Лазуренко, Г.Р. Реквава // Материалы международной Пироговской научно-практической конференции «Остеосинтез и протезирование». – М., 2008. – С. 148.
82. Плотников, И.А. Лечение переломов дистального отдела бедренной кости при политравме / И.А. Плотников, А.В. Бондаренко, А.М. Родионов // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2013. -№1. – С. 38-44.
83. Плотников, И.А. Профилактика и лечение осложнений блокируемого интрамедуллярного остеосинтеза переломов бедра у пациентов с политравмой: дис. … канд. мед.наук: 14.01.15 /Плотников Иван Алексеевич. – Новосибирск, 2014. – 180 с.
84. Погружной остеосинтез при нестабильных повреждениях тазового кольца у пострадавших с политравмой / В.А. Соколов и др. // Вестник травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова. М.: - 2009. - № 3. - С. 74-79.
85. Попова, Л.А. Сроки временной нетрудоспособности и структура первичной инвалидности от травм опорно-двигательной системы в период реформирования системы здравоохранения / Л.А. Попова, Т.П. Волосатова // Современные методы лечения больных с травмами и их осложнениями: материалы Всерос. науч.-практ. конф., 22-23 марта 2006 г. Курган, - 2006. - С. 321-323.
86. Попова, Л.А. Изучение качества травматолого- ортопедической помощи пострадавшим в ДТП методом анкетирования / Л.А. Попова, Е.В. Серкова // Актуальные проблемы службы медицины катастроф: материалы науч.-практ. конф. - Омск, - 2007. - С. 52-53.
87. Постановление Правительства Республики Таджикистан от 03 мая 2010 г. №224 «Об утверждении Национальной программы «Профилактика

травматизма и совершенствование медицинской помощи при травмах и их последствиях в Республике Таджикистан на 2010 – 2015 годы» Душанбе. «Маориф ва Фарханг». – 2011. - С. - 26.

88. Постановление Правительства Республики Таджикистан от 30 марта 2013 года №146 «О порядке экспертизы временной нетрудоспособности граждан в лечебно-профилактических учреждениях». Издательство «Офсет Империя». –Душанбе. -2013г. - С. 208.
89. Применение тактики многоэтапного лечения ("damage control") в военно-полевой хирургии / И.М. Самохвалов и др. // Военно-медицинский журнал. - 2011. - Т. 332, № 9. - С. 30-36.
90. Применение противошокового костюма, каштан в контексте оказание помощи при политравме на до госпитальном и раннем госпитальном этапе / А.А. Некрасов с соавт… // Бюллетень Восточно – Сибирского научного центра СО РАМН , - 2011. - №4-1. - С.316-319.
91. Принципы лечения и особенности воспалительной реакции больных с двусторонними переломами длинных костей нижних конечностей в составе политравмы / А.В. Скороглядов, А.П. Ратьев, К.А. Егиазарян, О.А. Собалоджу // Хирургическая практика. - 2016. - № 1. - С. 11-17.
92. Проблемы оказания медицинской помощи в догоспитальном периоде пострадавшим с политравмой / Л.В. Борисенко и др. // Медицина катастроф. М.: - 2009. - № 1. – С. 16-19.
93. Протоколы диагностики и лечения пострадавших с изолированными механическими повреждениями и политравмой на этапах медицинской эвакуации: руководство / В.В. Ключевский, А.А. Дегтярёв, А.В. Баранов [и др.]. - Ярославль, 2017.
94. Прянишников, Р.В. Препараты гиалуроновой кислоты в комплексном лечении артроза крупных суставов у работников Ж/Д транспорта / Р.В. Прянишников, А.Г. Рыков, В.Ю. Коршняк, А.Л. Осипов // Сборник трудов III-го съезда врачей железнодорожного транспорта России. Часть II. Ростов на Дону. 2013. - С. 202-204.

95. Рабиев, Х.Х. Преимущества первичной артропластики тазобедренного сустава при травматических повреждениях проксимального конца бедренной кости / Х.Х. Рабиев, Б.Г. Махмадалиев, К.Х. Сироджов, А.Х. Бегов, М.С. Сироджзода // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - Душанбе. - 2020. – С. 91- 93.
96. Раззоков, А.А. Сравнительный анализ результатов лечения травм и ортопедической патологии при различных формах организации медицинской помощи в стационаре / А.А. Раззоков, Н.Ф. Салимов, А.М. Наимов // Здравоохранение Таджикистана. - 2015. - № 3. - С. 61-68.
97. Руководство по внутреннему остеосинтезу / М.Е. Мюллер, М. Алльговер, Р. Шнейдер, Х. Виллингер. – М.: MegaCoder, 3-е издание. 2013. – 779 с.
98. Саблин, А.М. Современные технологии восстановительного лечения и реабилитации больных с заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани в санатории «Жемчужина Зауралья» / А.М. Саблин // Сборник трудов III-го съезда врачей железнодорожного транспорта России. Часть II. Ростов на Дону. 2013. - С. 231-232.
99. Савилов, А.М. Выбор хирургической тактики лечения при сочетанных повреждениях / А.М. Савилов, Р.М. Кабардаев // Бюллетень медицинских интернет-конференций. М.: - 2011. - Т.1, №1. – 81с.
100. Салимов, Н.Ф. Профилактика дорожно-транспортного травматизма в Таджикистане / Н.Ф. Салимов, А.А. Раззаков // Вестник Авиценны. Душанбе, - 2013. - № 1 (54). - С. 54-59.
101. Салимов, Н.Ф. Медико-социальные аспекты травматизма и пути совершенствования системы оказания медицинской помощи / Н.Ф. Салимов, А.А. Раззоков // Здравоохранение Таджикистана. - 2013. - № 3. - С. 44-49.
102. Салимов, Н.Ф. Современные подходы к комплексному лечению политравм / Н.Ф. Салимов, А.А. Раззоков // Здравоохранение Таджикистана. - 2013. - № 3. - С. 49 - 56.

103. Салимов, Н.Ф. Динамика ключевых показателей травматизма в Таджикистане / Н.Ф. Салимов, А.А. Раззоков // Здравоохранение Таджикистана. - 2015. - № 1. - С. 117 - 123.
104. Салимов, Н.Ф. Результаты реализации национальной программы «Профилактика травматизма и совершенствование медицинской помощи при травмах и их последствиях в Республике Таджикистан на 2010-2015 годы» / Н.Ф. Салимов, А.А. Раззоков // Здравоохранение Таджикистана. - 2015. - № 1. - С. 124 - 133.
105. Салимов, Н.Ф. Динамика показателей детского травматизма в Таджикистане / Н.Ф. Салимов, А.А. Раззоков // Здравоохранение Таджикистана. - 2015. - № 3. - С. 55 - 61.
106. Салимзода, Н.Ф. Клинические направления совершенствования национальной системы организации медицинской помощи при травмах и ортопедических заболеваниях /Н.Ф. Салимзода //Вестник Авиценны– Душанбе. -2016. - № 2 (67). - С.113-118.
107. Салимов, Н.Ф. (Салимзода Н.Ф.) Влияние внедрения современных технологий и новых механизмов финансирования на показатели ресурсного обеспечения травматолого - ортопедической службы. /Н.Ф. Салимов, А.А. Раззоков //Вестник Авиценны, - 2015. - №1 (62). – С. 128 – 135.
108. Салимов, Н.Ф. (Салимзода Н.Ф.). Сравнительный анализ результатов лечения травм и ортопедической патологии при различных формах организации медицинской помощи в стационаре /А.А. Раззоков, Н.Ф. Салимов, А.М. Наимов //Здравоохранение Таджикистана. – 2015. - №3 (326). – С. 61-68.
109. Сафронов, К.Э. Доступность в логистике общественного транспорта для маломобильных групп населения / К.Э. Сафронов // Социально-экономические проблемы развития и функционирования транспортных систем городов и зон их влияния: материалы XXII Международной науч. -

практ. конф./ науч. ред. С.А. Ваксман. – Екатеринбург: УрГЭУ, 2016. – С. 328–336.

110. Серкова, Е.В. Медико-социальные аспекты травматизма и пути совершенствования системы оказания медицинской помощи пострадавшим с переломами костей конечностей (Комплексное социально-эпидемиологическое исследование на примере Курганской области): дис. … канд. мед.наук: 14.02.03 / Серкова Елена Васильевна. - Екатеринбург, 2011. – 197 с.
111. Сироджов, К.Х. Влияние органных дисфункций на исход острого периода у больных с политравмой / К.Х. Сироджов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - Душанбе. - 2014. - №3. – С. 32 - 38.
112. Сироджов, К.Х. Преимущества стержневого остеосинтеза у больных с сочетанными и множественными переломами опорно-двигательного аппарата / К.Х. Сироджов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - Душанбе. - 2014. - №3. – С. 38 - 43.
113. Сироджов, К.Х. Результаты лечения больных на основе ортопедического damage control / К.Х. Сироджов, А.Т. Рахимов, М.Р. Миралиев // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - Душанбе. - 2014. - №1. – С. 38 - 42.
114. Сироджов, К.Х. Влияние малоинвазивного остеосинтеза на течение травматической болезни у больных сочетанной травмой / К.Х. Сироджов, А.Х. Сафаров, С.С. Гафарзода, М.Ю. Хасанов, Б.Г.Махмадалиев // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - Душанбе. - 2020. – С. 109 - 110.
115. Сироджов, К.Х. Преимущества пластины с угловой стабильностью при остеосинтезе дистального отдела бедра у больных с полифрактурой / К.Х. Сироджов, Д.И. Холов, Г.Ф. Махмадалиев, Х.Х. Рабиев // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - Душанбе. - 2020. – С. 110 - 111.

116. Сироджов, К.Х. Оптимизация диагностики и лечения больных с политравмой. / К.Х. Сироджов, А.Т. Рахимов // Практическая медицина. - Казань, - 2014. - №2 (78). - С. 136-138.
117. Сироджов, К.Х. Структура сочетанной травмы скелета в Республике Таджикистан / К.Х.Сироджов, К.К.Каримов, Ш.М.Ахмедов, Б.О.Ашуров // Практическая медицина. – Казань, - 2013. - №2. - С. 165-168.
118. Сироджов, К.Х. Оптимизация диагностики и лечения острого периода сочетанной черепно-мозговой травмы / К.Х.Сироджов, Ш.М.Ахмедов, Б.О.Ашуров // Здравоохранение Таджикистана. - 2013. - № 2. - С. 54-58.
119. Сироджов, К.Х. Особенности течения повреждений голени у больных с политравмой и оптимизация ее лечения / К.Х.Сироджов, М.Р. Миралиев, Ш.А. Исупов // Здравоохранение Таджикистана. - 2014. - № 4. - С. 44-51.
120. Сироджов, К.Х. Оптимизированный подход к лечению переломов с учетом нарушений некоторых аспектов липидного спектра у больных с сочетанной черепно-мозговой травмой. / К.Х. Сироджов, Д.И. Холов, А.Т.Рахимов, Ш.М.Ахмедов, А.Х.Сафаров // Уральский медицинский журнал. - Екатеринбург, - 2016. - №05. - С. 90-95.
121. Склянчук, Е.Д. Реваскуляризирующая остеотомия бедра и особенности восстановительного лечения при начальной стадии прогрессирующего коксартроза / Е.Д. Склянчук, В.В. Гурьев, Р.М. Лавырев, А.Г. Стамбулян, А.А. Тетерский, А.В. Яровников, С.И. Ивкин, А.М. Ермилов // Сборник трудов III-го съезда врачей железнодорожного транспорта России. Часть II. Ростов на Дону. - 2013. - С. 278-280.
122. Совершенствование организации медицинской помощи и методов костной пластики /А.А. Раззоков, Н.Ф. Салимзода, Ф.А. Разоков, Дж.Б. Ансори, Х.К. Хисомов – Душанбе: «Маориф». - 2016. - 178 с.
123. Солоп, Н.А. Производственный травматизм, его причины и меры по снижению производственные травм / Н.А. Солоп // Научные труды SWorld. - 2013. -Т. 2, № 3. - С. 75-82.

124. Тайлашев, М.М. Результаты эндопротезирования тазобедренного сустава / М.М. Тайлашев, П.П. Салатин, К.А. Нестеренко, А.А. Очиров // Сборник трудов III-го съезда врачей железнодорожного транспорта России. Часть II. Ростов на Дону. - 2013. - С. 225-226.
125. Татарников, М.А. Основные этапы и перспективы реформирования российского здравоохранения / М.А. Татарников // Главврач. - 2006. -№12. - С. 29-39.
126. Терминология по общественному здоровью и здравоохранению / Нац. НИИ обществ, здоровья РАМН; под науч. рук. О.П. Щепина. М., - 2006. - 38 с.
127. Тимофеев, В.В. Внутренний минимально-инвазивный остеосинтез переломов длинных трубчатых костей нижних конечностей у детей при политравме: дис. … канд. мед.наук: 14.01.15 / Тимофеев Валерий Владимирович. 2017. – 151 с.
128. Тищук, Е.А. Некоторые проблемы организации здравоохранения / Е.А.Тищук // Менеджер здравоохранения. - 2006. - № 8. - С. 52-56.
129. Травматология и ортопедия XXI века: сб. тез.докл. VIII съезда травматологов-ортопедов России. Самара, - 2006. Т.1. - С. 98-99.
130. Травматология и ортопедия: руководство для врачей в 4-х т. / ред. Н.В.Корнилов, Э.Г.Грязнухин. - СПб.: Гиппократ, 2006. - Т. 4 : Травмы и заболевания таза, груди, позвоночника, головы. Кровопотеря в ортопедической хирургии. ДКТ в травматологии и ортопедии. Принципы экспериментальных исследований. - 623 с.
131. Травматология. Национальное руководство: учебное пособие для системы послевузовского проф. образования врачей / К.Г. Абалмасов и др. М.: ГЭОТАР-МЕДИА, - 2008. - 803 с.
132. Травматизм, ортопедическая заболеваемость, состояние травматолого-ортопедической помощи населению России: Справочник Центр научно.-исслед. ин-та им. Н.Н.Приорова. М.: 2009. - 74 с.

133. Травматолого-ортопедическая служба региона: проблемы и задачи / И.А. Норкин [и др.] // Здравоохранение Рос. Федерации. – 2014. - №4. – С. 12-17.
134. Углеродные нано - структурные имплантаты - инновационный продукт для травматологии и ортопедии. Часть I: результаты экспериментальные исследований / С.П. Миронов, В.И. Шевцов, НА. Кононович [и др.] // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. - 2015. - № 3. - С. 46-53.
135. Урунбоев, Д.У. Система внеочагового остеосинтеза: возможности и перспективы при лечении переломов костей конечности в начальных периодах травматической болезни / Д.У. Урунбаев, Р.Р. Пиров, Ф.А. Разоков, К.Х. Сироджов // Вестник Авиценны. – 2008. - № 1. – С. 83-86.
136. Успешное лечение множественных переломов нижних конечностей при политравме / В.П. Айвазян и др. // Политравма. - 2010. - № 3. - С. 66-70.
137. Федеральные клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике остеопороза/ С.С. Родионова, Г.А. Мельниченко, Ж.Е. Белая [и др.] // Проблемы эндокринологии. - 2017. - Т. 63, № 6. - С. 392-426.
138. Хаджибаев, А.М. Состояние дорожно-транспортного травматизма в Республике Узбекистан и организация оказания скорой медицинской помощи пострадавшим / А.М. Хаджибаев, Э.Ю. Валиев // II Московский международный конгресс травматологов и ортопедов «Повреждения при дорожно-транспортных происшествиях и их последствия: нерешённые вопросы, ошибки и осложнения М.: 24-25 май 2011 г. - С. 24-27.
139. Халмуратов, А. М. Оказание первой помощи при травмах и неотложных состояниях - важнейший фактор предотвращения преждевременной смертности в России / А.М. Халмуратов, Л.И. Дежурный, Б.Ц. Ганжурова // Менеджер здравоохранения. - 2008. -№ 2. - С. 25-28.
140. Хирургическое лечение больных с посттравматическими дефектами мягких тканей голени при множественных и сочетанных повреждениях / М.Ю. Ханин и др. // Практическая медицина. Казань. - 2011. - С. 115-121.

141. Христенко, И.В. Основные причины, утяжеляющие течение травматических субарахноидальных кровоизлияний / И.В. Христенко, С.И. Бурим, В.А. Федоров // Сборник трудов III-го съезда врачей железнодорожного транспорта России. Часть II. Ростов на Дону. - 2013. - С. 412-413.
142. Хубутия, М.Ш. Основные причины летальности у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой в отделении реанимации / М.Ш. Хубутия, А.К. Шабанов // Скорая медицинская помощь. М.: - 2010. - Т. 11, № 3. - С. 64-69.
143. Шамсов, Х.А. Комплексная терапия при сочетанных травмах с нарушением функций конечностей / Х.А. Шамсов // Здравоохранение Таджикистана. - 2015. - № 1. - С. 79 - 81.
144. Шапкин, Ю.Г. Хирургическая тактика при политравме с повреждениями опорно-двигательного аппарата / Ю.Г. Шапкин, П.А. Селиверстов, Е.В. Ефимов // Политравма. - 2014. - № 4. - С. 82-88.
145. Шаталин, А.В. Медицинская транспортировка пострадавших с политравмой / А.В. Шаталин, В.В. Агаджанян, С.А. Кравцов // Политравма. - 2008. - № 1. - С. 24-31.
146. Шевцов, В.И. Задачи травматолого-ортопедической службы при реализации национального проекта в сфере здравоохранения / В.И. Шевцов, Е.В. Серкова // Приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения: материалы науч.-практ. конф. травматологов-ортопедов ХМАО-Югры. Сургут, - 2007. - С. 27-28.
147. Шевцов, В.И. Травматизм и состояние травматолого - ортопедической службы в Уральском федеральном округе за 2006-2008 гг. / В.И. Шевцов, Е.В. Серкова // II съезд травматологов-ортопедов УрФО: материалы. Курган, - 2008. - С. 7-8.
148. Шейман, И.М. Интеграция усилий медицинских организаций при оказании пациентам медицинской помощи: мнение врачей / И.М. Шейман, В.И.

Шевский, А.Р. Ахметзянов, И.В. Зарочинцева // Здравоохранение. – 2013. - №6. –С. 42-59.

149. Шукуров, Э.М. Современные аспекты лечения больные с множественными переломами костей нижних конечностей (обзор литературы) / Э.М. Шукуров // Гений ортопедии. - 2014. - № 3. - С. 89 - 93.
150. Юргель, Н.В. Оценка мнений пациентов - важнейший компонент мониторинга эффективности программ лекарственного обеспечения / Н.В. Юргель, М.Ю. Хабриев // Здравоохранение. - 2006. № 2. - С. 27-33.
151. Яхихажиев, С.К. Анализ факторов, влияющих на развитие гнойно-воспалительных осложнений при открытых переломах костей конечностей в чрезвычайных ситуациях / С.К. Яхихажиев, Б.П. Кудрявцев, Л.М. Яковенко // Медицина катастроф. М.: - 2011. - № 4. - С. 15-17.
152. A double-blind, randomized controlled trial of the prevention of clinically important venous thromboembolism after isolated lower leg fractures / R. Selby, W.H.Geerts, H.J.Kreder [et al] // J. Orthop. Trauma. - 2015. - Vol. 29, № 5. - P. 224-30.
153. Animal models to assess the local and systemic effects of nailing: review of the literature and considerations for future studies / F. Hildebrand, H. Andruszkow, B.M. Barkatali [et al.] // J. Trauma Acute Care Surg. - 2014. - Vol. 76, № 6. - P. 1495-506.
154. Are bilateral tibial shaft fractures associated with an increased risk for adverse outcome? / P. Lichte, C. Weber, R.M. Sellei [et al] // Injure. - 2014. - Vol. 45, № 12. -P. 1985-89.
155. Associations between bone mineral density, grip strength, and lead body burden in older men /N. Khalil, K.A. Faulkner, S.L. Greenspan [et al.] //J. Am. Geriat. Soc. - 2014.-Vol. 62, № l.-P. 141-6.
156. Baein, E.G. Application of damage control concept in severe limbs fractures combining with multiple trauma / E.G. Baein, H.B. Jin, M. Li // Zhongguo Gushang. - 2015.-Vol. 28, №9.-P. 811-4.

157. Clarke D. Law, regulation and strategizing for health [Electronic resource] // WHO. Strategizing national health in the 21st century: a handbook. 2016. Chapter 10. 56 p. URL: http://apps.who.int/iris/ bitstream/handle/10665/ 250221/9789241549745-chapter10-eng.pdf.sequence=1 (date of application: 12.11.2018).
158. Control of presacral hemorrhage after penetrating trauma: a new technigue /J.H. Dunn et al. // J. Trauma Injury Infect. Crit. Care. – 2007. – Vol. 63, N 1. – P. 197-201.
159. Ebraheim N.A. Mini-external fixation of two- and three-part proximal humnaers fractures / N.A. Ebraheim., V. Patil., A. Husain // Acta Orthop. Belg. – 2007. – Vol. 73, № 4. – P. 437-442.
160. Hubbe U. Image guided percutaneous transpediculars screw fication of the thoracic spine A clinical evaluation. Acta Neurochirurgica, 2011, No. 151, pp. 545-549.
161. Investigation on the distal screw of a trochanteric intramedullare implant (Fi-nail) using a simplified finite element model / N. Efstathopoulos, V.S. Nikolaou, F.N. Xepnitos [et al.] // Injure. - 2010. - Vol. 41, № 3. - P. 259-265.
162. Joece, M.F. Acute trauma and multiple injuries in the elderly population / M.F. Joece, A. Gupta, R.J. Azocar // Curr. Opin. Anaesthesiol. - 2015. - Vol. 28, № 2. - P. 145-50.
163. Leg hammock for closed reduction of tibial shaft fractures / C. Watkins, D. Todd, S. Jamieson, A. Mansour // Orthopedics. - 2015. - Vol. 38, № 2. - P. 113-6.
164. Lier H., Krep H., Schochl H. Coagulation management in the treatment of multiple trauma. // Anaesthesist. 2009. V. 58. (10). P. 1010-1026.
165. Liberman M., Roudsari B. S. Prehospital trauma care: what do we really know? // Curr. Opin. Crit. Care. 2007. Vol. 13, No 6. P. 691-696.
166. Machold W. Interdisciplinary cooperation in emergency room management // Radiologe. 2008. Bd. 48, H. 5. S. 442-447.

167. Mahaisavariya B. Musculoskeletal trauma service in Thailand // Clin. Orthop. Relat. Res. 2008. No 466. P. 2323-2328.
168. Mitkovic M., Bumbasirevic M., Golubovic Z. et al. New biological method of internal fixation of the femur/ Acta Chir. Iugosl. 2005; 52(2): P. 113-116.
169. Mock C., Cherian M. N. The global burden of musculoskeletal injuries: challenges and solutions // Clin. Orthop. Relat. Res. 2008. No 466. P. 23062316.
170. Modern concepts of transport in multiple trauma: a narrative review / M.R. Zarei, K.K. Earandi, M.R. Rasouli, V. Rahimi-Movaghar // Chine J. Traumatol. - 2013. -Vol. 16, №3. - P. 169-75.
171. Naique S.B., Pearse M., Nanchahal J. Management of severe open tibial fractures: the need for combined orthopaedic and plastic surgical treatment in specialist centres// J. Bone Joint Surg. Br. 2006 Mar; 88(3): P. 351-357.
172. Novel intramedullary fixation technique for long bone fragility fractures using bioresorbable materials [Electronic Resource] / T. Nishizuka, T. Kurahashi, T. Hara [et al.] // PLoS one. - 2014. - Vol. 9, № 8. - P. el04603.
173. Open versus percutaneous stabilization of thoracolumbar spine fractures: a short-term functional and radiological follow-up / M. Pishnamaz, S. Oikonomidis, M. Knobe [et al.] // Acta Chir. Orthop. Traumatol. Cech. - 2015. - Vol. 82, № 4. - P. 274
174. Outcomes of trauma patients after transfer to a level I trauma center // F. P. Rivara et al. // J. Trauma. 2008. Vol. 64, No 6. P. 1594-1599.
175. Pape H.C. Effects of changing strategies of fracture fixation on immunologic changes and systemic complications after multiple trauma: damage control orthopedic surgery. // J. Orthop. Res. 2008. Vol. 26, № 11. P. 78-84.
176. Pavelka T. et al. - Acta Chir. Orthop. Traumatol. Cech, 2009, v. 76, № 1, pp. 15-19.
177. Perioperative inflammatory response in major fracture: do geriatric patients behave differently? / M. Thaeter, M. Knobe, M. Vande Kerckhove [et al.] // Eur. J. Trauma Emerg. Surg. - 2016. - Vol. 42, № 5. - P. 547-551.

178. Plating of acute humeral diaphyseal fractures through an anterior approach in multiple trauma patients / J.D. Idoine 3rd. [et al.] // J. Orthop. Trauma. – 2012. – Vol. 26, № 1. – P. 9-18.
179. Resuscitation before stabilization of femoral fractures limits acute respiratory distress syndrome in patients with multiple traumatic injuries despite low use of damage control orthopedics / R.V. O'Toole [et al.] // J. Trauma-Injury Infect. Crit. Care. – 2009. – Vol. 67, № 5. – P. 1013-21.
180. Retrograde intramedullary nails with distal screws locked to the nail have higher fatigue strength than locking plates in the treatment of supracondelar femoral fractures: A cadaver-based laboratory investigation / M. Pekmezci, E. McDonald, J. Bucklee, U. Kandemir // Bone Joint J. - 2014. - Vol. 96-B, № 1. - P. 114-21.
181. Rotationally stable screw-anchor with locked trochanteric stabilizing plate versus proximal femoral nail antirotation in the treatment of AO/OTA 31 A2.2 fracture: a biomechanical evaluation / M. Knobe, P. Nagel, K.J. Maier [et al.] // J. Orthop. Trauma. - 2016. - Vol. 30, № 1. - P. el2-8.
182. Ruchholtz S., Kiihne C. A., Siebert H. Trauma network of the German Association of Trauma Surgery (DGU). Establishment, organization, and quality assurance of a regional trauma network of the DGU // Unfallchirurg. 2007. Bd. 110, H. 4. S. 373-379.
183. Satisfaction of search in multitrauma patients: severity of detected fractures / K.S. Berbaum et al. // Acad. Radiol. – 2007. – Vol. 14, N 6. – P. 711-722.
184. Simmel S. Surviving multiple trauma--what comes next? The rehabilitation of seriously injured patients / S. Simmel, V. Buhren // Unfallchirurg. – 2009. – Bd. 112, № 11. – P. 965-974.
185. Standards of external fixation in prolonged applications to allow safe conversion to definitive extremity surgery:the Aachen algorithm for acute ex fix conversion / K. Horst, H. Andruszkow, C. Weber [et al.] // Injure. - 2015. - Vol. 46, Suppl. 3. - P. S13-8.

186. Svenson J. Trauma systems and timing of patient transfer: are we improving? // Am. J. Emerg. Med. 2008. Vol. 26, No 4. P. 465-458.
187. Tiansheng S. et al. - J. Trauma-Injury Infect. Crit. Care, 2009, v. 67, № 6, pp. 14-17.
188. Treatment of hardware infection after osteosynthesis of lower leg using negative pressure wound therapy and transforming powder dressing / M. Marinovic, A. Ivandcic, J. Spanjol [et al.] // Coll. Antropol. - 2014. - Vol. 38, № 4. - P. 1233-6.
189. Use of the Ilizarov apparatus to improve alignment in proximal humeral fractures treated initially by a unilateral external fixator / S.A. Dhar et al. // Strateg. Trauma Limb. Reconstr. – 2008. – Vol. 3, № 3. – P. 119-122.
190. Vukasinovic Z., Spasovski D., Zivkovic Z. Musculoskeletal trauma services in Serbia // Clin. Orthop. Relat. Res. 2008. No 466. P. 2337-2342.
191. Vukasinovic Z. et al., 2008 Case-clinical studies on the applicator of external fixator in the open tibia and fibula fractured patients with multiple trauma /C.Q. Wang et al. // Zhongguo Gushang. – 2008. – Vol. 21, № 6. – P. 417
192. Vural E., McLaughlin N., Nogue W.R., Suva L.J. Comparison of biomechanical properties of alloderm and enduragen as a static facial biomaterials// Laryngoscope 2006 Mar; 116(3): P. 394-396.
193. Wang H.J., Chou T.D., Tsou .TL et al. The application of new biosynthetic artificial skin for long-term temporary wound coverage// Burns 2005 Dec; 31(8): P. 991-997.
194. Wilhelmi, M. Coagulation management in multiple trauma / M. Wilhelmi // Unfallchirurg. - 2014. - Vol. 117, № 2. - P. 94.
195. Women with severe obesity and relatively low bone mineral density have increased fracture risk / S. Cawsee, R. Padwal, A.M. Sharma [et al.] // Osteopor. Int. - 2015, -Vol. 26, № l. -P. 103.

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.

Статьи и тезисы в сборниках конференции

[1-А] Миралиев М.Р. Пути совершенствования оценки эффективности и управления общественным здоровьем в Республике Таджикистан / А.Г. Гаибов, Н.Б. Лукьянов, К.Д. Пулотов // Материалы научно-практической конференции «Развитие межсекторального сотрудничества – основа профилактики инвалидности» - Куляб. - 2013. - С. 19 - 29.

[2-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.

[3-А] Миралиев М.Р. Рушди соњаи тандурустї дар давраи истиќлолияти Љумњурии Тољикистон / Маводи конференсияи байналмилалї бахшида ба муносибати 20-солагии Сарќонуни Љумњурии Тољикистон «Мушкилоти татбиќи технологияњои информатсионї дар соњаи тибби муосир» - Кўлоб. - 2014. - С. 4-9.

[4-А] Миралиев М.Р. Истифодаи технологияњои муосир дар ташхиси бемориљои саратонї / Д.Р. Атоев, Л.С. Рустамова, Н.М. Холматов // Маводи конференсияи байналмилалї бахшида ба муносибати 20-солагии Сарќонуни Љумњурии Тољикистон «Мушкилоти татбиќи технологияњои информатсионї дар соњаи тибби муосир» - Кўлоб. - 2014. - С. 12 - 14.

[5-А] Миралиев М.Р. Применение инновационной и дистанционной технологии в улучшении выявлении МТ+больных и повышении квалификации специаллистов / Р.Джумаев, У.Сироджидинова, М.Турсунова // Маводи клонференсияи байналмилалї бахшида ба муносибати 20-солагии Сарќонуни Љумњурии Тољикистон «Мушкилоти татбиќи технологияњои информатсионї дар соњаи тибби муосир» - Кўлоб. - 2014. - С. 14-15.

[6-А] Раљабзода М.М. Рушди соњаи тандурустии шањру нохияњои минтаќаи Кўлоб / С. Баротљонов // Материалы научно-практической конференции травматологов и ортопедов Хатлонской области с международным участием «Актуальные вопросы травматологии – ортопедии и хирургии повреждений» - Куляб. - 2016. - С. 8 - 12.

[7-А] Рачабзода М.М. Диагностика и лечение переломов костей голени на уровне дистального эпиметафиза и их последствий / С. Баротчонов, 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.

[8-А] Рачабзода М.М. Консервативное и оперативное лечение переломов дистального отдела плеча / С. Баротчонов, 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.

[9-А] Раджабзода М.М. Оценка организации и деятельности травматологи - ческой 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.

[10-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.

[11-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.

[12-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.

[13-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.

[14-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.