

[Medical and social aspects of the development of placental insufficiency in pregnant women in modern conditions of Tajikistan]. *Dzurnal akusherstva i zhenskikh bolezney - Journal of obstetrics and women's diseases*, 2015, No. 6, pp. 26-30.

3. Oripova Sh.N. Ul'trazvukovaya diagnostika placenarnoy nedostatochnosti u zhenshin s insulinorezistentnost'yu [Ultrasound diagnostics of placental insufficiency of women with insulin resistance]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdavoohraneniya – Herald of the institute of postgraduate education in health sphere*, 2020, No. 1, pp. 69-74.

4. Pulodzoda F.P. Gormonalnaya funktsiya platsenty i oslozhneniya gestatsii u yunikh be-remennykh [Hormonal function of the placenta and complications of gestation in young pregnant women]. *Modar va kudak - Journal of Mother and Child*, 2020, No. 4, pp. 46-48.

5. Rustamova M.S. Korrektsiya insulinorezistentnosti u zhenshin s giperplasticheskimi processami reproduktivnykh organov [Correction of insulin resistance in women with hyperplastic processes of reproductive organs]. *Vestnik Akademii medicinskih nauk Tadjikistana – Bulletin of the Academy of medical sciences of Tajikistan*, 2017, No. 4 (24), pp. 62-65.

6. Trishkina A.G. Informativnost opredeleniya platsentarnogo laktogena i svobodnogo estriola dlya diagnostiki khronicheskoy platsentarnoy nedostatochnosti [Informativeness of the determination of placental lactogen and free estriol for the diagnosis of chronic placental insufficiency]. *Akusherstva i zhenskikh bolezney - Journal of obstetrics and women's diseases*, 2011, Vol. 60, No. 2, pp. 63-64.

ХУЛОСА

Ш.Н. Орипова
ХУСУСИЯТҲОИ ФУНКСИЯИ ГОР-
МОНАЛИИ ПЛАСЕНТА ДАР ЗАНОНИ
МУҚОВИМАТИ ИНСУЛИН

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои функсияи гормоналии пласента дар занони муқовимати инсулин.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Барои омӯзиши функсияи гормоналии пласента занони муқовимати инсулин, 86 зани ҳомиладор омӯхта шуд, ки дар семоҳаи сеюми ҳомиладорӣ аз рӯи индекси муқовимати инсулин (индекси НОМА) ва сатҳи гормонҳо дар хун муайян карда шуданд. Гурӯҳи I-ӯм (асосӣ) аз 30 зани ҳомиладор бо омилҳои хавфи диабети қанд бо ИМИ аз 2,84 боло иборат буд. Ба гурӯҳи II 26 зан дохил шуданд, аммо ИМИ аз 2,84 камтар аст. Гурӯҳи III (назорат) - 30 нафар занони солимиро дарбар мегирад.

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокима. Ҳангоми муқовимати инсулин, сатҳи миёнаи гормонҳо ба монанди прогестерон, лактогени пласенталӣ, эстрадиол коҳиш меёбад, ки ин чараёни номусоиди ҳомиладорӣ ва натиҷаҳои перинаталиро дар камбудӣ ба монанди норасоии пласенталӣ нишон медиҳад.

Хулоса. Омӯзиши рушди норасоии пласенталӣ дар зери таъсири омилҳои гуногуни хавф имкон медиҳад, ки сари вақт пешгирӣ ва табобати ин патология, ки натиҷаҳои перинаталиро дар занони муқовимати инсулин беҳтар мекунад муайян кардан мумкин аст. IR ба эҳтиёҷоти метабوليкии ҳомила мусоидат мекунад ва натиҷаи гардиши гормонҳои пласенталӣ мебошад.

Калимаҳои асосӣ: ҳомиладорӣ, норасоии пласенталӣ, прогестерон, эстриол, эстрадиол, муқовимати инсулин.

УДК: 616-001

doi: 10.52888/0514-2515-2022-353-2-83-88

М.М. Раджабзода

СОВРЕМЕННОЕ ВЕДЕНИЕ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАНОЙ ТРАВМЫ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОЙ ПРОИСШЕСТВИИ.

*Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров
Хатлонская областная клиническая больница имени Б.Вохидова города Бохтар, Таджикистан.*

М.М. Раджабзода - врач травматолог ортопед, начальник управления здравоохранения и социальной защиты населения Хатлонской области Тел: (+992) 988525959. E mail: dr.rajabzoda@mail.ru

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и оказания до и госпитальной медицинской помощи пострадавшим с сочетанной и множественной травмой при ДТП.

Материал и методы исследования. На основании проведенного анализа результатов диагностики и лечения установлено, что в отделение травматологии и ортопедии областной клинической больницы им. Б. Вохидова города Бокhtar (б. Курган – Тюбе) за период 2012 - 2020 гг. находились 2120 больных с травмами. 1234 (58,2%) пострадавших получили травму в результате ДТП.

Результаты исследования и их обсуждение. Догоспитальная помощь пострадавшим с сочетанной и множественной травмой:

1) обезболивание путем применения ненаркотических и наркотических анальгетиков, асептические повязки на раны;

2) иммобилизирующее положение пострадавшего на щите и носилках для транспортировки;

3) введение сердечных и дыхательных analeптиков (строфантин, коргликон, кордиамин);

4) инфузионная терапия при признаках острой кровопотери или травматического шока;

5) быстрая транспортировка в ближайший стационар.

Госпитальная помощь: Срочные операции проводятся в течении 2–6 часов специалистами профильных служб. Отсроченные операции выполняются по стабилизации состояния пациента на 10–14 суток. Последние 10 лет мы при переломах длинных костей конечностей в основном применяем закрытый остеосинтез блокирующим стержнями фирмой Scht – Польша.

Заключение. Таким образом, при оказании неотложной помощи пациентам с сочетанной и множественной травмой на фоне ДТП представляется оправданным следующее.

1. Постоянно осуществлять обучение сотрудников ГАИ, водителей пассажирского автотранспорта методам оказания ПМП непосредственно на месте происшествия.

2. Усилить кадровый и материально – технический потенциал районных больниц, расположенных на автомагистрали.

3. Совершенствование диагностических и лечебных алгоритмов, подготовка кадров, регулярное обсуждение тактических установок их возможная коррекция.

Ключевые слова: Политравма, дорожно-транспортное происшествие (ДТП), дорожно-транспортный травматизм (ДТТ).

М.М. Rajabzoda

CONSEQUENCES OF ROAD TRANSPORTATION ACCIDENTS, THEIR STANDARD GROWTH, MODERN MANAGEMENT AND TACTICS OF TREATMENT OF VICTIMS.

Tajik Institute of Postgraduate Training of Medical Personnel

Khatlon Regional Clinical Hospital named after B.Vokhidov, Bokhtar city, Tajikistan.

ММ. Rajabzoda - orthopedic traumatologist, head of the health and social protection department of the Khatlon region Tel: (+992) 988525959. E mail: dr.rajabzoda@mail.ru

Aim. Improvement of the results of diagnostics and provision of pre- and hospital medical care to victims with concomitant and multiple trauma in road accidents.

Material and research methods. Based on the analysis of the results of diagnosis and treatment, it was found that the Department of Traumatology and Orthopedics of the Regional Clinical Hospital named after B. Vohidov of the city of Bokhtar (former Kurgan-Tyube) for the period 2012 - 2020. there were 2120 patients with injuries. 1234 (58.2%) victims were injured as a result of road accidents.

Research results and their discussion. Prehospital care for victims with concomitant and multiple trauma:

1) Pain relief through the use of non-narcotic and narcotic analgesics, aseptic dressings on wounds;

2) Immobilizing position of the victim on the shield and stretcher for transportation;

3) Introduction of cardiac and respiratory analeptics (strophanthin, korglikon, cordiamine);

Conclusion. Thus, in the provision of emergency care to patients with concomitant and multiple trauma on the background of road traffic accidents, the following seems justified.

1. Constantly train traffic police officers, drivers of passenger vehicles in the methods of providing first aid directly at the scene of the accident.

2. Strengthen the personnel and material - technical potential of regional hospitals located on the highway.

3. Improvement of diagnostic and treatment algorithms, training, regular discussion of tactical guidelines their possible correction.

Key words: polytrauma, road traffic accident (RTA), road traffic injuries (RTA).

Актуальность. Тяжелая дорожно-транспортная травма является «убийцей №1» в цивилизованном сообществе, так как от травм погибает преимущественно наиболее молодая и трудоспособная часть населения (2, 14). По данным ВОЗ, от ДТП ежегодно в мире погибает 1,5 млн человек и около 70 млн получают травмы, в Российской Федерации погибает более 45 000. Ежедневно в мире от травм в ДТП погибает более 4000 человек, в Российской Федерации - около 100 (3.14). Смертность от травм 20-летнего человека с учетом его трудоспособного потенциала и возможностей демографического воспроизводства не соответствует смерти 85-летнего (9). Например, гибель 20-летней женщины в автокатастрофе приравнивается к смерти 50 человек, если средняя продолжительность жизни в стране составляет 70 лет (2,9). Актуальность травматизма для общества заключается и в том, что последствия травм, в отличие от онкологических и сердечно – сосудистых заболеваний, в принципе можно предотвратить (2).

В 1886 году был изобретен первый в мире автомобиль, и уже через 10 лет произошло первое дорожно-транспортное происшествие (ДТП) - наезд на пешехода, а в 1899 году в результате ДТП - погиб человек. С этого времени число ДТП постоянно увеличивается [1].

Согласно статистике, больше половины всех травм – это травмы, полученные в дорожно-транспортных происшествиях. Уровень летальности напрямую связан с качеством оказания первой медицинской помощи и удаленности трассы от ближайшего лечебного учреждения, а также от уровня лечебного учреждения. На трассе, при совершении ДТП, жизнь потерпевших с тяжелыми травмами, иногда – с травмами средней степени тяжести зависит от сроков оказания первой помощи и госпитализации в стационар, где раненым будет оказана квалифицированная помощь. Борьба с дорожно-транспортным травматизмом и его последствиями – один из наиболее острых проблем современности [1, 13].

Среди различных видов травматизма исключительное положение в силу распространенности, четко выраженной тенденции к росту тяжести последствий и в первую очередь по количеству смертельных исходов занимает травматизм при ДТП. Эта проблема является актуальной в связи с нарастанием ее частоты, тяжести травмы, увеличением летальности и постоянной инвалидности выживших пациентов [6, 10].

Одной из главных причин неудовлетворительных исходов травмы при ДТП является несвоевременное и недостаточно полное оказание ПМП. Можно привести сотни примеров, когда неправильная транспортировка и неоказание первой медицинской помощи пострадавшим привели к различным осложнениям: большой кровопотери из раны, вторичные повреждение крупных сосудов и нервов острыми концами костных отломков, усиление болей из-за нефиксированной поврежденной конечности и тем самым прогрессирование травматического шока [4,5,6].

По данным литературы, при оказании помощи в течение первых девяти минут удается спасти жизнь 90% пострадавших с тяжелыми травмами, а через 18 минут - только 15%. Более 50% детей, поступивших в поздние сроки, имели осложнения в дальнейшем. А 30% всех пострадавших - будущие инвалиды [10].

Несмотря на многочисленные разработки последних лет, направленных на совершенствование диагностики и лечения пострадавших с сочетанной и множественной травмой, все еще остается целый ряд нерешенных проблем. Сочетанная и множественная травма является актуальной проблемой вследствие ежегодного увеличения, как ее частоты, так и тяжести, последнее связано с высоко кинетической травмирующей силой в результате ДТП. При травмах усугубление тяжести состояния больных зачастую связано с трудностями диагностики и соответственно неоказания должной помощи пострадавшим на догоспитальном этапе.

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и оказания до и госпитальной медицинской помощи пострадавшим с сочетанной и множественной травмой при ДТП.

Материал и методы исследования. На основании проведенного анализа результатов диагностики и лечения установлено, что в отделение травматологии и ортопедии областной клинической больницы им. Б. Вохидов города Бохтар (б. Курган – Тюбе) за период 2012 - 2020 гг. находились 2120 больных с травмами. Из них 1234 (58,2%) пострадавших получили травму в результате ДТП. У 706 (33,3%) из них травма носила сочетанный и множественный характер. При анализе оказания догоспитальной помощи установлено, что 1048 (49,4%) пациентов поступили в клинику самотеком, без оказания догоспитальной помощи. Всего 210 (10%) пострадавших доставлены по линии скорой медицинской помощи, из них лишь у 26 (12,3%) больных диагностированы сочетанные и

множественные травмы нижних конечностей и оказана помощь на этапах медицинской эвакуации.

Результаты исследования и их обсуждение.

Для диагностики и оказания необходимой догоспитальной помощи пострадавшим с сочетанной и множественной травмой мы предлагаем медицинскому персоналу догоспитального этапа особое внимание уделить правильной оценке тяжести состояния пострадавшего. Догоспитальная помощь пострадавшим с сочетанной и множественной травмой:

- 1) обезболивание путем применения ненаркотических и наркотических анальгетиков, асептические повязки на раны;
- 2) иммобилизующее положение пострадавшего на щите и носилках для транспортировки;
- 3) введение сердечных и дыхательных analeптиков (строфантин, коргликон, кордиамин);
- 4) инфузионная терапия при признаках острой кровопотери или травматического шока;
- 5) быстрая транспортировка в ближайший стационар.

Нами накоплен некоторый опыт организации и тактики. Врач, принимающий больного на основании первичного осмотра, осуществляет первичную сортировку по одному из трех вариантов:

Вариант 1. Срочная транспортировка в операционную. Показания: – наружное кровотечение при наличии ран в проекции крупных сосудов, отчленение и размождение конечностей, симптомы массивной кровопотери при внутреннем кровотечении, раны груди опасной локализации и признаки тампонады сердца.

Одновременно привлекаются профильные специалисты для проведения этапов оперативного лечения.

Вариант 2. Транспортировка в реанимационный зал. Показание: низкий и неустойчивые показатели гемодинамики и внешнего дыхания, отсутствие сознания.

Диагностический процесс осуществляется по принципу «общего зала», консилиумом врачей. При сочетанной травме определяется объем основных и дополнительных диагностических мероприятий. Формируется показания к неотложным оперативным вмешательствам, планируется последовательность и объем операций, манипуляций и консервативных мероприятий. Определяется профиль отделения.

Вариант 3. При стабильном состоянии пациента проводится обследование в приемном отделении с привлечением специалистов необходимого про-

филя, и пациент госпитализируется в профильное отделение.

Срочные операции проводятся в течении 2–6 часов специалистами профильных служб. Отсроченные операции выполняются по стабилизации состояния пациента на 10–14 суток. Основными принципами оперативного лечения повреждений костей являются: прочная функциональная фиксация, максимальная безопасность по осложнениям, возможность замены метода фиксации при возникших осложнениях, минимальная травматичность, восстановление анатомии и физиологии поврежденных сегментов, экономической доступностью [16]. Последние 10 лет мы при переломах длинных костей конечностей в основном применяем закрытый остеосинтез блокирующим стержнями фирмой Chm – Польша.

Основным преимуществом блокируемого остеосинтеза является малоинвазивность, т.е. при применении блокируемого интрамедуллярного остеосинтеза репозиция достигается закрытым методом, затем небольшими разрезами до 2 см в вертельной области бедренной или бугристости большеберцовой костей после рассверливания костномозгового канала вводится стержень и дополнительно через разрезы по 1 см фиксируется 2-3 винтами. При блокируемом остеосинтезе достигается стабильная фиксация костных отломков, поэтому не требуется дополнительной внешней фиксации, а больные рано начинают разработку движения в суставах и ходить с умеренной нагрузкой.

Концепция малоинвазивного остеосинтеза перелома длинных трубчатых костей была сформирована Ассоциацией Остеосинтеза (Швейцария) в последние годы согласно новой философии в понимании костного сращения. Открытая репозиция и прямой доступ требуют значительных разрезов и, соответственно, влекут повреждение кровообращения зоны повреждения [11,12].

При лечении диафизарных переломов длинных костей необходим дифференцированный подход к выбору вида остеосинтеза в зависимости от локализации перелома и возраста больного. При оперативном методе лечения диафизарных переломов длинных трубчатых костей срок пребывания в стационаре меньше на 1,5 – 2,5 недели, сокращается также и период реабилитации, что значительно уменьшает экономические затраты на лечение больных. Применение блокируемого остеосинтеза позволяет рано начать разработку движений в суставах и нагрузку пострадавшей конечности. У 94,5% обследованных функция

поврежденной конечности восстанавливается в полном объеме.

Заключение. Таким образом, при оказании неотложной помощи пациентам с сочетанной и множественной травмой на фоне ДТП представляется оправданным следующее.

1. Постоянно осуществлять обучение сотрудников ГАИ, водителей пассажирского автотранспорта методам оказания ПМП непосредственно на месте происшествия.

2. Усилить кадровый и материально – технический потенциал районных больниц, расположенных на автомагистрали.

3. Совершенствование диагностических и лечебных алгоритмов, подготовка кадров, регулярное обсуждение тактических установок их возможная коррекция.

4. Широко применять во всех лечебных учреждениях области, при переломах длинных костей методика закрытого блокирующего остеосинтеза стержнями.

5. Сокращение времени доставки, совершенствование транспортной иммобилизации, расширение противошоковой терапии.

6. Сокращение времени лабораторного и инструментального исследований, целенаправленное использование оборудования, внедрение мониторинга показателей центральной и периферической гемодинамики и кислородного баланса организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьева Н.Ф. Взаимосвязь страховой компании и травматической службы в проблеме дорожно-транспортного травматизма/ Н.Ф. Афанасьева // Тезисы докладов всероссийской юбилейной научно-практической конференции, посвященной юбилею кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ РГМУ «Лечение сочетанных травм и повреждений конечностей». М.2008. С.7

2. Гуманенко Е.К. Политравма // Е.К. Гуманенко, В.К. Козлова.// –М.-2008. 608 с.

3. Гуманенко Е.К. Проблемы догоспитальной помощи при тяжелой сочетанной травме / Е.К. Гуманенко, А.Б. Сингаевский, Ю.М. Михайлов. и др //Вестник хирургии. -2003. Т. 162. № 4. -С. 43-48.

4. Назаренко Г.И. Клинические аспекты остеосинтеза повреждений при дорожно-транспортных. / Г.И. Назаренко, А.М. Черкашов, В.И. Кузьмин и др // Сборник тезисов II Московский Международный конгресс травматологов и ортопедов. Повреждения при дорожно-транспортных происшествиях и их последствия: нерешенные вопросы, ошибки и осложнения. 2011. С.98

5. Назаров Х.Н. Состояния дорожно-транспортный травматизм на магистральных дорогах. / Х.Н. Назаров, Р.Б. Назаров //Сборник тезисов II Московский Международный конгресс травматологов и ортопедов. Повреждения при дорожно-транспортных происшествиях и их последствия: нерешенные вопросы, ошибки и осложнения. 2011. С.88

6. Порханов В.А. Организация оказания помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях в Краснодарском крае: первые итоги/ В.А. Порханов, А.А. Завражнов, А.Н. Блаженко, и др //Сборник тезисов II Московский Международный конгресс травматологов и ортопедов. Повреждения при дорожно-транспортных происшествиях и их последствия: нерешенные вопросы, ошибки и осложнения. 2011. С.92

7. Саликов А.Н. Лечение переломов дистального метаэпифиза большеберцовой кости у пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях. / А.Н. Саликов, А.В. Скороглядов, Е.А. Литвина //Сборник тезисов II Московский Международный конгресс травматологов и ортопедов. Повреждения при дорожно-транспортных происшествиях и их последствия: нерешенные вопросы, ошибки и осложнения. 2011. С.84

8. Селянина Ю.В. Проблемы оказания первой медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях пострадавшим с множественной и сочетанной травмой./ Ю.В. Селянина, Н. В. Ярыгин., А.Г. Сарвин, и др. // Тезисы докладов всероссийской юбилейной научно-практической конференции, посвященной юбилею кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ РГМУ «Лечение сочетанных травм и повреждений конечностей». 2008. С.71.

9. Соколов В.А. Множественные и сочетанные травмы (практическое руководство для врачей травматологов). / В.А. Соколов // ЭГОТАР-Медиа. 2006. 510 с.

10. Тиляков А.Б. Лечебно-диагностические мероприятия пострадавшим с повреждениями таза при ДТП на догоспитальном этапе. / А.Б. Тиляков, С.С. Кадыров //Сборник тезисов II Московский Международный конгресс травматологов и ортопедов. Повреждения при дорожно-транспортных происшествиях и их последствия: нерешенные вопросы, ошибки и осложнения. 2011. С.88

11. Урунбаев Д.У. Комплексное послеоперационное лечение с открытыми повреждениями конечностей. / Д.У. Урунбаев, Р.Р. Пиров, С.Х. Курбанов, и др // Сборник материалов X юбилейного съезда травматологов и ортопедов России. – М., 2014, С.541

12. Чочиев Г.М. Малоинвазивный остеосинтез переломов длинных трубчатых костей у детей. / Г.М. Чочиев, О.И. Королькова, И.А. Ганькин //Сборник материалов X юбилейного съезда травматологов и ортопедов России. – М., 2014, С.543

13. Эргашев О.Н. Лечение тяжелой сочетанной травмы в травмацентрах Ленинградской области / О.Н. Эргашев, Е.Б. Лапшинов, Н.И. Баэлюк //Сборник тезисов II Московский Международный конгресс

травматологов и ортопедов. Повреждения при дорожно-транспортных происшествиях и их последствия: нерешенные вопросы, ошибки и осложнения. М. 24-25 марта 2011. С.76

14. Яковенко Л.М. Методика поддержки принятия организационных решений при оказании медицинской помощи пораженным в дорожно-транспортных катастрофах / Л.М. Яковенко // Скорая медицинская помощь. 2001.-Т 2.- №3 - С.76.

15. Myderrizi Neritan. Bita Treatment of the tibial shaft fractures with Ender Nail Taulant./ Myderrizi Neritan, Maliqati Arlind //Abstracts of II Moscow International Congress of Traumatology and Orthopedics. Injuries in road transport accidents and their consequences: unresolved issues, errors and complications. 2011. P.156

16. Muller M.A. Technical innovations in medullary reaming: reamer design and intramedullary pressure in crease / Muller M.A., Baumgart F. et al. // J. Trauma. 2000. Vol. 49, N6. - P. 440-445.

ХУЛОСА

М.М. Рачабзода ОҚИБАТҲОИ ҲОДИСАҲОИ РОҲУ НАҚЛИЁТӢ, АФЗОИШИ СТАНДАРТИИ ОНҲО, ИДОРАКУНИИ ЗАМОНАВӢ ВА ТАКТИКАИ ТАБОБАТИ ЧАБРДИДАГОН.

Мақсад. Беҳтар намудани натиҷаҳои ташхис ва расонидани ёрии тиббии пеш аз бистарӣ ва хангоми бистарӣ шудан ба чабрдидагони осеби бисёра ва якҷоя дар садамаҳои нақлиётӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар асоси таҳлили натиҷаҳои ташхис ва табобат муайян карда шуд, ки шубҳаи осебшиносӣ ва ортопедияи беморхонаи клиникаи вилоятии ба номи

Б. Воҳидови шаҳри Бохтар (собиқ Қўрғонтеппа) дар давоми солҳои 2012 – 2020, 2120 беморони чароҳатбардошта бистарӣ шуда буданд. 1234 нафар (58,2%) чабрдидагон дар натиҷаи садамаҳои нақлиётӣ чароҳат бардоштанд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Қўмаки аввалин ба чабрдидагон бо осебҳои бисёраю якҷоя:

1) рафъи дард тавассути истифодаи аналгетикҳои ғайринаркотикӣ ва наркотикӣ, бандинаҳои асептикӣ дар захмҳо;

2) мавқеи беҳаракатии чабрдида дар сипар ва замбар барои интиқол;

3) ворид кардани сузандорӯҳои аналептикӣ ва респираторӣ (строфантин, коргликон, кордиамин) қарордошта вазифаи узви осебдида пурра барқарор карда шудааст.

Хулоса. Ҳамин тариқ, хангоми расонидани ёрии таъҷилӣ ба беморони гирифтори осебҳои бисёраю якҷоя дар заминаи садамаҳои нақлиётӣ, чунин ба назар мерасад.

1. Кормандони БДА, ронандагони воситаҳои нақлиётӣ мусофиркашро доимо ба усулҳои расонидани ёрии аввалия бевосита дар ҷои ҳодиса омӯзондан лозим.

2. Мустаҳкам намудани нерӯи кадрӣ ва моддию техникаи беморхонаҳои минтақавии воқеъ дар шоҳроҳ.

3. Такмили алгоритмҳои ташхис ва табобат, омӯзиш, муҳокимаи мунтазами дастурҳои тактикӣ, ислоҳи имконпазири онҳо.

Калимаҳои калидӣ: политравма, садамаи нақлиётӣ, чароҳатҳои нақлиётӣ.

УДК 616-002.5

doi: 10.52888/0514-2515-2022-353-2-88-93

З.Х. Тиллоева¹, Б.П. Пирмахмадзода¹, А.М. Махмадов², К.Р. Сафаров³, М.М. Шокаримов¹, Г.Б. Шарвонова¹, С.Ю. Бахромова¹

ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ ОТЧЕТНОЙ ФОРМЫ ПО ТУБЕРКУЛЁЗУ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

¹ГУ «Городской центр защиты населения от туберкулёза»

²ГУ «Республиканский центр защиты населения от туберкулёза»

³ГУ «Городской Центр медицинской статистики и информации»

Тиллоева Зулфия Хайбуллоевна- заведующая фтизиатрического отделения, специалист по статистике и инфекционному контролю ГУ ГЦЗНТ; г. Душанбе, ул.Бухоро 55 «А»; Тел.: +992934477353; E-mail: ztilloeva@gmail.com