

На правах рукописи

**САЛИМЗОДА
НУСРАТУЛЛО ФАЙЗУЛЛО**

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
НАЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАХ И
ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

14.02.03 - Общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание учёной степени
доктора медицинских наук

Москва -2016

Работа выполнена на кафедре травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе)

Научные консультанты:

доктор медицинских наук
доктор медицинских наук, профессор

Перхов Владимир Иванович
Раззоков Абдували
Абдухамитович

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор,
директор Высшей школы управления
здравоохранением ГБОУ ВПО «Первый
Московский государственный медицинский
университет им. И.М. Сеченова» Минздрава
России

Хальфин Руслан Альбертович

Доктор медицинских наук, профессор,
главный врач Института коронарной и
сердечно-сосудистой хирургии ФГБУ
«Научный центр сердечно-сосудистой
хирургии им. А.Н. Бакулева» Минздрава
России

Семенов Владимир Юрьевич

Доктор медицинских наук, профессор,
профессор кафедры общественного здоровья и
здравоохранения Института последипломного
профессионального образования ФГБУ ГНЦ
«Федеральный медицинский биофизический
центр им. А.И. Бурназяна» ФМБА России

Каримова Дания Юсуфовна

Ведущая организация:

ФГБУ «Новосибирский научно-
исследовательский институт травматологии и
ортопедии им. Я.Л. Цивьяна» Минздрава России

Защита диссертации состоится 16 декабря 2016 года в 10 часов на заседании Диссертационного Совета Д 208.110.01 при ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11. С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Министерства здравоохранения Российской Федерации и в Интернет по адресу: http://www.mednet.ru/images/stories/files/replay/SalimzodaNZ_text.pdf

Автореферат разослан _____ 2016 г.

Учёный секретарь
диссертационного совета, доктор
медицинских, профессор

Сабгайда
Тамара Павловна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Сегодня в мире отмечается неуклонное нарастание веса и значения здравоохранения в сохранении и улучшении общественного здоровья (Стародубов В.И., Семенов В.Ю. 2008-2009).

Наблюдается увеличение распространённости инволюционных и дегенеративных заболеваний (Леонов С. А., Михайлова Ю.В., Вайсман Д. Ш., 2011-2014), а также травм и их последствий, обусловленных урбанизацией, участвовавшими техногенными и природными катастрофами, локальными вооружёнными конфликтами (Миронов С.П. с соавт., 2010, 2012; Раззоков А.А., 2009, 2015; Минасов Б.Ш. с соавт., 2009; Sirkin M. et all., 2004; Stojiljković P.M. et all., 2007, Дежурный Л.И., 2015), что требует разработки и реализации эффективных мер по сохранению жизни пострадавших. Указанные предпосылки дают основание рассматривать проблемы травматизма и ортопедической патологии в качестве одной из наиболее актуальных проблем медицинской науки и общественного здравоохранения во всех странах мира.

В условиях использования новых механизмов и методов финансирования в здравоохранении, расширения системы обязательного медицинского страхования (ОМС), приобретают особую актуальность вопросы доступности и качества медицинской помощи (Линденбрaten А.Л., 2008, 2011, 2015; Старченко А.А, 2008, 2010, 2015; Каримова Д.Ю., 2010, Калининская А. А., 2008, 2012, 2015). Вместе с тем, в существующих нормативных актах отсутствуют чёткие и объективные формулировки конечных результатов работы медицинских учреждений, сохраняются нерешённые проблемы управления их деятельностью, что затрудняет рационализацию использования ресурсов, препятствует внедрению наиболее эффективных медицинских технологий, а также сдерживает развитие других аспектов здравоохранения (Хабриев Р.У., Хальфин Р.А., Шейман И.М., Сон И.М., Перхов В.И., 2007, 2008, 2011).

Степень разработанности темы исследования. Вопросам совершенствования организации оказания специализированной медицинской помощи (СМП) в Российской Федерации уделяется существенное внимание в научных исследованиях (Боев В.А., 2008; Багненко С.Ф., 2014; Шляфер С.И., 2015; Ершова Е.В., 2014; Парфенов В.Е., 2015). Однако, большинство работ посвящено отдельным медико-социальным вопросам организации оказания СМП (Копецкий И.С., 2012; Сидоров М.Г., 2011; Евзельман М.А., 2006; Мясников А.О., 2009) или затрагивают проблемы в масштабе крупного города,

субъекта Российской Федерации (Бойков А.А., 2007; Сухин В.В., 2004; Матер А.А., 2006; Савельев, О.В., 2003). Ряд исследований посвящено организации СМП и первой помощи при дорожно-транспортных происшествиях (Закарян А.А. и соавт. 2008; Стожаров В.В. и соавт. 2007; Багненко С.Ф. и соавт. 2009; Лысенко К.И. и соавт, 2010, Дежурный Л.И., 2012).

Вместе с тем, при достаточности внимания к вопросам организации СМП, отсутствуют комплексные исследования, касающиеся анализа деятельности системы обеспечения населения СМП в новых экономических условиях, возникших в бывших советских республиках в результате распада СССР. Одной из основных проблем является также недостаточно рациональная организация оказания профильной медицинской помощи, отсутствие стандартов её оказания, порядков и нормативов (Раззоков А.А., Салимов Н.Ф., 2005, 2009). Несмотря на очевидную актуальность и научно-практическую значимость изучения распространённости среди населения травматизма и ортопедической патологии, оценки состояния профильной медицинской службы, научных исследований, затрагивающих указанные вопросы, до настоящего времени в Таджикистане не проводилось. Все эти обстоятельства диктуют необходимость серьёзных преобразований в сфере организации оказания населению Таджикистана специализированной медицинской помощи в целом и по отдельным её профилям.

Изложенное обосновывает актуальность темы исследования, а также определяет её цель.

Цель исследования: на основании изучения особенностей, закономерностей и результатов обеспечения населения Таджикистана специализированной медицинской помощью при травмах и ортопедической патологии научно обосновать организационно-клинические мероприятия по совершенствованию национальной системы организации медицинской помощи.

Задачи исследования:

1. Провести исследование основных тенденций в вопросах организации оказания населению специализированной профильной медицинской помощи по данным отечественной и зарубежной литературы.

2. Провести динамическое исследование показателей распространённости среди населения Таджикистана травм и ортопедической патологии.

3. Изучить организационную структуру и показатели деятельности медицинских учреждений Таджикистана, предоставляющих медицинскую

помощь по профилю травматология и ортопедия.

4. Изучить удовлетворённость пациентов результатами оказания медицинских услуг при применении различных форм организации лечебно-диагностического процесса.

5. Провести сравнительное исследование результативности различных технологий и тактик лечения пациентов с травмами и заболеваниями костно-мышечной системы.

6. Разработать организационно-клинические мероприятия по увеличению доступности для населения Таджикистана и качества специализированной профильной медицинской помощи и оценить результаты их внедрения.

Научная новизна исследования. Впервые в Таджикистане проведено динамическое исследование показателей и закономерностей распространённости среди населения травм и ортопедических заболеваний, и их последствий, которое положило начало новому исследовательскому тренду в изучении особенностей состояния здоровья граждан и адаптации системы общественного здравоохранения их потребностям с учётом текущего уровня экономического развития страны.

Впервые за постсоветское время изучены особенности и результаты обеспечения населения Таджикистана специализированной медицинской помощью при травмах и ортопедической патологии. Проведён анализ ресурсного обеспечения функционирующей в Таджикистане системы оказания специализированной медицинской помощи при травмах и ортопедических заболеваниях, а также клинических результатов деятельности профильных медицинских учреждений и их подразделений.

Изучены фактические показатели специализированной медицинской помощи, систематизированы факторы, влияющие на её объёмы и структуру. Разработаны и внедрены в практику организационно-клинические и медико-экономические мероприятия по увеличению доступности для населения Таджикистана и повышению качества специализированной травматолого-ортопедической помощи, взаимоувязанные с мероприятиями других ведомств.

Выполнено сравнительное исследование эффективности различных тактических подходов и технологий лечения пациентов с травмами и ортопедическими заболеваниями, разработаны принципы и алгоритмы отбора пациентов для оказания специализированной травматолого-ортопедической помощи. С учётом социально-экономической, климатической и географической

специфики Таджикистана разработаны предложения по оптимизации специализированной медицинской помощи в стране и совершенствованию деятельности медицинских учреждений, скоординированные с экономическими и социальными показателями.

В ходе исследования впервые в Таджикистане проведено изучение мнения пациентов об оказанной им медицинской помощи.

Научно-практическая значимость. Результаты проведённого исследования способствовали созданию организационных предпосылок для широкого внедрения современных технологий диагностики и лечения травм и ортопедических заболеваний в клиническую практику.

Изучение показателей распространённости среди населения Таджикистана травм, заболеваний костно-мышечной системы и их последствий позволило определить территориальные образования с наибольшим уровнем травматизма и разработать для этих регионов организационные меры и целевые программы, учитывающие потребности населения в профильной специализированной медицинской помощи.

Для специалистов-практиков наибольший интерес представляет сравнительный анализ результативности различных технологий и тактик лечения пациентов с травмами и заболеваниями костно-мышечной системы.

Наибольшее практическое значение имеет внедрение результатов исследования, способствующих легализации в Таджикистане частной медицины и платных медицинских услуг в интересах общества. В ходе исследования разработаны и внедрены в практику «Клинические протоколы в травматологии и ортопедии», что способствовало оптимизации потоков и рационализации отбора пациентов для стационарного лечения и совершенствованию других аспектов организации травматолого-ортопедической помощи, таких как: улучшение взаимодействия различных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и служб на территории регионов и Республики в целом; построение организационной иерархии от первичной медицинской помощи к специализированной, от простых методов и технологий к более сложным. Получены новые знания для расширения образовательного компонента, программ подготовки и повышения квалификации медицинских работников, а также аттестации медицинских работников для получения ими квалификационных категорий.

Внедрение результатов работы в практику. По результатам исследования разработаны и внедрены в практику следующие национальные

стратегии, планы и концепции, имеющие отношение к теме исследования: «Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020 годы», утверждённая, постановлением Правительства Республики Таджикистан от 2 августа 2010 года, №368; «Концепция реформы медицинского и фармацевтического образования в Республике Таджикистан», утверждённая, постановлением Правительства Республики Таджикистан от 31 октября 2008 года, №512; «Стратегия профилактики и контроль неинфекционных заболеваний и травматизма в Республики Таджикистан на период 2013-2023 годы», утверждённая постановлением Правительства Республики Таджикистан от 3 декабря 2012 года, №676; «Стратегический план реструктуризации медицинских учреждений Республики Таджикистан на период 2011-2020 годы», утверждённый постановлением Правительства Республики Таджикистан от 1 апреля 2011 года, №168; «Национальная программа развития семейной медицины на 2011-2015 годы», утверждённая постановлением Правительства Республики Таджикистан от 1 июля 2011года, №330; «Программа подготовке медицинских кадров на 2010-2020 годы», утверждённая постановлением Правительства Республики Таджикистан от 31 октября 2009года, №600; Национальная программа «Профилактика травматизма и совершенствование медицинской помощи при травмах и их последствиях в республике Таджикистан на 2010-2015 годы», утверждённая постановлением Правительства Республики Таджикистан от 31 мая 2010 года, №639 и другие.

Результаты диссертации использованы также при разработке документа «Порядок оказания медико-санитарной помощи гражданам Республики Таджикистан в государственных учреждениях системы здравоохранения» (утверждён Постановлением Правительства Республики Таджикистан 2 декабря 2008 года № 600).

Полученные в результате исследования данные о структуре профильной медицинской помощи, используются Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан при планировании травматолого-ортопедической помощи по стране, а также при формировании нормативных значений объёмных её показателей.

Полученные в результате исследования данные о результатах оптимизации тактики лечения наиболее распространенных травм и ортопедической патологии используются в практической работе травматолого-ортопедических отделений Национального медицинского центра Республики

Таджикистан и Республиканского клинического центра травматологии и ортопедии Министерства здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан.

Результаты исследования используются в учебном процессе на кафедрах травматологии и ортопедии, а также организации здравоохранения Таджикского государственного медицинского университета (ТГМУ) им. Абуали ибни Сино и Таджикского института последипломного образования в сфере здравоохранения. По результатам исследования изданы два учебника для студентов медицинского университета, 5 учебно-методических пособий по оказанию медицинской помощи при травмах для населения, работников правоохранительных органов, врачей и студентов медицинских ВУЗов, методические рекомендации.

Личный вклад автора. Автором самостоятельно проведён аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме. Сформулирована цель, разработаны задачи исследования, статистический инструментарий. Составление программы математико-статистической обработки материала и сама обработка данных проводились с личным участием автора. Доля участия автора в сборе информации – до 80%, в математико-статистической обработке – более 80%, в обобщении и анализе материала – не менее 95%. Изложение полученных данных, формулирование выводов и практических рекомендаций выполнены автором лично.

Публикации. По материалам диссертации опубликовано более 50 печатных работ, в том числе 4 монографии и 16 работ в журналах, рекомендованных ВАК Министерства образования и науки Российской Федерации.

Апробация результатов исследования. Результаты исследования доложены на ежегодных научно-практических конференциях ТГМУ им. Абуали ибни Сино и Таджикского института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан (2009-2014 годы); I, II, III, IV и V Евразийских конгрессах травматологов и ортопедов (Бишкек, 2009, 2011, 2014, 2016; Рим - 2012); научно-практической конференции травматологов-ортопедов Казахстана (Астана, 2010) и Узбекистана (Бухара, 2016), I съезде травматологов-ортопедов Таджикистана (Душанбе, 2009); заседаниях Департамента Европейского бюро ВОЗ по травматизму в 2009-2016 годы в Бонне (Германия), Осло (Норвегия), Анталии (Турция), Лондоне (Великобритания), Копенгагене (Дания), Кишинёве (Республика Молдова); на

заседаниях международных семинаров по дорожной безопасности в г. Душанбе (Таджикистан) и Тбилиси (Грузия); на заседании круглых столов по профилактике неинфекционных заболеваний для Евразийских стран в г. Астана (Казахстан) и Душанбе (Таджикистан); научно-практической конференции хирургов и травматологов Таджикистана (Турсунзода, 2009); V съезде хирургов Таджикистана (Душанбе, 2013); совместных ежегодных саммитах здравоохранения Таджикистана (2012 – 2015); I форуме врачей Таджикистана (Душанбе, 2014); научно-практических конференциях детских хирургов (Душанбе, 2009, 2011); научно-практических конференциях травматологов-ортопедов Согдийской (Худжанд, 2015) и Хатлонской (Куляб, 2016) областей; заседаниях Республиканского научно-практического общества травматологов-ортопедов (Душанбе, 2009, 2011, 2015); заседании объединённой межкафедральной комиссии ТГМУ им. Абуали ибни Сино и Таджикского института последипломного образования в сфере здравоохранения (23 января 2016 года).

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Результаты анализа показателей распространённости среди населения Таджикистана травм и ортопедической патологии.
2. Организационная структура и основные показатели деятельности медицинских учреждений Таджикистана, предоставляющих населению медицинскую помощь по профилю травматология и ортопедия.
3. Результативность различных технологий и тактик лечения пациентов с травмами и заболеваниями костно-мышечной системы.
4. Организационно-клинические меры по рационализации системы планирования и оказания специализированной медицинской помощи, включающие легализацию частных соплатежей, позволяют улучшить результаты лечения травм и ортопедической патологии, а также увеличить удовлетворённость населения медицинской помощью.
5. Перспективные направления совершенствования национальной системы специализированной медицинской помощи, в том числе при травмах и ортопедических заболеваниях.

Объем и структура диссертации. Работа изложена на 344 страницах машинописного текста (без учёта приложений), состоит из введения, обзора литературы, 6 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложений (54 страницы). Библиографический указатель содержит 421 источник, в том числе 273 на

русском и 148 на иностранных языках. Работа иллюстрирована 195 таблицами и 70 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность проведённого исследования, определены его цель и задачи, изложена новизна и практическая значимость работы, даны сведения о практическом внедрении результатов исследования, сформулированы основные положения, выносимые на защиту.

В I главе (обзор литературы) содержится анализ различных подходов к лечению травм и ортопедических заболеваний. Показано, что современные диагностические и технологические возможности в сочетании с возросшими ожиданиями пациентов диктуют необходимость внедрения новых организационно-клинических механизмов обеспечения потребности населения в специализированной медицинской помощи. Систематизация и обобщение отечественных и зарубежных источников научной информации также свидетельствуют о том, что общественное здравоохранение Республики Таджикистан нуждается не только в инвестициях, но и в научно обоснованной и современной системе специализированной медицинской помощи, обеспечивающей эффективное использование имеющихся крайне ограниченных ресурсов. С учётом анализа данных литературных источников составлена программа исследования, направленного на решение основных тактической (увеличение результативности работы медицинских учреждений) и стратегической (повышение доступности для населения специализированной медицинской помощи при травмах и ортопедических заболеваниях) задач, изложенная во **2 главе** («Материалы и методы исследования»).

Исследование выполнено в соответствии с целью диссертации и поставленными задачами в течение 2006-2016 гг. и состояло из 4 этапов и двух периодов.

1 этап (2006-2008 гг.) – анализ данных отечественной и зарубежной литературы, составление программы и плана исследования, формулировка теоретических положений, определение единиц, объёма и методов исследования.

2 этап (2008-2011 гг.) – сбор материала (статистические отчёты учреждений здравоохранения Таджикистана по форме № 57 «Сведения о травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин», базы данных Республиканской ГАИ МВД Республики Таджикистан, материалы Республиканского государственного управления медико-социальной

экспертизы, анкетирование пациентов.

3 этап (2011 – 2013 гг.) – разработка полученного материала: проверка, группировка, счётный и логический контроль полученных данных, вычисление статистических показателей, составление итоговых статистических таблиц, графическое изображение данных.

4 этап (2013-2016 гг.) – анализ, обобщение и интерпретация полученных данных, литературное оформление работы.

Выделение двух периодов исследования (2006-2009 и 2010-2013 годы) позволило провести сравнительный анализ показателей травматизма и ортопедической патологии, а также эффективности функционирования травматолого-ортопедической службы и результатов лечения в динамике. С целью оценки результатов внедрения нововведений были выделены 4 группы пациентов (табл.1).

Таблица 1

Характеристика групп и подгрупп пациентов, выбывших из стационара после оказания специализированной медицинской помощи, а также обратившихся в амбулаторно-поликлинические учреждения при травмах и ортопедических заболеваниях

Период исследования	Характеристика группы	Название группы, подгруппы	Тактика лечения	Источник финансирования
I период (2006-2009 годы)	основная	IA	оптимизированная	государственные источники
	контрольная	IB	традиционная	
II период (2010-2013 годы)	основная	IIA	оптимизированная	государственные источники и сооплата
	контрольная	IIB	традиционная	

Эти группы в свою очередь условно распределялись на две подгруппы: подгруппа А – пациенты в лечении которых применялись оптимизированная тактика лечения или современные технологии; подгруппа Б – пациенты, лечение которых проводилось традиционными подходами.

В виде таблицы цель, задачи, материалы и методы исследования изложены ниже (таблица 2).

Таблица 2

ЦЕЛЬ, ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: на основании изучения особенностей, закономерностей и результатов обеспечения населения Таджикистана специализированной медицинской помощью при травмах и ортопедической патологии научно обосновать организационно-клинические мероприятия по совершенствованию национальной системы организации медицинской помощи				
ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ				
Провести исследование основных тенденций в обеспечении населения специализированной профильной медицинской помощью по данным отечественной и зарубежной литературы	Провести динамическое исследование показателей распространённости среди населения Таджикистана травм и заболеваний костно-мышечной системы и их последствий	Изучить организационную структуру, ресурсы, технологии и показатели деятельности медицинских учреждений Таджикистана, предоставляющих населению медицинскую помощь по профилю травматология и ортопедия	Провести сравнительное исследование результативности различных технологий и тактик лечения пациентов с травмами и заболеваниями костно-мышечной системы на основе изучения статистической документации и анкетирования пациентов	Разработать организационно-клинические мероприятия увеличения доступности и качества для населения Таджикистана и качества специализированной профильной медицинской помощи и оценить результаты их внедрения
ОБЪЕМ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ				
421 источник, в том числе 273 на русском и 148 на иностранных языках	Все население страны в разрезе двух областей, одной автономной области, столицы страны – Душанбе и 55 районов	600 показателей ресурсного обеспечения, агрегированных в 112 групп данных, социологический опрос пациентов	Объем: 28555 случаев оказания медицинской помощи пациентам с различными диагнозами	Нормативные документы, утверждённые Правительством Республики Таджикистан и Министерством здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан
ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ				
Литература по современному состоянию проблемы организации травматолого-ортопедической помощи, нормативно-правовые документы	Статистические отчёты учреждений здравоохранения Таджикистана за 2006-2013 годы по форме № 57 «Сведения о травмах, отравлениях», базы данных Республиканской ГАИ МВД	Данные о динамике ресурсного обеспечения травматолого-ортопедической службы, «Карта для изучения состояния травматолого-ортопедической службы», содержание 1000 анкет пациентов	«Карта больного», содержащая данные о результатах лечения пациентов с наиболее распространёнными травмами и ортопедическими заболеваниями.	Результаты проведённого исследования

Сплошной метод исследования использовался для изучения распространённости травм и ортопедических заболеваний и их последствий. Выборочный метод исследования использовался для изучения мнения пациентов о доступности и качестве специализированной медицинской помощи. Расчёт выборочной совокупности проводился по формуле определения необходимого количества наблюдений с предельной ошибкой $\Delta=5,0\%$ при 95,0% доверительности ($t=2$) и общем среднегодовом (2006-2013 гг.) количестве пациентов с травмами и ортопедическими заболеваниями (генеральная совокупность) – 234,0 тыс. случаев. Расчёт необходимого количества наблюдений (n) проводился с использованием формулы случайной бесповторной выборки:

$$n = \frac{N \times t^2 \times w(100-w)}{(N \times \Delta^2) + (t^2 \times w(100-w))} \quad (1)$$

где: N – генеральная совокупность; w – степень вариации распределения признака; Δ – предельная ошибка репрезентативности; t – доверительный коэффициент. Принята степень вариации распределения признака $w=50,0\%$, что дает возможность рассчитать объем выборки по формуле:

$$n = \frac{N \times t^2 \times 50(100-50)}{(N \times 5^2) + t^2 \times 50(100-50)} \quad (2)$$

Минимальный объем выборочной совокупности (при допустимых значениях предельной ошибки репрезентативности) по формуле составил 985 пациентов, или 1,8% от генеральной совокупности. Нами опрошено 1000 пациентов, что обеспечило статистическую достоверность исследования.

При проведении исследования использованы следующие **научные методы**: контент-анализ; методы описательной статистики (структурирование, ввод и проверка данных, графическое и табличное представление частоты, средних значений, стандартного отклонения, стандартной ошибки, дисперсии, размаха, эксцесса и других характеристик анализируемых данных); параметрические методы изучения взаимосвязи переменных (вычисление линейных коэффициентов корреляции); статистический анализ структуры; экспертный метод; сравнительный анализ. Оценка достоверности различий в полученных в результате исследования данных проводилась с помощью критерия Стьюдента (t) при вероятности безошибочного прогноза 95%.

В связи с тем, что **предметом исследования** явились организационные

отношения, возникающие в процессе обеспечения населения Таджикистана специализированной медицинской помощью при травмах и ортопедических заболеваниях, **объектами исследования выбраны:** объёмы специализированной медицинской помощи в различных условиях (в круглосуточном стационаре, в амбулаторных условиях), ресурсы учреждений здравоохранения Таджикистана, оказывающих медицинскую помощь по профилю «травматология и ортопедия».

Единицы исследования: учреждение здравоохранения Таджикистана, пациент, выбывший из стационара после оказания специализированной медицинской помощи, пациент обратившийся в амбулаторно-поликлинические учреждения при травмах и ортопедических заболеваниях; административно-территориальное образование Республики Таджикистан (область, район, город).

Работа выполнена на базе кафедры травматологии и ортопедии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, травматолого-ортопедических отделений Национального медицинского центра и Республиканского центра травматологии и ортопедии.

В 3 главе, посвящённой анализу распространённости травм и ортопедической патологии в Таджикистане, показано, что в сравнении с данными по Российской Федерации, в Таджикистане уровень травматизма почти в три раза ниже, что свидетельствует также о недостаточной доступности для населения Таджикистана первичной медико-санитарной помощи (рис. 1).

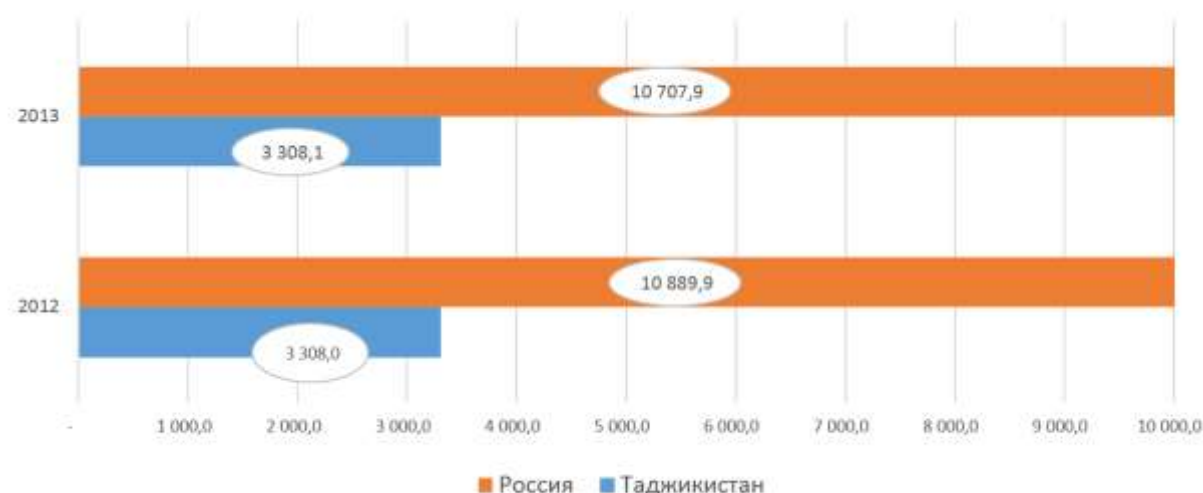


Рис. 1. Сравнение уровня распространённости (общей заболеваемости) травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин на 1000 человек населения в России и Таджикистане (2013, 2012 гг.)

При этом в целом за исследуемый период уровень травматизма в республике стабилизировался на уровне 3308,0 случаев всех обращений в амбулаторно-поликлинические учреждения в связи травмами на 1000 человек населения всех возрастов (таблица 3).

Таблица 3

Динамика показателя распространённости травм в Таджикистане (число всех обращений на 100 тыс. населения)

	2006	2008	2010	2012	2013
Население (тыс.)	6992,1	7294,7	7590,8	7789,3	8074,3
Число травм (тыс. случаев)	2433,3	2506,1	2598,9	2576,7	2671,1
Распространённость травм на 1000 тыс. нас.	3480,1	3435,5	3423,8	3308,0	3308,1

Это явление связано не только с улучшением экономической ситуации, проводимой Правительством Республики Таджикистан политикой по сокращению уровня бедности, но также и успехами в области здравоохранения в постконфликтном периоде. Вместе с тем, по причине сохраняющейся недостаточной доступности медицинской помощи часть случаев получения травм в отдельных территориях остаются не зарегистрированными. По этим причинам в некоторых регионах наиболее активны т.н. «костоправы», после вмешательства которых больные часто поступают с осложнениями в специализированные медицинские учреждения г. Душанбе.

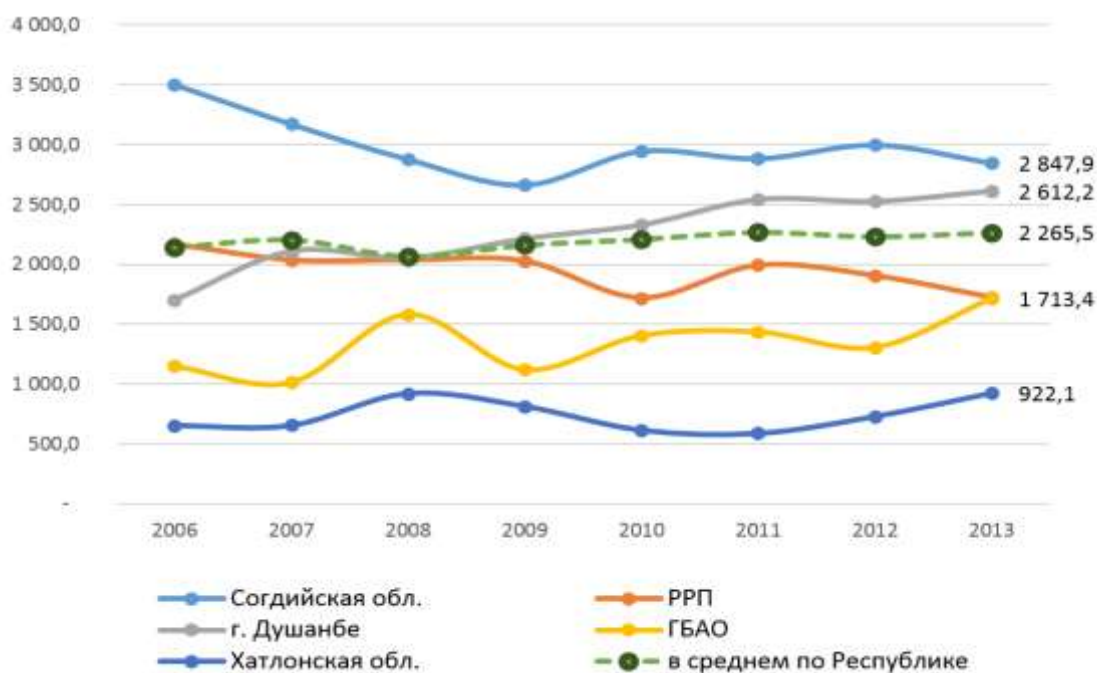


Рис. 2. Динамика травматизма в регионах (зарегистрировано пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни, по классу МКБ-Х «Травмы, отравления и некоторые др. последствия воздействия внешних причин», на 100 тыс. человек населения)

Как видно из рис. 2, в г. Душанбе и Согдийской области, несмотря на наличие сравнительно более развитой инфраструктуры, имеется тенденция нарастания частоты травматизма. Это объясняется в основном максимальной регистрацией травм, возрождением производства и активного строительства, а также наибольшей интенсивностью дорожного движения. Одновременно с этим в районах республиканского подчинения (РРП) в динамике имеет место уменьшение частоты травматизма. Причиной тому являются положительные результаты реализации Национальной программы «Профилактика травматизма и совершенствование медицинской помощи при травмах и их последствиях в Республике Таджикистан на 2010-2015 годы», включающей улучшение дорожной инфраструктуры.

В структурных показателях травмы различных органов и систем в Таджикистане преобладают поверхностные травмы, ушибы, раны (травмы мягких тканей), которые составляли, например, в 2008 году, почти 60% всех случаев травматизма. На втором месте - вывихи, растяжения (9%), на третьем месте - переломы костей верхней конечности (8%), на четвертом месте - переломы костей нижней конечности (5%), на пятом месте – ожоги (4%).

За восемь лет в Таджикистане удельный вес ожогов и отравлений практически не изменился, удельный вес травм мягких тканей, переломов конечностей, вывихов, травмы черепа и нервов, позвонков и таза снизился в среднем по этой группе локализаций травм в среднем на 1,8%. При этом на 8,4% увеличился удельный вес травм других локализаций. В частности, имеет место увеличение удельного веса политравмы, травм мочеполовых органов и других не входящих в вышеперечисленные локализации повреждения. Это свидетельствует о возрастании удельного веса тяжёлых травм, связанных с воздействием высококинетических механизмов.

Необходимо отметить различия в темпе и в направлении изменений уровня заболеваемости населения Таджикистана по классу «Болезни КМС и соединительной ткани» по годам. Так, например, в 2007 году в сравнении с 2006 годом общая заболеваемость болезнями КМС выросла на 6,4% и составила 3150,2 случаев на 100000 человек населения, затем стала снижаться вплоть до 2009 года с ежегодным темпом 5-7%, затем снова расти вплоть до 2012 года с наибольшим темпом прироста между 2011 и 2012 годами (8,4%). В 2013 году произошло снижение уровня заболеваемости в сравнении с 2012 годом на 8% (до 3159,8 случаев на 100000 человек населения). Это можно объяснить улучшением регистрируемости патологии, а также влиянием

программных медицинских мероприятий.

В связи с тем, что в государственные формы медицинской статистики страны в группу «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» включены только незначительная часть ортопедических заболеваний, распространённость ортопедической патологии нами изучена не только по данным форм государственной статистической отчётности, но и по данным медицинских осмотров, выполненных на базе травматолого-ортопедических кабинетов в городе Душанбе и Согдийской области по состоянию на конец второго периода исследования (2013 год). Население г. Душанбе и Согдийской области к указанному периоду (соответственно 770 тыс. и 2374,8 тыс. человек) составляло 38,9% населения страны (8074,3 тыс. человек), поэтому данные о распространённости ортопедической патологии в этих регионах можно считать репрезентативными.

По данным медосмотров распространённость ортопедической патологии оказалась в 2,6 раза выше, чем по данным государственных форм медицинской статистики (2318,8 и 894,3 зарегистрированных случаев заболеваний на 100000 человек населения соответственно).

Наиболее часто среди ортопедической патологии встречаются артрозы и остеохондроз позвоночника, основная часть которых приходится на людей преклонного возраста. Кроме этих двух патологий, в структуре ортопедической патологии ведущие позиции занимают врождённый вывих бедра (ВВБ) - (150,1 случаев на 100000 человек населения, или 6,5% от общего числа выявленных пациентов), ДЦП (85,6 на 100000 человек населения, или 3,7%), деформации стопы (72,4 на 100000 человек населения, или 3,1%) и последствия полиомиелита (47,1 на 100000 человек населения, или 2%).

Также в Таджикистане сравнительно часто встречается ВВБ (150,1 на 100000 человек населения), что обусловлено высокой частотой кровнородственных браков, широким применением национального приспособления «гахворы», в котором дети в раннем возрасте находятся почти круглосуточно с привязанными приведёнными ножками, а также все ещё недостаточными объёмами ранней диагностики этой патологии.

В целом материалы **3 главы** свидетельствуют о том, что в системе здравоохранения Таджикистана в настоящее время происходит переориентация работы на увеличение объёма медицинской помощи в поликлиническом звене. Главная организационная задача состоит при этом в том, чтобы создать налаженную систему первичной медико-санитарной

помощи, которая позволяла бы осуществлять раннюю диагностику значительной части заболеваний и обеспечила бы необходимую доступность медицинской помощи. Не менее важно то, что существующие финансовые трудности создали такие потоки пациентов в областные и республиканские больницы с различными осложнениями, которые, вероятно, не являлись бы характерными для системы здравоохранения Таджикистана при более благоприятной экономической ситуации.

Анализ заболеваемости также показал, что в Таджикистане намечается тенденция увеличения удельного веса ортопедической патологии в структуре заболеваемости населения, что связано, в первую очередь, с увеличением числа посттравматических и дегенеративных заболеваний. Поэтому из числа организационных направлений совершенствования национальной системы организации специализированной медицинской помощи особое значение должно придаваться вопросам реструктуризации медицинской помощи, основанной на данных медицинской статистики, наиболее полно отражающих реальную распространенность патологии среди населения.

Глава 4 посвящена анализу ресурсов, организационной структуры, технологий и результатов деятельности травматолого-ортопедической службы Таджикистана.

Таджикистан унаследовал систему здравоохранения бывшего Советского Союза, которая являлась комплексной, но была чрезмерно централизована с особым уклоном на специализированные больничные услуги, в то время как первичный уровень здравоохранения оставался недостаточно развитым.

Материально-техническая база травматолого-ортопедической службы страны развита крайне недостаточно и непропорционально. В частности, в городе Душанбе, а также в некоторых районах РРП, Согдийской области, в городе Курган-Тюбе ресурсы травматолого-ортопедической службы находятся в сравнительно хорошем состоянии. В остальных районах страны, из-за неразвитой инфраструктуры и недостаточного кадрового обеспечения, и финансирования, отмечается низкий уровень доступности населения к специализированной травматолого-ортопедической помощи.

Недостаточность финансирования травматолого-ортопедической службы определяется скромностью бюджета системы здравоохранения Республики Таджикистан. Вместе с тем, в динамике отмечается увеличение удельного веса бюджета системы здравоохранения в структуре валового

внутреннего продукта (ВВП) страны. В 2013 году в сравнении с 2006 годом доля расходов на здравоохранение в структуре ВВП страны увеличилась 1,7 раза (соответственно 2,2% и 1,3%). В национальной валюте финансирование на одного человека к концу исследования по сравнению с 2006 годом возросло в 7,2 раза (соответственно 118 и 16,3 сомони), в долларах США - 15,1 раза (соответственно 24,6 и 4,8 долларов США).

Система здравоохранения Таджикистана сильно зависит от частных платежей, восполняющих нехватку средств на приобретение медикаментов и изделий медицинского назначения, и составляющих почти половину от общих расходов на здравоохранение в Таджикистане.

Так, например, в 2015 году общая сумма расходов на здравоохранение составила 1,8 млрд. сомони, или 15,4 млрд. рублей, в том числе: государственные расходы на здравоохранение - 912,6 млн. сомони или 7,7 млрд. рублей (50,4%); специальные средства (международная финансовая помощь) - 106,4 млн. сомони или 0,9 млрд. рублей (5,9%); расходы населения - 791,6 млн. сомони или 6,7 млрд. рублей (43,7%).

Функционирующую в стране травматолого-ортопедическую службу можно разделить в самом общем виде на три уровня.

Первичный уровень представлен семейными врачами, другими врачами первичного звена, а также 14 травматологическими пунктами и 61 травматолого-ортопедическими кабинетами.

Вторичный уровень обеспечивают 27 специализированных травматолого-ортопедических отделений на 967 коек, а также развёрнутых в составе 32 отделений хирургического профиля 280 травматологических коек.

Третичный уровень представлен областными, а также республиканскими травматолого-ортопедическими отделениями, функционирующими в составе Национального медицинского центра.

Также имеется небольшое число межрайонных травматолого-ортопедических отделений, которые оказывают специализированную травматолого-ортопедическую помощь населению 2-5 районов и располагаются в наиболее крупном из них. Общий коечный фонд травматолого-ортопедической службы всех уровней составляет 1,2 тысячи коек.

Результаты исследования показывают, что ежегодное абсолютное количество пациентов, госпитализируемых по поводу травм и болезней КМС и СТ за восемь лет увеличилось от 64,5 до 73,6 тыс. пациентов в 2006 и 2013

годах соответственно. При этом интенсивные показатели числа госпитализированных пациентов с травмами в динамике имели тенденцию к снижению на 15,0% (соответственно 4,8 и 4,2 на 1000 населения), в то время как этот показатель в отношении пациентов с болезнями КМС и СТ возрос на 16,0% (соответственно 4,2 и 4,9 на 1000 населения). Это хорошо видно на диаграмме (рис.3).



Рис. 3. Динамика госпитализированной заболеваемости при травмах и болезнях КМС и СТ в Таджикистане (на 1000 населения)

Данное явление объясняется проведением работы по активному выявлению и лечению болезней костно-мышечной системы и ростом доступности для населения специализированной медицинской помощи.

Уровень обеспеченности граждан Таджикистана врачами основных специальностей в динамике имел тенденцию к увеличению и к 2012 году этот показатель стабилизировался на уровне 20,3 врачей (физических лиц) на 10000 населения, что в 2 раза меньше, чем в Российской Федерации (40,9 врачей на 10000 населения в 2013 году, без аспирантов, клинических ординаторов и интернов).

Общее количество травматологов-ортопедов в стране в динамике имело тенденцию к увеличению от 392 в 2006 году до 410 в 2014 году, в среднем в первом периоде исследования – 398 единиц, во втором периоде – 409 единиц.

Одновременно с этим, несмотря на развитие здравоохранения в направлении усиления амбулаторного звена, в стране имело место снижение штатов травматологов-ортопедов в поликлиниках и травматологических пунктах с 190 в 2006 году до 176 в 2013 году из-за оттока высококвалифицированных кадров на работу за пределами страны. Одновременно с этим в стационаре число травматологов увеличилось на 15,7% - с 202 врачей в 2006 году до 234 врачей в 2013 году. Доля пациентов, пролеченных в стационарах с применением оптимизированной тактики лечения, в первом периоде исследования составляла 27,5%, во втором – 75,9%.

В ходе выполнения работы впервые в Таджикистане проведено изучение мнения пациентов об условиях и результатах оказания специализированной профильной медицинской помощи. Результаты анкетирования использовались также для проверки гипотезы исследования о том, что без существенного увеличения объема финансирования отрасли, только за счёт оптимизации функционирования травматолого-ортопедической службы в здравоохранении можно добиться положительных медико-социальных результатов.

Анкетирование проводилось анонимно у 1000 пациентов, в том числе у 529 (52,9%) пациентов с травмами и у 471 (47,1%) с ортопедическими заболеваниями. Мужчин было 57,4%, женщин – 42,6%.

В зависимости от тактики лечения и формы оплаты, опрошенные больные распределились на 5 групп, по 200 человек каждая: 1 группа – пролеченные с применением оптимизированной тактики без официальной сооплаты медицинских услуг; 2 группа – пролеченные в стационаре с применением традиционной тактики без официальной сооплаты медицинских услуг; 3 группа – пролеченные в стационаре с применением оптимизированной тактики с официальной сооплатой медицинских услуг; 4 группа – пролеченные в стационаре с применением традиционной тактики с официальной сооплатой медицинских услуг; 5 группа – пролеченные в амбулаторных условиях.

Из всех аспектов оказания медицинской помощи наибольшее недовольство пациентов вызывает лекарственное обеспечение в стационаре и питание - 63,7% и 53,7% недовольных пациентов из суммы по всем группам опрошенных. На третьем и четвертых местах по частоте причин недовольства пациентов - санитарное состояние палаты и отношение младшего медперсонала. Треть пациентов всех групп выражают недовольство указанными аспектами оказания медицинской помощи.

Результаты проведённого исследования свидетельствуют о зависимости мнения пациентов от содержания медицинской помощи и механизмов финансирования, включающих сооплаты. При этом удовлетворённость пациентов в группе 3 (где имеет место сочетание оптимизированной тактики лечения с официальной сооплатой медицинских услуг) существенно выше (рис. 4).

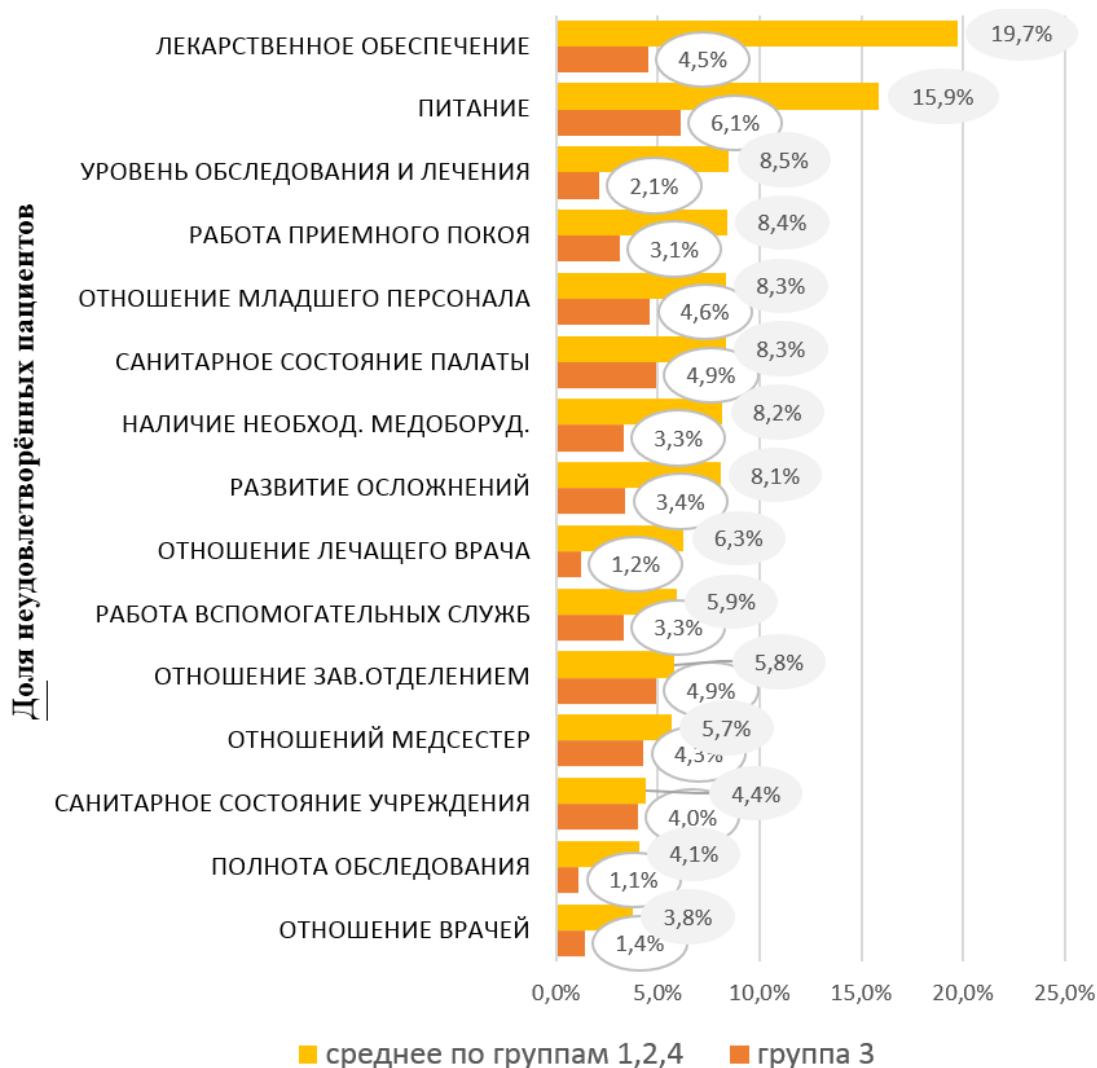


Рис. 4. Показатели удовлетворённости пациентов различными аспектами оказания медицинской помощи в группе 3 (пролеченные в стационаре с применением оптимизированной тактики с официальной сооплатой медицинских услуг) в сравнении со средним уровнем в других группах

Наименьшее недовольство пациентов вызывает «отношение врачей» и «полнота обследования». Анкетирование также показало, что недовольство пациентов различными аспектами медицинской помощи, лечившихся с применением оптимизированной тактики (группы 1 и 3), встречается реже по сравнению с лечившимся традиционными подходами: развитие осложнений и вызывающее недовольство отношение врачей, включая лечащего врача –

встречается в 2,8 раза реже, младшего медперсонала – в 1,5 раза реже, низкий уровень обследования и лечения – в 2 раза реже. В среднем доля числа неудовлетворённых пациентов из групп 1 и 3 в 1,4 раза ниже, чем доля неудовлетворённых пациентов, лечившихся традиционными подходами.

В целом, доля пациентов, которым были оказаны медицинские услуги в условиях стационара с сооплатой, составила 40,0%. Но, с учётом оплаты медицинских услуг, оказанных в амбулаторных условиях перед госпитализацией, доля пациентов, официально оплативших в кассу, составила 61,1%. При оценке работы медицинских учреждений в целом удельный вес плохих и очень плохих оценок в группе 1 составил 4,6%, в группе 2 – 8,0%, в группе 3 – 2,2% и в группе 4 – 2,9%, в группе 5 – 3,4%. Суммарный удельный вес плохих и очень плохих оценок при оценке работы медицинских учреждений без сооплаты (сумма 1 и 2 групп - пролеченные без официальной сооплаты) медицинских услуг составил 12,6%, а в сочетании с сооплатой (сумма 3 и 4 групп) – 5,3% ($p < 0,05$).

Обобщая результаты исследования, отражённые в 4 главе, можно утверждать, что активное внедрение современных технологий лечения травм и ортопедических заболеваний и легализация частных платежей позитивно отразилось на показателях работы травматолого-ортопедических отделений. Число пациентов, в лечении которых применялась оптимизированная тактика и новые медицинские технологии, увеличилось в 2,8 раза. Также имеет место более высокая удовлетворённость пациентов результатами оказания медицинской помощи при сочетании соплатежей из личных средств с бесплатным предоставлением базовых медицинских услуг.

Глава 5 посвящена сравнительному анализу клинической эффективности различных технологий и тактик лечения пациентов с травмами и ортопедическими заболеваниями. Проанализированы данные о 28555 случаях оказания медицинской помощи больным с травмами и ортопедической патологией, находившимся на обследовании и лечении в травматолого-ортопедических отделениях Национального медицинского центра и Республиканского центра травматологии и ортопедии. Основная цель анализа заключалась в получении обобщающих сведений о структуре стационарной травмы и ортопедической патологии, а также о результатах лечения.

Все 28555 пациентов с разными видами патологии были распределены на условные группы, из которых, согласно приведенной во 2 главе методике: основные IA и IIA, контрольные IB и IIB (табл.4).

Таблица 4

Распределение числа пролеченных пациентов по патологии и группам

Наименование патологий	Группы пациентов				Итого:	
	Іа	Іб	Іа	Іб	Абс.	%
Оперированные изолированные переломы длинных костей	183	573	472	143	1371	4,8
Политравма	574	595	1031	272	2472	8,7
Другие травмы	1167	5048	3690	1031	10936	38,3
Врожденный вывих бедра	364	586	984	290	2224	7,8
Деформирующие артрозы	258	356	497	242	1353	4,7
Последствия полиомиелита	62	87	104	58	311	1,1
Детский церебральный паралич	53	81	82	69	285	1,0
Доброкач. опухоли в костях	101	173	183	84	541	1,9
Остеомиелиты длинных костей	82	83	153	21	339	1,2
Системные заболевания ОДА	143	104	166	81	494	1,7
Врожденные мультифакториальные заболевания и пороки развития	261	535	465	351	1612	5,7
Остеохондропатии	61	109	92	81	343	1,2
Застарелые повреждения связок и менисков	17	246	202	94	559	2,0
Остеохондроз и остеопороз	109	422	640	231	1402	4,9
Неправильно сросшиеся переломы	71	31	88	22	212	0,7
Несросшиеся переломы и ложные суставы	44	131	149	31	355	1,2
Другие ортопедические патологии	378	1258	1413	214	3263	11,4
Итого:	Абс.	3999	10553	10626	3377	28555
	%	14,0	37,0	37,2	11,8	100,0%

В целом в структуре стационарной травматолого-ортопедической патологии удельный вес детей до 14 лет составил 36,0%, подростков – 6,3% и взрослых – 57,7%. В структуре случаев госпитализации пациентов с травмами удельный вес детей до 14 лет составил 29,4%, 15-18 лет – 5,7%, 19-60 лет – 61,1% и старше 3,8%. В то же время в структуре пациентов с ортопедической патологией преобладали дети до 14 лет – 43,1%, подростки составили 6,9%, больные в возрасте 19-60 лет – 35,1% и старше 60 лет – 14,9%. Отмечается преобладание лиц мужского пола среди оперированных с изолированными переломами (66,2%), политравмой (59,4%), другими травмами (65,3%), посттравматическими гнойно-воспалительными осложнениями - ГВО (68,7%), остеомиелитами (68,1%), остеоохондропатиями (68,2%), застарелыми повреждениями связок и менисков (78,5%), неправильно сросшимися переломами (59,0%) и несросшимися переломами и ложными суставами

(64,5%). Напротив, лица женского пола преобладали среди больных с врожденным вывихом бедра (71,5%), остеохондрозом и остеопорозом (60,7%) и другими ортопедическими патологиями (58,9%). В структуре остальных вышеприведенных групп соотношение больных обоих полов было приблизительно одинаковым.

Таблица 5

Сравнительные результаты лечения в исследуемых группах пациентов

Наименование патологий	Оценка результатов лечения (в баллах)				P ¹
	Ia	Iб	IIa	IIб	
Оперированные изолированные переломы длинных костей	91,4±1,2	84,1±1,3	93,6±0,8	85,1±1,3	1,2
Политравма	83,6±0,7	78,4±0,7	84,7±0,5	79,5±0,6	1,2
Другие травмы	91,8±0,3	83,2±0,4	93,7±0,3	85,1±0,6	1,2
Врожденный вывих бедра	86,3±0,6	81,2±0,3	90,3±0,3	83,2±0,4	1,2
Деформирующие артрозы	81,6±0,7	78,3±0,3	84,4±0,4	79,3±0,5	2
Посттравматические гнойно-воспалительные осложнения	89,8±0,7	84,2±0,8	90,2±0,5	85,1±0,4	1,2
Последствия полиомиелита	78,6±0,4	77,3±0,3	79,8±0,5	77,7±0,4	1,2
Детский церебральный паралич	80,4±0,5	76,2±0,6	81,3±0,3	78,5±0,4	1,2
Доброкачественные опухоли в костях	88,1±0,2	81,3±0,4	95,2±0,3	83,2±0,5	1,2,3
Остеомиелиты длинных костей	81,4±0,2	77,3±0,5	84,3±0,4	78,4±0,6	2
Системные заболевания опорно-двигательного аппарата (ОДА)	81,8±0,4	79,3±0,4	82,9±0,4	79,9±0,3	1,2
Врожденные заболевания и пороки	84,7±0,3	81,9±0,3	88,8±0,3	82,4±0,4	2
Остеохондропатии	83,9±0,3	80,3±0,5	85,5±0,3	80,5±0,4	2
Застарелые повреждения связок и менисков	86,9±0,4	83,6±0,3	94,8±0,2	84,1±0,5	2,3
Остеохондроз и остеопороз	80,9±0,3	79,3±0,4	85,3±0,5	79,9±0,6	2,3
Неправильно сросшиеся переломы	90,4±0,6	85,8±0,5	93,8±0,3	86,3±0,4	1,2
Несросшиеся переломы и ложные суставы	86,9±0,3	81,7±0,4	90,5±0,3	82,5±0,6	1,2
Другие ортопедические патологии	88,6±0,3	83,5±0,4	91,6±0,3	83,9±0,5	1,2
<i>Средний балл по группам пациентов</i>	84,5±0,7	79,5±0,9	91,6±0,4	82,7±0,6	1,2,3
<i>Средний балл по периодам исслед.</i>	82,1±0,8		87,2±0,5		4

При изучении результатов внедрения этих новшеств, в качестве прототипа методики для оценки мы взяли универсальную балльную методику с включением в перечень критериев показателей, традиционно используемых

¹Примечание: 1 – достоверное различие (p<0,05) между группами Ia и Ib; 2 – достоверное различие (p<0,05) между группами IIa и IIб; 3 – достоверное различие (p<0,05) между группами Ia и IIa; 4 – достоверное различие (p<0,05) между первым и вторым периодом исследования.

в травматолого-ортопедической практике: результаты заживления раны, функция суставов, консолидация переломов, косметические нарушения, неврологические и сосудистые нарушения и других. Оценка результатов лечения выполнена у 27127 (95,0%) пациентов. Распределение показателей оценки в исследуемых группах пациентов представлено в таблице 5.

Таблица 6

Частота неудовлетворительных результатов лечения (в %) по группам пациентов

Наименования патологий	частота				P ²
	Ia	Iб	IIa	IIб	
Переломы длинных костей	2,4	6,4	1,4	5,8	6
Политравма	14,6	21,7	11,7	16,2	1,2,5
Другие травмы	3,3	6,3	1,8	5,4	6
Врожденный вывих бедра	2,7	12,7	2,2	10,8	1,2
Деформирующие артрозы	17,6	32,4	11,4	21,7	1,2,3,5
Посттравматич. гнойно-воспалительные осложн.	5,7	14,3	4,6	12,7	1,2
Последствия полиомиелита	9,6	12,3	9,1	11,4	6
Детский церебральный паралич	11,7	12,7	11,3	12,4	6
Доброкачественные процессы в костях	5,6	21,7	3,9	19,4	1,2
Остеомиелиты длинных костей	17,3	32,6	14,2	27,3	1,2
Системные заболевания ОДА	10,4	19,7	9,6	18,4	1,2
Врожд. мультифакториальные заболевания	7,4	15,6	6,9	12,3	1,2
Остеохондропатии	5,2	10,7	3,6	9,8	1,2
Застарелые повреждения связок и менисков	2,1	6,7	1,4	6,5	1,2
Остеохондроз и остеопороз	3,2	7,2	2,4	6,5	6
Неправильно сросшиеся переломы	2,1	7,3	1,4	6,9	1,2
Несросшиеся переломы и ложные суставы	4,7	11,5	3,2	10,4	1,2
Другие ортопедические патологии	3,1	5,9	2,5	5,2	6
<i>По группам пациентов</i>	7,2	14,3	5,5	12,1	1,2
<i>По периодам исследования в среднем:</i>	10,5		5,2		

При сравнительном анализе результаты лечения в общей выборке и в пределах каждой из вышеперечисленных нозологий или групп заболеваний в основных Ia и IIa группах оказались достоверно лучше, чем в контрольных Ib и IIб группах. Результаты лечения условно квалифицировались на три категории по следующим критериям: «хорошие» - при сумме баллов свыше 95; «удовлетворительные» - при сумме баллов от 75 до 95; «неудовлетворительные» - при сумме баллов ниже 75. Оценка результатов

²Примечание: 1 – достоверное различие (p<0,05) между группами Ia и Ib; 2 – достоверное различие (p<0,05) между группами IIa и IIб; 3 – достоверное различие (p<0,05) между группами Ia и IIa; 4 – достоверное различие (p<0,05) между первым и вторым периодом исследования; 5 – достоверное различие (p<0,05) между группами Ib и IIб, 6 – достоверное различие не установлено.

лечения в сравниваемых группах с применением вышеназванных критериев представлены в таблице 6. Как видно из таблицы, удельный вес неудовлетворительных результатов в основных группах (как в общей выборке, так и при отдельных нозологиях или группах заболеваний) статистически достоверно ниже, чем в контрольных группах. Эта же закономерность прослеживается при сравнении удельного веса неудовлетворительных результатов в среднем по этапам исследования.

Таким образом, изложенный в 5 главе анализ показал, что оптимизация тактики, внедрение новых и усовершенствованных технологий лечения, позволяет улучшить клинические результаты лечения наиболее часто встречающихся травм и ортопедической патологии.

Глава 6 посвящена обоснованию организационных мероприятий по совершенствованию национальной системы организации специализированной медицинской помощи, а также содержит анализ результатов внедрения указанных мероприятий.

Процесс планирования деятельности системы здравоохранения Таджикистана имеет несколько стадий. От стадии оценки реальных затрат на оказание медицинской помощи населению при существующей структуре медицинской помощи, до стадии утверждения комплексного плана работы здравоохранения Республики. На уровне Республики определяются единый объем подлежащей оказанию медицинской помощи, планируются объёмы помощи республиканских учреждений, межобластных и межрайонных центров, даются рекомендации по объёмам помощи для областей. На уровне районов и областей принимается конкретная программа, план ее финансирования. План доводится до каждого медицинского учреждения.

Детализация плановых показателей медицинской помощи в Таджикистане пока ещё не используется широко. Медицинская помощь планируется пока с дифференциацией только по травматолого-ортопедическому профилю без использования клинико-статистических групп или нормативов финансовых затрат в рамках государственных заданий (как в России). Единицей измерения объёма стационарной помощи является пролеченный в объеме законченного случая пациент.

Глава 6 содержит также описание результатов практического внедрения организационно-клинических мероприятий по увеличению доступности для населения и качества медицинской помощи при травмах и ортопедической патологии.



Рис. 5. Этапы планирования деятельности системы здравоохранения Таджикистана

Процесс планирования деятельности системы здравоохранения Таджикистана в виде схемы изображён на рис. 5.

В 6 главе также показано, что кроме планирования и реализации общих мер, необходимо формировать профильные, специализированные программы совершенствования медицинской помощи с указанием основных мероприятий и источника их финансирования по аналогии с российской государственной программой «Развитие здравоохранения». К сожалению, из-за крайне недостаточного финансирования системы здравоохранения Таджикистана из общественных источников, расходы на новые и усовершенствованные, следовательно, наиболее эффективные медицинские технологии, компенсируются в основном из частных платежей.

Распределение объёмов стационарной медицинской помощи осуществляется на разных уровнях. На уровне Министерства здравоохранения и социального развития Таджикистана происходит распределение объёмов медицинской помощи между областями и районами. Этому предшествует определение территориальных (районных, областных) поправок T_m к среднереспубликанскому нормативу объёмов профильной медицинской помощи. В случае для определения плановых объёмов наиболее дорогостоящей - стационарной медицинской помощи, формула для территориальных поправок имеет вид:

$$T_M = N \cdot (0,2 \cdot K_{ВП}^M + 0,8 \cdot K_{ПЗ}^M) \quad (1)$$

где $K_{ВП}^M$ — половозрастной коэффициент, определяемый для каждого территориального образования и определяющий отличие половозрастных характеристик территории (области, района) от среднереспубликанских. $K_{ВП}^M$ рассчитывается по формуле:

$$\frac{P_o}{P_m} \cdot \frac{\sum_j a_j p_j^m}{\sum_j a_j p_j^o} \quad (2)$$

Здесь a_j — объем потребления стационарной медицинской помощи j -ой половозрастной группой, p_j^m и p_j^o — численность половозрастной группы в территории (районе, области) и в Республике соответственно, P_m и P_o — общая численность населения на территории (районе, области) и в Республике, $P = \sum_j p_j$. Значения коэффициентов получены из данных

многолетней статистики³ и приведены в таблице 7.

Таблица 7

**Коэффициенты объёмов потребления специализированной медицинской помощи
половозрастными группами пациентов**

Возрастной интервал	Средний возраст, лет	a_j мужчин	a_j женщин
Дети (в возрасте 0-17 лет включительно)	10	1,018	1,001
Взрослые (18 лет и старше)	40	0,706	1,217
Старше трудоспособного возраста (мужчины – старше 63 лет, женщины - старше 55 лет)	70	1,925	1,431

Коэффициент предыдущих объёмов медицинской помощи для территорий (областей, районов) $K_{ПЗ}^M$ определяется на основе анализа статистических данных об объёмах оказанной медицинской помощи с учетом использования ресурсов районных и городских медицинских учреждений, обеспечивающих медицинскую помощью население территории. $K_{ПЗ}^M$ вычисляется по многолетней статистике объёмов фактически оказанной медицинской помощи и подлежит изменению если менялась региональная структура потребления медицинской помощи:

$$K_{ПЗ}^M = \frac{C^M}{C^O}, \quad (3)$$

где: C^M — средние объёмы потребления медицинской помощи, измеренные в пролеченных больных, в расчёте на одного жителя выбранной территории; C^O — средние объёмы потребления медицинской помощи на одного жителя Республики.

Близкий к единице коэффициент N формулы (1) является нормировочным множителем. Его роль состоит в обеспечении равенства суммы всех объёмов медицинской помощи, распределяемых по регионам и областям Республики, и исходного объёма медицинской помощи, запланированной по стране в целом.

Отметим, что коэффициенты 0,2 и 0,8 из формулы (1) являются экспертными значениями. Причина разного веса половозрастного фактора и фактора оказанных объёмов медицинской помощи в прошлом заключается в том, что последний также включает в себя разницу в демографической

³ Форма 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях»

структуре проживающих. Этой же причиной определяется аддитивная структура формулы (сложение двух факторов).

Таким образом, мы создали математическую модель, которая определяет плановый объем медицинской помощи определённого вида и профиля определённой группе населения по любой медицинской программе в зависимости от определённых медико-социальных параметров членов этой группы.

Анализ результатов внедрения организационных мероприятий по совершенствованию национальной системы организации специализированной медицинской помощи показал следующее.

Усиление амбулаторного звена с внедрением стационарорезаменяющих технологий и активизация работы реабилитационного компонента в связи с увеличением числа реабилитационных центров и отделений привели к уменьшению удельного веса стационарных пациентов с травмами с 23,7% в 2009 году до 18,5% к концу второго периода исследования (2013 год).

Благодаря принятым комплексным мерам в стране снизился уровень детского травматизма. Если в целом динамика интенсивных показателей травматизма в Таджикистане имеет тенденцию к увеличению, то этот же показатель среди детей до 14 лет снизился с 1962,3 случаев на 100 тыс. человек детского населения в 2006 году до 1825,7 случаев в 2013 году, т.е. на 7,0%. При сравнительном анализе к концу исследования показатель детского травматизма на 100 тыс. населения оказался на 19,4% ниже, чем у взрослых (соответственно 1825,7 и 2265,5 на 100 тыс. населения). Относительно низкие показатели распространённости травматизма в Хатлонской области (от 654,7 до 920,1 на 100 тыс. населения в разные периоды исследования) объясняются наличием серьёзных проблем в регистрации случаев получения травм из-за крайне недостаточно развитой материально-технической базой травматолого-ортопедической службы и кадровым дефицитом в регионе.

Внедрение механизма межсекторального взаимодействия при профилактике дорожно-транспортного травматизма привело к снижению уровня смертности от этого вида травматизма. Интенсивный показатель смертности при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) уменьшился с 35,2 до 24,9 случаев смерти на 100 тыс. населения.

Внедрение клинических протоколов способствовало интенсификации

процесса лечения, что проявилось уменьшением средней длительности лечения от 11,8 до 10,8 дней. При ортопедической патологии длительность госпитализации уменьшилась с 13,6 до 12,2 дней, среди взрослых с травмами – с 11,5 до 10,6 дней, среди взрослых с ортопедическими заболеваниями – с 11,3 до 10,9 дней, в целом у взрослых – с 11,6 до 10,6 дней. Среди детей с травмами длительность госпитализации уменьшилась – от 12,2 до 11,0 дней, среди детей с ортопедической патологией – от 20,1 до 16,6 дней и в целом у детей – от 12,5 до 12,0 дней.

Оборот койки травматолого-ортопедического профиля при травмах возрос от 19,2 до 20,4, при ортопедической патологии – от 19,1 до 20,3 и в целом этот показатель увеличился с 19,7 до 20,8. Однако, несмотря на интенсификацию использования мощностей, показатель среднегодовой занятости профильных коек остаётся относительно низким, составляя от 230 до 240 дней в году, что обусловлено необходимостью обеспечения доступности для населения некоторых отдалённых регионов страны специализированной медицинской помощи.

Доля числа пациентов с травмами, лечившихся в стационарных условиях к концу второго этапа исследования снизилась с 19,7% до 18,5%, или на 4,5%. Эти результаты были достигнуты в результате внедрения стационарозамещающих технологий, протоколов лечения и создания условий для развития специализированной амбулаторной травматологической помощи в отдалённых от центра районах.

В рамках межсекторального сотрудничества при реализации Национальной программы «Профилактика травматизма и совершенствование медицинской помощи при травмах и их последствиях в Республике Таджикистан на 2010-2015 годы» реализованы следующие основные мероприятия.

Во-первых, обоснована необходимость значительного улучшения дорожного сообщения между г. Душанбе и отдалёнными регионами страны. В результате строительства новых дорог и горных тоннелей транспортная доступность специализированной медицинской помощи для населения увеличилась.

Во-вторых, в результате реструктуризации коечного фонда и перераспределения кадров значительно улучшено обеспечение отдалённых районов травматологами-ортопедами. Предпринимаются усилия по

увеличению числа случаев обучения студентов и врачей за пределами страны за счёт государства и в рамках межгосударственных соглашений. Для врачей отдалённых регионов проводится выездные циклы усовершенствования. В них прорабатываются и реализуются мероприятия по внедрению инновационных медицинских технологий в практическое здравоохранение.

В-третьих, с целью приближения специализированной медицинской помощи к отдалённым от центра регионам в практику широко внедрены «Караваны здоровья». Принцип проведения таких мероприятий заключается в одновременном выезде необходимого количества специалистов с переносным оборудованием в районы по специальному графику.

В-четвертых, практически во всех травматолого-ортопедических отделениях страны в настоящее время применяются современные методы остеосинтеза, включая стабильный накостный и интрамедуллярный блокирующий остеосинтез. Наряду с травматолого-ортопедическими отделениями третичного уровня, во многих учреждениях вторичного уровня внедрены эндопротезирование суставов, артроскопические операции и другие современные технологии, а также современные диагностические методы (магниторезонансная, компьютерная томографии, денситометрия и др.), возрожден принцип чередования работы врачей в поликлинике и стационаре.

В-пятых, на республиканском и местном уровнях значительно усилен потенциал службы санитарной авиации. Оснащение этой службы новыми воздушными судами обеспечено финансированием как со стороны бюджета здравоохранения, так и за счёт целевых поддержек из фонда Президента Республики Таджикистан.

Наконец, при решении вопросов, связанных с обеспечением равной доступности населения к медицинской помощи, большое значение мы придавали внедрению телекоммуникационных и дистанционных медицинских технологий. Во всех республиканских и областных центрах созданы телемедицинские кабинеты, имеющих связи с крупными специализированными региональными и республиканскими медицинскими учреждениями, обеспечивающие удалённые консультации врачей главными профильными специалистами.

В заключении обобщены итоги проведённого исследования, которые легли в обоснование выводов и практических рекомендаций.

ВЫВОДЫ

1. Систематизация и обобщение отечественных и зарубежных источников научной информации свидетельствуют о том, что общественное здравоохранение Республики Таджикистан нуждается в научно обоснованной и современной системе специализированной медицинской помощи, обеспечивающей эффективное использование имеющихся крайне ограниченных ресурсов, а также в инвестициях, которые необходимы для внедрения в ближайшей перспективе программ предупреждения и лечения болезней, в первую очередь социально значимых, к числу которых относятся травмы и ортопедические заболевания.

2. Доля государственных расходов на здравоохранение Таджикистана составляет 50,4%, международная финансовая помощь – 5,9%, расходы населения – 43,7%. Таким образом в Таджикистане сохраняется зависимость здравоохранения от частных платежей и международной помощи, частично восполняющих дефицит финансирования, но при этом затрудняющих проведение политики реструктуризации здравоохранения и освоение экономических методов управления.

3. Общими для России и Таджикистана тенденциями в обеспечении населения специализированной медицинской помощью являются:

- оптимизация ресурсного обеспечения (количественных мощностей и штатной численности);
- интенсификация лечебного процесса и расширение применения высокотехнологичных методов диагностики и лечения;
- усиление требовательности к результативности работы специализированных медицинских организаций на фоне расширения их хозяйственной самостоятельности;

При этом реформирование системы государственных обязательств в сочетании с поиском социально приемлемых и экономически рациональных форм привлечения средств населения более характерно для Таджикистана, чем для России.

4. Уровень общей заболеваемости населения Таджикистана по XIX классу МКБ-10 (травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин составляет 3,3 на 100000 человек населения, что в три раза ниже, чем в Российской Федерации. Это отчасти связано с низкой доступностью специализированной медицинской помощи для населения из удалённых от столицы страны поселений. На фоне увеличения

числа случаев получения населением Таджикистана травм с 2433,3 тыс. случаев в 2006 году до 2671,1 тыс. случаев в 2013 году, интенсивные показатели травматизма в целом имели стабильную тенденцию к снижению со среднегодовым темпом в размере 1%.

5. К особенностям восьмилетней динамики травматизма в Таджикистане относятся: снижение удельного веса числа случаев лечения травм в стационарных условиях с 23,7% до 18,5%; уменьшение уровня детского травматизма с 1962,3 до 1825,7 на 100 тыс. детей; устойчивая тенденция в сторону уменьшения числа пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий с 35,2% до 24,9% на 100 тыс. населения. Для Таджикистана также характерен высокий удельный вес осложнённых травм (до 25,0%) и неравномерная частота случаев получения травм по районам и областям страны, что связано с недостаточной эффективностью работы догоспитального этапа, низкой осведомлённостью населения отдельных поселений о возможностях здравоохранения.

6. За восемь лет в распространённость ортопедической патологии в Таджикистане увеличилась на 16,3%. Наиболее часто встречаются артрозы и остеохондроз позвоночника, основная часть которых приходится на людей преклонного возраста. Кроме этих двух патологий в структуре ортопедической патологии у детей ведущие позиции занимают ВВБ (6,5% от общего числа выявленных пациентов), детский церебральный паралич (ДЦП) - (3,7%), деформации стопы (3,1%) и последствия полиомиелита (2%), что во многом объясняется высокой частотой кровнородственных браков

7. В структуре причин госпитализации на койки травматолого-ортопедического профиля травмы встречались в 51,8%, ортопедические заболевания – в 48,2% случаев, с преобладанием лиц мужского пола (55,8%) и взрослого населения (64,0%). Среди детей наиболее частой причиной госпитализации является ортопедическая патология.

8. В Таджикистане функционирует трёхуровневая травматолого-ортопедическая служба, характеризующаяся сравнительно слабой материально-технической базой на всех уровнях и дефицитом современных технологий лечения травм и ортопедических пациентов ввиду недостаточного финансирования здравоохранения из государственных источников. Бюджетные средства расходуются на основе принципа сметного финансирования медицинских учреждений. Имеет место географический дисбаланс в ресурсной оснащённости объектов здравоохранения одного и того же уровня.

9. Анкетирование пациентов показало, что из всех аспектов оказания медицинской помощи наибольшее недовольство вызывает питание и лекарственное обеспечение в стационаре, а легализация частных соплатежей в сочетании с бесплатным предоставлением базовых медицинских услуг увеличивает удовлетворённость пациентов оказанными медицинскими услугами.

10. Рационализация использования ресурсов, оптимизация структуры и обновление медицинских технологий с учётом достижений медицинской науки и реальных медико-демографических проблем, а также упорядочение частных платежей, позволили улучшить исходы травм и результаты лечения ортопедической патологии, а также повысить удовлетворённость населения результатами оказания медицинской помощи.

11. Разработанные организационно-клинические мероприятия совершенствования национальной системы организации медицинской помощи основаны на:

- внедрении подушевого планирования объёмов медицинской помощи по её видам и профилям;
- рационализации использования ресурсов;
- интенсификации лечебно-диагностического процесса и внедрении новых медицинских технологий;
- развитию цивилизованного рынка платных медицинских услуг и других мероприятиях, способствующих развитию здравоохранения Таджикистана в условиях сохраняющихся экономических ограничений.

12. Применение бальной методики оценки показателей медицинской помощи в сочетании с оценкой статистической достоверности различий в результатах лечения позволяет объективизировать оценку технологий лечения различных групп пациентов с травмами, болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани (КМС и СТ) и ортопедическими заболеваниями. Результативность лечения в группе Ia составил $84,5 \pm 0,7$ балла, в группе Ib – $79,5 \pm 0,9$, в группе Ia – $91,6 \pm 0,4$ балла и Ib – $82,7 \pm 0,6$ балла, в начале исследования $82,1 \pm 0,8$ балла и в конце исследования $87,2 \pm 0,5$ балла. Удельный вес неудовлетворительных исходов в основных группах статистически достоверно уменьшился в основных группах по сравнению с контрольными группами (в группе Ia – 7,2%, Ib – 14,3%, Ia – 5,5%, Ib – 12,1%). В целом удельный вес неудовлетворительных результатов лечения до внедрения результатов исследования составил 10,5%, после внедрения – 8,7%.

13. Оптимизация лечебно-диагностического процесса при травмах и ортопедической патологии в Таджикистане проявляется статистически достоверным: увеличением доли числа случаев лечения профильных пациентов в амбулаторно-поликлинических условиях (с 76,3% до 81,5%) и частоты применения современных медицинских технологий диагностики и лечения; снижением средней длительности госпитального лечения в среднем до 11,5 дней (Россия – 12,1 дня), при травмах у взрослых этот показатель в динамике снизился с 11,5 до 10,6 дней (Россия – 12,3 дня), среди взрослых с ортопедической патологией – с 11,3 до 10,9 дней (Россия – 12,8 дня), в целом у взрослых – с 11,6 до 10,6 дней (Россия – 12,5 дней), при травмах у детей – с 12,2 до 11,0 дней (Россия – 9,3 дня), среди детей с ортопедической патологией – с 20,1 до 16,6 дней (Россия – 15,2 дня) и в целом у детей – с 12,5 до 12,0 дней (Россия – 12,3 дня); уменьшением смертности от травм на 22,1% (с 0,68 до 0,53 на 10 тыс. населения); увеличением оборота травматологических коек на 6,3% (с 19,2 до 20,4 дней), ортопедических коек на 5,2% (с 19,1 до 20,3 дней) и в целом на 5,6% (с 19,7 до 20,8 дней).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Органам исполнительной власти в сфере охраны здоровья граждан стран евразийского постсоветского пространства обеспечить детализацию государственных обязательств в области здравоохранения по показателям гарантированной медицинской помощи и контингентам пациентов, в том числе путём приведения меры этих обязательств в соответствие с уровнем экономического развития страны. При необходимости сокращение государственных обязательств целесообразно обеспечить в основном в секторах вторичной и третичной медицинской помощи.

2. Органам исполнительной власти Таджикистана республиканского уровня:

- для более точного подушевого планирования объёмов медицинской помощи по её видам и профилям всесторонне поддерживать и развивать службу медицинской статистики;

- обозначить приоритеты в общественном здоровье и национальном здравоохранении и инвестировать средства в решение важнейших задач, способствующих стабильности, эффективности и справедливости национальной системы здравоохранения;

- обеспечить создание в областных центрах и крупных городах реабилитационных центров с организацией отделений медицинской реабилитации при последствиях травм и ортопедических заболеваниях;

- с целью снижения факторов риска в возникновении травм и профилактики травматизма добиваться улучшения межсекторального и межведомственного взаимодействия министерств и ведомств.

3. Органам исполнительной власти Таджикистана областного и районного уровня:

- развивать территориальные системы первой помощи при травмах, включающие подсистемы скорой медицинской, реанимационной и специализированной медицинской помощи травматологического профиля и других хирургических профилей (абдоминальная и торакальная хирургия, нейрохирургия);

- реорганизовывать больничный сектор не только путём сокращения коек, но и путём закрытия и (или) вывода из государственного финансирования невостребованных и недостаточно загруженных медицинских учреждений, прежде всего – в крупных городах, за исключением учреждений в поселениях с низкой территориальной доступностью специализированной медицинской помощи, особенно в сельской местности;

- обеспечить оснащение травматолого-ортопедических отделений медицинскими оборудованием в соответствие с Порядком оказания специализированной медицинской помощи при травмах и ортопедических заболеваниях и централизованное обеспечения средствами для остеосинтеза, дыхательными аппаратами, ортопедическими столами, инструментами для выполнения оперативных вмешательств и другими лечебно-диагностическим оборудованием, ужесточить требования к обоснованности госпитализаций.

4. Медицинским организациям Таджикистана, в тесном взаимодействии с кафедрой травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, интенсифицировать внедрение стационарозамещающих технологий и малоинвазивных инновационных (высокотехнологичных) методов лечения травм и ортопедических заболеваний, а также обеспечить возрождение принципа чередования работы врачей в поликлинике и стационаре.

ОСНОВНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Публикации в изданиях, рекомендованных ВАК

1. Салимзода, Н.Ф. Основные принципы разработки стратегических и текущих планов здравоохранения /Н.Ф. Салимзода //Вестник Авиценны – Душанбе. -2016. - № 2 (67). - С.105-112 (0,875 п.л., автора - 0,875.).
2. 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 (0,875 п.л., автора – 0,875).
3. Салимов, Н.Ф. (Салимзода Н.Ф.) Профилактика дорожно-транспортного травматизма в Таджикистане /Н.Ф. Салимов, А.А. Раззоков //Вестник Авиценны. – 2013. - №1 (54). –С.54 – 59 (0,75 п.л., автора - 0,5).
4. Салимов, Н.Ф. (Салимзода Н.Ф.) Медико-социальные аспекты травматизма и пути совершенствования системы оказания медицинской помощи /Н.Ф. Салимов, А.А. Раззоков //Здравоохранение Таджикистана. – 2014. - №3 (322). – С. 44 – 49 (0,875 п.л., автора - 0,65).
5. Салимов, Н.Ф. (Салимзода Н.Ф.) Современные подходы к комплексному лечению политравмы /Н.Ф. Салимов, А.А. Раззоков //Здравоохранение Таджикистана. -2014. - №3 (322). – С. 49 – 56 (1,0 п.л., автора - 0,75).
6. 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 (1,0 п.л., автора – 0,65).
7. Салимов, Н.Ф. (Салимзода Н.Ф.) Организационные аспекты комплексного лечения артрозов крупных суставов. /А.А. Раззоков, Н.Ф. Салимов //Вестник Авиценны. – 2015. - №1 (62). – С.136 – 140 (0,625 п.л., автора – 0,45).
8. Салимов, Н.Ф. (Салимзода Н.Ф.) Результаты изучения мнения пациентов при применении различных форм организации лечебно-диагностического процесса при травмах и ортопедической патологии /Н.Ф. Салимов, А.А. Раззоков //Вестник Авиценны. – 2015. - №3 (64). – С.127 – 131 (0,625 п.л., автора – 0,55).

9. Салимов, Н.Ф. (Салимзода Н.Ф.). Совершенствование хирургической помощи при доброкачественных опухолях и опухолеподобных заболеваниях костей. /А.А. Раззоков, Н.Ф. Салимов, Дж.Б. Ансори //Вестник Авиценны, - 2015. - №3 (64). – С.20 – 27 (1,0 п.л., автора – 0,75).

10. Салимов, Н.Ф. (Салимзода Н.Ф.) Динамика ключевых показателей травматизма в Таджикистане /Н.Ф. Салимов, А.А. Раззоков //Здравоохранение Таджикистана. – 2015. - №1 (324). – С. 117 – 123 (0,875 п.л., автора – 0,655).

11. Салимов, Н.Ф. (Салимзода Н.Ф.) Результаты реализации национальной программы «Профилактики 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 (324). – С. 124-133 (1,25 п.л., автора – 0,95).

12. Салимов, Н.Ф. (Салимзода Н.Ф.) Динамика показателей детского травматизма в Таджикистане. /Н.Ф. Салимов, А.А. Раззоков //Здравоохранение Таджикистана. – 2015. - №3 (326). – С. 55-60 (0,75 п.л., автора – 0,5).

13. 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 (1,0 п.л., автора – 0,75).

14. Салимов, Н.Ф. (Салимзода Н.Ф.). Новые подходы в комплексном лечении хронического травматического остеомиелита /А.А. Раззоков, Н.Ф. Салимов, Ф.А. Раззоков, А.Х. Хомидов, А.Т.Аскараров //Доклады Академии наук Республики Таджикистан. – 2006. – Том 49. – №9, - С. 866 – 872 (0,5 п.л., автора – 0,15).

15. Салимов, Н.Ф. (Салимзода Н.Ф.). Анализ хромосомной ДНК стафилакокков и стрептококков при посттравматических гнойно-воспалительных осложнениях /А.А. Раззоков, Н.Ф. Салимов, С.С. Сатторов //Известия Академии наук Республики Таджикистан. – 2007. – N 2 (159). – С. 74 – 81 (1,0 п.л., автора - 0.6).

16. Салимов, Н.Ф. (Салимзода Н.Ф.). Бензойная мазь и лимфотропная антибиотикоиммунотерапия в практике травматического остеомиелита /А.А.

Раззоков, Н.Ф. Салимов, А.Х. Хомидов, А.Т. Аскарров //Здравоохранение Таджикистана. – 2003. - №1. –С. 35 – 40 (0,75 п.л., автора – 0,25).

Монографии

17. Организация медицинской помощи, диагностики и лечения острого периода сочетанной и множественной травмы /А.А. Раззоков, Н.Ф. Салимзода, Д.Н.Салихов, С.Х. Курбанов, И.С. Бандаев, Х.М. Джураев, Дж.М. Сафаров, Ф.А. Разоков, М.К. Назаров, А.М. Наимов. И.Г. Умонов, Т.А. Пиров, Ф.А. Батыров – Душанбе: «Маориф». - 2016. -649 с. (тираж 500 экз., 79,0 п.л., автора – 10,0).

18. Совершенствование организации медицинской помощи и тактики лечения врожденного вывиха бедра /Дж.М. Сафаров, А.А. Раззоков, Н.Ф. Салимзода, М.М. Ниёзов – Душанбе: «Маориф» -2016. -185 стр. (тираж 500 экз., 21,5 п.л., автора - 7,0).

19. 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 стр. (тираж 500 экз., 21 п.л., автора - 7,0).

20. Совершенствование организации медицинской помощи, диагностики и лечения синдрома жировой эмболии при сочетанной и множественной травме /А.А. Раззоков, Н.Ф. Салимзода, Ф.А. Разоков, М.К. Назаров, Ф.А.Батыров – Душанбе, «Маориф». - 2015. -152 стр. (тираж 500 экз., 19,0 п.л., автора - 6,75).

Другие публикации

21. Салимов, Н.Ф. (Салимзода Н.Ф). Руководство по управлению человеческими ресурсами системы здравоохранения Таджикистана /Н.Ф. Салимов (Н.Ф. Салимзода). Б.Ш. Гадоев, С.Р. Миралиев, С.З. Зарипов, А. Курбанов, З.А. Мирзаева, К.Н. Дабуров, Н.М. Ходжаева, Х.И. Ибодов, А. Шехов, Д.Н. Садыкова, Л.С. Раджабова, Т.С. Джабборова. – Душанбе. «Деваштич». – 2008. – 686 с. (86 п.л., автора – 25,5).

22. Салимов, Н.Ф. (Салимзода Н.Ф.). Стратегический план рационализации медицинских учреждений Республики Таджикистан на период 2011-2020 годы /Н.Ф. Салимов, С.Б. Чобирова, А.С. Мирзоев, С.Б., Рахмонов, М.М. Шералиева, О.И. Бобохочаев и др. авторы. - Душанбе. – ООО «Макинг». – 2011. – 174 стр. (21,75 п.л., автора – 5,25).

23. Салимов, Н.Ф. (Салимзода Н.Ф.). Клинические протоколы по травматологии и ортопедии (на таджикском языке) /Н.Ф. Салимов, А.А. Раззоков, Х.М. Джураев. – Душанбе. - «Мир полиграфии». – 2011. -140 с. (8,75 п.л., автора – 4,25).

24. Салимов, Н.Ф. (Салимзода Н.Ф.). Юридические нормативы в травматологии и ортопедии (на тадж. языке) /Н.Ф. Салимов, А.А. Раззоков, Х.М. Джураев. – Душанбе. - «Мир полиграфии». – 2011. – 97 с. (6,06 п.л., автора – 3,0).

25. Салимзода, Н.Ф. Охрана и укрепление здоровья детей Таджикистана в свете целей развития тысячелетия /Н.Ф. Салимзода, Л.С. Бобоходжиева, Ш.Р. Рахматуллоев, А.В. Вохидов //Здр. Таджикистана. – 2015. - №1 – С. 15 – 21 (0,875 п.л., автора – 0,4).

26. Салимов, Н.Ф. (Салимзода Н.Ф.). Состояние и перспективы развития травматолого-ортопедической службы в Таджикистане /А.А. Раззаков, Н.Ф. Салимов, А.Х. Бегов /В кн.: Акт. вопросы клинической медицины. Сб. науч. статей, посвященный 40-летию РКБ им. Дьякова. – Душанбе. – 2004 . – С. 266 – 272. (0,044 п.л., автора – 0,022).

27. Салимов, Н.Ф. (Салимзода Н.Ф.). Антибиотикограмма возбудителей гнойных осложнений у травматолого-ортопедических больных /Н.Ф. Салимов, А.Т. Аскарлов, С.С. Сатторов, А.А. Раззоков /В кн.: Акт. вопросы клинической медицины. Сб. науч. статей, посвященный 40-летию РКБ им. Дьякова. – Душанбе. – 2004 .- С.

28. Салимов, Н.Ф. (Салимзода Н.Ф.). Современные подходы в комплексном изучении, диагностике и лечении острого периода политравмы /А.А. Раззоков, К.Х. Сироджов, Ф.А.Батыров /Материалы VII съезда травматологов-ортопедов Узбекистана «Травматология и ортопедия в современном спектре», 5-6 сентября 2008 г., - Ташкент. – С. 107 – 108. (0,25 п.л., автора – 0,07).

СПИСОК ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИХ СОКРАЩЕНИЙ

ВВБ	- Врождённый вывих бедра
ВВП	- Внутренний валовый продукт
ГВО	- Гнойно–воспалительные осложнения
ДТП	- Дорожно-транспортное происшествие
ДЦП	- Детский церебральный паралич
КМС	- Костно–мышечная система
ЛПУ	- Лечебно-профилактическое учреждение
ОДА	- Опорно-двигательный аппарат
ОМС	- Обязательное медицинское страхование
РРП	- Районы республиканского подчинения
СМП	- Специализированная медицинская помощь
СТ	- Соединительная ткань
ТГМУ	- Таджикский государственный медицинский университет