

нем возрасте. Большинство случаев слабой дисплазии (CIN 1) без лечения подвергается обратному развитию, в то время как случаи тяжелой дисплазии (CIN III) без лечения имеют тенденцию к развитию инвазивного рака. Наиболее "уязвимым" участком является зона перехода многослойного плоского эпителия в цилиндрический эпителий. Этим исследованием были отслежены женщины (424), обратившиеся к семейным врачам, которым был взят мазок на флору. Большой процент заболеваемости воспалительными заболеваниями наблюдался среди женщин в возрасте 21-25 лет (16,03%); 26-30 лет (28,5%); 31-35 лет (13,31%); 36-40 лет (10,6%), к данным возрастным структурам относятся наиболее сексуально активные женщины. Среди женщин, имеющих в цитологическом мазке выраженную степень дисплазии, у 18,75% установлен инвазивный рак шейки матки в возрасте старше 40 лет. Опыт указывает на то, что риск развития инвазивного рака шейки матки имеется даже после проведения противовоспалительного лечения при наличии тяжелой дисплазии шейки матки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Денисов И.Н., Хаитов Р.М. Клинические рекомендации для практикующих врачей. М.: ГЭОТАР-МЕД., 2001
2. Мёрта Дж. Справочник врача общей практики. М., 2000. 737 с.
3. Нобель Д. и соавт. Общая врачебная практика, книга первая. М., 2005. 380 с.

Скрининги саратони гарданаки бачадон бо воситаи молишаки папаникой дар таҷрибаи духтури оилавӣ

Калимаҳои калидӣ: скрининг, саратони гарданаки бачадон, молишаки Папаникологӣ, духтури оилавӣ

Далелҳо нишон доданд, ки занҳои синну соли аз 21 то 40 сола ба бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносул бештар гирифта мешаванд. Дар ин синну сол занҳо нисбатан қобилияти зиёди шахвони доранд. Дар се нафар зан, ки дар андудаашон (ба таври Папани-

колау) дисплазияи дарачаи вазнин муайян шуда буд, саратони инвазивии гарданаки бачадон тасдиқ шуд, ки ин 18,75 % -ро аз 16 нафар занҳои ба диспансери онкологии барои муоина фиристода шуда буданд, ташкил дод. Таҷриба ба он ишора мекунад, ки ҳагто баъд аз гузаронидани табобати зидди илтиҳоби оиди инкишоф ёфтани дисплазияи дарачаи вазнин дар гарданаки бачадон имконияти афзун шудани саратони инвазивии гарданаки бачадон боқи мемонад.

Mirzoeva Z. A., Khajeva D. S., Abdulhaeva Sh.R., Kabirov K. M.

The skrining of crawfish of neck's womb by means of vaginal svad of pap in the practice of doctor's family

Key words: screening, cancer of womb vaginal svad of pap , doctor's family

Dab screening according to Papanikolau should cover age from 30 to 60 years with a condition of passing of screening each 5 years. The obtained data and experience of carrying out screening show that quality of dabs and correctness of the cytologic diagnosis have bigger value for decrease in a disease by a cancer of a neck of a uterus, than increase in frequency of screening or the screening beginning at earlier age. The majority of cases of a weak displaziya (CIN 1) without treatment is exposed to return development while cases of a heavy displaziya (CIN III) without treatment tend to development of an invasive cancer. The most "vulnerable" site is the zone of transition multilayered flat an epiteliya in cylindrical epiteliya. This research traced the women (424) who have addressed to family doctors to whom dab on flora was taken. The big percent of incidence was observed by inflammatory diseases among women at the age of 21-25 years (16,03 %); 26-30 years (28,5 %); 31-35 years (13,31 %); 36-40 years (10,6 %), belong to these age structures most sexually active women. Among the women having in cytologic dab expressed degree of a displaziya, at 18,75 % the invasive cancer of a neck of a uterus aged is established 40 years are more senior. Experience specifies that the risk of development of an invasive cancer of a neck of a uterus is available even after carrying out anti-inflammatory treatment in the presence of a heavy displaziya of a neck of a uterus.

Муминов Б., Ахмедов А.А.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ БАЗЫ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи
Кафедра общественного здоровья, экономики и управления (менеджмента)
здравоохранением с курсом медицинской статистики ТИППМК

Ключевые слова: служба скорой медицинской помощи

Актуальность

На протяжении многих столетий существовали различные документы в различной степени определяющие статус общества или иного учреждения оказывающего экстренную медицинскую помощь. Впервые в 1935 году на 1-ом Всероссийском совещании по СМП было разработано положение о работе СМП. В последующие годы были регламентированы приказами и инструкцией Наркомздрава СССР от 1939 г. вопросы организации оснащения и порядок работы станции. В дальнейшем это положение было утверждено Наркомздравом РСФСР от 17 марта 1975 г. [5, 6].

Во второй половине 40-х годов прошлого столетия при планировании необходимого числа бригад были применены среднестатистические (среднесуточное число вызовов выполняемых одной бригадой) и относительные показатели (число вызовов на 1000 населения). В 60-е годы исследованиями некоторых авторов (Антипенко А.Э., 1969, Кустова Е.А., 1972) на основании методов теории массового обслуживания был предложен норматив -1 бригада скорой помощи на 10000 населения [7].

Законодательная и нормативная правовая базы, регламентирующие вопросы организации скорой медицинской помощи сложились в период 70-80-х годов XX века и не отражают современных особенностей оказания скорой медицинской помощи населению, включая вопросы взаимодействия с другими службами экстренного реагирования, а также коммерческими организациями [2, 3, 4].

Цель исследования

Улучшение нормативно-правовой базы службы СМП с учетом взаимодействия с другими службами экстренного реагирования в новых экономических условиях.

Материал и методы исследования

Изучена доступная литература, архивные материалы директивных документов относительно службы СМП.

Результаты и их обсуждение

До 2010 года станции и отделения скорой медицинской помощи Республики Таджикистан в своей работе руководствовались: приказом МЗ СССР от 20.07.88г. (№404) "О мерах по дальнейшему развитию усовершенствования скорой и неотложной медицинской помощи населению"; Приказом МЗ ТаджССР от 25.03.1976г. (№300) "О нормах оснащения санитарным автотранспортом и о режиме работы санитарного автотранспорта"; Приказом МЗ ТаджССР от 20.07.1983г. (№ 595) "О повышении уровня практической подготовки врачей-терапевтов участковых, цеховых врачебных участков и врачей скорой и неотложной медицинской помощи по электрокардиографии"; Приказом МЗ ТаджССР от 14.04.1985г. (№383) "О мерах по дальнейшему развитию, усовершенствованию скорой и неотложной медицинской помощи населению"; Приказом МЗ ТаджССР от 24.02.1987г. (№201) "Об использовании ведомственной радиосвязи в системе здравоохранения"; Приказом Минздрава РТ от 23 октября 2004г. (№345) "Об утверждении типовых правил и положений, регулирующих деятельность госпитальных учреждений"; типовым положением о больнице скорой медицинской помощи; типовым положением о станции (отделении) скорой и неотложной медицинской помощи; формой 109/у - журнал записи вызовов скорой медицинской помощи; формой №110/у - карта вызова станции скорой медицинской помощи; формой №114/у - сопроводительный лист станции скорой медицинской помощи и талон к сопроводительному листу; формой 115/у - дневник работы станции скорой медицинской помощи, утвержденные Минздравом СССР от 4.10.1980 г. (№1030); формой №40 - отчет станции (отделения, больницы) скорой медицинской помощи, утвержденный приказом Минздрава Республики Таджикистан №342 от 07.12.2000г. [1].

В действующих законодательных и нормативных правовых актах, в частности в приказе Минздрава Республики Таджикистан от 28.02.2010 № 33 "О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Республики Таджикистан", оказание СМП рассматривается как вид медицинской помощи, являющийся догоспитальным этапом. Нормативная база, в частности штатные единицы и формы отчетности, не учитывают изменений в сфере здравоохранения (структурный, организационный, экономический и технический), произошедших за последние годы. Например, существующий норматив из расчета 1 санитарная машина на 10 тыс. населения не отвечает современным требованиям, так как не учитываются географическая особенность рельефа и плотность проживания населения. В республике 97% площади составляют горные массивы, часть населения проживает в труднодоступных для оказания экстренной помощи населенных пунктах [8].

В рамках статьи 38 Конституции гражданам Республики Таджикистан скорая медицинская помощь оказывается бесплатно. В различных регионах в связи с ограниченностью финансовых и технических ресурсов станции СМП обеспечиваются от 10% до 30 % от необходимой потребности. В возникшей критической ситуации целесообразно принятие адекватных мер как законодательного, так и структурно - организационного характера.

Авторы статьи предлагают внести изменения организационно - структурного характера и разделить структуру СМП на: государственную (бесплатная, хозрасчетная), частно-государственное партнерство, коммерческую. Кроме того, наряду с выделением станции СМП, в зависимости от объема оказываемой помощи, на категории и в зависимости от ресурсо-обеспечения, разделить станции скорой медицинской помощи на функционирующие в критических условиях (ресурсообеспечение менее 30%); функционирующие с относительным ресурсо-обеспечением (ресурсообеспечение до 30 - 50%); функционирующие с относительно удовлетворительным ресурсо-обеспечением (ресурсообеспечение 50 - 80%); функционирующие в условиях достаточного обеспечения. Такое разделение носит условный характер и зависит от многих других организационных моментов, включая разделение службы на скорую и неотложную медицинскую помощь. Условная градация подстанции в зависимости от ресурсообеспечения в большей степени необходима при пла-

нировании объема финансирования, объема интеграционных работ со семейными врачами, а также при составлении правил вызова скорой помощи конкретной местности при определении очередности вызовов.

В нормативных документах отсутствуют документы, регламентирующие правила вызова скорой и неотложной медицинской помощи, порядок оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, отказа от вмешательства и возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью при оказании медицинской помощи. В целях упорядочивания возникшей ситуации авторами статьи разработан проект "Закон Республики Таджикистан о скорой медицинской помощи", где наряду с указанными выше проблемами включены вопросы социально-правовой защиты персонала скорой медицинской помощи, добровольного медицинского страхования и частно-государственного партнерства.

Выводы.

Законодательная и нормативная правовые базы, регламентирующие вопросы организации скорой медицинской помощи в Республике Таджикистан, не отражают современных особенностей оказания скорой медицинской помощи населению. Не определены состав и принципы ее государственного регулирования, а также вопросы взаимодействия с другими службами экстренного реагирования в новых экономических условиях.

Существующий норматив из расчета 1 санитарная машина на 10 тыс. населения не учитывает географических особенностей рельефа и плотность проживания населения республики.

Действующие статистические отчетности направлены на количественные показатели и требуют пересмотра в пользу качественных показателей работы службы СМП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурахимов Б.И. Состояние организации и пути совершенствования службы скорой медицинской помощи г. Душанбе в современных социально-экономических условиях: автореферат. канд.мед.наук. Душанбе, 2007. С. 10-11
2. Валесян А.А. Перспективы использования механизма частно-государственного партнерства (ЧГП) в развитии здравоохранения России: Автореф... дисс.к.м.н., М., 2009. 22с
3. Иванова А.А. Роль организационных технологий в совершенствовании скорой медицинской помощи городскому населению Крайнего Севера, дисс. к.м.н. Хабаровск, 2008. 43 с.

4. Руководство для врачей скорой медицинской помощи /под ред. В.А.Михайловича, А.Г.Мирошниченко; 3-е издание. СПб.: Невский диалект; М.: Лаборатория базовых знаний, 2005. 704с.
5. Сборник приказов и инструкции Наркомздрава РСФСР. 1939. № 11-12. С. 7-24
6. ЦГА РСФСР ф. 482. оп. 24. д. 660. л. 1-5
7. Шестаков Г.С. Совершенствование системы информационного обеспечения и оптимизация деятельности станций (отделений) скорой медицинской помощи: дисс. д.м.н. М., 2003. 47 с.
8. Штайнигер У., Мюлендаль К.Э. Неотложные состояния у детей: Пер. с нем. Минск: Медтраст, 1996. 280 с.

Муминов Б., Ахмедов А.А.

Баъзе чанбаҳои ҳуҷҷатҳои меъёри - ҳуқуқи соҳаи ёрии таъҷилии тиббӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон

Калимаҳои калидӣ: хизматрасонии ёрии таъҷилии тиббӣ

Ҳуҷҷатҳои меъёри - ҳуқуқи соҳаи ёрии таъҷилии тиббӣ Ҷумҳурии Тоҷикистон ба талаботи имрӯза ҷавобгӯ набуда, дар ҳуҷҷатҳои мавҷуда сохтор ва принсипҳои идоракунии давлатии соҳаи мазкур бо назардошти ҳамоҳангсозии он бо дигар муассисаҳои соҳавӣ дар шароитҳои нави иқтисодӣ муайян нагаштааст.

Муминов Б.Г., Мирзоева З.А.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВА ИНТЕГРАЦИОННЫХ РАБОТ ВРАЧЕЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи
Кафедра семейной медицины ТИППМК

Ключевые слова: служба скорой медицинской помощи, семейная медицина

Актуальность

С реформированием здравоохранения возникла настоятельная потребность в новой ресурсосберегающей системе организации амбулаторно-поликлинической помощи с переориентацией на индивидуально-посемейный принцип оказания медицинской помощи, хотя темп реформирования в этом направлении остается не на высоком уровне [5, 13].

Меъёри амалкунандаи 1 нақлиёти санитарӣ ба 10 000 аҳоли, хусусиятҳои ҷуғрофӣ ва зичии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистонро дар бар нагирифтааст. Инчунин ҳуҷҷатҳои омури соҳа ба муайян намудани ҳаҷми фаъолияти стансияҳои ЁТТ раवона буда, дар он сифат ва сохтори хизматрасонӣ вучуд надорад ва ҳалли ин аз нав дида баромадани ҳуҷҷатҳои меъёриро талаб менамояд.

Muminov B., Akhmedov A.

Some aspects of the normative - legal base of ambulance service in the Republic of Tajikistan

Key words: emergency medical services

Legislative and legal framework that regulates the organization of emergency medical services in the Republic of Tajikistan does not reflect the modern features. Provide emergency medical care not determined the composition and the principles of state regulation, as well as interaction with other first responders in the new economy.

The current standard rate of 1 ambulance per 10 thousand populations does not account for the geographical feature of the topography and density of living of the population.

The current statistical reporting focused on quantitative measures and requires revision in favor of qualitative indicators of emergency medical services.

Основной задачей реформирования сектора здравоохранения остается сокращение коечного фонда в пользу реструктуризации стационарного звена с развитием стационаро-замещающих технологий и снижение нагрузки на линейные бригады СМП [6].

Развитие службы врачей общей практики широко освещается в последние годы в специальной отечественной и зарубежной