

ном в лечении плоскостопия считаются жесткие супинаторы: они обеспечивают надежную фиксацию стопы, резко ограничивая как пронацию, так и супинацию.

Операция требуется лишь в наиболее тяжелых случаях.

Каждый семейный врач должен владеть данным практическим навыком для своевременного выявления признаков плоскостопия.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Котельников Г.П., Миронов С.П., Мирошниченко. Травматология и ортопедия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 370 - 377.

2. Джон Нобель. Общая врачебная практика; Пер. с англ. М.: Практика, 2005. Кн. 3. С. 1147 - 1166.

*Мирзоева З.А., Зарипова И.И., Давлятова Д.Д.*

#### Выявление плоскостопия в практике семейного врача

**Ключевые слова:** плоскостопие, плантограмма, семейный врач, профилактика.

Метод плантограммы является простым, доступным, дешевым методом. Каждый семейный врач должен владеть данным практическим навыком для своевременного выявления и предупреждения развития плоско-

стопия и его осложнений, вовремя направить к специалисту и дать правильные рекомендации.

*Мирзоева З.А., Зарипова И.И., Давлятова Д.Д.*

#### Дарффт кардани пахнпой дар таҷрибаи духтури оилавӣ

**Калимаҳои калидӣ:** пахнпой, плантограмма, духтури оилавӣ, профилактика.

Плантограмма усули оддӣ, арзон ва дастрас мебошад. Ҳар як духтури оилавӣ бояд бо асосҳои ин усул шинос бошад, онро иҷро карда тавонад. Барои пешгирии оризаҳои пахнпой бояд ин усулро дуруст баҳо дода, ёри расонад ва дар вақташ ба бемор таъинотҳои дуруст диҳад, инчунин барои маслиҳат ба назди мутахассис равона кунад.

*Mirzoyeva Z. A., Zaripova I. I., Davlyatova D. D.*

#### Detection of flat in the practice of family doctors

**Keywords:** flat, plantogramma, family doctor, prevention.

Plantogramma method is simple, affordable, cheap technique. Every family physician should possess this practical skill to detect and prevent the development of flatfoot and its complications, while referred to a specialist and give correct advice.

*Мирзоева З.А., Хисомова Х.К., Ортикова М.М.*

## РОЛЬ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА В ПЛАНИРОВАНИИ СЕМЬИ (НА ПРИМЕРЕ ГЦЗ №1 Г. ДУШАНБЕ)

Кафедра семейной медицины ТИППМК

*Ключевые слова:* планирование семьи, роль семейного врача, профилактика, консультирование по поводу планирования.

#### Актуальность

Демографическая ситуация в Республике Таджикистан является сложной на протяжении всего периода приобретения независимости, о чем свидетельствуют количественные и качественные характеристики рождаемости, смертности, показатели средней продолжительности предстоящей жизни. Проблемы народонаселения относятся к числу общечеловеческих проблем. Проблемы репродуктивного здоровья и защиту репродуктивных прав населения следует рассматривать как вопросы национальной

безопасности Республики Таджикистан. Факторы, которые непосредственно влияют на рождаемость, - это уровень экономического развития общества, уровень жизни и образования, половозрастная структура населения, условия быта и множество других социальных, психологических, нравственных, религиозных норм и др. В Таджикистане для коренного населения характерен многодетный тип репродуктивного поведения: многодетное (потребность в 5 и более детях), среднететное (в 3-4 детях) и малодетное (в 1-2- детях) [2].

Репродуктивное здоровье является важной частью работы семейного врача и занимает центральное место в его повседневной работе. Необходимость удовлетворения потребностей людей на протяжении всей их жизни привела к расширению концепции охраны здоровья матери и ребенка, а также планированию семьи как одного из элементов работы семейного врача в первичной медико-санитарной помощи. Каждый человек, мужчина и женщина, имеет право на доступ к максимально большому числу безопасных и эффективных методов планирования семьи. Пациенты служб репродуктивного здоровья имеют право на получение услуг высокого качества. Основными мотивами для широкого использования средств и методов контрацепции являются: высокая репродуктивная активность населения, низкий индекс здоровья у женщин, короткие интергенетические интервалы, ранние браки, рост инфекции, передающейся половым путём, низкий экономический статус, бедность. Семейный врач является первым лицом, проводящим информацию о контрацепции, и сталкивается ежедневно с репродуктивными мотивами, такими как:

1. дети укрепляют семейные узы, привязанность к семье;
2. дети - источник радости;
3. родительство повышает чувство ответственности, укрепляет семью;
4. мотив продления себя в детях, смысл жизни;
5. взрослея, дети могут достигать большего в жизни, чем их родители;
6. дети - это религиозный долг;
7. в старости - это экономическая полезность;
8. мотивы власти, продолжения рода;
9. показатель способности своей репродуктивной функции.

Семейный врач в часы приёма, во время активных посещений семьи, на махаллинских советах информирует население о методах контрацепции и во время приема по желанию пациентов выдаёт контрацептивы. Необходимо отметить, что бывают случаи, когда женщина выбирает тот метод предохранения, который ей противопоказан. В таких случаях семейный врач проводит беседы. Для этого в сумке семейного врача есть буклеты, информационные листки, где указаны показания и противопоказания к тому или иному методу. Но, в конечном счете, последнее решение остается за выбором женщины.

Иные женщины противостоят методам планирования семьи и прибегают к прерванному половому акту. В таких случаях в раз-

говор включаются оба половых партнёра и выбирают какой-либо метод, который подходит обоим.

#### Цель исследования

Анализ ситуации по планированию семьи в практике семейного врача.

#### Материал и методы исследования

Показатели охвата контрацепцией ГЦЗ №1. г. Душанбе за 2004 год, а также на январь 2012 года .

Таблица 1

#### Возрастная структура женщин репродуктивного возраста в ГЦЗ №1 на 2011 год

| Распределение женщин репродуктивного возраста по возрасту | Всего | Охват контрацепцией |      |
|---|-------|---------------------|------|
|   |       | Абс.                | %    |
| 15-19 лет   | 2838  | 97                  | 1,9  |
| 20-24   | 1926  | 722                 | 14,1 |
| 25-29   | 2897  | 1014                | 19,9 |
| 30-34   | 3216  | 1315                | 25,8 |
| 35-39   | 2290  | 956                 | 18,8 |
| 40-44   | 2396  | 579                 | 11,4 |
| 45-49   | 2381  | 415                 | 8,1  |
| Всего   | 17944 | 5098                | 28,4 |

Всего женщин репродуктивного возраста в 2011 году 17944 (табл. 1), что составило 20,83% из общего числа населения. Всего охвачено контрацептивами 5098 женщин.

На начало 2012 года всего женщин репродуктивного возраста - 17944, что составило 20,83% из общего числа населения.

Таблица 2

#### Охват различными методами контрацепции

| Вид контрацептива          | На январь 2012 года | Процент охвата |
|----------------------------|---------------------|----------------|
| ВМС                        | 2832                | 55,6           |
| ДЕПО                       | 1859                | 36,5           |
| Презерватив                | 189                 | 3,7            |
| ОК                         | 208                 | 4,1            |
| Хирургическая стерилизация | 10                  | 0,2            |
| Всего                      | 5098                | 28,4           |

Процент охвата контрацепцией на январь 2012 г. составил 28,4%. Из них ВМС - 2832 (55,6%); Депо-Провера 1859 (36,5%); презервативы -189 (3,7%); ОК - 208 (4,1%); хирургическая стерилизация -10 (0,2%) (табл. 2).

Общий охват контрацепцией увеличился с 16% в 2004 году до 28,4% на начало 2012 года. Две трети женщин репродуктивного возраста используют те или иные методы контрацепции. 75% женщин прибегают к современным методам. Самым распространенным методом контрацепции является ВМС (55,6%). Тем не менее, примерно треть замужних женщин вообще не предохраняются от нежелательной беременности. Основной причиной является низкая информированность женщин о методах регулирования фертиль-

ности. Обращает на себя внимание абсолютно низкая информированность о хирургической стерилизации, а также отсутствие предложений о предоставлении контрацептивных услуг в послеабортном периоде.

Общий охват контрацепцией увеличился с 16% в 2004 году до 28,4% на начало 2012 года.

Общий охват контрацепцией по г. Душанбе составил в 2011 году 27,6%. Показатели охвата барьерными методами и ОК являются относительно низкими. Возможно, это связано с необходимостью соблюдать определенные правила при использовании барьерных методов контрацепции, с неудобством ежедневного приема ОК или все-таки низкой информативностью наших пациентов о методах предотвращения нежелательной беременности. В этих направлениях необходимо семейным врачам и консультантам акушер-гинеколога совместно проводить образовательную работу среди пациентов.

Таблица 3

| Метод контрацепции         | На январь 2004 года |      | На январь 2012 года |      |
|----------------------------|---------------------|------|---------------------|------|
|                            | абс.                | %    | абс.                | %    |
| ВМС                        | 237                 | 42,3 | 2832                | 55,6 |
| ДЕПО                       | 38                  | 6,8  | 1859                | 36,5 |
| Презерватив                | 24                  | 4,3  | 189                 | 3,7  |
| ОК                         | 255                 | 45,5 | 208                 | 4,1  |
| Хирургическая стерилизация | 6                   | 1,1  | 10                  | 0,2  |
| Всего                      | 560                 | 16   | 5098                | 28,4 |

Одним из важных моментов в планировании семьи является уровень заболеваемости болезнями, передаваемыми половым путем (БППП), женщин репродуктивного возраста. Определена низкая информированность о БППП - 65% женщин не имеют представления о них. Отмечается очень низкая информированность у лиц 15-19 лет (6,2%), тогда как процент вступивших в этой возрастной группе в половую жизнь составляет 70,9%. Только за 6 месяцев 2012 года было выявлено семейными врачами совместно с урологом и гинекологами 45 женщин с БППП. В структуре заболеваний преобладают трихомонниоз, хламидиоз, ЦМВ, кандидозный вагинит. Не было выявлено ни одного случая с гонореей и сифилисом, хотя в 2011 году было выявлено 2 пациента с гонореей. По сравнению с 2011 годом, увеличился процент положительной реакции Вассермана среди беременных женщин и женщин репродуктивного возраста - три положительных случая.

Повышение охвата методами контрацепции женщин репродуктивного возраста привело к снижению материнской смертности в

ГЦЗ №1. Так, если в 2004 году было 4 случая материнской смертности, то в 2011 году их было всего два. Несмотря на положительную динамику охвата методами контрацепции, показатель рождаемости увеличился и составил в 2011 году 24,9 ‰. Основной причиной является большой процент миграции обслуживаемого населения.

Также следует отметить, что за последние годы улучшилось состояние здоровья женщин репродуктивного здоровья. Анализ первичных медицинских документов позволил точно установить число всех зарегистрированных заболеваний у женщин репродуктивного возраста. Наиболее высокий уровень заболеваемости отмечен у женщин в возрасте от 20-24 лет. Для женщин репродуктивного возраста свойственна следующая распространенность заболеваний: на первом месте стоят болезни органов дыхания - 65,8 случаев на 100 женщин; на втором заболевания мочеполовой системы - 23,8; на третьем месте - анемия - 20,5 на 100. Женщины, имеющие хронические соматические заболевания, включены в группу риска по развитию осложнений во время беременности. В связи с этим в ходе охвата контрацепцией особый акцент делается на целевые группы, их охват должен составить до 85-90%.

Основной задачей семейного врача является информировать пациентов обо всех существующих методах контрацепции. Семейный врач должен учитывать интересы и требования пациентов относительно режима работы и культуры обслуживания. Кто, кроме семейного врача, знает семью лучше? Семейный врач может показать заботу, завоевать доверие пациента, видит культурные и эмоциональные факторы, влияющие на решения семейной пары, оказывает внимание и корректность по отношению к пациентам. У него есть хорошие знания и навыки по вопросам планирования семьи, т.е. ключ к профессиональному консультированию.

#### Заключение

Таким образом, в результате повышения уровня охвата контрацептивными методами снижается уровень рождаемости, предотвращается нежелательная беременность, уменьшается количество аборт и хронических заболеваний женской половой сферы, снижается материнская смертность.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Байчурина А.З. Контрацепция. М.: ГЭ-ОТАР-Медицина, 1999. С. 28 - 177.
2. Касымова М.К. Репродуктивное и сексуальное здоровье. Таджикистан на пути к гендерному развитию. Душанбе, 2002. 42 с.

2. Мэррей Энкин. Руководство по эффективности беременности. СПб, 2003. 477 с.
3. Планирование семьи. USAID, 2008. С.7 - 362.
5. Статистические данные по ГЦЗ №1 г. Душанбе, 2011

*Мирзоева З.А., Хисомова Х.К., Ортикова М.М.*

### **Роль семейного врача в планировании семьи (на примере ГЦЗ №1 г. Душанбе)**

**Ключевые слова:** планирование семьи, роль семейного врача, профилактика, консультирование по поводу планирования.

В результате повышения уровня охвата контрацептивными методами снижается уровень рождаемости, предотвращаются нежелательные беременности, снижаются количество аборт и хронических заболеваний женской половой сферы и материнская смертность.

*Мирзоева З.А., Хисомова Х.К., Ортикова М.М.*

### **Саҳми духтури оилавӣ оиди банақшагирии оила.**

**Калимаҳои калидӣ:** банақшагирии оила, нақши духтури оилавӣ, профилактика, маслиҳатдиҳӣ оиди банақшагирии оила.

Дар натиҷаи болоравии истифодаи усулҳои контрацептивӣ, сатҳи таваллуд кам шуда, ҳомиладоршавиҳои ноҳоҳам пешгирӣ шуда, исқоти ҳамл ва бемориҳои музмини таносули занона инчунин ғавти модарон кам мешавад.

*Mirzoeva Z.A., Hisomova H.K., Ortikova M.M.*

### **The role of family doctors in planning family**

**Key words:** family planning, the role of family doctors, preventing, consulting.

In the result of increasing level coverage of contraceptive methods decreasing the rate of birth, prevention of pregnancy, decreasing of abortion and chronic urogenital disease, decreasing of maternal mortality.

*Сироджов К.Х., Каримов К. К., Миров Н.Ш., Ахмедов Ш.М.*

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ПРИЗНАКАМИ ЖИРОВОЙ ГИПЕРГЛОБУЛЕМИИ**

Кафедра травматологии и ортопедии ТИППМК(зав. к.м.н. К.Х. Сироджов)

*Ключевые слова: травматизм, сочетанная травма, жировая гиперглобулемия, остеосинтез.*

### **Актуальность**

Увеличение количества транспортных средств ведет к неуклонному росту травматизма и придает актуальность всем аспектам проблемы травматической болезни. От осложнений в ранней стадии травматической болезни погибает от 15 до 20 % пострадавших с политравмой [1 - 2].

Наиболее серьезным осложнением острого периода является синдром жировой эмболии. По данным различных авторов, жировая эмболия сопровождается от 60 до 80 % случаев при скелетной травме [2, 4, 5].

Вместе с тем жировая эмболия встречается гораздо чаще, чем диагностируется. Необъяснимое ухудшение состояния больных в ходе операции также может являться

одной из клинических форм жировой эмболии. Наиболее часто жировая эмболия регистрируется, по данным Сальникова Д.И. [1-5] и по данным нашей клиники, при переломах бедра, костей таза и голени. Важное место в профилактике жировой эмболии, гиперглобулемии и улучшении качества лечения в остром периоде является ранняя оперативная стабилизация переломов.

### **Цель исследования**

Улучшение качества лечения и минимизация осложнений острого периода сочетанной травмы.

### **Материал и методы исследования**

Анализировали результаты лечения 78 больных, которые находились в клинике травматологии и ортопедии Национального