

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИНТЕГРАЦИОННОЙ РАБОТЫ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г. ДУШАНБЕ С ГОРОДСКИМИ ЦЕНТРАМИ ЗДОРОВЬЯ, ГОСПИТАЛЕМ СЕСТРИНСКОГО УХОДА И ДРУГИМИ ПРОФИЛЬНЫМИ СЛУЖБАМИ

Б.Г. МУМИНЗОДА¹, Ф.Х. МИРЗОЕВ²

¹ Кафедра общественного здоровья, экономики и управления (менеджмента) здравоохранения с курсом медицинской статистики, Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан

² Центральная подстанция, Центр экстренной медицинской помощи города Душанбе

Цель: изучение вопросов преемственности службы скорой медицинской помощи (СМП) с учреждениями первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), Госпиталем сестринского ухода и другими профильными службами.

Материал и методы: проведён анализ деятельности станции СМП, Госпиталя сестринского ухода, городских центров здоровья, крупных стационаров. Используются материалы Госавтоинспекции г. Душанбе о пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП), существующие нормативно-правовые акты, регулирующие деятельность СМП.

Результаты: потребность в медико-социальной помощи (госпитальный этап) увеличилась в 4 раза. Количество вызовов СМП в часы работы центров здоровья возросло на 45,3%. Число умерших в ДТП пациентов до приезда СМП, из-за упущенного «золотого часа», составило 13,9%.

Заключение: рациональное использование возможностей Госпиталя сестринского ухода, центров здоровья, расширение коечного фонда для медико-социального ухода, а также принятие ряда комплексных мер законодательно-организационного характера, включая меры, направленные на уменьшение фрагментации здравоохранения может значительно уменьшить нагрузку на СМП.

Ключевые слова: СМП, интеграция службы СМП, госпиталь сестринского ухода, городские центры здоровья, профильные службы.

Для цитирования: Муминзода БГ, Мирзоев ФХ. Актуальные проблемы интеграционной работы службы скорой медицинской помощи г. Душанбе с городскими центрами здоровья, Госпиталем сестринского ухода и другими профильными службами. *Вестник Авиценны*. 2018;20(1):42-46. Available from: <http://dx.doi.org/10.25005/2074-0581-2018-20-1-42-46>.

CURRENT PROBLEMS OF INTEGRATION WORK OF THE DUSHANBE AMBULANCE SERVICE WITH CITY HEALTH CENTERS, NURSING CARE HOSPITAL AND OTHER PROFILE SERVICES

B.G. MUMINZODA¹, F.KH. MIRZOEV²

¹ Department of Public Health, Economics and Health Management with the Course of Medical Statistics, Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan

² Central Substation, Dushanbe Emergency Care Center

Objective: Examining issues of continuity of the ambulance service (AS) with primary health care, Nursing Care Hospital and other profile services.

Methods: An analysis of the activities of the AS station, Nursing Care Hospital, city health centers, large hospitals were carried out. The materials of the Traffic Police Department of Dushanbe were used in the victims of road accidents, as well as the existing normative legal acts and regulating the activities of the Ambulance Medical Care.

Results: The need for medical social assistance (hospital stage) increased 4 times. Number of AS calls in the working hours health centers increased by 45.3%. The number of patients, who died in an accident before the arrival of AS, due to the lost «golden hour», was 13.9%.

Conclusions: Rational use of the possibilities of the Nursing Care Hospital, Health Centers, the extension of the bed fund for medico-social care, and the adoption of a number of integrated measures a legislatively and organized nature, including measures at reducing fragmentation of health care can significantly reduce the load on the ambulance.

Keywords: Ambulance service, integration of ambulance service, Nursing Care Hospital, city health centers, profile services.

For citation: Muminzoda BG, Mirzoev Fkh. Aktual'nye problemy integratsionnoy raboty sluzhby skoroy meditsinskoj pomoshchi g. Dushanbe s gorodskimi tsentrami zdorov'ya, Gospitalem sestrinskogo ukhoda i drugimi profil'nymi sluzhbbami [Current problems of integration work of the Dushanbe Ambulance Service with City Health Centers, Nursing Care Hospital and other profile services]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2018;20(1):42-46. Available from: <http://dx.doi.org/10.25005/2074-0581-2018-20-1-42-46>.

ВВЕДЕНИЕ

Скорая медицинская помощь (СМП), как составная часть первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и самостоятельный вид медицинской помощи представляет собой сложную ресурсоёмкую многокомпонентную систему оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме на до- и госпитальном этапах. С реформированием здравоохранения возникла настоятельная потребность в новой ресурсосберегающей

системе организации ПМСП, включая интеграционную работу СМП с другими учреждениями [1,2]. В научных исследованиях касательно фрагментации медицинской помощи и интеграционных работ в основном изучены вопросы преемственности СМП с учреждениями ПМСП и другими секторами [3-11]. Работ, посвящённых взаимодействию СМП с другими профильными службами, весьма ограниченное количество, чем и определяется актуальность данного исследования.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение вопросов преемственности СМП с учреждениями ПМСП, госпиталем сестринского ухода и другими профильными службами.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Изучены отечественная литература относительно преемственности службы СМП с другими учреждениями; отчёты станции СМП г. Душанбе; материалы о деятельности Госпиталя сестринского ухода г. Душанбе; отчёты администрации городских центров здоровья; журналы регистрации поступивших больных приёмных отделений крупных стационаров; материалы Госавтоинспекции г. Душанбе о пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) и существующие нормативно-правовые акты, регулирующие деятельность СМП.

Полученные данные были обработаны методами вариационной статистики с вычислением качественных показателей в виде долей (%).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ поступивших в 2016 году в Госпиталь сестринского ухода (ГСУ) показал, что из 1506 пациентов – 639 (42,4%) были госпитализированы по направлению городских центров здоровья (ГЦЗ), 254 больных (16,8%) – лечебно-профилактических учреждений стационарного типа. Самообращение пациентов составило 595 (39,5%), 15 больных (1,2%) были доставлены врачами СМП, в основном это были пациенты без определённого места жительства и медико-социального статуса. На практике, для обслуживания одного пациента вышеуказанной категории бригадами СМП затрачивается от 2 до 8 часов (в основном в приёмных покоях, стационарах различного профиля).

В структуре госпитализированных удельный вес больных с хроническими заболеваниями опорно-двигательного аппарата составил 41,6%, с хронической патологией сердечно-сосудистой системы – 15,4%, органов дыхания – 5,6%, нервной системы – 7,9%, мочеполовой системы – 5,7%, эндокринной и онкологической патологией – по 3,9%, другими хроническими заболеваниями – 16,0%.

Из 639 пациентов, госпитализированных по направлениям ГЦЗ, семейными врачами ГЦЗ № 1 были направлены 156 (24,4%) больных, ГЦЗ № 12 – 47 (7,4%) и ГЦЗ № 4 – 38 (5,9%) пациентов,

доля остальных центров здоровья составила от 0,6 до 5,6%. Различия в процентах связаны, с одной стороны, с расположением центров здоровья №№ 1, 4 и 12 в районе Фирдавси, где дислоцирован ГСУ, а с другой – не все семейные врачи (по различным причинам) воспользовались возможностями указанного госпиталя.

При поддержке международных партнёров для больных с неизлечимыми онкологическими заболеваниями, проживающих в районе Фирдавси, была организована патронажная служба паллиативной помощи на дому. Так, за период 2012-2015 г.г. была оказана паллиативная помощь на дому 1270 пациентам. Часто эти больные по несколько раз в день вызывали бригаду СМП для обезболивания. Основные показатели деятельности ГСУ отражены в табл. 1.

В целом, процентное соотношение больных, обслуженных специалистами ГСУ за период 2012-2015 г.г., составило 0,4-1,1% (в среднем 0,6%) от общего количества вызовов, выполненных бригадами СМП за этот же период.

На рис. 1 представлена динамика роста числа госпитализированных в ГСУ.

Динамика количества госпитализированных пациентов показывает, что потребность в этом учреждении растёт с каждым годом. Так, если в 1998 году были госпитализированы всего 49 больных, в 2006 – 737, в 2010 - 1300, а в 2016 году – уже 1506 больных: практически потребность в услугах госпиталя выросла в 4 раза [12, 13].

С учётом ограниченности коечного фонда госпиталя (выполнение коечного фонда в 2016 году составило 104%) и роста количества хронических заболеваний, а также числа онкологических больных в перспективе имеется потребность в расширении коечного фонда, за счёт:

- развёртывания дополнительных коек в самом госпитале;
- перепрофилирования коечных фондов других стационаров с организацией в их структуре профильных отделений сестринского ухода;
- строительства новых объектов (хосписов)

В вопросах интеграции особое место занимает преемственность с центрами здоровья, которая имеет некоторую тенденцию к ухудшению. Количество вызовов в часы работы амбулаторно-поликлинической сети (с 8-00 до 16-00 часов) по сравнению с 2009 годом в абсолютных цифрах возросло на 45,3%, а удельный суточный вес составил 17-26% от общего количества вызовов [12,13] (табл. 2).

Таблица 1 Показатели паллиативной помощи и госпитализации социально-уязвимой категории населения в ГСУ

Годы	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Всего обслужено пациентов	1384	1700	1980	1979	2202	1506
Из них госпитализировано	1384	1527	1787	1677	1600	1506
Детей, n (%)	207 (15,0)	291 (19,1)	242 (13,5)	229 (13,7)	265 (16,6)	245 (16,3)
С онкопатологией, n (%)	6 (0,4)	37 (2,4)	59 (3,3)	69 (4,1)	59 (3,7)	59 (3,9)
Пациенты, доставленные бригадами СМП, n (%)	0 (0)	18 (1,2)	14 (0,8)	57 (3,4)	15 (0,9)	41 (2,7)
Больные с онкопатологией, обслуженные на дому, n (%)	0 (0)	173 (10,2)	193 (9,7)	302 (15,3)	602 (27,3)	0 (0)

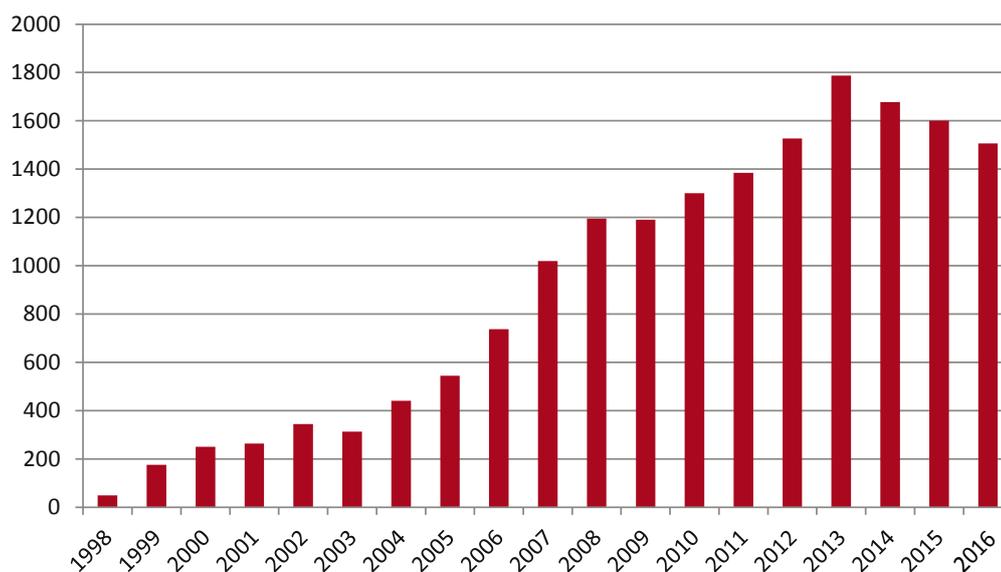


Рис. 1 Динамика госпитализации пациентов в ГСУ

Следует отметить тот факт, что количество вызовов скорой медицинской помощи больными с гипертонической болезнью остаётся высоким как в часы работы ГЦЗ, так и в ночное время. Например, из всех пациентов, вызвавших бригаду СМП по поводу гипертонической болезни, только 5,0% составили впервые выявленные пациенты [2].

Другим аспектом является то, что, по мнению некоторых авторов, СМП зачастую вынужденно берёт на себя несвойственные ей функции, и это доходит до 63% [14]. Так, СМП обслуживает вызова в исправительные учреждения, нередко осуществляет доставку судебных исполнителей и работников других силовых ведомств, в структуре которых имеется собственная медицинская служба с транспортом. Продолжительность обслуживания данной категории вызовов колеблется от 1,5 до 6-8 часов.

Повседневная практика, а также анализ отчётной документации ГАИ показывает, что в силу неподготовленности и не оснащённости сотрудников ГАИ первичная медицинская помощь при ДТП ими практически не оказывается, в силу чего

количество умерших остаётся на достаточно высоком уровне (табл. 3).

Именно при ДТП, когда фактор времени является одним из основополагающих, должно соблюдаться правило «золотого часа» [15]. Часто сотрудники ГАИ и других силовых структур не справляются с этой задачей, несмотря на то что, в их уставах имеется пункт об обязательном оказании первой медицинской помощи в подобных ситуациях.

В целях повышения эффективности работы службы скорой помощи, а также улучшения межсекторального взаимодействия, мы предлагаем принятие ряда действенных мер, которые реально могут привести к снижению нагрузки на службу СМП. К ним относятся: внесение изменений и дополнений в Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан об ответственности граждан за ложный и необоснованный вызов; усиление ответственности местных органов власти в части обеспечения доступа машины скорой помощи к месту вызова (освещение улиц, нумерация домов, ликвидация искусственных препятствий и т.д.); улучшение

Таблица 2 Количество вызовов СМП в зависимости от времени суток

Часы	Годы							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Всего вызовов	33961	42112	40779	45310	47855	51320	53933	57760
С 8:00 до 16:00, n (%)	6750 (19,9)	7196 (17,1)	7063 (17,3)	11375 (25,1)	10265 (21,5)	11023 (21,5)	14023 (26,0)	13356 (23,1)
С 16:00 до 24:00, n (%)	20771 (61,2)	22560 (53,6)	27014 (66,2)	27810 (61,4)	29460 (61,6)	31167 (60,7)	28807 (53,4)	35457 (61,4)
С 24:00 до 08:00, n (%)	6440 (19,0)	12356 (29,3)	6702 (16,4)	6125 (13,5)	8130 (17,0)	9130 (17,8)	11103 (20,6)	8947 (15,5)

Таблица 3 Количество пострадавших при ДТП в г. Душанбе в отдельные годы периода 1990-2008 г.г.

Годы	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008
Количество ДТП	780	349	365	387	341	492	412
Количество пострадавших	883	349	415	387	382	553	474
Количество умерших, n (%)	84 (9,5)	44 (12,6)	45 (10,8)	47 (12,1)	53 (13,9)	68 (12,3)	50 (10,5)

социально-правового статуса определённой категории сотрудников службы СМП (социальная поддержка, защита чести и достоинства); обязательное прохождение сотрудниками ГАИ, пожарной охраны и МЧС учебных курсов по оказанию первичной медицинской помощи (для парамедиков); изменения в общеобразовательных программах касательно обучения элементам оказания само- и взаимопомощи в чрезвычайных ситуациях; организация круглосуточной экстренной медицинской помощи в исправительных учреждениях; организация коммерческой службы СМП (обслуживание граждан по желанию, обслуживание коммерческих спортивно-культурных мероприятий и т.д.) [16].

Кроме того, можно рекомендовать принятие соответствующих решений и нормативно-правовых актов: по развитию стационар-замещающих технологий (дневные стационары, стационары на дому, расширение применения малоинвазивной оперативной технологии и амбулаторной хирургии в центрах здоровья); расширение сети учреждений сестринского ухода; организация медицинской помощи на дому при центрах здоровья с транспортным обеспечением; расширение бригад интен-

сивной терапии, фельдшерских бригад и организация парамедицинских бригад; обеспечение Городской дезинфекционной станции санитарным транспортом (для перевозки инфекционных больных и тел умерших); организация отделений или коек неотложной помощи в приёмных покоях стационаров и при центрах здоровья; размещение сети амбулаторий семейных врачей в густонаселённых местах и высотных жилых зданиях с организацией «круглосуточного» дежурства семейных врачей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, рациональное использование возможностей Госпиталя сестринского ухода, центров здоровья, расширение коечного фонда для медико-социального ухода, а также принятие ряда комплексных мер законодательного и организационного характера, включая разработку программы, направленной на уменьшение фрагментации здравоохранения, может в конечном итоге значительно уменьшить нагрузку на СМП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Багненко СФ, Мирошниченко АГ, Алимов РР, Барсукова ИМ, Бумай АО, Корбут ДЛ, и др. Нормативно-правовое регулирование оказания скорой медицинской помощи. *Скорая медицинская помощь*. 2013;1:19-23.
2. Муминов БГ, Мирзоева ЗА. Состояние и перспектива интеграционных работ врачей скорой медицинской помощи и семейных врачей в Республике Таджикистан. *Вестник Авиценны*. 2011;4:144-7.
3. Бондаренко НВ, Красильникова ДН, Чирикова АЕ, Шейман И.М., Шишкин СВ. *Расширение потребительского выбора в здравоохранении: теория, практика, перспективы*. Москва, РФ: ИД ВШЭ; 2012. 262 с.
4. Шарабчиев ЮТ, Дудина ТВ. Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха. *Клиническая практика и здоровье*. 2013;4:16-34.
5. Михалевиц ПН, Шешко ВФ. Преемственность работы врача общей практики в сельской местности с сельскими медицинскими организациями. *Вестник ВГМУ*. 2008;7(3):1-6.
6. Gress S, Baan CA, Calnan M, Dedeu T, Groenewegen P, Howson H, et al. Co-ordination and management of chronic conditions in Europe: the role of primary care – position paper of the European Forum of Primary Care. *Qual Prim Care*. 2009;17(1):75-86.
7. Magnussen J, Vrankbæk K, Saltman RB. (eds) *Nordic health care systems. Recent reforms and current policy challenges*. Berkshire, UK: Open University Press; 2009. 339 p.
8. Bodenheimer T, Pham H. Primary care: current problems and proposed solutions. *Health Affairs*. 2010;29:799-805.
9. Bitran R, Escoba L, Gassibe P. After Chile's health reform: increase in coverage and access, decline in hospitalization and death rates. *Health Affairs*. 2010; 29:2161-70.
10. Boulc C, Counsell S, Leipzig R, Berenson R. The urgency of preparing primary care physicians to care for older people with chronic conditions. *Health Affairs*. 2010;29:811-8.
11. Dooley KE, Chaisson RE. Tuberculosis and diabetes mellitus: convergence of two epidemics. *Lancet Infect Dis*. 2009;9:737-46.
12. *Сборник показателей лечебно-профилактических учреждений г. Душанбе за период 2011-2016 г.г.* Душанбе, РТ: МЗ РТ; 2017. 71 с.
13. *Сборник показателей лечебно-профилактических учреждений г. Душанбе за период 1998-2010 г.г.* Душанбе, РТ: МЗ РТ; 2011. 112 с.

REFERENCES

1. Bagenko SF, Miroshnichenko AG, Alimov RR, Barsukova IM, Bumay AO, Korbut DL, i dr. Normativno-pravovoe regulirovanie okazaniya skoroy meditsinskoj pomoshchi [Regulatory and legal regulation of emergency medical care]. *Skoraya meditsinskaya pomoshch*. 2013;1:19-23.
2. Muminov BG, Mirzoeva ZA. Sostoyanie i peresppektiva integratsionnykh rabot vrachey skoroy meditsinskoj pomoshchi i semeynykh vrachey v Respublike Tadjikistan [Status and perspective of the integration work of emergency medical doctors and family doctors in the Republic of Tajikistan]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2011;4:144-7.
3. Bondarenko NB, Krasilnikova DN, Chirikov AE, Sheyman IM, Shishkin SV. *Rasshirenie potrebitel'skogo vybora v zdravookhraneni: teoriya, praktika, perspektivy [Extension of consumer choice in health care: theory, practice, prospects]*. Moscow, RF: ID VshE; 2012. 262 p.
4. Sharabchiev YuT, Dudina TV. Dostupnost' i kachestvo meditsiskoy pomoshchi: slagaemye uspekha [Availability and quality of medical care: components of success]. *Klinicheskaya praktika i zdorov'e*. 2013;4:16-34.
5. Mikhalevich PN, Sheshko VF. Preemstvennost' raboty vracha obshchey praktiki v sel'skoy mestnosti s sel'skimi meditsinskimi organizatsiyami [Continuity of the GP practice in rural areas with rural medical organizations]. *Vestnik VGMU*. 2008;7(3):1-6.
6. Gress S, Baan CA, Calnan M, Dedeu T, Groenewegen P, Howson H, et al. Co-ordination and management of chronic conditions in Europe: the role of primary care – position paper of the European Forum of Primary Care. *Qual Prim Care*. 2009;17(1):75-86.
7. Magnussen J, Vrankbæk K, Saltman RB. (eds) *Nordic health care systems. Recent reforms and current policy challenges*. Berkshire, UK: Open University Press; 2009. 339 p.
8. Bodenheimer T, Pham H. Primary care: current problems and proposed solutions. *Health Affairs*. 2010;29:799-805.
9. Bitran R, Escoba L, Gassibe P. After Chile's health reform: increase in coverage and access, decline in hospitalization and death rates. *Health Affairs*. 2010; 29:2161-70.
10. Boulc C, Counsell S, Leipzig R, Berenson R. The urgency of preparing primary care physicians to care for older people with chronic conditions. *Health Affairs*. 2010;29:811-8.
11. Dooley KE, Chaisson RE. Tuberculosis and diabetes mellitus: convergence of two epidemics. *Lancet Infect Dis*. 2009;9:737-46.
12. *Sbornik pokazateley lechbeno-profilakticheskikh uchrezhdeniy g. Dushanbe za period 2011-2016 g.g. [Compendium of indicators of treatment and prevention institutions in Dushanbe for the period 2011-2016]*. Dushanbe, RT: MZ RT; 2017. 71 p.
13. *Sbornik pokazateley lechbeno-profilakticheskikh uchrezhdeniy g. Dushanbe za period 1998-2010 g.g. [Compendium of indicators of treatment and prevention institutions in Dushanbe for the period 1998-2010]*. Dushanbe, RT: MZ RT; 2011. 112 p.

14. Бадилов ШШ. Необоснованные вызовы скорой медицинской помощи. *Вестник Алматинского государственного института усовершенствования врачей*. 2013;2:86-8.
15. Барсукова ИМ, Мирошниченко АГ, Кисельгоф ОГ, Бумай ОА. Статистика дорожно-транспортных происшествий в работе скорой медицинской помощи в Российской Федерации. *Скорая медицинская помощь*. 2014;2:4-13.
16. *Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан*. Душанбе, РТ: МЗ РТ; 2017. 191 с.
14. Badirov ShSh. Neobosnovannye vyzovy skoroy meditsinskoy pomoshchi [Unreasonable calls for emergency medical care]. *Vestnik Almatinskogo gosudarstvennogo instituta usovershenstvovaniya vrachey*. 2013;2:86-8.
15. Barsukova IM, Miroshenko AG, Kiselgof OG, Bumay OA. Statistika dorozhno-transportnykh proissheshtviy v rabote skoroy meditsinskoy pomoshchi v Rossiyskoy Fedratsii [Statistics of road and transport incidents in the work of emergency medical care in the Russian Federation]. *Skoraya meditsinskaya pomoshch*. 2014;2:4-13.
16. *Kodeks zdravookhraneniya Respubliki Tadzhikistan* [Health Code of the Republic of Tajikistan]. Dushanbe, RT: MZ RT; 2017. 191 p.

И СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Муминзода Бободжон Гафор, кандидат медицинских наук, докторант кафедры общественного здоровья, экономики и управления (менеджмента) здравоохранения с курсом медицинской статистики, Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан

Мирзоев Фатхулло Хайруллоевич, заведующий Центральной подстанции, Центр экстренной медицинской помощи города Душанбе

Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов

Работа выполнялась в соответствии с планом НИР Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ. Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получали.

Конфликт интересов: отсутствует.

✉ АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Муминзода Бободжон Гафор

кандидат медицинских наук, докторант кафедры общественного здоровья, экономики и управления (менеджмента) здравоохранения с курсом медицинской статистики, Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан

734026, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Сомони, 59/1

Тел.: (+992) 918 632252

E-mail: muminov_bobokul@inbox.ru

И AUTHOR INFORMATION

Muminzoda Bobodzhon Gafor, Candidate of Medical Sciences, Doctoral Candidate of the Department of Public Health, Economics and Health Management with the Course of Medical Statistics, Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan

Mirzoev Fatkhullo Khayrulloevich, Head of the Central Substation, Center for Emergency Medical Care of Dushanbe

✉ ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:

Muminzoda Bobodzhon Gafor

Candidate of Medical Sciences, Doctoral Candidate of the Department of Public Health, Economics and Health Management with the Course of Medical Statistics, Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan

734026, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Somoni Ave., 59/1

Tel.: (+992) 918 632252

E-mail: muminov_bobokul@inbox.ru

ВКЛАД АВТОРОВ

Разработка концепции и дизайна исследования: МБГ

Сбор материала: МФХ

Статистическая обработка данных: МФХ

Анализ полученных данных: МБГ

Подготовка текста: МБГ, МФХ

Редактирование: МБГ

Общая ответственность: МБГ

Поступила 12.12.2017

Принята в печать 30.03.2018

Submitted 12.12.2017

Accepted 30.03.2018