

чараёни масунии мавзей дар девораи рӯдаҳо суст мегарданд. Ин, дар навбати худ, заминаи сохтору вазоифиро барои инкишофи этилоли сенилӣ (пирӣ) фароҳам меорад.

**SUMMARY**  
**AGE ASPECT OF MORPHOLOGICAL PECULIARITIES**  
**OF LYMPHOID-GLAND CONNECTIONS AT WALLS**  
**OF HUMAN DUODENUM**

*S.T. Ibodov, D.B. Nikityuk, K.M. Kurbanov*

In the article the study of morphological connections between lymphoid tissues and gland epithelium in walls of duodenum in healthy persons of different age. It was shown that by age the intensity of lymphoid-gland-connections, local immune processes at walls of duodenum was weakened that forms morphological and physiological base for initiation of senile pathology of the locus.



**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИНЦИПОВ МЕДИЦИНСКОГО**  
**РАЙОНИРОВАНИЯ В СЕЛЬСКИХ ПОСЕЛЕНИЯХ РЕСПУБЛИКИ**  
**ТАДЖИКИСТАН**

*Ф.Ф. Сайфуллоев*

*Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения с курсом истории  
медицины ТГМУ*

**Введение.** Современный этап развития медицинской службы характеризуется новыми задачами, решение которых должно быть направлено на повышение уровня, качества и эффективности лечебно-профилактической помощи. Исключительное значение приобретает разработка научно обоснованных предложений по прогнозированию размещения лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) как основы составления планов социально-экономического развития конкретной территории. В республиканском, областных и районных центрах сегодня имеются реальные возможности предоставления населению необходимой амбулаторно-поликлинической медицинской помощи (1,7,8,10).

Удовлетворение потребности сельского населения в медицинской помощи в оптимальном объёме и адекватном качестве зависит в первую очередь от научно обоснованного планирования развития сети ЛПУ и её материально-технического и кадрового состояния (3,4,6,9). В связи с этим, уровень развития сети ЛПУ следует рассматривать как важнейший показатель и критерий обеспечения населения медицинской помощью.

В указанном аспекте дальнейшее совершенствование методов и принципов научного обоснования перспективных схем территориального размещения ЛПУ в сельской местности Таджикистана является важной государственной социально-гигиенической проблемой, от решения которой зависит укрепление здоровья населения и обеспечение его доступной медицинской помощью.

Сложность решения проблемы развития сети ЛПУ в Таджикистане обусловлена огромным разнообразием географических условий, характером расселения, административной значимос-

тью населённых мест, их типов и т.д. На сегодня в республике сеть ЛПУ сложилась без учёта вышеупомянутых факторов, что обусловило её несовершенство.

**Цель исследования:** научное обоснование основных принципов построения сети лечебно-профилактических учреждений в сельской местности.

**Материал и методы.** Состояние здоровья населения в сельских районах республики комплексно исследовано, в связи с чем имеются исходные материалы (2) для перспективного планирования развития сети ЛПУ. Для решения поставленных задач нами был проведён ретроспективный анализ сельских поселений административных районов республики с учётом таких параметров, как территория республики, плотность населённых пунктов, административно-территориальные единицы исследуемых объектов и максимальное расстояние сёл от районных центров.

Научно обосновывая основные принципы построения сети ЛПУ в сельской местности, нами введены расчётные планово-нормативные показатели для их практической реализации, отражающие особенности и структуру потребности населения конкретного административного района республики в медицинской помощи. В связи с этим, нами использовались нормативы амбулаторно-поликлинической помощи, разработанные НИИ социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н.А.Семашко, дифференцированные по странам СНГ и экономическим зонам Российской Федерации с внесением в них коррективов в зависимости от факторов, отражающих региональные, демографические, климатогеографические и медико-организационные особенности.

**Результаты и их обсуждение.** На основании проведённого анализа мы обратили особое внимание на небольшие сёла, так как в связи с их наличием возникают больше трудностей в плане создания сети доступной медицинской помощи. Полученные результаты позволяют утверждать, что в структуре сельских поселений республики в среднем 26,2% составляют такие сёла, в каждом из которых проживает до 500 жителей. Большая часть сельских поселений (51,6%) имеет до 1500 жителей. Такой высокий удельный вес небольших сёл свидетельствует о наличии серьёзных трудностей в обеспечении населения квалифицированной медицинской помощью на местном уровне расселения.

Удельный вес относительно крупных сёл невысок. Так, в каждом из 19% сёл насчитывается около 3 тыс. жителей, причём величина этого показателя по разным административным районам колеблется в пределах от 1,4 до 47,5%. В среднем на одно крупное село приходится 5-6 маленьких поселений, что свидетельствует о необходимости интеграции квалифицированной медицинской помощи на местном уровне расселения (2).

Территория республики (143,1 тыс. км<sup>2</sup>), плотность населённых пунктов (50,4 на 1 км<sup>2</sup>), административно-территориальные единицы (районы – 62, города – 17, посёлки городского типа – 54, сельские советы – 367) и максимальное расстояние сёл от районных центров, на наш взгляд, являются важными факторами в решении вышеназванной проблемы.

Анализ распределения сельских поселений административных районов республики, в зависимости от расстояния до районного центра, свидетельствует о том, что в среднем около 12,9% сёл расположены вблизи них (до 5 км), что позволяет интегрировать специализированную медицинскую помощь.

Примерно половина сёл (47,1%) сосредоточена в радиусе до 15 км от районного центра, и для обеспечения населения этих сёл доступной специализированной медицинской помощью особых трудностей не возникает. В то же время высока доля сёл, расположенных на расстоянии более 30 км (14,2%) от районного центра. Причём по величине этого показателя административные районы значительно отличаются друг от друга. Например, в некоторых районах максимальный радиус по отношению к районному центру составляет не менее 20 км, а в других районах более 30% сёл находятся от районного центра на расстоянии более чем на 30 км. Следовательно, едиными нормативами квалифицированной медицинской помощью удовлетворить потребность сельского населения в этих районах не представляется возможным.

Изложенное диктует необходимость учитывать время для преодоления пути к специалисту. Его целесообразно устанавливать для каждого села в виде усреднённого показателя времени на

преодоление пути жителями прикрепленных сёл (жители сёл, которые расположены на расстоянии до 5 или до 10 км могут получить медицинскую помощь в перспективе в базовом селе). Оно выбирается для размещения в перспективе медицинских учреждений в целях обеспечения оптимальной доступности медицинской помощи. Такой же показатель устанавливается для жителей базового села при их посещении врача в своём населённом пункте. При этом должны учитываться климатические и сезонные факторы, влияющие на исчисляемый показатель.

Общий анализ сельских поселений республики в медико-географическом аспекте выявил некоторые особенности. Во-первых, значительное количество соседних сёл вокруг крупных поселений расположено сравнительно компактно (до 5 км). Во-вторых, общее количество соседних сёл небольшое (от 3 до 8). В-третьих, численность населения в зоне радиуса до 10 км вокруг крупных сёл сравнительно небольшая (колеблется в среднем от 12 до 25 тыс.). В-четвёртых, малых поселений, не имеющих интеграционной возможности для оказания медицинской помощи, довольно много.

С учётом вышеизложенного, для доступности оказываемой сельскому населению Таджикистана медицинской помощи, предлагаем разработанную нами условную схему расположения сети ЛПУ при различном радиусе местной системы расселения. Так, крупные поселения с числом жителей более 3 тыс. человек и близлежащими сёлами в радиусе до 5 км могут быть центрами интеграции квалифицированной медицинской помощи на местном уровне расселения. В крупных посёлках с населением более 5 тыс. человек и близлежащими сёлами в радиусе до 10 км, имеющими на местном уровне расселения около 25 тыс. жителей, возможно приближение сети ЛПУ к населению с учётом высокой его плотности. В таких посёлках можно размещать медицинские учреждения, оказывающие специализированную и квалифицированную помощь.

Если общая численность населения в зоне 10 км от крупных поселений административного района колеблется до 10 тыс. человек, тогда интеграционные возможности специализированной медицинской помощи здесь сравнительно ограничены, следовательно, такие зоны могут стать лишь центрами интеграции квалифицированной медицинской помощи. А в районах, где в зоне 10 км от крупных поселений сосредоточены до 25 тыс. населения, сравнительно высоки интеграционные возможности специализированной медицинской помощи.

В административных районах, сёла которых находятся от них в радиусе до 10 км, могут быть размещены учреждения, оказывающие специализированную и квалифицированную медицинскую помощь.

Для средних поселений (1-3 тыс. человек) административных районов, не имеющих близлежащих соседних сёл в радиусе до 10 км, целесообразно создание автономной (неинтегрированной) службы квалифицированной медицинской помощи. В случае, если несколько сёл имеют по одному соседнему селу, и в них нет больших возможностей для интеграции медицинского обслуживания, тогда следует приблизить медицинскую помощь жителям близлежащих сёл к большим центрам местной системы расселения.

**Вывод.** Результаты данного исследования позволяют дать научно обоснованный выбор сельских поселений для размещения ЛПУ и формировать перспективные планы их развития для повышения доступности, качества и эффективности лечебно-профилактической помощи населению.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Головтеев В.В., Демьянова В.А. Методические указания по разработке научно-обоснованных схем перспективного развития и размещения сети лечебно-профилактических и аптечных учреждений. М., 1993
2. Здравоохранение в Республике Таджикистан //Статистический сборник. Душанбе, 2006
3. Кузьменко М.М. Материалы международного семинара Международной организации труда

по вопросам занятости и трудовой деятельности в области здравоохранения в странах Центральной и восточной Европы. Прага, 1997

4. Планирование и управление в секторе здравоохранения: отчет о совещания ВОЗ. Копенгаген, 2007

5. Таджикистан в цифрах. Краткий статистический сборник. Душанбе, 2008

6. Таенкова О.Н., Топалов К.П. Мониторинг здоровья медицинских работников, его связь с человеческим потенциалом //Социальная политика в Дальневосточном регионе России: тез. докл. межрегион. научн.-практ. конф. Хабаровск, 2001. –С. 213-215

7. Тульчинский Т.Х., Вараикова Е.А. Новое общественное здравоохранение. Иерусалим, 1999

8. Davies G.N. Primary health care for developing countries / World Health Forum. -2001. –Vol. 12, N 2. –P. 168-174

9. Last J.M., Wallace R.B. Public Health and Preventive Medicine. – Maxey-Rosenau-Last 13th Edition. Norwalk, CT: Appltton and Lange, 2002. -48p.

10. WHO. Our planet, our health: Report of the WHO Commission on health. Geneva, 2002

## **ХУЛОСА**

### **Роҳҳои илман асосноки ноҳиябандии тиббии**

### **сокинони деҳоти Ҷумҳурии Тоҷикистон**

*Ф.Ф. Сайфуллоев*

Дар мақола масоили марбут ба рушди шабакаи муассисаҳои таълимӣ ва пешгирии дар Ҷумҳурии Тоҷикистон мавриди баррасӣ қарор гирифтаанд ва барои беҳтар намудани дастрасӣ, сифат ва самаранокии кӯмаки таълимӣ ва пешгирии бо роҳи интихоби илман асосноки маҳали ҷойгиршавии муассисаи тиббӣ пешгирии вобаста ба миқдор, мавқеи ҷойгиршавии аҳоли ва ғайра тавсияҳо дода шудааст.

## **SUMMARY**

### **SCIENTIFIC STUDY OF PRINCIPLES OF MEDICAL DISTRICTING OF VILLAGES AT REPUBLIC OF TAJIKISTAN**

*F.F. Saifulloev*

In the article the problem of developing of the net of medical prophylactic institutions at Republic of Tajikistan, and recommendations for improvement of accessibility, quality and effect of medical prophylactic aid using scientifically based choice of disposition of these institutions in the dependent from population-quantity and geographical factors was studied.

