

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

В.Х. ШАРИПОВА^{1,2}, А.Т. ЭШБОЕВ³, И.В. ФОКИН¹, Д.А. ХУРРАМОВА^{1,2}, Ш.Э. ХАЙДАРОВ¹

¹Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

²Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,
Ташкент, Узбекистан

³Сурхандарьинский филиал Республиканского научного центра
экстренной медицинской помощи, Термез, Узбекистан

IMPROVING THE TRAINING OF EMERGENCY PHYSICIANS IN PROVIDING CARE TO PATIENTS WITH ASSOCIATED INJURIES AT THE PREHOSPITAL STAGE

V.KH. SHARIPOVA^{1,2}, A.T. ESHBOEV³, I.V. FOKIN¹, D.A. KHURRAMOVA^{1,2}, SH.E. KHAIDAROV¹

¹Republic Research Center of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan

²Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers, Tashkent, Uzbekistan

³Surkhandariya branch of Republic Research Center of Emergency Medicine, Termez, Uzbekistan

Цель. Выявление недостатков, препятствий и проблем в осуществлении оказания помощи пациентам с сочетанными травмами путем анкетирования врачей с последующим совершенствованием программы обучения врачей скорой медицинской помощи.

Материал и методы. Проведено анкетирование 400 врачей скорой медицинской помощи. Анкета состояла из 18 вопросов с вариантами ответов. Средний возраст врачей, прошедших анкетирование, составил $53,5 \pm 3,4$ года, мужчины-врачей было 275 (67,5%), женщин – 130 (32,5%).

Результаты. Анкетирование врачей выявило недостаточность знаний у врачей скорой медицинской помощи о современных аспектах обезболивания, о применении в практике оценочных шкал боли. 80% опрошенных предпочитали произвести обезболивание анальгином, 17% предпочли в качестве обезболивающего препарата наркотический анальгетик. 95% (380 врачей) опрошенных считают, что применение наркотического анальгетика в качестве обезболивающего препарата затруднит дальнейшую диагностику нарушения сознания.

Заключение. Имеются проблемы и недостатки в осуществлении обезболивания на догоспитальном этапе у пациентов с сочетанной травмой, которые способствовали усовершенствованию программы обучения, с включением отдельных лекций и практических занятий, посвященных проблеме обезболивания и аспектам оказания помощи пациентам с сочетанной травмой. Разработан алгоритм обезболивания пациентов с сочетанной травмой на догоспитальном этапе оказания помощи.

Ключевые слова: боль, обезболивание, догоспитальный этап, травма.

Aim. Identification of shortcomings, obstacles and problems in providing care to patients with combined injuries by questioning doctors with subsequent improvement of the training program for emergency physicians.

Material and methods. A survey of 400 emergency physicians was conducted. The questionnaire consisted of 18 questions with multiple choice of answers. The average age of doctors who completed the survey was $53,5 \pm 3,4$ years, men – 275 (67,5%), women – 130 (32,5%).

Results. Questioning of doctors revealed insufficient knowledge of emergency medical doctors about modern aspects of prehospital pain-relief, about the use of pain rating scale in practice. 80% of the respondent's preferred pain-relief with metamisol, 17% preferred opi-

oids. 95% of doctors surveyed believe that the use of narcotic analgesics will take in difficult to further diagnose impaired consciousness.

Conclusion. There are problems and shortcomings in the implementation of pain management at the prehospital stage in patients with concomitant trauma, which contributed to the improvement of the training program, with the inclusion of separate lectures and practical exercises devoted to the problem of pain management and aspects of providing care to patients with concomitant trauma. An algorithm for pain relief for patients with associated trauma at the prehospital stage of care has been developed.

Keywords: pain, pain-relief, prehospital stage, trauma.

https://doi.org/10.54185/TBEM/vol17_iss1/a3

Введение

На сегодняшний день в Республике Узбекистан уделяется огромное внимание обучению врачей скорой медицинской помощи навыкам и знаниям оказания квалифицированной помощи пациентам с сочетанными травмами. Созданы симуляционные центры по обучению врачей догоспитального звена первичным мероприятиям оказания сердечно-легочной реанимации, проведению интубации трахеи, обеспечению проходимости дыхательных путей. На базе Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников Республики Узбекистан функционирует кафедра экстренной медицинской помощи, деятельность которой направлена на совершенствование подготовки и переподготовки специалистов догоспитального звена, с акцентом на современные научно обоснованные тенденции в этом направлении.

Обезболивание на догоспитальном этапе – это фундаментальный аспект оказания помощи пациентам с травматическими повреждениями. Несмотря на очевидные простые подходы в обезболивании, имеющиеся в различных рекомендациях, сложно достичь хороших результатов на практике. Ogboli-Nwasor E. с соавторами [1] в своём исследовании утверждают, что в странах с низким или средним уровнем дохода отмечается неадекватное или недостаточное обезболивание на догоспитальном этапе, это связано с недостатком или отсутствием ресурсов, недостаточными знаниями в терапии и оценке боли, а также низкой приоритетности боли. Whitley D.E. с соавторами [2] считают, что существуют различные барьеры и препятствия для догоспитального обезболивания, такие как отсутствие знаний, отсутствие использования оценочных шкал, языковой барьер. Исследования Lourens A. с соавт. [3] посвящены изучению оценки и лечению боли на догоспитальном этапе в странах Южной Африки.

Результаты показали неоптимальные знания и навыки в обезболивании у большинства врачей догоспитального звена оказания экстренной медицинской помощи. Авторы исследования считают, что решение проблемы состоит в непрерывном обучении персонала. Еще одним барьером на пути к качественному обезболиванию на догоспитальном этапе является отсутствие венозного доступа [4]. Сложности в установке венозного периферического катетера могут быть связаны с наличием шока и централизацией крови, с анатомическими особенностями пациента, а также отсутствием навыков у бригады скорой медицинской помощи. Врачи догоспитального звена оказания ЭМП должны обладать методами «спасительного доступа», такими как внутрикостный доступ, для проведения инфузионной терапии и проведения обезболивания.

McEachin C. с соавт. [5] провели исследование-опрос пациентов с переломами конечностей, доставленных в отделения ЭМП машинами скорой медицинской помощи. Выявлено, что три четверти пациентов не были обезболены, хотя ощущали умеренную и сильную боль. Почти две трети этих пациентов даже не подозревали о том, что могли бы получить обезболивание. Но даже те, кто знал, что служба ЭМП может обезболить в 90% случаев, не просили обезболить. 95% опрошенных пациентов указали, что их боль была недооценена. Вывод этого исследования состоит в том, что работникам догоспитального звена не стоит полагаться на пациента, необходимо активно оценивать боль при помощи оценочных шкал в процессе перевозки больных и на основании шкал производить обезболивание.

Silka P. с соавт. [6] считают, что оценочные шкалы позволят документировать факт оценки и устранения боли, и полагают, что боль должна быть включена в «жизненно важные признаки» догоспитальной оценки пациента. Существует проблема введения недостаточной дозировки

обезболивающих препаратов на догоспитальном этапе. Таким образом, текущее состояние контроля обезболивания выявило то, что обезболивание пациента с травмой, к сожалению, не является приоритетной задачей для врачей догоспитального звена оказания ЭМП [7, 8].

Вышеописанные барьеры, имеющиеся в ежедневной практике, должны быть устранены, и обезболивание пациента с травматическими повреждениями должно носить приоритетный характер. Помимо этого, есть необходимость в выявлении барьеров, преград и недостатков в оказании помощи пациентам со стороны врачей скорой медицинской помощи. Выявление проблем и недостатков позволит усовершенствовать программу образования и переподготовки врачей догоспитального звена при оказании помощи пациентам с сочетанной травмой.

Цель. Выявление недостатков, препятствий и проблем в осуществлении оказания помощи

пациентам с сочетанными травмами путем анкетирования врачей с последующим совершенствованием программы обучения врачей скорой медицинской помощи.

Материал и методы

Проведено анкетирование врачей скорой медицинской помощи г. Ташкента и Сурхандарьинской области Республики Узбекистан. Всего анкетирование прошли 400 респондентов – врачей скорой медицинской помощи. Анкета состояла из 17 вопросов с вариантами ответов. Средний возраст врачей, прошедших анкетирование, составил $53,5 \pm 3,4$ года. 60% врачей, прошедших анкетирование, – это врачи в возрасте от 45 до 65 лет. Врачи до 45 лет составили 40%. Большую часть респондентов-врачей составили мужчины – 275 человек (67,5%), женщин-врачей было 130 – 32,5%. Анкета состояла из 17 вопросов с вариантами ответов.

Анкета

Ваш возраст _____;

Пол _____;

1. Что предпочитаете ввести в качестве обезболивающего препарата пациенту с травматическими повреждениями?

- А. Анальгин
- Б. Наркотический анальгетик
- В. НПВС

2. Кто чаще всего нуждается в обезболивании, исходя из Вашей практики?

- А. Мужчины
- Б. Женщины

3. Применяете ли Вы в своей практике при обезболивании пациента с травмами шкалу оценки боли?

- А. Да
- Б. Нет
- В. Не знаю, что это такое

4. Имеете ли Вы навыки применения визуально-аналоговой шкалы?

- А. Да
- Б. Нет
- В. Не знаю, что это такое

5. Уделялось ли отдельное внимание проблеме обезболивания при прохождении обучения на курсах повышения квалификации?

- А. Да
- Б. Нет
- В. Как одному из компонентов оказания помощи

6. Является ли парацетамол средством для обезболивания травм?

- А. Нет, он имеет только жаропонижающий эффект
- Б. Да, с незначительным обезболивающим эффектом
- В. Да, как обязательный компонент мультимодальной анальгезии

7. Владаете ли Вы регионарными методами обезболивания (блокада бедренного нерва, блокада седалищного нерва, блокада плечевого сплетения)?

- А. Да
- Б. Нет

8. Считаете ли Вы, что применение наркотического анальгетика на догоспитальном этапе затруднит диагностику нарушения сознания?

- А. Да
- Б. Нет

9. Применяете ли Вы обезболивающие препараты при наличии у пациента нестабильной гемодинамики и явлений гипоксии?

- А. Да
- Б. Нет

10. Какой обезболивающий агент Вы применяете при нестабильной гемодинамике и гипоксии?

- А. Наркотический анальгетик
- Б. Анальгин
- В. Ничего не применяю

11. Рассматриваете ли Вы применение кетамина в качестве обезболивающего препарата?

- А. Да
- Б. Нет

12. Почему Вы не применяете наркотический анальгетик в качестве обезболивающего препарата при травмах?

- А. Это усугубит состояние больного
- Б. Имеются сложности в списании препарата

13. Какой способ введения обезболивающего препарата Вы предпочитаете?

- А. В/в
- Б. В/м

14. Применяете ли Вы обезболивание у детей с травмами?

- А. Нет
- Б. Да, только анальгин
- В. Да, только наркотический анальгетик

15. Какую дозу наркотического анальгетика вы используете пациенту с травмой?

- А. Полную расчетную дозу
- Б. Половину дозы

16. Какова цель оказания помощи пациентам с сочетанной травмой?

- А. Довести быстрее до больницы
- Б. Начать противошоковые мероприятия (обезболивание, инфузионную терапию, иммобилизацию)

17. Что первостепенно для Вас при оказании помощи пациентам с сочетанной травмой?

- А. Обезболивание
- Б. Коррекция гемодинамики
- В. Обеспечение проходимости дыхательных путей
- Г. Иммобилизация конечности
- Д. Применение воротника Шанца

Статистическую обработку полученного материала проводили с использованием программной системы STATISTIKA for Windows (версия 10).

Результат

На вопрос «Что предпочитаете ввести в качестве обезболивающего препарата у пациента с травматическими повреждениями?» 80% (320 врачей) опрошенных предпочитали произвести обезболивание анальгином, 17% (68 врачей) предпочли в качестве обезболивающего препарата наркотический анальгетик, а НПВС в качестве обезболивающего агента предпочли всего лишь 3% (12) опрошенных врачей (рис. 1).

Очень интересным явился тот факт, что обезболить наркотическими анальгетиками пациентов с сочетанными травмами на догоспи-

тальном этапе предпочитают в основном врачи в возрасте от 25 до 45 лет, они составляют 15% от общего количества опрошенных врачей. Пациенты старше 45 лет предпочитают не использовать в практике применение наркотических анальгетиков.

На вопрос «Кто чаще нуждается в обезболивании?» 70% респондентов ответили, что мужчины чаще нуждаются в обезболивании, и только 30% ответили, что женщины чаще нуждаются в обезболивании (рис. 2).

Что касается детского возраста, то обезбоживание у детей предпочитают проводить анальгином 50% (200 врачей) респондентов, остальные 50% (200 врачей) обезбоживание детей не проводят.

На вопрос «Применяете ли Вы в практике обезбоживания шкалы оценки боли?» 2% опрошенных – это всего лишь 8 врачей – ответили,

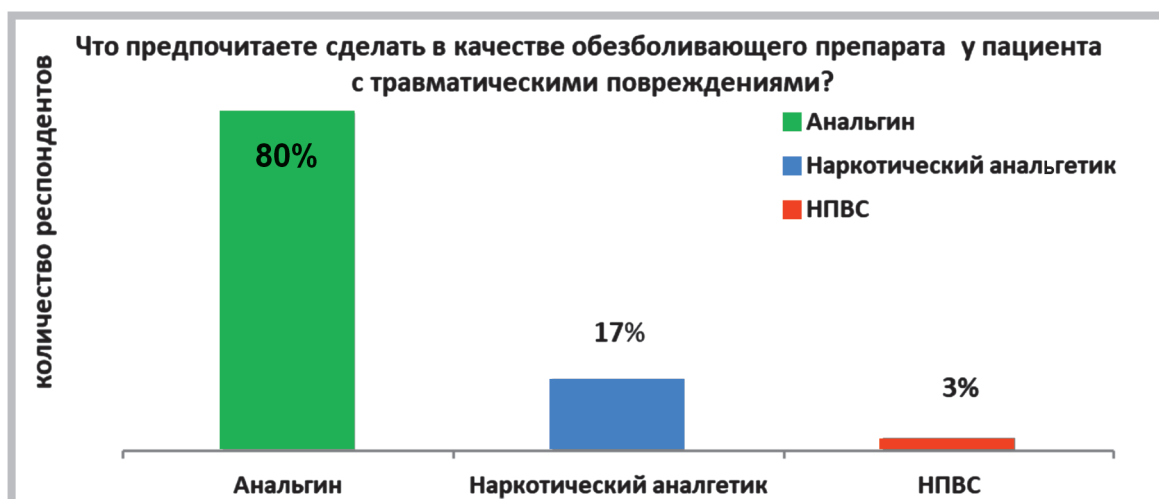


Рис. 1. Распределение ответов врачей по предпочтению средства для обезболивания



Рис. 2. Анализ потребности в обезболивании

что применяют шкалу оценки боли на догоспитальном этапе при обезболивании пациентов с сочетанными травмами. 67% ответили, что не применяют в своей практике шкалу оценки боли, это составило 268 опрошенных врачей. 31% опрошенных (124 респондента) не имели представления о шкале оценки боли (рис. 3).

Таким образом, интенсивность боли оценивается самим врачом, без вспомогательных инструментов, на основании ответа пациента «есть боль» и «нет боли». Такой подход в обезболивании не может считаться правильным и требует введения в практику врача скорой медицинской помощи шкалы оценки интенсивности боли.

На вопрос о том, уделялось ли внимание обезболиванию на курсах повышения квалификации, 51% (204 врача) опрошенных ответил отрицательно, 48% (198 врачей) опрошенных ответили, что целенаправленного обучения обезболиванию не было. Обезболивание рассматривалось как один из компонентов оказа-

ния экстренной медицинской помощи. Лишь 1% опрошенных (4 врача) ответили, что обезболиванию уделялось отдельное внимание на курсах повышения квалификации (рис. 4).

Дальнейший анализ знаний в области обезбоживания врачей скорой медицинской помощи выявил, что парацетамол, который на сегодняшний день является базисом обезбоживания, не расценивается как препарат для обезбоживания. 83% (332) респондентов ответили, что парацетамол используется только как препарат с жаропонижающим эффектом. Незначительный обезболивающий эффект отметили 14% (56 человек) опрошенных, лишь 3% (12 врачей) опрошенных ответили, что парацетамол является обязательным компонентом мультимодальной анальгезии. На вопрос о том, рассматривается ли кетамин в качестве препарата для обезбоживания, 100% респондентов ответили, что не рассматривают кетамин в качестве препарата для обезбоживания (рис. 5).

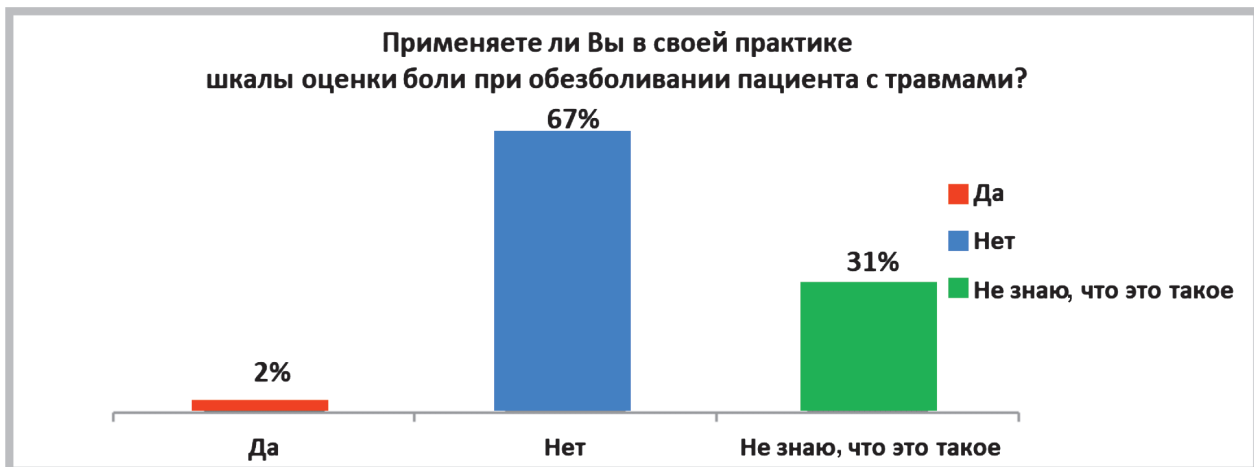


Рис. 3. Результат опроса о применении шкалы оценки боли

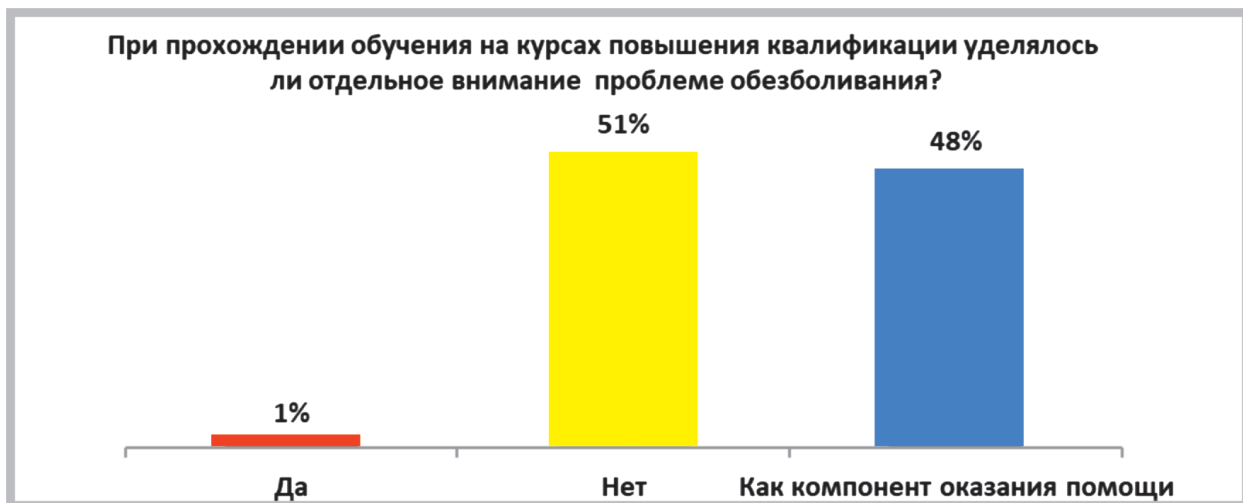


Рис. 4. Анализ обучения обезболиванию пациентов с сочетанными травмами



Рис. 5. Анализ знаний в области обезболивания

Регионарными методами обезболивания не владеет ни один врач скорой медицинской помощи. 100% опрошенных ответили, что не обладают навыками выполнения таких блокад, как блокада бедренного нерва, блокада плечевого сплетения.

95% (380 врачей) опрошенных считают, что применение наркотического анальгетика в качестве обезболивающего препарата затруднит дальнейшую диагностику нарушения сознания, и лишь 5% (20 врачей) ответили, что применение

наркотического анальгетика не отразится на нарушении сознания и дальнейшей диагностике нарушения сознания. Такая же динамика прослеживается при применении обезболивающих препаратов у пациентов с нестабильной гемодинамикой и с явлениями гипоксии. 94% респондентов ответили, что не будут использовать обезболивающие препараты при нестабильной гемодинамике и гипоксии, и лишь 6% респондентов ответили утвердительно на этот вопрос (рис. 6).

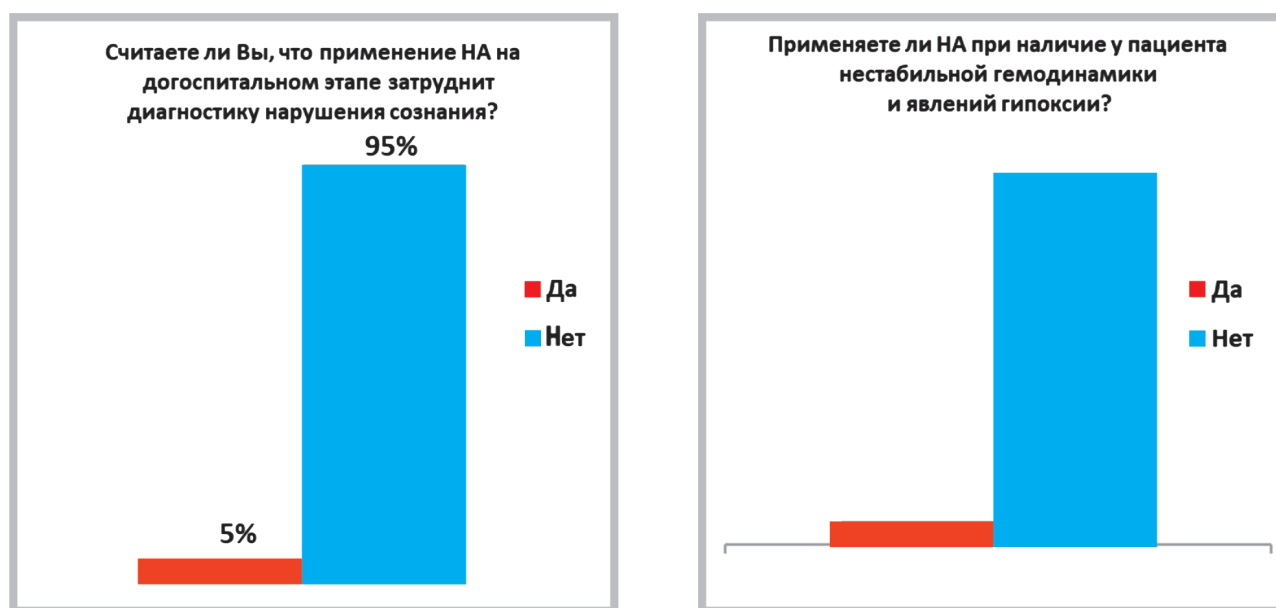


Рис. 6. Анализ причин отказа от обезболивания НА в зависимости от состояния пациента

Вопрос выбора обезболивающего агента при наличии у больного травматического шока с нестабильной гемодинамикой и явлениями гипоксии выявил, что 85% (340 врачей) респондентов предпочитает производить обезболивание анальгином, 6% (24 врача) – наркотическим анальгетиком, 9% (36 врачей) ответили, что проводить обезболивание не будут, так как перед ними стоит первоочередная задача – стабилизация гемодинамики. При выявлении причин отказа от применения НА при обезболивании пациентов с СТ 60% респондентов ответили, что не хотят применять НА в связи с наличием сложного, многоэтапного процесса списания препарата (рис. 7).

396 опрошенных респондентов (98%) предпочитают вводить препараты для обезболивания внутримышечно, и лишь 2% предпочитают вну-

тривенный способ введения обезболивающего агента. Что касается расчетной дозы вводимого наркотического анальгетика, то 76% (304 врача) опрошенных респондентов предпочитают вводить половину расчетной дозы, лишь 24% (96 врачей) предпочитают водить полную расчётную дозу (рис. 8).

Своей целью при оказании помощи пациенту с сочетанной травмой 64% респондентов считают как можно быструю доставку в специализированный стационар, остальные 36% предпочитают начинать противошоковые мероприятия в процессе доставки пациента. 60% (240 врачей) респондентов считают первостепенным для оказания помощи пациентам с сочетанной травмой произвести коррекцию гемодинамики. 14% (56) считают, что первостепенным направлением в



Рис. 7. Анализ причин отказа от применения НА при обезболивании пациентов с СТ

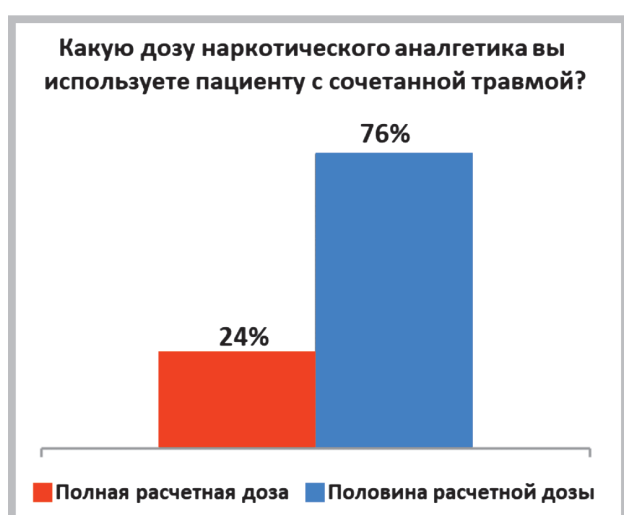


Рис. 8. Анализ выбора способа обезболивания и дозы препарата

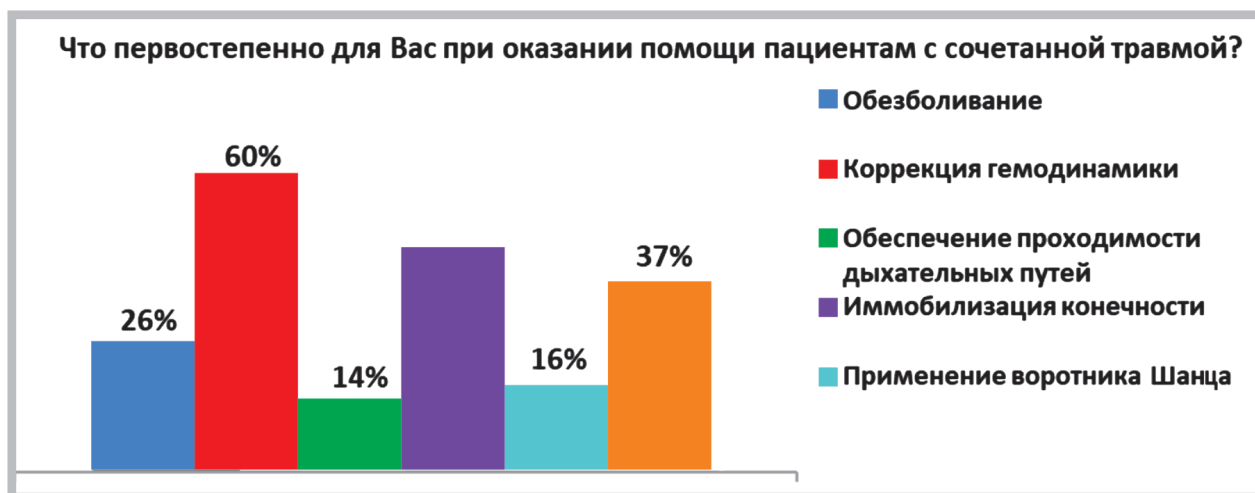


Рис. 9. Анализ оказания помощи пациентам с сочетанной травмой

оказании помощи пациентам с сочетанной травмой является обеспечение проходимости дыхательных путей. 26% (104) опрошенных считают, что обезболивание пациентов с сочетанной травмой должно начинаться с обезболивания. В дополнение к ответу на вопрос о первостепенности мероприятий при оказании помощи пациентам с травмой, сопровождающейся шоком, иммобилизацию поврежденной конечности выделили 44% (176 врачей) опрошенных, применение воротника Шанца отметили лишь 32% (128 врачей) опрошенных (рис. 9). Применение воротника Шанца является обязательной манипуляцией при оказании помощи пациентам с любым видом травмы, независимо от того, есть повреждение шейного отдела позвоночника или нет. Наличие венозного доступа, обеспечение проходимости дыхательных путей, обезболивание, коррекция гемодинамики являются обязательными к выполнению при наличии показаний.

Таким образом, анализ недостатков, препятствий и проблем в практике обезболивания на догоспитальном этапе оказания помощи пациентам с травматическими повреждениями путём анкетирования врачей выявил недостаточность знаний врачами скорой медицинской помощи современных аспектов обезболивания, применения в практике оценочных шкал боли, соответственно которым необходимо подбирать тот или иной вид обезболивающего агента. Разработанный протокол оказания помощи пациентам с сочетанной травмой не уделяет достаточного внимания проблеме обезболивания, в связи с чем обезболивание пациента с сочетанной травмой не является приоритетным для врача скорой медицинской помощи. Анкетирование выявило, что мужчины в обезболи-

нии нуждаются в 3 раза чаще, чем женщины. У врачей скорой медицинской помощи существует ошибочное представление о том, что наркотические анальгетики оказывают влияние на гемодинамику, на сознание и неблагоприятны в использовании у пациентов с сочетанной шокогенной травмой. На основании вышеизложенного был разработан алгоритм обезболивания пациентов с сочетанной травмой на догоспитальном этапе с применением шкалы оценки боли и с учетом современных тенденций обезболивания (рис. 10).

Согласно результатам анкетирования врачей скорой помощи, в программе обучения – курсов повышения квалификации врачей – проблеме обезболивания, способам обезболивания, новшества в обезболивании пациентов с сочетанными травмами уделяется внимание лишь в общих чертах. В связи с этим в программу обучения подготовки и переподготовки врачей скорой медицинской помощи были включены лекции и практические занятия, посвященные именно проблеме обезболивания и аспектам оказания помощи пациентам с сочетанной травмой, с акцентом на алгоритм обезболивания, что привело к усовершенствованию знаний и навыков врачей скорой медицинской помощи и улучшению качества оказываемой экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Заключение

Проведение анкетирования врачей для оценки ориентированности и наличия пробелов в знаниях при оказании помощи пациентам с сочетанной шокогенной травмой должно проводиться на регулярной основе. Устранение вышеуказанных проблем и задач будет способствовать улучшению качества оказания помощи пациен-

КАСАЛХОНАГАЧА БЎЛГАН БОСҚИЧДА ҚЎШМА ЖАРОҲАТ ОЛГАН БЕМОРЛАРГА ТЕЗ ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТАЁТГАН ШИФОКОРЛАР МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ

В.Х. ШАРИПОВА^{1,2}, А.Т. ЭШБОЕВ³, И.В. ФОКИН¹, Д.А. ХУРРАМОВА^{1,2}, Ш.Э. ХАЙДАРОВ¹

¹Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази, Тошкент, Ўзбекистон

²Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш маркази, Тошкент, Ўзбекистон

³Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий марказининг Сурхондарё филиали, Термиз, Ўзбекистон

Мақсад. Қўшма жароҳат олган беморларга шошилинич тиббий ёрдам кўрсатишдаги камчиликлар, тўсиқлар ва муаммоларни аниқлаш учун сўровнома ўтказиш ва шу сўровнома натижалари асосида шошилинич тиббий ёрдам кўрсатувчи шифокорлар ўқув дастурини такомиллаштириш.

Материал ва усуллар. 400 та тез тиббий ёрдам шифокорлари ўртасида сўровнома ўтказилди. Сўровнома кўп танловли жавобларга эга бўлиб, 18 та саволдан иборат эди. Сўровнома ўтказилган шифокорларнинг ўртача ёши $53,5 \pm 3,4$ ёш, эркалар – 275 шифокор (67,5%), аёллар – 130 шифокор (32,5%).

Натижалар. Сўровнома ўтказилган тез тиббий ёрдам шифокорлари оғриқсизлантиришнинг замонавий аспекти, амалиётда оғриқни баҳолаш шкаллари бўйича етарлича билим ва кўникмага эга эмаслиги аниқланди. 80% шифокор аналгин билан оғриқсизлантиришни афзал кўрган, 17% и наркотик аналгетиклар билан оғриқсизлантиришни мақсадга мувофиқ деб белгиланган, 95% и (380 шифокор) наркотик аналгетиклар билан оғриқсизлантирилганда бемор хушини баҳолашда мураккабликлар келтириб чиқаришини айтишган.

Хулоса. Қўшма жароҳат олган беморларни стационаргача бўлган босқичда оғриқсизлантиришда муаммолар ва камчиликлар мавжуд бўлиб, шифокорларнинг малакасини ошириш мақсадида алоҳида назарий ва амалий ўқув дастурлари, шу мавзуга бағишланган дарсликлар такомиллаштирилишига сабаб бўлди. Стационаргача бўлган босқичда қўшма жароҳат олган беморларни оғриқсизлантириш алгоритми ишлаб чиқилди.

Калит сўзлар: оғриқ, оғриқсизлантириш, стационаргача бўлган босқич, жароҳат.

Сведения об авторах:

Шарипова Висолатхон Хамзаевна – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела анестезиологии и реаниматологии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. E-mail: visolat_78@mail.ru

Эшбоев Абдулхамим Туляганович – доктор философии (PhD), директор Сурхандарьинского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. ORCID: 0000-0003-4260-4155

Фокин Иван Викторович – доктор философии (PhD), заведующий операционно-анестезиологическим отделением Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. ORCID: 0000-0002-5204-3390

Хуррамова Дильдора Ашуровна – врач-анестезиолог отделения анестезиологии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, ассистент кафедры «Скорая медицинская помощь» Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников. ORCID: 0009-0005-6226-1112

Поступила в редакцию: 17.03.2024

Information about the authors:

Sharipova Visolathon Khamzaevna – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Anesthesiology and Intensive Care at the Republican Research Center of Emergency Medicine. E-mail: visolat_78@mail.ru

Ashboev Abdulhakim Tulyaganovich – Doctor of Philosophy (PhD), Director of the Surkhandarya branch of the Republican Research Center of Emergency Medicine. ORCID: 0000-0003-4260-4155

Ivan Viktorovich Fokin – Doctor of Philosophy (PhD), Head of the Surgical and Anesthesiological department of the Republican Research Center of Emergency Medicine. ORCID: 0000-0002-5204-3390

Khurramova Dildora Ashurovna – anesthesiologist of the Department of Anesthesiology of the Republican Research Center of Emergency Medicine, assistant of the Department of Emergency Medical Care of the Center for the Development of Professional qualifications of medical Workers. ORCID: 0009-0005-6226-1112

Received: 17.03.2024