



КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫ
САЛАМАТТЫК САКТОО МИНИСТРЛИГИ

КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

КЫРГЫЗСТАНДЫН САЛАМАТТЫК САКТООСУ
ИЛИМИЙ ПРАКТИКАЛЫК ЖУРНАЛЫ

НАУЧНО ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСТАНА

негизделген / основан 1938-жыл/год

ТУЗУУЧУ:

Кыргыз Республикасынын
саламаттык сактоо министрлиги
УЧРЕДИТЕЛЬ:
Министерство здравоохранения
Кыргызской Республики
ISSN 1694-8068 версия (печатная)
ISSN 1694-805x (электронная)

Периодичность 4 раза в год /
Жылына 4 жолу чыгат

ММК УЮШТУРУУЧУСУ:
«Кыргызстандын саламаттык
сактоосу» илимий практикалык
журналынын мекемеси
каражаттарын каттоо жонундо
кубодук №885 14 июнь 2018 ж.

УЧРЕДИТЕЛЬ СМН:
Учреждение Редакция
научно-практического журнала
«Здравоохранение Кыргызстана»
Свидетельство о перерегистрации
СМН №885 от 14 июня 2018г.

КРЫМ АДИЛЕТ МИНИСТРИ-
ЛИГИНДЕ КАТГООДОН ОТКОН
ЗАРЕГИСТРИРОВАН В МИНИ-
СТЕРСТВЕ ЮСТИЦИИ КР
Мамлекеттик каттоо куболугу /
Свидетельство о государственной
регистрации № 170624-3301-М-е
21 декабря 2017 жыл/год

РЕДАКЦИЯНЫН МЕКЕМЕСИНИН
ДИРЕКТОРУ / ДИРЕКТОР
УЧРЕЖДЕНИЯ РЕДАКЦИИ
Мергенова Ильмира Осмонова
конт.тел. +996 772 919 150

РЕДАКЦИЯНЫН ДАРЕГИ /
АДРЕС РЕДАКЦИИ 720005,
Кыргыз Республикасы-сы, Бишкек ш.,
Байтик: Баатыр көч. 34/Кыргызская
Республика, Бишкек, ул. Байтик
Баатыра, 34, т.ред. + 996312544575
E-mail: zdprav.kg@mail.ru, info@zdprav.kg
Сайт: www.zdprav.kg

ЖАЗЫЛУУ ИНДЕКСИ /
ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС

КЫРГЫЗ-ПОЧТАСЫ: 77316

РЕДАКЦИЯЛЫК КОЛЛЕГИЯСЫ/РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

БАШКЫ РЕДАКТОР / ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Касымов О.Т. мед. илим. д-ру. проф. / д-р мед. наук проф., акад. РАЕ

БАШКЫ РЕДАКТОРДУН ОРУН БАСАРЛАРЫ / ЗАМЕСТИТЕЛИ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Бримкулов Н.Н., мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф.

Чубаков Т.Ч. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф.

ЖООПГУУ КАТЧЫСЫ / ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

Айтмураева Г.Т. мед. илим. канд. / канд. мед. наук.

РЕДКОЛЛЕГИЯНЫН МУЧОСУ / ЧЛЕНЫ РЕДКОЛЛЕГИИ

Атамбаева Р.М. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф.

Байтубекова Д.А. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф.

Батыралиев Т.А. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф.

Бебезов Б.Х. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф.

Белов Г.В. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф.,
акад. РАЕ

Джумабеков С.А. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф.,
акад. НАН КР

Джумагулова А.С. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф.

Маматов М.М. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф.,
акад. НАН КР

Муратов А.А. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф.

Тухватшин Р.Р. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф.

Чолпонбаев К.С. фарм. илим. д-ру проф. / д-р фарм. наук проф.

Ырысов К.Б. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф.

ЭЛАРАЛЫК РЕДАКЦИЯЛЫК КЕЧЕНИ / МЕЖДУНАРОДНЫЙ РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Акматов М.К. Ph.D., Берлин, Германия

Асымбекова Э.У. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф., Москва, РФ

Комаров Г.А. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф.,

член-корр. РАЕН, Москва, РФ

Лобзин Ю.В. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф.,

акад. РАН, Санкт-Петербург, РФ

Молдокулов О.А. мед. илим. канд. / канд. мед. наук. КР ДССУ Өлкөлүк

Офисинин Улуттук проф.-дук Кызылтерки/ Национальный

профессиональный сотрудник Странового Офиса ВОЗ, КР

мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф., Бангкок,

Таиланд

Мусабаев Э.Н. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф., Ташкент, РУз.

Осмонов Д.А. Ph.D, Бишкек, КР

Синявский Ю.А. биол. илим. д-ру проф. / д-р биол. наук проф., Алматы, РК

Фаворов М.О. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф., Атланта, США

Журнал включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ).

2-летний импакт-фактор 2018 г. – 0,109

Редакциянын тиздери автордун тиздери менен дайыма эле туура келе бербейт. Макаланын мазмунуна жана тууралыгына авторлор, ал эми жарыялык материалдардын максималдууларына жарыя берүүчүлөр жоопкерчиликтуу болот / Мнение редакции не всегда совпадает с мнением автора. Ответственность за содержание и достоверность статьи несут авторы. По информации в рекламных материалах – рекламодатели.



**KYRGYZ REPUBLIC
MINISTRY OF HEALTH**



RESEARCH AND PRACTICE JOURNAL OF HEALTH CARE OF KYRGYZSTAN

ISSN 1694-8068 (Print)
ISSN 1694-805X (OnLine)

founded in 1938

FOUNDER:

Ministry of Health of the Kyrgyz Republic

MASS MEDIA FOUNDER

Establishment Redaction of Research and Practice
Journal of “Health Care of Kyrgyzstan”
Certificate of media reregistration
No. 885 of June 14, 2018

**Registered in the Ministry of Justice of the
Kyrgyz Republic**

Certificate of State Registration
№ 170624-3301-M-е, 21 December 2017.

**Director of establishment Redaction of Research
and Practice Journal “Health Care of Kyrgyzstan”**

Mergenova Ilmira Osmonovna
c.t.: +996 772 91 91 50 0312 544575.

**MAILING ADDRESS OF REDACTION OF THE
JOURNAL**

720005, Kyrgyz Republic, Bishkek, Baitik Baatyr
str 34

c.t.: +996 312 544575.

E-mail: zdrav.kg@mail.ru, info@zdrav.kg

Site: www.zdrav.kg

Published 4 issues per year

KYRGYZ POCHTASY
subscription index: 77316

Views of the editorial board may not always coincide with those of authors. Responsibility for the content and reliability of articles lies with authors and for information in promotional materials - with advertisers.

Kasymov O.T.

Brimkulov N.N.

Chubakov T.Ch.

Aitmurzaeva G.T.

Atambaeva R.M.
Bayizbekova D.A.
Batyrallyev T.A.
Bebezov B.Kh.
Belov G.V.

Junabekov S.A.

Junagulova A.S.
Maanytov M.M.

Muratov A.A.
Tuhvatshin R.R.
Cholponbaev K.S.
Yrysov K.B.

Akmatov M.K.
Asymbekova E.U.
Komarov G.A.
Lobzin Yu.V.

Moldokulov O.A.

Moore Malcolm
Musabaev E.I.

Osmonov D.A.
Sinyavsky Yu.A.
Favorov M.O.

EDITORIAL BOARD

Editor-in-chief:

dr. med. sci., professor, acad. of RANH

Deputy editors-in-chief:

dr. med. sci., professor

dr. med. sci., professor

Executive secretary:

cand. med. sci

Editorial members:

dr. med. sci., professor

dr. med. sci., professor

dr. med. sci., professor

dr. med. sci., professor

dr. med. sci., professor

acad. of RANH

dr. med. sci., professor,

acad. of NAS KR

dr. med. sci., professor

dr. med. sci., professor,

acad. of NAS KR

dr. med. sci., professor

dr. med. sci., professor

dr. phar. sci., professor

dr. med. sci., professor

International Editorial Council:

Ph.D, Berlin, Germany

dr. med. sci., professor, Moscow, Russia

dr. med. sci., professor, Moscow, Russia

dr. med. sci., professor, acad. RAS,

Sanct-Petersburg, Russia

cand. med. sci., National professional

officer, WHO Country Office -

Kyrgyzstan

dr. med. sci., professor, Tokyo, Japan

dr. med. sci., professor, Tashkent,

Uzbekistan

PhD, Bishkek, Kyrgyzstan

dr. biol. sci., Almaty, Kazakhstan

PhD, MD, DSc, professor, Atlanta, US

**Journal “Health Care of Kyrgyzstan” is included in the Russian
Scientific Citation Index (RSCI).**

2 years' impact factor 2018 - 0.109

Указ
Президента Кыргызской Республики
«О награждении государственными наградами
Кыргызской Республики»

О награждении государственными наградами
Кыргызской Республики

За существенный вклад в развитие социально-экономического, интеллектуального и культурного потенциала Кыргызской Республики, большие достижения в профессиональной деятельности, а также в честь Дня независимости Кыргызской Республики наградить:

орденом «Данк»:

Оморова Рахатбека Арсыбековича — заведующего кафедрой факультетской хирургии Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева;

медалью «Данк»:

Насырова Вадима Алияровича — заведующего кафедрой оториноларингологии Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева;

присвоить:

почетное звание

«Заслуженный врач Кыргызской Республики»:

Абдыкадровой Гулипе — врачу группы семейных врачей № 1 Жайылского районного объединенного центра семейной медицины Чуйской области;

Джунушовой Нургуль Ташкеевне — врачу-невропатологу отделения неврологии Чуйской районной территориальной больницы Чуйской области;

Ишембаевой Кулнари — врачу, руководителю группы врачей № 2 Кадамжайского центра семейной медицины Баткенской областной объединенной больницы;

Молдогазиевой Канымкул — врачу-кардиологу отделения кардиологии Ошской городской клинической больницы;

Молдокуновой Гүлкайыр Касымовне — врачу группы семейных врачей «Ак-Тилек» Ак Суйского районного центра семейной медицины Иссык-Кульской области;

Сарыкбаеву Каныбеку — врачу третьего лечебного отделения Ошского областного центра борьбы с туберкулезом;

Ташбаевой Сүйүмкан Азимбаевне — врачу детского отделения Аксыйской территориальной больницы Джалал-Абадской области;

Ташибековой Гульнаре Адыловне	директору центра семейной медицины № 17 г. Бишкек;
Тойгонбекову Айвару Кенешбековичу	ведущему научному сотруднику Национального центра онкологии и гематологии при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики;
Тургумбаеву Джамалбеку Джумадиловичу	заведующему отделением неврологии № 3 Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики;
Умаровой Светлане Ибрагимовне	доценту кафедры терапии № 1 специальностей педиатрия и стоматология Кыргызско-Российского Славянского университета им. Б. Ельцина;
Чубакову Тулегену	заведующему кафедрой фтизиопульмонологии Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации им. С.Б. Даниярова;
Шукурбаеву Кубанычбеку Абдыбаевичу	заведующему отделением хирургии-поли- травмы Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии;

наградить Почетной грамотой Кыргызской Республики:

Бектурова Доктурбека	заведующего отделением хирургии Ак-Талинской территориальной больницы Нарынской области;
Жолдошова Женишбека Шерикбековича	заведующего отделением травматологии и ортопедии Кызыл-Кийской территориальной больницы Баткенской области;
Маманова Көчкөнбая Чекировича	лаборанта рентгена Октябрьской территориальной больницы Сузакского района Джалал-Абадской области;
Мараимова Монокбая	фельдшера Мурдашского фельдшерско-акушерского пункта Алайского района Ошской области;
Омурзакову Зину Касымакуновну	врача анестезиолога-реаниматолога отделения реанимации родильного дома Джалал-Абадской областной клинической больницы;
Фуртикову Аллу Борисовну	заведующую отделением функциональной диагностики Национального центра охраны материнства и детства при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики;
Эрназарова Эсенбая Токторбаевича	врача-анестезиолога отделения хирургии Таш-Кумырской территориальной больницы Джалал-Абадской области

**Президент
Кыргызской Республики**
г. Бишкек, 29 августа 2019 г.

С.Ш. Жээнбеков

УДК: 340.624.2

**МАССАЛЫК ЖАРАКАТТОО ШАРТЫНДА БАШ МЭЭ ЖАРААТЫ МЕНЕН
АЙКАЛЫШКАН ЛОР ОРГАНДАРЫНЫН ЖАБЫРКООСУНДАГЫ
ИРИҢ-СЕПТИКАЛЫК КАБЫЛДООЛОРДУ ДАРЫЛОО ЖАНА АЛАРДЫН
АЛДЫН АЛУУДА “КАРБОЛЕН МАЙЫН” КОЛДОНУУ.**

Исаков А.Ы., Калыев К.М.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы.

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Баш мээжарааты менен айкалышкан ЛОР жараатында берилүүчү жардамдын көлөмүнүн стандарттары аярдалган, жарааттарды дарылоо жана кабылдоолордун алдыналау максатында “Карболен майы” иштелип чыккан.

Негизги сөздөр: айкалышкан жараат, оториноларингология, баш мээнин чайкалуусу, баш мээнин жана ЛОР-органдарынын жарааты.

**“КАРБОЛЕН МАЗЬ” В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ
ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ЛОР
ОРГАНОВ В УСЛОВИЯХ МАССОВОГО ТРАВМАТИЗМА.**

Исаков А.Ы., Калыев К.М.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева.

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Приведены стандарты объема оказания помощи при сочетанных повреждениях головного мозга и ЛОР-органов с разработкой антибактериальной “карболен мази” для профилактики и лечения ран и раневых осложнений при повреждениях головного мозга и ЛОР-органов.

Ключевые слова: сочетанная травма, оториноларингология, сотрясение головного мозга, ушибы головного мозга, повреждения ЛОР-органов.

**“CARBOLEN OINTMENT” IN MANAGEMENT AND PREVENTION OF PURULENT
SEPTIC COMPLICATIONS IN TRAUMATIC BRAIN INJURY COMBINED WITH
ENT ORGANS’ INJURY IN CASE OF MASSIVE INJURIES.**

Isakov A. Y., Kalyev K. M.

Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev.

Bishkek, Kyrgyz Republic.

Abstract: Standards of care volume for combined skull brain and ENT organs’ injuries presented and “carbolen ointment” for management and prevention of purulent septic complications in traumatic brain injury combined with ENT organs’ injury worked out.

Key words: combined injury, otorhinolaryngology, concussion, contusion, ENT organs’ injury.

Введение. Сочетанные повреждения головного мозга и ЛОР-органов в силу анатомо-функциональных особенностей, тесно взаимосвязаны. Изменения в головном мозге отражаются или проявляются в виде нарушений функции ЛОР-органов и наоборот, травматические повреждения ЛОР-органов отражаются на функциональном состоянии головного мозга. Воспалительные процессы могут осложняться, различными церебральными осложнениями, иной раз угрожающими жизни больного. Они отличаются особой тя-

жестью клинических проявлений, высокой летальностью и частотой развития осложнений, трудностью диагностики и лечения. При этом тяжелые внечерепные повреждения и сопутствующие им нарушения периферического кровообращения, внешнего дыхания и гомеостаза способствуют прогрессированию гемодинамики и ликвородинамических нарушений в головном мозге, придают своеобразие клинических проявлений церебро-краниального компонента травмы [1-10].

Сочетанная травма головного мозга и

ЛОР-органов составляет 7,5% из общего числа сочетанных повреждений черепно-мозговых травм. Более 60% случаев черепно-мозговая травма сочетается с травмой лицевого скелета различной степени повреждения. Из 12000 историй болезней находившихся пострадавших и больных в ВММ, МОРФ установлено, что сочетания травмы ЛОР-органов и контузий составило 9,82%, повреждения носа составило 18,75%, шеи 16,7%, уха 5,5%, множественные травмы ЛОР-органов 6,25% [11-20].

Цель исследования: Оптимизация лечебно-эвакуационных, лечебно-тактических приемов в организации и оказание помощи пострадавшим с сочетанными повреждениями головного мозга и ЛОР-органов, а также профилактика осложнений.

Материал и методы. Изучены данные 2327 историй болезни в центре травматологии и ортопедии г. Ош. Среди них 374 были, пострадавшие с сочетанными повреждениями головного мозга и ЛОР-органов (16,1%). Среди них лица женского пола было 79 (21,2%), мужчин было 295 (78,8%). В сочетании черепно-мозговых травм и травм ЛОР-органов большой удельный вес составил ЗЧМТ: Сотрясение головного мозга 365 случаев (97,6%), ушиб мозга легкой степени – 5 случаев (1,34%), ушиб мозга средней степени – 1 случай (0,26%), ушиб мозга тяжелой степени 3 случая (0,8%). Среди сочетанных повреждений головного мозга и ЛОР органов удельный вес переломов костей носа составил 284 случаев (76%), из них с нарушением носового дыхания составило 185 случаев (65,1%), без нарушения носового дыхания 99 случаев (34,9%).

Для реализации поставленной нами цели отобрана методика обработки раневой поверхности специальной мазью, которая легко выполняема. Разработан “Карболен мазь”. Патент № 1128 от 31 декабря 2008 года (Заявка №20060051.1). После изучения физико-химических свойств, изучения токсических и радиационных свойств, проведено клиническое испытание мази в условиях травматологического пункта и ЛОР отделения.

Краткая характеристика “карболен мази”. Антибактериальная “Карболен мазь” использована для профилактики и лечения

гнойно-септических осложнений ран при массовом травматизме. Существует множество антибактериальных мазей, которые в той или иной степени обладают антимикробным действием. В основном для мази используются антимикробные препараты, действующие для торможения развития микроорганизмов в ране и уничтожения микробных тел путем денатурации белков, блокирования функции дыхания микробов и процессов фосфолирования. Один из аналогов предлагаемой “Карболен мази” - стандартная цинковая паста выпускается промышленностью и рекомендовано к широкому применению (в книге «Лекарственные средства» Машковского Н.Д., стр. 402). Паста обладает высушивающим и антимикробным эффектом. Для прототипа разработанной нами “Карболен мази” была взята паста для профилактики околоспинцевых осложнений предложенное, профессором Кожокматовым С.К. с соавторами (Патент № 96057 от 04.12.97г.).

Состав мази для лечения спинцевых осложнений: Окись цинка 9,4-10,2; Желатин 19,6-20,0; Глицерин 39,0-39,6; Гентамицин 0,9-1,0; Полимиксин-М 0,39-0,43; Дистиллированная вода 29,2-30,0. Предложенная мазь обладает сильным антибактериальным действием, однако, мало выражены ранозаживляющее, адсорбирующее и ранозаживляющее действия.

Для устранения выше указанных недостатков прототипа и для уменьшения экономических потерь при массовом травматизме нами предложено “Карболен мазь” для профилактики и лечения раневых осложнений в условиях массового травматизма, которая изготавливается из простых, распространенных, дешевых, но высокоэффективных лекарственных средств, что важно в условиях массового травматизма.

Результаты. Экстремальные ситуации порождают массовый травматизм. Оказать своевременную квалифицированную медицинскую помощь становится нереальным из-за нехватки медицинских сил и средств, с одной стороны и отсутствием условий для оказания помощи с другой. По данным ряда авторов при боевых повреждениях в Чечне квалифицированную помощь при повреждениях головного мозга и ЛОР-органов оказы-

-вали хирурги общего профиля 81,82% с элементами специализированной помощи 17,8% случаев, оториноларингологи 4,9%, окулисты 2,65%, нейрохирурги 2,65%, анестезиологи 4,55%, другие специалисты 2,65%. При боевых повреждениях головного мозга и ЛОР-органов на этапах медицинской эвакуации в Чеченской республике экстренная помощь была следующим: Само- и взаимопомощь 58,54%, санинструкторами - 10,64%, фельдшерами - 3,19%, врачами - 27,67%. Это говорит о том, что оказание специализированной помощи пострадавшим в условиях экстремальной ситуации становится трудной задачей, даже ПХО раны становится трудным из-за нехватки медицинских сил, по этому приходится отложить ПХО раны на некоторое время и это грозит гнойно-септическим осложнением. Именно, на это мы акцентировали ставя вопрос о том, что делать, как можно дольше, чтобы в ране не развивалось инфекционное осложнение, чтобы выиграть время для проведения ПХО раны без осложнений.

Для реализации поставленной задачи нами выполнены следующие требования: 1) Быстрота выполнения манипуляций; 2) Могли выполнить эту работу средний медперсонал, парамедики; 3) Высокая эффективность; 4) Простота, дешевизна предлагаемого метода.

Была поставлена следующая задача: тормозить рост микроорганизмов в ране более чем на сутки. Это время для производства первичной хирургической обработки ран, которую невозможно производить своевременно из-за многочисленности ран в условиях массового травматизма. Раневая инфекция начинает развиваться в первые часы, поэтому нами разработана “Карболен мазь”, которая тормозит развитие микрофлоры раны на сутки и более, а это время необходимое для ПХО раны в экстремальных условиях.

“Карболен мазь” содержащая – уголь активированный 29,0-30,0; хлоргексидин 0,5%-20,0-21,0; левомицетин 1,0-1,5; цинк оксидат 30,0-31,0; глицерин 20,0-21,0 предназначена для задержки роста микроорганизмов в ране более чем на сутки, когда невозможно производить первичную хирургическую обработку ран всем пострадавшим своевременно, из-за нехватки медицинских сил и средств,

когда много пострадавших с ранениями. Уровень гнойно-септических осложнений достигает до 65% и более при экстремальных ситуациях. Мазь, обладающая антимикробным действием, адсорбцией микробных тел, обладает высушивающим, смягчающим действием и прост в применении, которую может использовать средний медработник. Имеющийся в составе мази активированный уголь адсорбирует микроорганизмы, токсические вещества, жидкости. Хлоргексидин убивает микробы, тормозит их рост, глицерин обладает высокой гигроскопичностью и обладает смягчающим действием, левомицетин убивает грамположительные и грамотрицательные микробы, является сильным антибиотиком широкого спектра действия, хорошо растворимый в воде и спирте. Цинк оксидат – белый кристаллический порошок без запаха, практически растворим в воде и спирте, растворим в разведенных минеральных кислотах, а также в уксусной кислоте. Применяется наружно в виде присыпок, мазей, паст, как вяжущее, подсушивающее и дезинфицирующее средство при кожных заболеваниях, влияющее на аутоиммунные процессы.

Технология приготовления антибактериальной “Карболен мази.” Состав: Табл. угольные 30,0 -31,0 гр. (карболен); Левомицетин 1,0-1,5; Хлоргексидин 20-21 мл (разведенный); Окись цинка 30,0-31,0;

Глицерин 20,0 – 21,0. Растереть таблетки активированного угля в ступке хорошо и долго. В другой ступке растереть окись цинка, добавить левомицетин +растертые таблетки активированного угля + хлоргексидин + глицерин. Все хорошо смещать, если консистенция получилась густой добавить глицерин, если жидкая, добавить окись цинка до образования пасты, которая не будет стекать. В ходе разработки данной мази нами поставлены следующие требования: 1) Простота приготовления из общеизвестных препаратов; 2) Отсутствие токсичности, побочных явлений; 3) Общедоступность; 4) Экономичность; 5) Простота в применении; 6) Высокая эффективность; 7) Совместимость предложенных препаратов, которые входили в состав мази.

Методика выполнения. Обработка раны осуществлялась при массовом травматизме в экстремальных ситуациях. Как из-

-вестно, все раны в свежих случаях подвергаются хирургической обработке общепринятыми методами хирургии. Вопрос неоднократно обсуждался, подвергался дискуссии на страницах журнала ортопедия, травматология и протезирования, ряд вопросов остаются открытыми. Проведение хирургической обработки ран требует значительного времени для выполнения, с другой стороны, нуждается в послеоперационном наблюдении. Дефицит времени для оказания хирургической помощи в экстремальных ситуациях требует новых тактико-технических решений.

Все раны, которые нуждаются в хирургической обработке, мы бы делили на следующие группы: 1) Раны жизнеопасные: проникающие раны полостей, повреждение внутренних органов, раны сопровождающийся обильным кровотечением, огнестрельные раны; 2) При обширных жизнеопасных ранах, скальпированных ранах, ранах половых органов, органов зрения, ЛОР-органов несвоевременное оказание помощи может привести к значительным потерям функции органов и систем; 3) Легкие раны различной локализаций, малых и средних размеров различной глубины, не жизнеопасные.

Первая группа больных нуждаются в неотложной хирургической помощи, подвергаются ПХО ран, операции на полостях, внутренних органах, отказ от которого, может привести к гибели пострадавших. Этим больным проводится лечение на этапах медицинской эвакуации. При неотложных состояниях после оказания первой доврачебной, врачебной помощи пострадавшие эвакуируются в квалифицированное или специализированное учреждение, используя санитарную авиацию. Вторая группа пострадавших с ранениями жизненно важных органов, например органов зрения, ЛОР-органов и др., которые при несвоевременном оказании помощи могут привести к инвалидности или привести к жизнеопасным осложнениям, должны срочно госпитализироваться в специализированные учреждения. Третья группа больных с нежизнеопасными ранениями составляют значительную часть пострадавших, у которых ПХО ран можно отложить на определенный срок. Для этой группы больных мы рекомендуем

обработку разработанной нами “карболен мази”.

Физико-химические свойства “карболен мази”. Суспензионная мазь представляет собой однородную массу синечерного цвета, без запаха, мазь растворима в хлоргексидине, в воде не растворим, хорошо смешивается с глицерином и хлоргексидином во всех соотношениях, образуя при этом суспензионную мазь. Исследования проводились следующим образом: в чашку Петри с мясопептонным бульоном наносились по 1млрд микробных тел чистой культуры золотистого стафилококка и сверху наносили тонкий слой “карболен мази” исследования на рост микробной культуры – исследовали через 2 часа, 4 часа, 8 часа, 12 часа и сутки, отмечали рост культуры золотистого стафилококка. Результаты показали, что в контрольной чашки Петри отмечался бурный рост микрофлоры, а в других с нанесением мази рост культуры не наблюдался или задерживался. Прилагается результат микробиологического исследования. Клиническое испытание “карболен мази” проводилось в лечении больных с гнойно-септическими осложнениями на базе Ошской городской территориальной больницы в ЛОР-отделении и в условиях травматологического пункта. Получен положительный эффект. Раны быстро очищались от гноя, некротических тканей, число микробных тел уменьшалось. Данные клинического испытания позволяют говорить о том, что “карболен мазь” является хорошим препаратом, предупреждающим развития микроорганизмов в ране в условиях массового травматизма. Испытания на подлинности состава мази и физико-химических свойств, проведена в лаборатории института медицинских проблем Южного филиала АН. КР. Протокол исследования прилагается. Микробиологическое исследование эффективности “Карболен мази” проводилось в санитарно-бактериологической лаборатории городской санэпидстанции г. Ош. Ниже приводятся фотографии роста микрофлоры на чашках Петри под воздействием различных факторов: 1) Лазерная терапия поверхности желточно-солевого агара в экспозиции 10 минут аппаратом АФЛ-1; 2) Этанол-кислородная поверхностная нормобарическая оксигенация в течение 1,5 часа по разработанной

нами методом; 3) Карболен мазь; 4) УФО в течение 10 минут; 5) Контрольная чашка Петри с желочно-солевым агаром, где засеяны взвеси культуры 1 млрд., микробных тел *Staphylococcus*, не подвергшихся воздействию указанных факторов.

Все чашки Петри помещены в термостат при температуре 36 градусов на двое суток. Результаты роста засеянных культур золотистого стафилококка представлены в таблице № 4.1. Рост микробов наблюдали путем фотографирования через 24 часа и 48 часов. Через 48 часов произведены исследования, определено число микробных тел. в контрольной группе отмечен сплошной рост. Самым эффективным при сравнительной оценке результатов исследования микрофлоры ран и при опытах оказался метод применения "Карболен мази". Изолированные терапии: этанол-кислородная оксигенация, лазерная терапия, УФО подобного эффекта не оказывали. Клинические исследования разработанной "Карболен мази" проводились в лечении

пострадавших повреждениями ЛОР-органов в отделении оториноларингологии ТГБ г. Ош и в лечение ран раневых осложнений в условиях травматологического пункта г.Ош. Лечение "Карболен мазью" проводилось следующим образом: 1) "Карболен мазь" использовалась для тампонады носа при ее переломах, как фиксирующее средство, как противоотечное, антибактериальное средство, разработан рано заживающий эффект, техника выполнения; 2) "Карболен мазь" как противовоспалительная ранозаживающая и уменьшающая экссудацию при посттравматических воспалительных процессах уха; 3) Методика применения "Карболен мази" для лечения переломов костей носа.

Заключение. Таким образом, самым лучшим терапевтическим эффектом на раны обладает метод применение "Карболен мази". Применение "Карболен мази" в лечение пострадавших с повреждением носа и посттравматических осложнений уха при сочетанных повреждениях ЛОР-органов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бабияк В.И., Гофман В.Р., Накатис Я.А. Сочетанные травматические повреждения лобных пазух и головного мозга // Нейрооториноларингология. Санкт-Петербург, издательство «Гиппократ» 2002. – с. 556 – 558.
2. Бошкочев Ж.Б., Ырысов К.Б., Джужумалиева К.С. Прогнозирование исходов коматозных состояний при тяжелой черепно-мозговой травме // Здравоохранение Кыргызстана, 2014. - №2. – С. 8-10.
3. Кариев М.Х., Ахмедиев М.М., Ходиев С.В. Особенности тяжелой черепно-мозговой травмы у детей / Педиатрия (узб). – Ташкент, 2002. - № 3 – 4. – с. 84 – 88.
4. Лебедев В.В., Охотский В.П., Каншин Н.Н. Неотложная помощь при сочетанных травматических повреждениях. – М., 1980. – 184 с.
5. Мамытов М.М., Ырысов К.Б., Мамытова Э.М. Дифференцированный подход в лечении ушибов головного мозга // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии, 2014. - №12. – С.43-48.
6. Мамытов М.М., Ырысов К.Б., Мамытова Э.М. Нейрохирургическая диагностика – настоящее творчество и интуиция врача (Монография). – Бишкек: Алтын Принт, 2015. – 255с.
7. Муратов А.Ы., Азимбаев К.А., Ырысов К.Б. Совершенствование методов диагностики и лечения больных в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы // Здравоохранение Кыргызстана, 2014. - №2. – С.81-85.
8. Особенности диагностики и лечения при сочетанной черепно-мозговой травме / К.Б. Ырысов, И.Т. Ыдырысов, А.Ы. Муратов, Т.Т. Сейитбеков // Нейрохирургия и неврология Казахстана, 2014. - № 4 (37). – С. 15-19.
9. Ташыкулова Ж.М., Ырысов К.Б. Анализ результатов лечения больных с внутричерепными травматическими гематомами // Здравоохранение Кыргызстана, 2014. - №2. – С.96-100.
10. Турганбаев Б.Ж., Мамытов М.М., Ырысов К.Б. Хирургическое лечение очагового ушиба головного мозга тяжелой степени лобной и височной локализации // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2015. - №3(1). – С.92-97.
11. Черепно-мозговая травма. Клиника, диагностика (Учебно-методическое пособие под ред. К.Б. Ырысова). – Бишкек: Алтын тамга, 2009. – 22с.
12. Черепно-мозговая травма. Лечение (Учебно-методическое пособие под ред. К.Б. Ырысова). – Бишкек: Алтын тамга, 2009. – 26с.

13. Ыдырысов И.Т., Ырысов К.Б. Диагностика и лечение сочетанных травм (клиническое руководство). – Б.: 2017. – 92с.
14. Ырысов К.Б., Азимбаев К.А., Ырысов Б.К. Диагностическое и прогностическое значение данных магнитно-резонансной томографии при тяжелой черепно-мозговой травме // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии, 2016. - №7. – С. 64-70.
15. Ырысов К.Б., Муратов А.Ы., Ыдырысов И.Т. Результаты клинико-инструментального исследования больных с травматическим сдавлением головного мозга // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2018. – №2. – С.75-81.
16. Ырысов К.Б., Ташыкулова Ж.М. Факторы риска хирургического лечения больных с черепно-мозговой травмой // Здравоохранение Кыргызстана, 2014. - №2. – С.122-126.
17. Ырысов К.Б., Турганбаев Б.Ж., Козубаев У.У. Влияние возрастного фактора на исход острых субдуральных гематом // Вестник КГМА им. И. К. Ахунбаева, 2013. – Том 1. – С.37-41.
18. Lefering R. Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie/German Society for Trauma, S. Head injury and outcome - what influence do concomitant injuries have? [Text] / R. Lefering, T. Paffrath, E.A. Neugebauer// J Trauma, 2015. - Vol.65. P.1036 - 1043.
19. Pape H.C. Timing in multitrauma patients: the role of early total care and damage control surgery [Text] / H.C. Pape, P. Tornetta 3rd, S.A. Olson // J Am Acad Orthop Surg., 2016. - Vol. 17(9). - P.541 - 549.
20. Yrysov K.B., Mamytov M.M., Eshenkulova A.S. Results of acoustic neuroma surgery in Kyrgyz Republic //The Fourth International Conference on Vestibular Schwannoma and other CPA lesions. – Cambridge, United Kingdom. – 2003. – P.11.

Для корреспонденции:

Исаков Акылбек Ырысбаевич - заведующий ЛОР отделением ОГКБ, доцент кафедры хирургических дисциплин факультета последипломного медицинского образования, преподаватель кафедры онкологии, офтальмологии и оториноларингологии медицинского факультета ОшГУ. Тел: 0555813641.

Калыев Курсанбек Муктарович - ассистент кафедры травматологии, судебной медицины с курсом лучевой диагностики ОшГУ, заведующий отделением нейрохирургии ОГКБ, кандидат медицинских наук. Тел: 0772650803.

УДК: 612.824.55

**БАШ МЭЭ ЖАРААТЫ МЕНЕН АЙКАЛЫШКАН КӨРҮҮ
ОРГАНДАРЫНЫН ЖАРААТЫН ПАТОГЕНЕТИКАЛЫК ДАРЫЛОО**

Шамуратов У. А.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы.

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Баш мээ жарааты менен айкалышкан көз жарааты бар 138 бейтаптын текшерүү жана дарылоо натыйжалары берилген. Бейтаптар клиникалык, рентгендик, офтальмоскопиялык ыкмалар, көрүү талааларын аныктоо жана көз түпкүрүн текшерүү менен изилденген. Баш мээ жарааты менен айкалышкан көз жараатынын жаңы иш классификациясы иштелип чыккан; баш мээ жарааты менен айкалышкан көз жараатынын оордугун баалоо алгоритми аныкталган; баш мээ жарааты менен айкалышкан көз жараатында берилүүчү жардамдын көлөмүнүн стандарттары даярдалган.

Негизги сөздөр: айкалышкан жараат, офтальмология, баш мээнин чайкалуусу, баш мээнин, көрүү органдарынын жарааты, көз алмасынын эзилүүсү.

**ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ
ГОЛОВНОГО МОЗГА И ОРГАНОВ ЗРЕНИЯ.**

Шамуратов У. А.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева.

г.Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Представлены результаты обследования и лечения 138 больного с сочетанными повреждениями головного мозга и органов зрения. Больные были обследованы методами клинического наблюдения, рентгенологического исследования, офтальмоскопии, определения полей зрения и исследования глазного дна. Разработана новая рабочая классификация сочетанных повреждений головного мозга и органов зрения; определены алгоритмы оценки тяжести сочетанных повреждений головного мозга и органов зрения; разработаны стандарты объема оказания помощи при сочетанных повреждениях головного мозга и органов зрения.

Ключевые слова: сочетанная травма, офтальмология, сотрясение головного мозга, ушибы головного мозга, повреждения органов зрения, контузия глазного яблока.

**PATHOGENETIC MANAGEMENT FOR COMBINED SKULL
BRAIN AND EYE INJURIES.**

Shamuratov U.A.

Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev.

Bishkek, Kyrgyz Republic.

Summary: The results of investigation and management of 138 patients with combined skull brain and eye injuries presented. Investigation was based on results of clinical study, X-ray, ophthalmoscopy, visual fields and eye fundus examination. New classification of combined skull brain and eye injuries was elaborated; evaluation algorithm for combined skull brain and eye injuries invented; standards of care volume for combined skull brain and eye injuries worked out.

Key words: combined injury, ophthalmology, concussion, contusion, eye injury, eye-ball contusion.

Актуальность. Вопросы организации и оказания помощи пострадавшим при сочетанных повреждениях головного мозга и органов зрения, в литературе, к сожалению недостаточно. Повреждение головного мозга занимает особое место в структуре травматизма при экстремальных ситуациях и составляет от 30 до 40% из всех повреждений. Повреждение органов зрения является ча-

стым и составляет 22,8%-30% при открытой и закрытой черепно-мозговой травме, как первичное от прямого воздействия травмирующего агента, так и осложнения, вторичным – изменениям, симптомокомплексом закрытой и открытой черепно-мозговой травмы - показателям тяжести черепно-мозговой травмы. Проникающее ранение глазного яблока составляет 3-5% [1-10].

Для правильной оценки тяжести сочетанных повреждений головного мозга и органов зрения необходимо особые подходы, особые тактико-технические решения в оказании помощи на этапах медицинской эвакуации. С другой стороны, психоэмоциональное состояние пострадавших при экстремальных ситуациях вызывает различные расстройства функции органов зрения (снижение остроты зрения, сужение поля зрения) [11-15]. Сочетанная черепно-мозговая травма характеризуется высокой и не имеющиеся тенденции к снижению, составляющий 23-85 % и ведет к длительной утрате трудоспособности и стойкой инвалидизации до 80 % выживших [16-20].

Результаты лечения сочетанных повреждений ЧМТ примерно 10 раз хуже, чем при изолированных повреждениях. Это связано с тем, что помимо собственной тяжести травмы и трудностями внедрения единой хирургической тактики оказания помощи таким больным. И с лечением большей части пострадавших в общехирургических стационарах и недостаточной осведомленности общих хирургов об особенностях хирургической тактики при сочетанных повреждениях [21-25].

Цель исследования: Поиск новых тактико-технических решений значительно повышающие эффективности лечения пострадавших с сочетанными повреждениями головного мозга и органов зрения на этапах медицинской эвакуации при экстремальных ситуациях.

Задачи исследования: 1) Разработать математическое моделирование, прогнозирование тяжести сочетанных повреждение головного мозга и органов зрения; 2) Разработать стандарты объема оказания медицинской помощи пострадавших с сочетанными повреждениями головного мозга и органов зрения на этапах медицинской эвакуации; 3) Разработать комплексный метод лечения пострадавших с сочетанными повреждениями головного мозга и органов зрения;

Материалы и методы исследования. Работа основана на результатах ретроспективного анализа нейроофтальмологической симптоматики у пострадавших с сочетан-

ными повреждениями головного мозга и органов зрения центра травматологии и ортопедии г. Ош за период с 2015 по 2017 годы.

Нами проведено обследование и лечение 138 пострадавших с сочетанными повреждениями головного мозга и органов зрения по разработанными нами патогенетической терапии.

Анализ показал, что из 138 обследованных у 12 больных (8,6%) был застой соска диска зрительного нерва в основном при ушибах головного мозга, сужения сосудов глазного дна выявлено в 65 случаях (47%), ранения сосудов глазного дна (ангиопатия сосудов глазного дна) в 26 случаев (48,8%), в 50 случаях выявлено снижения остроты зрения: из них до 0,5 в 42 случаях, снижение до 0,1 в 8 случаях (25,3%) случаях, не был установлен патология снижения остроты зрения.

Результаты. Проведен сравнительный анализ сочетанных повреждений головного мозга и органов зрения традиционным методом лечения и комплексной патогенетической терапией. По нашим данным, травматические катаракты в результате контузии составили 8,21%, травматические кератиты 17,39%. Подкожное кровоизлияние 51,9%, повреждение век составило 30 (7,24%), особое место занимают инородные тела роговицы (8,21%). Особое место занимают проникающее ранения глаз 29 случаев, что составило 7%. Серьезную угрозу для потери зрения представили травматические гемофтальмы у 9 пострадавших (2,17%), в 5 случаев обнаружены разрывы сосудистой оболочки (1,2%). Самое грозное повреждение было у 7 пострадавших – кровоизлияние в сетчатки глаз (1,69%).

Для сравнительного анализа результатов лечения сочетанных повреждений головного мозга и органа зрения нами определены функциональные нарушения органов зрения. Критериями оценки послужило застой соска зрительного нерва, сужение сосудов глазного дна, расширение сосудов глазного дна, острота зрения, поля зрения, снижение остроты зрения. Анатомо-функциональная близость головного мозга и органа зрения отражается на функциональном состоянии органа зрения. На основании проведенных функциональных исследований органа зрения нами составлена таблица, в котором приведены данные функ-

циональных состояний органа зрения при различных видах повреждений головного мозга.

Установлено, что из 200 обследованных в 138 случаях выявлены те или иные функциональные нарушения органов зрения, что составило 69%, которые соответствует данным литературы. Из 138 пострадавших, леченных комплексной терапией, выявлены следующие функциональные нарушения – застой соска зрительного нерва в 12 случаях (8,6%), сужение сосудов глазного дна 65 (47,1%), расширения сосудов глазного дна в 26 случаях (18,8%), снижение остроты зрения до 0,5 в 29 случаях (21%), до 0,1 в 5 случаях (3,6%). Слепота была в одном случае (0,72%).

Анализировали функциональные изменения органов зрения при сочетанной черепно-мозговой травме и органов зрения, леченных традиционными методами лечения. Из 200 обследованных у 175 (87,5%) случаев выявлены различные функциональные нарушения со стороны органа зрения, что 18,5% больше чем, предложенной нами комплексной терапии. В том числе установлено – застой соска зрительного нерва в 18 случаев (10,5%), сужение сосудов зрительного нерва в 83 случаях (47,4%), расширения сосудов глазного дна в 25 случаях (14,3%), снижения остроты зрения до 0,5 в 39 случаях (22,2%), до 0,1 в 8 случаях (4,5%). Приводим данные результатов комплексной терапии сочетанных повреждений головного мозга и органа зрения в зависимости от тяжести повреждения головного мозга. Хорошие результаты получены у 63,7% (88 случая), в том числе при сотрясении 71%, ушибе мозга легкой степени 65%, средней степени 58%, тяжелой степени 37%. Удовлетворительные результаты в целом 27,5%, в том числе при сотрясении головного мозга в 23%, при ушибе мозга легкой степени 30%, при ушибе мозга средней степени 30%, при ушибе тяжелой степени 43%. Неудовлетворительные результаты в целом 8,8%, в том числе при сотрясении головного мозга 5,4%, при ушибе мозга легкой степени 5 %, при ушибе мозга средней степени 12%, при ушибе тяжелой степени 20%.

Анализируя проведенное комплексное лечение сочетанных повреждений головного мозга и органа зрения, изучая функциональные изменения органа зрения в остром пе-

риоде мы сравнили результатами функциональных изменений со стороны органа зрения в остром периоде лечения традиционными методами и пришли к следующим выводам: Целенаправленное патогенетическое лечение сочетанных повреждений головного мозга и органов зрения приводит к улучшению функциональных расстройств органов зрения. Застой соска зрительного нерва уменьшился при комплексной патогенетической терапии с 10,3% до 8,6%, сужение сосудов глазного дна с 50,3% (88 случаев) до 47,1%, расширение сосудов глазного дна составило 11,4%, напротив 18,8%, уменьшилась острота зрения до 0,5 – 21%, напротив 22,2%, до 0,8 составила 3,6%, напротив 4,5% случаев. В одном случае была слепота. Функциональные нарушения в остром периоде наблюдались во всех видах черепно-мозговой травмы.

Патогенетическая комплексная терапия позволила без применения гормонов улучшить функциональные показатели органов зрения. Применения диклофенака натрия в каплях является противовоспалительным анальгезирующим препаратом. Ципромед в глазных каплях один из лучших противовоспалительных препаратов, обладающим сильным противовоспалительным эффектом, снижающее воспалительное осложнение.

Комплексное лечение сочетанных повреждений головного мозга и органов зрения. Лечение повреждений головного мозга и органов зрения представляет определенные трудности в силу ряда обстоятельств, которые отражаются на исход лечения: 1) Возможности развития со стороны головного мозга и органов зрения нервно-аксонального отека и отражение на функцию органа зрения в виде ангиопатии сосудов глазного дна, атрофии зрительного нерва, застоя соска зрительного нерва, сужения поля зрения; 2) Психоэмоциональный стресс и страх приводит к снижению остроты зрения; 3) Запыленность воздуха при землетрясении, загазованность местности отражается на функции зрения при массовых травмах; 4) Гнойно-воспалительные процессы головного мозга отражаются на развитие гнойно-воспалительных явлений со стороны глаз, в связи анатомо-функциональных особенностей; 5) Прямая травма глаз и ее придатков зачастую осложняется воспалительными

заболеваниями как кератиты, конъюнктивиты, иридоциклиты и т.д. Имеются кровоизлияния, гематомы. Они могут осложниться нагноительными заболеваниями; 6) Травма головного мозга разной степени требует индивидуального подхода и комплексного лечения.

Лечение сочетанных повреждений головного мозга и органов зрения, должно быть комплексным, патогенетически обоснованным с учетом тяжести сочетанных повреждений. Прежде всего, лечению мы разделили на общее и местное патогенетическое лечение с учетом тяжести сочетания, глубины, виды повреждения органа зрения и головного мозга. Необходимо учитывать состояние офтальмотонуса.

Для правильной оценки лечебно-тактических приемов в лечении сочетанных повреждений головного мозга и органов зрения, сочетанные повреждения головного мозга и органов зрения мы разделили их на 4 клинические группы: 1) Легкая степень сочетанных повреждений головного мозга и органов зрения; 2) Средняя степень сочетанных повреждений головного мозга и органов зрения; 3) Тяжелая степень сочетанных повреждений головного мозга и органов зрения; 4) Крайне тяжелая степень сочетанных повреждений головного мозга и органов зрения.

Для разделения на эти клинические группы нами отобраны такие повреждения, которые по анатомическим критериям, по клиническому течением и по исходу соответствовали тяжести повреждения и тяжести самого пострадавшего. К примеру: сотрясения головного мозга относится к числу легких телесных повреждений, по клиническому течению также легкая, повреждения век также легкая травма органов зрения, по исходу сотрясения головного мозга и повреждения век заканчивается благоприятно.

Средняя степень сочетанных повреждений головного мозга и органов зрения охватывает повреждение головного мозга в виде ушиба мозга легкой степени, подконъюнктивальные кровоизлияния. Эта степень сочетанных повреждений головного мозга и органов зрения опасности для жизни пострадавшего не представляет, однако, в определенных ситуациях состояния больного может ухудшиться

за счет отека головного мозга, нейроаксонального отека мозга, поэтому, о строгом делении также невозможно говорить. В целом средняя степень относится к средней тяжести состояния пострадавшего, травматическое повреждение со стороны органа глаза включает подконъюнктивальное кровоизлияние. В функциональном отношении возможны снижения остроты зрения. Субконъюнктивальное кровоизлияние по степени выраженности очень разнообразно, самые маленькие из них исчезают быстро в течении нескольких дней. Более обширные плоские кровоизлияния, занимающие половину или большую поверхности глазного яблока рассасываются в течение 2-3 недель при множественных кровоизлияниях.

К тяжелой степени сочетанного повреждения головного мозга и органов зрения, мы включили, тяжелые ушибы головного мозга без сдавления вещества головного мозга с внутричерепными образованиями. К числу тяжелых повреждений органов зрения, мы отнесли, непроникающие повреждения в виде поражения роговицы - гифема, гемофтальмы. Наиболее распространенной формой поражения были ее эрозии, разнообразные по величине и глубине с выраженным отеком роговицы. Обратное развитие протекало медленно, продолжалось от 2-х недель до 40-45 дней. Такие осложнения, как имбибиция роговицы кровью, ведущая к разному снижению остроты зрения.

К тяжелым повреждениям органа зрения и головного мозга со значительным снижением остроты зрения, отнесли гифемы первичные и вторичные. Диффузное помутнение передней камеры бывает не ярко алое, а розоватое. Характерно, что уже на следующий день, жидкость камеры становилась почти прозрачной, а форменные элементы крови оседают на дно камеры. К числу тяжелых повреждений, мы отнесли гемофтальм - кровоизлияние в стекловидное тело. Оно бывает различной формы и локализации, клиническое проявление, зависит от количество крови, от место локализации крови.

Лечение пострадавших с сочетанными повреждениями головного мозга и органа зрения легкой степени тяжести. Под нашим наблюдением находились 405 больных

с сотрясением головного мозга и повреждением век. Все они после проведения лечения из отделения нейрохирургии выписаны без осложнений на 8-10 сутки. Всем пострадавшим сделана рентгенография черепа в 2-х проекциях, проверены острота зрения и поля зрения. В основном в лечение легкой черепно-мозговой травмы включали покой; в/в введение концентрированного раствора глюкозы 40% 20,0+вит С- 4,0; диакарб 1таб х 2раза в день; седативная терапия - новопассит по 1таб. х 3 раза или валериана по 1таб. х 3 раза в день; бромворотник по Шербаку.

Заключение. Разработанные стандарты объема оказания помощи пострадавшим с со-

четанными повреждениями головного мозга и органов зрения, позволяют правильно выбрать лечебно-тактических мероприятий при каждом виде повреждений в соответствии тяжести сочетанных повреждений на этапах медицинской эвакуации. Предложенная нами комплексная патогенетическая терапия сочетанных повреждений головного мозга и органа зрения на этапах медицинской эвакуации по сравнению с традиционными методами лечения снизило функциональное нарушение органа зрения – застой соска зрительного нерва на 2,3%, сужение сосудов глазного дна 2,9%, расширение сосудов глазного дна 4,4%, улучшилась острота зрения на 1,2%.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аветисов Э.С., Ковалевский Е.И., Хватова А.В. Руководство по детской офтальмологии. М., Медицина, 1987. – 495 с.
2. Алик кызы Э., Медведев М.А., Ырысов К.Б. Особенности нейроофтальмологической симптоматики при аденоме гипофиза // Медицина Кыргызстана, 2018. - №4. – С.6-10.
3. Гостева Н.Н., Галеев Р.С., Шалдыбина О.В. Лазерные методы лечения травм глазного яблока // Современные лазерные технологии в диагностике и лечении повреждений органа зрения и их последствий. - М., 1999. - С. 69.
4. Груша Я.О. Офтальмологические аспекты лечения травматических деформаций орбиты. // Вестн. Рос. Академии мед. наук. №2, 2003. - с. 38.
5. Заец В.Н., Марченко Л.В. Сочетанное проникающее ранение левой орбиты, решетчатого лабиринта и клиновидной пазухи / Вестник оториноларингологии. - 2000. - №1. - С. 38.
6. Ибрагимов Г.Я. Лекарственная помощь при повреждении глаз в экстремальных условиях / Фармация. - М., 2004. - № 1. - С. 26-29.
7. Ибраимова А.А. Роль офтальмологического исследования в диагностике тяжелой черепно-мозговой травмы // Здоровоохранение Кыргызстана. - 2012. - С.102-104.
8. Имакеев Н.А., Ырысов К.Б., Медведев М.А. Результаты нейрохирургических методов диагностики при опухолях головного мозга супратенториальной локализации [Текст] / Н.А. Имакеев, К.Б. Ырысов, М.А. Медведев // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2018. - №4. – С. 43-48.
9. Имакеев Н.А., Ырысов К.Б., Медведев М.А. Результаты офтальмологических методов диагностики больных с опухолями головного мозга [Текст] / Н.А. Имакеев, К.Б. Ырысов, М.А. Медведев // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2018. - №4. – С. 48-53.
10. Клинико-рентгенологический анализ результатов лечения посттравматических дефектов и деформаций дна орбиты. / С.В. Федорова, Н.А. Рабухина, АС. Караян, Е.С. Кудинова // Рос. стоматол. журн. - М., 2004. - №3. - С. 16-19.
11. Мамытов М.М., Ырысов К.Б., Мамытова Э.М. Нейрохирургическая диагностика – настоящее творчество и интуиция врача (Монография). – Бишкек: Алтын Принт, 2015. – 255с.
12. Черепно-мозговая травма. Клиника, диагностика (Учебно-методическое пособие под ред. К.Б. Ырысова). – Бишкек: Алтын тамга, 2009. – 22с.
13. Черепно-мозговая травма. Лечение (Учебно-методическое пособие под ред. К.Б. Ырысова). – Бишкек: Алтын тамга, 2009. – 26с.
14. Ыдырысов И.Т., Ырысов К.Б. Диагностика и лечение сочетанных травм (клиническое руководство). – Б.: 2017. – 92с.
15. Ырысов К.Б., Азимбаев К.А., Ырысов Б.К. Диагностическое и прогностическое значение данных магнитно-резонансной томографии при тяжелой черепно-мозговой травме // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии, 2016. - №7. – С. 64-70.
16. Ырысов К.Б., Медведев М.А., Имакеев Н.А. Офтальмоскопическая диагностика опухолей головного мозга супратенториальной

- локализации // Вестник КРСУ, 2017. – Том 17. - №3. – С.140-145.
17. Ырысов К.Б., Муратов А.Ы., Ыдырысов И.Т. Результаты клиничко-инструментального исследования больных с травматическим сдавлением головного мозга // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2018. – №2. – С.75-81.
18. Ырысов К.Б., Ыдырысов И.Т., Муратов А.Ы., Сейитбеков Т.Т. Особенности диагностики и лечения при сочетанной черепно-мозговой травме // Нейрохирургия и неврология Казахстана, 2014. - № 4 (37). – С. 15-19.
19. Albert J. Neuro ophthalmic manifestations of trauma, Principles and practice of ophthalmology. 2nd ed. 2014. pp. 5266–76. p.6, 378.
20. Alikyzy E., Imakeev N., Medvedev M.A., Yrysov K.B. Neuroophthalmological diagnostics in patients with brain tumors // Медицина Кыргызстана, 2018. - №3. – С.29-32.
21. Al-Qurainy, Stassen L.F., Dutton G.N. The characteristics of midfacial fractures and the association with ocular injury: a prospective study // Br. J. Oral Maxillofacial Sur. -2011. - Vol. 29. – P. 291-301.
22. Anderson R.L., Panje Q.R., Gross C.E. Optic nerve blindness following blunt forehead trauma. // Ophthalmology. -2018. - Vol. 89. - P. 445-455.
23. Fujitani T., Inoue K., Takahashi T. Indirect traumatic optic neuropathy, visual outcome of operative and non- operative cases. Jpn J Ophthalmol. 2014;30:125–34.
24. Ibraimova A.A. Ocular Fundus in Patients with Severe Skull Brain Injury // 9th Asian Congress of Neurological Surgeons, September 2-5, 2012. - Istanbul, Turkey. - 222p.
25. Cook MW, Levin LA, Joseph MP: Traumatic Optic Neuropathy. A Meta-analysis. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. - 2016. – Vol.122. – P.389-392.

Для корреспонденции:

Шамуратов Урустамбек Аскарлович – заведующий глазным отделением
Ошской городской клинической больницы,
преподаватель кафедры онкологии, офтальмологии и
оториноларингологии медицинского факультета ОшГУ. Тел: 0772367224

УДК: 616.8-089

БАШ МЭЭ ЖАРААТЫ МЕНЕН АЙКАЛЫШКАН КӨРҮҮ ОРГАНДАРЫНЫН ЖАРААТЫН ДАРЫЛООНУН НАТЫЙЖАЛАРЫ.

Шамуратов У. А., Калыев К.М.

*И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы.
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы*

Корутунду: Баш мээ жарааты менен айкалышкан көз жарааты бар бейтаптардын дарылоо натыйжалары берилген. Баш мээ жарааты менен айкалышкан көз жараатында берилүүчү жардамдын көлөмүнүн стандарттары даярдалган.

Негизги сөздөр: айкалышкан жараат, офтальмология, баш мээнин чайкалуусу, баш мээнин жана көрүү органдарынын жарааты, көз алмасынын эзилүүсү.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ОРГАНОВ ЗРЕНИЯ.

Шамуратов У. А., Калыев К.М.

*Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева.
г. Бишкек, Кыргызская Республика*

Резюме: Представлены результаты лечения больных с сочетанными повреждениями головного мозга и органов зрения. Определены алгоритмы оценки тяжести сочетанных повреждений головного мозга и органов зрения; разработаны стандарты объема оказания помощи при сочетанных повреждениях головного мозга и органов зрения.

Ключевые слова: сочетанная травма, офтальмология, сотрясение головного мозга, ушибы головного мозга, повреждения органов зрения, контузия глазного яблока.

MANAGEMENT RESULTS FOR COMBINED SKULL BRAIN AND EYE INJURIES.

Shamuratov U.A., Kalyev K.M.

*Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev.
Bishkek, Kyrgyz Republic.*

Summary: The results of management of patients with combined skull brain and eye injuries presented. Evaluation algorithm for combined skull brain and eye injuries invented; standard of care volume for combined skull brain and eye injuries worked out.

Key words: combined injury, ophthalmology, concussion, contusion, eye injury, eye-ball contusion.

Актуальность. Вопросы организации и оказания помощи пострадавшим при сочетанных повреждениях головного мозга и органов зрения, в литературе, к сожалению, недостаточно. Повреждение головного мозга занимает особое место в структуре травматизма при экстремальных ситуациях и составляет от 30 до 40% из всех повреждений. Повреждение органов зрения является частым и составляет 22,8%-30% при открытой и закрытой черепно-мозговой травме, как первичное от прямого воздействия травмирующего агента, так и осложнения, вторичным – изменениям, симптомокомплексом закрытой и открытой черепно-мозговой травмы - показателям тяжести черепно-мозговой травмы. Проникающее

ранение глазного яблока составляет 3-5% [1-10].

В прогнозировании исходов травматических повреждений глаза, помимо тяжести самой травмы и вторичных дегенеративных изменений, имеет значение воспалительные процессы. Сочетанная черепно-мозговая травма характеризуется высокой и не имеющей тенденции к снижению летальностью, составляющиеся 23-85% и ведет к длительной утрате трудоспособности и стойкой инвалидизации (до 80% выживших).

Результаты лечения сочетанной ЧМТ примерно 10 раз хуже чем, при изолированных повреждениях. Связано это тем, что помимо собственной тяжести травмы, с трудно-

стями внедрения единой хирургической помощи таким пострадавшим с лечением большей части пострадавших в общехирургических стационарах и с недостаточной осведомленностью общих хирургов, об особенностях хирургической тактики при сочетанных повреждениях [11-17].

Структура сочетанных повреждений головного мозга охватывает повреждения всех органов и систем. Удельный вес сочетаний по различным автором колеблется - с травмой позвоночника и спинного мозга 21%, наблюдений - с травмой конечности в 46% случаев, с травмой костей таза в 5%. с травмой грудной клетки в 20% случаев. По тяжести ЧМТ пострадавшие с легкой черепно-мозговой травмой составляет 43%, ушиб головного мозга легкой степени 2%, ушиб головного мозга средней степени тяжести 10%, ушиб головного мозга тяжелой степени 13%, диффузно-аксональные повреждения головного мозга 5%, ушиб головного мозга тяжелой степени 13% [18-24].

Цель исследования. Поиск новых тактико-технических решений значительно повышающие эффективности лечения пострадавших с сочетанными повреждениями головного мозга и органов зрения на этапах медицинской эвакуации при экстремальных ситуациях.

Материалы и методы исследования. Для анализа и оценки результатов лечения с сочетанными повреждениями головного мозга и органов зрения, нами изучены истории болезни, лечившихся пострадавших в центре травматологии и ортопедии территориальной городской больницы г. Ош за 3 года (в период с 2015 по 2017 года). Для сравнительного анализа (контрольная группа больных) изучены истории болезни пострадавших с изолированными повреждениями органов зрения за 5 лет (в период с 2012г. по 2017г.), получивших лечение в глазном отделении той же территориальной городской больницы г. Ош. Все полученные данные заносились в таблицы и подвергалась клинико-статистической обработке. Всего подвергалась к обработке 2327 истории болезни пострадавших с черепно-мозговой травмой, лечившихся в нейрохирургическом отделении ТГБ г. Ош. и 414 историй болезни глазного отделения той

же больницы.

Результаты. Внедрены новые лечебно-эвакуационные мероприятия на этапах медицинской эвакуации при сочетанных повреждениях головного мозга и органов зрения. Проблемы оказания неотложной медицинской помощи пострадавшим при экстремальных ситуациях приобретает не только медицинскую, но и медико-социальную значимую силу, при возрастающих природных стихийных бедствиях, катастроф техногенного происхождения, социально-бытовых, социально-политических напряженностях. Все это создает угрозу больших санитарных потерь, большое число пострадавших, многочисленность пострадавших создает определенные трудности в оказании помощи пострадавшим в силу следующих обстоятельств: 1) Нет единой общепринятой методики неотложной медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации при различных видах повреждений, особенно, при сочетанных повреждениях. Все это приводит к нехватке медицинских сил и средств, нехватке специалистов; 2) Нехватка специальных аппаратов, оборудования для работы в автономном режиме в условиях экстремальной ситуации, нехватка узких специалистов, в частности, нейротравматологов, окулистов. На этапах медицинской эвакуации диктует необходимость разработки тактико-технических решений на каждом этапе оказания медицинской помощи, определить объем оказываемой помощи.

Для решения данной проблемы, мы решили изучить сочетанные повреждения головного мозга и органов зрения, разработать объем оказания медицинской помощи пострадавшим на этапах медицинской эвакуации, при каждом виде повреждений головного мозга, при каждом виде повреждений органов зрения. Мы все виды сочетанных повреждений головного мозга и органов зрения делили по признакам и их тяжести, по жизнеопасности травм на 5 категории и разработали новые тактико-технические решения, что приводится ниже.

Обсуждения полученных результатов. Сочетанные повреждения головного мозга и других систем и органов одни из частых повреждений, удельный вес этих повреждений в структуре общего травматизма

составляют 30-40 %. По данным литературы, сочетанные повреждения головного мозга и органов зрения колеблется в пределах 17,5 %, однако, данные литературы очень скудны, мало работ, посвященной к этой проблеме. Сочетанные травмы головного мозга и органов зрения в условиях массового травматизма не изучены, основываясь на актуальность данной проблемы, нами проанализированы истории болезни больных с сочетанными повреждениями головного мозга и органов зрения, у пострадавших лечившихся в нейрохирургическом отделении ТГБ г.Ош. Всего подвергали статистической обработке 2327 историй болезни, из них выделены 441 (18,5%) с сочетанными повреждениями головного мозга и органов зрения, что соответствуют данным литературы, на них заполнены карты обследования и подвергали статистической обработке по возрасту, полу, по видам травм и повреждений. Из числа 441 пострадавших с сочетанными повреждениями головного мозга и органов зрения 256 составили мужчины (60,32%), 175 составили женщины (39,69%). 416 пострадавших было в самом работоспособном возрасте от 20 до 50 лет. Из 441 пострадавших с сочетанными повреждениями головного мозга и органов зрения 405 (91,83%) были сочетания с ЗЧМТ, сотрясение головного мозга, 14 случаев (3,17%) ушибом головного мозга легкой степени, 11 случаев (2,49%) ушибы головного мозга тяжелой степени.

При сочетанной травме головного мозга, сотрясение головного мозга и органов зрения (405 случаев), значительное место занимают повреждения век 69 (16%), подкожно-континивальное кровоизлияние 148 (36,5%), подкожное кровоизлияние век 183 (45,1 %), разрывы сосудистой оболочки 1(0,22%), кровоизлияние сетчатки 1 (0,22%), контузии глаза 3 (0,45%).

При ушибе головного мозга легкой степени (15 случаев), в основном, поступили с функциональными нарушениями сосудистой оболочки, такая же картина при ушибах головного мозга средней степени, контузии глаз составляют 7,69%. Не всегда, в литературе приводится более детализированная оценка структуры травматизма при травме органов зрения.

Для оценки функционального состояния органов зрения при сочетанных повреждениях органов зрения и головного мозга, мы разделили, эти повреждения на 4 группы по степени тяжести сочетанных повреждений головного мозга и органов зрения: 1) Легкая степень это легкая черепно-мозговая травма, легкое повреждения органов зрения; 2) Средняя степень повреждения - ушиб мозга легкой степени и несквозной разрыв поверхностных и глубоких слоев роговицы, обширная гифема, парез внутриглазных мышц, надрыв внутризрачкового края радужки, ограниченное берлиновским помутнение сетчатки; 3) При ушибах головного мозга тяжелой степени, изменение со стороны сетчатки составило (84,61%) случаев.

Для сравнительной оценки структуры повреждений органов зрения, мы проанализировали структуру изолированных повреждений за 5 лет, по данным глазного отделения ТГБ г.Ош. Структура такова, повреждение век 30 (7,24%), 215 кровоизлияниями 51,9%, инородное тело роговицы 34 (8,21%), травматический кератит 72 (17,39%), проникающие ранения 29 (7%), травматическая катаракта 13 (3,14%), травматический гемофтальм 9 (2,17%), разрывы сосудистой оболочки 5 (1,2%), кровоизлияние в сетчатку глаза 7 (1,69%). Наши данные соответствуют, данным литературы по некоторым позициям.

Тяжелая степень сочетанных повреждений - ушиб головного мозга тяжелой степени без сдавления вещества головного мозга и значительный разрыв или отрыв век с рвано-ушибленными краями и повреждением слезного мешка, пропитывание роговицы кровью, тотальная гифема. Разрыв склеры или разрыв радужной оболочки, подвывих или вывих хрусталика, отслойка сетчатки.

Крайне тяжелая степень сочетанного повреждения головного мозга и органов зрения: 1) ОЧМТ, ушиб головного мозга со сдавлением веществ головного мозга. Огнестрельные сквозные раны. Отсутствие зрения, разможнение глазного яблока, отрыв зрительного нерва; 2) Проникающие ранения глаз, отслойка сетчатки, ретробульбарная гематома, огнестрельные ранения.

Для правильной оценки тяжести сочетанных повреждений головного мозга и орга-

нов зрения, необходимо, особые подходы, особые тактико-технические решения оказания помощи на этапах медицинской эвакуации. С другой стороны, психо-эмоциональное состояние пострадавших при экстремальных ситуациях вызывает различные расстройства функции органов зрения.

В настоящее время, в доступном нам литературе, данных о возможности прогнозирования оценки тяжести сочетанных повреждений головного мозга и органов зрения в условиях массового травматизма не встречали за последние 10 лет. Необходимость разработки критерии оценки тяжести сочетанных повреждений головного мозга и органов зрения вызвана рядом обстоятельств, которые порождают экстремальные ситуации. Это, прежде всего массовость повреждений. Большое число повреждений делает невозможным, одновременно оказать экстренной помощи пострадавшим. С другой стороны, повреждения головного мозга и органов зрения требуют специализированного лечения в условиях стационара. Имеется дефицит специалистов в лечении таких групп пострадавших. Следующая проблема, заключается в том, что травма головного мозга и органов зрения требует неотлагательной помощи. Приходится выбирать очередность оказания помощи пострадавшим: с начала на каком органе надо вмешиваться и в какое отделение необходима госпитализировать больного. В условиях массового травматизма, нехватка медицинских сил и средств, отражается на объем оказываемой медицинской помощи. Прежде всего, надо выполнить жизнеспасающие операции, чем выполнять органосохраняющие операции, такие принципы оказания медицинской помощи детально не изучены и не разработаны. В этом сущность, проводимые нами разработки нового тактико-технического решения. Прежде всего, необходимо, дифференцировать, детализировать повреждение головного мозга и органов зрения. Прежде всего, обратимся к анатомическому строению головного мозга и органов зрения, как единой анатомо-функциональной системы, как сложного морфо-функционального единства. Эти две органы, взаимно-отягощает друг друга при повреждениях одного из них или обеих органов. Исследование травм орга-

нов зрения и их последствий проводится с помощью следующих методов: ангиография (АГ), электрофизиологические исследования, ультразвуковая диагностика (УЗД), рентгенологическое исследование, офтальмоскопия, вазометрия, биомикроскопия, контроль ВГД, периметрия и кампиметрия.

Однако, внедрения новых медицинских технологий в практику оказания медицинской помощи пострадавшим при катастрофах, должно базироваться на ряде теоретических и организационных решений. В частности, до настоящего времени, не разработано требование к материально-техническому и кадровому обеспечению офтальмологической службы медицины катастроф, не обрисованы четкие контуры и системы оказания офтальмологической помощи.

В прогнозировании исходов травматических повреждений глаза, помимо, тяжести самой травмы и вторичных дегенеративных изменений, влияют на воспалительные процессы инфекционного происхождения, в случае инфицирования ранений тупым повреждением, обостряют существующие в глазу болезненные процессы, вызывают рецидивы старых процессов, создают в глазу местную локализацию дремлющей в организме хронической инфекции, расстройств питания и обмена веществ. В экстремальных ситуациях, возможности инфицирования тупой травмы и ранений глаза еще больше нарастает в виду несвоевременного оказания специализированной помощи. Для реализации поставленной задачи нами применена балльная система оценки тяжести сочетанных повреждений головного мозга и органов зрения. Прежде всего, мы делим закрытую и открытую черепно-мозговую травму по тяжести повреждения на следующие группы: 1) ЗЧМТ, сотрясение головного мозга; 2) ЗЧМТ, ушиб головного мозга легкой степени; 3) ЗЧМТ, ушиб головного мозга средней степени; 4) ЗЧМТ, ушиб головного мозга тяжелой степени с внутричерепными кровоизлияниями без сдавления вещества головного мозга; 5) ОЧМТ, ушиб головного мозга тяжелой степени с внутричерепными кровоизлияниями со сдавлением вещества головного мозга; 6) Проникающие ранения головного мозга с разможжением вещества головного мозга, жизне-

опасные безперспектабельные; 7) Огне-стрельные ранения головного мозга, жизнеопасные безперспектабельные.

Выше перечисленных группы повреждения головного мозга, могут сочетаться с травмой глаза с различными видами повреждений. Исходя из этой позиции, нами составлена рабочая таблица оценки тяжести сочетанных повреждений по 100 балльной системе.

Расчет производился по формуле $P = (A + B) + K + П$, где P - сумма оценки в баллах; A - оценка тяжести черепно-мозговой травмы; B - оценка тяжести повреждение органов зрения; П - психоэмоциональные факторы; K - коэффициент отягощения.

Здесь учитывается то обстоятельства, что любая травма головного мозга отражается, отягощает, нарушает функцию зрения, иной раз, до полной слепоты. Психоэмоциональный фактор – П – отмечено, что при массовой травматизме, в частности, после землетрясения отмечаются нарушения функции органов зрения под воздействием нервного стресса, хотя прямого воздействия на глаз не было. Конечно, очень трудно определить степени тяжести, можно отнести то или иное повреждения головного мозга или органов зрения и оценить баллом. Она делиться, приблизительно, с учетом возможных нарушений или потери органа зрения.

Проблемы оказания неотложной медицинской помощи пострадавших при экстремальных ситуациях приобретает не только медицинскую, но и медико-социальную значимую силу все возрастающих природных стихийных бедствиях, катастроф техногенного происхождения, социально-бытовых, социально-политических напряженностях. Все это создает угрозу больших санитарных потерь, большое число пострадавших, многочисленность пострадавших создает определенные трудности в оказании помощи пострадавшим в силу следующих обстоятельств: 1) Нет единой общепринятой методики неотложной медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации при различных видах

повреждений, особенно, при сочетанных повреждениях. Нехватка медицинских сил и средств, нехватка специалистов. 2) Нехватка специальных аппаратов, оборудований для работы в автономном режиме в условиях экстремальной ситуации, нехватка узких специалистов, в частности, нейротравматологов, окулистов. На этапах медицинской эвакуации диктует необходимость разработки тактико-технических решений на каждом этапе оказания медицинской помощи, определить объем оказываемой помощи.

Для решения данной проблемы, мы решили изучить, сочетанные повреждения головного мозга и органов зрения, разработать объем оказания медицинской помощи пострадавшим на этапах медицинской эвакуации, при каждом виде повреждений головного мозга, при каждом виде повреждений органов зрения. Мы все виды сочетанных повреждений головного мозга и органов зрения делили по признакам и их тяжести, по жизнеопасности травм на 5 категории и разработали новые тактико-технические решения, что приведены выше. Мы на основе изучения отечественной и зарубежной литературы составили стандарты объема оказания помощи пострадавшим с сочетанными повреждениями головного мозга и органов зрения, разработали стандарты объема оказания помощи, пути эвакуации, лечебно-эвакуационные мероприятия составляли с учетом виде повреждений головного мозга и органов зрения.

Заключение. Разработана новая рабочая классификация сочетанных повреждений головного мозга и органов зрения; Определены научно-обоснованные особенности лечебно-тактических приемов в оказании помощи пострадавшим в экстремальных ситуациях при сочетанных повреждениях головного мозга и органов зрения на этапах медицинской эвакуации; Определены алгоритмы оценки тяжести сочетанных повреждений головного мозга и органов зрения; Разработаны стандарты объема оказания помощи при сочетанных повреждениях головного мозга и органа зрения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аветисов Э.С., Ковалевский Е.И., Хватова А.В. Руководство по детской офтальмологии. М., Медицина, 1987. – 495 с.

2. Алик кызы Э., Медведев М.А., Ырысов К.Б. Особенности нейроофтальмологической симптоматики при аденоме гипофиза // Медицина Кыргызстана, 2018. - №4. – С.6-10.

3. Гостева Н.Н., Галеев Р.С., Шалдыбина О.В. Лазерные методы лечения травм глазного яблока // Современные лазерные технологии в диагностике и лечении повреждений органа зрения и их последствий. - М., 1999. - С. 69.
4. Груша Я.О. Офтальмологические аспекты лечения травматических деформаций орбиты. // Вестн. Рос. Академии мед. наук. №2, 2003. - с. 38.
5. Заец В.Н., Марченко Л.В. Сочетанное проникающее ранение левой орбиты, решетчатого лабиринта и клиновидной пазухи / Вестник оториноларингологии. - 2000. - №1. - С. 38.
6. Ибрагимова Г.Я. Лекарственная помощь при повреждении глаз в экстремальных условиях / Фармация. - М., 2004. - № 1. - С. 26-29.
7. Ибраимова А.А. Роль офтальмологического исследования в диагностике тяжелой черепно-мозговой травмы // Здравоохранение Кыргызстана. - 2012. - С.102-104.
8. Имакеев Н.А., Ырысов К.Б., Медведев М.А. Результаты нейрохирургических методов диагностики при опухолях головного мозга супратенториальной локализации [Текст] / Н.А. Имакеев, К.Б. Ырысов, М.А. Медведев // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2018. - №4. - С. 43-48.
9. Имакеев Н.А., Ырысов К.Б., Медведев М.А. Результаты офтальмологических методов диагностики больных с опухолями головного мозга [Текст] / Н.А. Имакеев, К.Б. Ырысов, М.А. Медведев // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2018. - №4. - С. 48-53.
10. Клинико-рентгенологический анализ результатов лечения посттравматических дефектов и деформаций дна орбиты. / С.В. Федорова, Н.А. Рабухина, АС. Караян, Е.С. Кудинова // Рос. стоматол. журн. - М., 2004. - №3. - С. 16-19.
11. Мамытов М.М., Ырысов К.Б., Мамытова Э.М. Нейрохирургическая диагностика – настоящее творчество и интуиция врача (Монография). – Бишкек: Алтын Принт, 2015. – 255с.
12. Черепно-мозговая травма. Клиника, диагностика (Учебно-методическое пособие под ред. К.Б. Ырысова). – Бишкек: Алтын тамга, 2009. – 22с.
13. Черепно-мозговая травма. Лечение (Учебно-методическое пособие под ред. К.Б. Ырысова). – Бишкек: Алтын тамга, 2009. – 26с.
14. Ыдырысов И.Т., Ырысов К.Б. Диагностика и лечение сочетанных травм (клиническое руководство). – Б.: 2017. – 92с.
15. Ырысов К.Б., Азимбаев К.А., Ырысов Б.К. Диагностическое и прогностическое значение данных магнитно-резонансной томографии при тяжелой черепно-мозговой травме // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии, 2016. - №7. – С. 64-70.
16. Ырысов К.Б., Медведев М.А., Имакеев Н.А. Офтальмоскопическая диагностика опухолей головного мозга супратенториальной локализации // Вестник КРСУ, 2017. – Том 17. - №3. – С.140-145.
17. Ырысов К.Б., Муратов А.Ы., Ыдырысов И.Т. Результаты клиничко-инструментального исследования больных с травматическим сдавлением головного мозга // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2018. – №2. – С.75-81.
18. Ырысов К.Б., Ыдырысов И.Т., Муратов А.Ы., Сейитбеков Т.Т. Особенности диагностики и лечения при сочетанной черепно-мозговой травме // Нейрохирургия и неврология Казахстана, 2014. - № 4 (37). – С. 15-19.
19. Alikkyzy E., Imakeev N., Medvedev M.A., Yrysov K.B. Neuroophthalmological diagnostics in patients with brain tumors // Медицина Кыргызстана, 2018. - №3. – С.29-32.
20. Fujitani T., Inoue K., Takahashi T. Indirect traumatic optic neuropathy, visual outcome of operative and non-operative cases. Jpn J Ophthalmol. 2014;30:125–34.
21. Levy D.I., Zabramski J.M., Hodak J.A., Current Diagnosis and Management of traumatic optic Neuropathies. // BNI Quarterly. – Spring. – 2013. – Vol. 9.
22. Manfredi S.L., Ragi M.R., Sprinkle P.M. et al. Computerized tomographic scan findings in facial fractures associated with blindness. // Plast. Reconstr. Surg. – 2018. – Vol. 68. – P. 479-490.
23. Nau H.E., Gerhard L. Optic nerve trauma: clinical, electrophysiological and histological remarks. // ActaNeurochir. (Wien). – 2017. – Bd. 89. № 5. – P. 50-54.
24. Pringle J.H. Atrophy of the optic nerve following diffuse violence to the skull. Br Med J. 2012;2:1156–7.

Для корреспонденции:

Шамуратов Урустамбек Аскарлович - зав. глазным отделением ОГКБ, препод. кафедры онкологии, офтальмологии и оториноларингологии мед. факультета ОшГУ. (0772650803).

Калыев Курсанбек Муктарович - ассис. кафедры травматологии, судебной медицины с курсом лучевой диагностики ОшГУ, зав.отделением нейрохирургии ОГКБ, кан. мед. наук.(тел:0772650803).

УДК 616.89-008.48:614.253.1

ЖАЛПЫ ПРАКТИКАЛЫК ВРАЧТАРДЫН ПРОФЕССИОНАЛДЫК КҮЙҮП КЕТҮҮ СИНДРОМУН ТҮЗҮҮДӨГҮ ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРДҮ ИЗИЛДӨӨ

Сейдуанова Л.Б.^{1,2}, Карабалин С.К.², Текманова А.К.², Кусайынова Э.И.²

1.«Алдын алуучу медицина» Илимий Өндүрүштүк Бирикмеси

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

2. Казак Улуттук С.Д.Асфендияров атындагы Медициналык Университети

Алматы ш., Казакстан Республикасы

Корутунду: Акыл эмгеги менен иштеген кызматкерлердин иш аракети стресстин түзүлүү баиталышы катары баалоого мүмкүн болгон организмдин функционалдык кайрадан чыңалуу абалын түзөт. Алматы ш. поликлиникалык уюмдарынын жалпы практикалык врачтарындагы эмгектин чыңалуу даражасынан көз каранды болгон профессионалдык күйүп кетүү синдромун аныктоону изилдөө мурда изилдөөлөр жок болгондуктан актуалдуу болуп саналат. Илимий иште хронометраждык изилдөөлөрдүн, жалпы практикалык врачтардын эмгегинин оордугу боюнча эмгек шартынын классын баалоо жыйынтыктары келтирилген. Изилдөө ишинде функционалдык иш аракетине жараша үч группага бөлүнгөн 130 адамдын жыйынтыктары келтирилген. Жалпы практикалык врачтардын ишинде терс эмоциялардын ички чогулуусунун натыйжасында келип чыгуучу күйүп кетүү орду болгондугу көрсөтүлгөн. Жалпы практикалык врачтардын эмгектенүү иш аракеттери нервдик-эмоционалдык чыңалуу менен коштолгон, эмоционалдык күйүп кетүүнү түзүүдөгү белгилер жана «баиталгыч» механизмдер эмгектин чыңалуусу 2 даражадагы 3 класс болгон жалпы практикалык врачтарда достовордуу тез-тез аныкталган. Демек, жалпысынан алганда жалпы практикалык врачтардын профессионалдык иш аракеттери ыңгайлашуунун баитапкы этабында психологиялык статустун компенсатордук механизмдеринин чыңалуусунун күчөөсүнө түрткү берет.

Негизги сөздөр: профессионалдык стресс, психологиялык статус, профессионалдык күйүп кетүү, эмоционалдык оордук, чыңалуу, эмгек шарты, жалпы практикалык врачтар, резистенция.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ФОРМИРОВАНИЯ СИНДРОМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Сейдуанова Л.Б.^{1,2}, Карабалин С.К.², Текманова А.К.², Кусайынова Э.И.²

1. Научно-производственное объединение «Профилактическая медицина»

г. Бишкек, Кыргызская Республика

2. Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова

г. Алматы, Республика Казахстан

Резюме: Трудовая деятельность работников умственного труда формирует состояние функционального перенапряжения состояния организма, которое можно расценивать как начало формирования стресса. Изучение выявления синдрома профессионального выгорания у врачей общей практики поликлинических организаций г. Алматы в зависимости от степени напряженности труда является актуальным вопросом ввиду отсутствия ранних исследований. В представленной работе определены результаты хронометражного исследования, оценки класса условий труда по напряженности труда у врачей общей практики. В исследовательской работе представлены результаты 190 человек, которые были распределены на три группы в зависимости от функциональной деятельности. Показано, что в работе врачей общей практики имеет место выгорание, которое возникает в результате внутреннего накопления отрицательных эмоций. Трудовая деятельность врачей общей практики сопровождалась нервно-эмоциональным напряжением, предвестники и «запускающие» механизмы в формировании эмоционального выгорания достоверно чаще выявлены у врачей общей практики с напряженностью труда 3 класса второй степени. Следовательно, в целом профессиональная деятельность врачей общей практики на начальных этапах адаптации, способствует усилению напряжения компенсаторных механизмов психологического статуса.

Ключевые слова: профессиональный стресс, психологический статус, профессиональное выгорание, эмоциональные нагрузки, напряженность, условия труда, врачи общей практики, резистенция.

STUDY OF THE PECULIARITIES OF THE FORMATION OF THE PROFESSIONAL BURNOUT SYNDROME IN GENERAL PRACTITIONERS

Seiduanova L.B.^{1,2}, Karabalin S.K.², Tekmanova A. K.², Kussainov E. I.²,

1. Scientific and Production Centre for Preventive Medicine
Bishkek c., Kyrgyz Republic

2. Asfendiyarov Kazakh National Medical University
Almaty c., Republic of Kazakhstan

Summary: The labor activity of knowledge workers forms a state of functional overstrain of the state of the body, which can be regarded as the beginning of the formation of stress. The study of the identification of the syndrome of professional burnout in general practitioners of polyclinic organizations in Almaty, depending on the degree of work intensity, is a pressing issue due to the lack of early studies. In the present work, the results of a time-study in the assessments of the class of working conditions by the intensity of labor in general practitioners are explored. The research work presents the results of 190 people, who were divided into three groups depending on the functional activities. It is shown that burnout happens to general practitioners in their work, occurring as a result of inner accumulation of negative emotions. Labor activity of general practitioners was accompanied by neuro-emotional stress; precursors and “triggering” mechanisms in the formation of emotional burnout were significantly more frequently found among general practitioners with 3rd grade second-degree labor intensity. Consequently, in general, the professional activity of general practitioners in the initial stages of adaptation contributes to increasing the tension of the compensatory mechanisms of the psychological status.

Keywords: professional stress, psychological status, professional burnout, emotional stress, labor intensity, working conditions, general practitioners, resistance

Введение. Известно, что трудовая деятельность работников умственного труда формирует состояние функционального перенапряжения состояния организма, которое можно расценивать как начало формирования стресса.

Последние результаты научных исследований показывает наличие синдрома выгорания у специалистов социальной, медицинской и правовой деятельности [1-3]. Представленные данные требуют изучения вопросов, связанных эмоциональными нагрузками данной категории специалистов, с целью разработки механизмов профилактики неблагоприятных воздействий стресса [4-6,7]. Актуальностью данного исследования является отсутствие научно-обоснованных работ по оценке профессионального выгорания в трудовой деятельности врачей общей практики в Республике Казахстан.

Целью настоящей работы являлось выявление синдрома профессионального выгорания у врачей общей практики поликлинических учреждений г. Алматы в зависимости

от степени напряженности труда.

Материал и методы исследования. Нами проведено исследование среди врачей поликлиники г. Алматы. В исследовании участвовало 130 человек, которые были распределены на три группы. Первая группа врачи общей практики (ВОП), не совмещающие функцию врача-акушера (67 чел), 2-я группа: врачи общей практики (ВОП), совмещающие функцию врача-акушера (63 чел), 3-я группа контрольная - врачи узких специальностей терапевтического профиля (60 человек).

На основе Руководства «Гигиеническая оценка факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда» Р 2.2.2006-05 [8], изучены факторы, влияющие на трудовой процесс по видам нагрузок.

Уровень синдрома профессионального выгорания (СПВ) был определен с применением теста В. Бойко, позволяющим диагностировать уровень эмоционального выгорания [9]. Методика включает 84 вопросов, а также состоит из таких фаз эмоциональ-

ного выгорания как «напряжение», «резистенция» и «истощение». Были определены стадии формирования: 1-я стадия - не сформировалась (36 и менее баллов); 2-я стадия - в стадии формирования (37-60 баллов); 3-я стадия - сформировавшаяся фаза (61 и более).

Результаты. Анализ результатов напряженности трудового процесса по интеллектуальным нагрузкам (таблица 1), показал, что в трудовой деятельности ВОП сталкиваются с четко сформулированной целью и задачами, не требующие рассуждений, которая связано с тем, что многие задачи выполняются в соответствии с клиническим протоколом, за исключением отдельных случаев, когда задача может включать несколько подзадач.

ВОП не включающий в профессиональную деятельность функции врача акушера-гинеколога, в процессе своей деятельности принимает решения на основе существующих алгоритмов, протоколов и инструкции и др., в связи с чем его деятельность оценивается как 3.1.

Интеллектуальные нагрузки распределяются по следующим показателям: содержание работы (1.1), восприятие сигналов (1.2), и их оценка степени сложности задания (1.3), у врачей общей практики (ВОП) 1-й группы, при этом принятие решений происходит на основе имеющейся информации. Во 2-й группе врачей работа была более сложной, информация недостаточная и по этим же показателям расцениваются как 3 класс 2-й степени напряженности.

По параметру п. 2.6 (Наблюдение за экранами видеотерминала) у врачей основной группы, труд соответствовал 3 классу 1-й степени напряженности.

По показателям сенсорных нагрузок пп (2.2,2.4,2.5,2.7,2.8) труд врачей контрольной группы отнесен к 1 классу, по параметрам (2.3, 2.6) – к 2 допустимому классу. При анализе параметров эмоциональных нагрузок, труд врачей 2-й группы определено как 3 класс 2 степени напряженности, а у врачей 1-й группы и у врачей контрольной группы – как 3 класс 1 степени напряженности; по степени риска за безопасность других лиц (3.2) - труд врачей 1-й группы и контрольной группы соответствует 2 допустимому классу, а у врачей 2-й группы – труд отнесен к 3

классу 2 степени напряженности. Как видно из таблицы, по разделу «Монотонность нагрузок» (4) показал, что у всех обследованных лиц, показатели были отнесены к допустимому 2 классу.

Анализ раздела 5 показал, что пп. 5.1 и 5.3 у врачей 2-й группы труд отнесен к 3 классу 1 степени напряженности, а у врачей 1-й группы только по параметру 5.3 «Наличие регламентированных перерывов и их продолжительность» труд отнесен к 3 классу 1 степени напряженности. соответствует к допустимому 2 классу.

Таким образом, по завершающей оценке, в соответствии с Руководством Р 2.2.2006-05, деятельность ВОП, не совмещающих функциональные обязанности врача акушера-гинеколога относится к 3 классу первой степени напряженности, а работу ВОП, включающие в функциональные обязанности работу врача акушера-гинеколога по сложности к 3 классу второй степени напряженности. Следовательно, исходы исследования фаз эмоционального напряжения показали, что фаза «Напряжение» сформировалась у 18,8% врачей с НТ - 3.2, величина которой достоверно выше, по сравнению с контролем ($p < 0,01$) и с группой врачей с НТ 3.1 ($p < 0,05$). У 23,4% данная фаза в стадии формирования, не сформировалась – 36,8%. Причем фаза «Резистенция» сформировалась у 30,2% врачей с НТ 3.2, у 18,62% - у врачей с НТ 3.1. Эта фаза находится в стадии формирования, достоверно выше по сравнению с контролем ($p < 0,05$) а в контрольной группе – только у 8,2% врачей сформировалась. Показатели по фазе «Истощение»: в стадии формирования у врачей с НТ 3.2 - 25,8%, у врачей с НТ 3.1 - у 18,9%, в контрольной группе – у 9,7%. В то же время сформировавшаяся фаза у врачей с НТ 3.2 достоверно выше по сравнению с контролем (5,2%) и с группой врачей с НТ 3.1 (8,0%) (таблица 2).

Выводы. В целом результаты исследования показывают, что возникновение стресса связано, с профессиональной деятельностью у врачей общей практики и происходит постепенно от функционального состояния напряжения к утомлению.

1. Трудовая деятельность врачей общей практики сопровождалась нервно-эмоциональ-

Таблица 1 – Характеристика оценки напряженности трудового процесса у врачей общей практики

№	Показатели	Класс условий труда		
		ВОП 1-я группа	ВОП 2-я группа	Конт- рольная группа
1	Интеллектуальные нагрузки:			
	1.1. Содержание работы	2	3.1	2
	1.2 Восприятие сигналов и их оценка	2	3.1	2
	1.3 Распределение функции по степени сложности задания	2	3.1	2
	1.4 Характер выполняемой работы	3.1	3.2	2
2	Сенсорные нагрузки:			
	2.1 Длительность сосредоточенного наблюдения	2	2	2
	2.2 Плотность сигналов за 1 ч работы	2	2	1
	2.3 Число объектов одновременного наблюдения	2	2	2
	2.4 Размер объекта различения при длительности сосредоточенного внимания	1	1	1
	2.5 Работа с оптическими приборами при длительности сосредоточенного наблюдения	1	1	1
	2.6 Наблюдение за экранами видеотерминала	3.1	3.1	2
	2.7 Нагрузка на слуховой аппарат	2	2	1
	2.8 Нагрузка на голосовой аппарат	2	2	1
3	Эмоциональные нагрузки:			
	3.1 Степень ответственности за результат собственной деятельности. Значимость ошибки	3.1	3.2	3.1
	3.2 Степень риска для собственной жизни	1	1	1
	3.3 Ответственность за безопасность других лиц	2	3.1	2
	3.4 Количество конфликтных производственных ситуаций за смену	2	3.1	2
4	Монотонность нагрузок:			
	4.1 Число элементов, необходимых для реализации простого задания или многократно повторяющихся операций	2	2	2
	4.2 Продолжительность выполнения простых заданий или повторяющихся операций	2	3.1	2
	4.3 Время активных действий	3.1	3.1	2
	4.4 Монотонность производственной обстановки	3.1	3.1	2
5	Режим работы:			
	5.1 Фактическая продолжительность рабочего дня	2	3.1	2
	5.2 Сменность работы	2	2	2
	5.3 Наличие регламентированных перерывов и их продолжительность	3.1	3.1	2
Количество показателей в каждом классе	1	3	3	5
	2	14	7	17
	3.1	6	11	1
	3.2	-	2	-
Общая оценка напряженности труда		3.1	3.2	2

ным напряжением, расценивается по напряженности как вредный 3 класс, а степень выраженности (3.1 или 3.2) которого зависит от выполнения объема врачебных компетенций.

2. Предвестники и «запускающие» механизмы

в формировании эмоционального выгорания достоверно чаще выявлены у врачей общей практики с напряженностью труда 3 класс второй степени.

Таблица 2 – Показатели распределения результатов участников исследования по фазам развития синдрома эмоционального выгорания, в %

Фазы		Врачи общей практики с НТ 3.1	Врачи общей практики с НТ 3.2	Контрольная группа
Напряжение	фаза не сформировалась	40,5	36,8	33,4
	фаза в стадии формирования	14,2*	23,4*	9,6
	сформировавшаяся фаза	7,5°	18,8**	5,8
Резистенция	фаза не сформировалась	24,8	18,0*	34,6
	фаза в стадии формирования	16,5*°	28,8*	7,4
	сформировавшаяся фаза	18,6*°	30,2**	8,2
Истощение	фаза не сформировалась	40,0	38,5	58,6
	фаза в стадии формирования	18,9*°	25,8**	9,7
	сформировавшаяся фаза	8,0°	16,6**	5,2

Примечание – достоверность различий по сравнению с контролем: ($p < 0,05$) *, ($p < 0,01$)**; достоверность различий по сравнению с показателями между групп ($p < 0,05$)°.

ЛИТЕРАТУРА:

1. PRIMA-EF. Guidance on the European Framework for Psychosocial Risk Management // Protecting Workers Health Series, No.9, WHO, 2008, 52 p.
2. Froneberg B. Old and new problems in occupational health – challenges to occupational safety and health from the global market economy and from demographic change // Бюллетень научного совета «Медико-экологические проблемы работающих». – 2005. - №4 - С.14-21.
3. Орел В.Е., Рукавишников А.А. Исследование влияния факторов рабочей среды на феномен психического выгорания в профессиях социальной сферы // Социальная психология XXI век. – Ярославль, 1999. - Т.2. - С.164-167.
4. Ушаков И.Б., Бухтияров И.В. Профессиональный стресс и психическое здоровье работающего населения // Материалы Второго Всероссийского съезда врачей-профпатологов (Ростов-на-Дону, 3-5 октября 2006). -Ростов-на-Дону: изд-во Полиграфист, 2006. - С.316-318.
5. Измеров Н.Ф., Матюхин В.В. Профессиональный стресс с позиции медицины труда: стрессоры, пси-

- хофизиологические аспекты, здоровье, профилактика // Материалы Второго Всероссийского съезда врачей – профпатологов (Ростов-на-Дону, 3-5 октября 2006 г.). – Ростов-на-Дону: Изд-во «Полиграфист», 2006. - С. 309-310.
6. Матюхин В.В., Юшкова О.И., Капустина А.В. Работники умственного труда - психоэмоциональный стресс и проблемы здоровья // Материалы III Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье», 12 - 14 октября 2004. - М.: «Дельта», 2004. - С.127-129.
 7. Горшков С.И., Мамбеталиев Б.С., Касымов О.Т. Физиологические критерии комплектования производственных бригад. // Здравоохранение Киргизии. – 1988. - № 3. –С.15-17.
 8. Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда. Р 2.2.2006-05. // Бюллетень нормативных и методических документов Госсанэпиднадзора. - М., 2005. - Вып.3 (21) - С.3-144.
 9. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. - СПб.: Питер, 1999. – С. 434.

Для корреспонденции:

1. Сейдуанова Лаура Бейсековна - аспирант НПО «Профилактическая медицина» МЗРК, ст. препод. кафедры нутрициологии с курсом проф. медицины некоммерческого АО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова» МЗРК, Тел.: +7 707 949 2070; e-mail:laura_seiduanova@mail.ru
2. Карабалин Серик Карабалаевич – д.м.н., проф. кафедры нутрициологии с курсом проф. медицины некоммерческого АО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова» МЗРК, Тел.: +7 707(701) 738 61 27; e-mail: serik.sk@inbox.ru
3. Текманова Айнуур Кумарбековна - доцент кафедры нутрициологии с курсом проф. мед. некоммерческого АО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова» МЗРК, Тел.: +7 707 1225380; e-mail: tekmanova2014@mail.ru
4. Кусайынова Эльмира Избасаровна - препод. кафедры нутрициологии с курсом проф. мед. некоммерческого АО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова» МЗРК, Тел.: +7 7752867270; e-mail: gkaznmu@mail.ru

УДК: 616-08-039.57-036.12

**УЭЖЖ ЖАНА МЕДИЦИНАЛЫК КАРООНУН МАТЕРИАЛДАРЫ
БОЮНЧА ЖАЛПЫ ПРАКТИКАЛЫК ВРАЧТАРДЫН
ДЕН СОЛУГУНУН АБАЛЫН БААЛОО**

Сейдуанова Л.Б.^{1,2}, Карабалин С.К.², Текманова А.К.², Кусайынова Э.И.²

1. «Алдын алуучу медицина» Илимий Өндүрүштүк Бирикмеси

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

2. Казак Улуттук С.Д. Асфендияров атындагы Медициналык Университети

Алматы ш., Казакстан Республикасы

Корутунду: Илимий иште Алматы ш. поликлиникалык мекемелериндеги врачтардын медициналык кароо материалдарындагы убактылуу эмгекке жөндөмдүүлүгүн жоготуусу менен болгон оорулардын анализинин жыйынтыгы айтылган. Динамикада контролдук топко салыштырмалуу 2017 жыл убактылуу эмгекке жөндөмдүүлүгүн жоготуусу менен болгон оорулардын көрсөткүчтөрүнүн окуялары жана саны боюнча өсүүсү аныкталган. Жалпы практикалык врачтардын медициналык кароосунун маалыматтары боюнча өнөкөт оорулардын структурасында кан айлануу системасынын, тамак-аш сиңирүү органдарынын, сөөк-булчуң жана байланыш ткандарынын оорулары биринчи орунда болгон.

Негизги сөздөр: убактылуу эмгекке жөндөмдүүлүгүн жоготуусу менен болгон оорулар, окуялар жана эмгекке жөндөмсүз кундөрү, медициналык кароо, өнөкөт оорулар.

**ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ
ПО ДАННЫМ ЗВУТ И МАТЕРИАЛАМ МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА**

Сейдуанова Л.Б.^{1,2}, Карабалин С.К.², Текманова А.К.², Кусайынова Э.И.²

1. Научно-производственное объединение «Профилактическая медицина»

г. Бишкек, Кыргызская Республика

2. Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

г. Алматы, Республика Казахстан

Резюме: В работе изложены результаты анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности материалов и медосмотра врачей поликлинических учреждений г. Алматы. В динамике выявлен рост по числу и случаям показателей заболеваемости с временной утратой трудоспособности в 2017 году, по сравнению с группой контроля. По данным медицинского осмотра врачей общей практики, установлено, что первые места в структуре хронической заболеваемости приходятся на болезни системы кровообращения, органов пищеварения и болезни костно-мышечной и соединительной ткани.

Ключевые слова: заболеваемость с временной утратой трудоспособности, случаи и дни нетрудоспособности, медицинский осмотр, хронические болезни, врач общей практики.

**ASSESSMENT OF THE HEALTH CONDITION OF GENERAL PRACTITIONERS
ACCORDING TO THE MORBIDITY WITH TEMPORARY DISABILITY
AND MATERIALS OF MEDICAL INSPECTION**

Seiduanova L.B.^{1,2}, Karabalin S.K.², Tekmanova A.K.², Kussainova E.I.²

1Scientific and Production Centre for Preventive Medicine

Bishkek c., Kyrgyz Republic

2Asfendiyarov Kazakh National Medical University

Almaty c., Republic of Kazakhstan

Summary: The paper presents the results of the analysis of morbidity with temporary disability and materials of medical examination of physicians in outpatient clinics of Almaty city. The dynamics revealed an increase the number and incidence of morbidity rates with temporary disability in 2017, compared with the control group. According to the medical examination of general practitioners, it has been established that the first places in the chronic morbidity structure are diseases of the circulatory system, digestive organs and diseases of the musculoskeletal and connective tissues.

Key words: morbidity with temporary disability, cases and days of disability, medical examination, chronic diseases.

Введение. Известно, что условия труда врачей, могут способствовать развитию и формированию общих и профессионально-обусловленных заболеваний [1-2]. По данным показателей заболеваемости с временной утратой трудоспособности представляется возможным предварительно прогнозировать риск возникновения заболеваний в зависимости от характера влияния факторов профессиональной деятельности изучаемых контингентов [3-5].

С начала 21-го столетия в рамках реформирования в системе здравоохранения в Республике Казахстан начался этап внедрения новой врачебной специальности врача общей практики (семейная медицина). За этот период возникли определенные сложности по освоению врачебных компетенций в полном объеме, в связи с чем, были апробированы разные варианты функциональных обязанностей врача общей практики. Несмотря на наличие научных работ, посвященных изучению здоровья медицинских работников, исследований по изучению заболеваемости и состояния здоровья врачей общей практики в Казахстане в научной литературе не встретилось.

Целью настоящей работы являлось изучение заболеваемости с временной утратой трудоспособности врачей общей практики в сопоставлении с данными медицинского осмотра.

Материал и методы. Изучение заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) врачей общей практики (ВОП) поликлинических учреждений проводили за 2015 – 2017 гг. Проведена выкопировка данных о заболеваниях у изученного контингента, который был разделен на 3 группы: 1-я группа врачи общей практики (531 талона), не совмещающие функциональные обязанности врача акушера-гинеколога; 2-я группа - врачи общей практики, совмещающие функциональные обязанности врача акушера-гинеколога – (505 талонов), 3-я - контрольная группа врачи отделения узких специальностей терапевтического профиля – 620 талонов). Были проанализированы материалы медицинского осмотра 426 врачей, из них: основная группа

– врачи общей практики (296 чел) и контроль (врачи терапевтического профиля поликлиники) – (130чел.). Основная группа была распределена на 2 группы: 1-я группа- 156 врачей общей практики, не совмещающие функциональные обязанности врача акушера-гинеколога; 2-я группа - 140 врачей общей практики, совмещающие функциональные обязанности врача акушера-гинеколога. При анализе заболеваемости исчислялись показатели случаев заболеваний на 100 осмотренных.

Результаты и их обсуждение. Данные ЗВУТ представлены в таблице 1. Из таблицы 1 видно, что наблюдается достоверный рост среднего показателя ЗВУТ по случаям и по дням нетрудоспособности по сравнению с контролем ($p < 0.05$). В 2017 году отмечается рост числа случаев с ВУТ в 1-й группе ВОП от $62,4 \pm 0,4$ до $84,1 \pm 0,6$ случаев, а число дней - от $399,4 \pm 41,7$ до $630,8 \pm 19,8$. При этом средняя продолжительность одного случая, оставалась на одном уровне в 2015 и 2016 годах, только в 2017 году отмечен рост от $6,4 \pm 0,65$ дня до $7,5 \pm 0,7$ дня.

Во 2-й группе также отмечается более выраженный рост числа случаев с ВУТ от $68,2 \pm 0,5$ до $87,3 \pm 0,5$ случаев, а число дней - от $463,7 \pm 38,5$ до $680,9 \pm 21,4$. При этом средняя продолжительность одного случая, оставалась на одном уровне в 2015 и 2016 годах, только в 2017 году отмечен рост от $6,8 \pm 0,52$ дня до $7,8 \pm 0,68$ дня. За изученный период в 1-й группе, по среднему числу дней нетрудоспособности находились в пределах от $396,2 \pm 31,8$ до $630,8 \pm 19,8$ дней на 100 работающих, а во 2-й группе - в пределах от $463,7 \pm 38,5$ до $680,9 \pm 21,4$ дней на 100 работающих, что расценивается также как средний уровень.

В таблице 2 представлена заболеваемость с ВУТ врачей общей практики, совмещающих функциональные обязанности врача акушера-гинеколога, по классам болезней. Среди классов болезней по ВУТ первые три места занимают болезни органов дыхания, кровообращения, мочеполовой системы.

Болезни органов дыхания превалируют, занимая первой место, среди заболеваний других локализаций, сравнительный анализ

Таблица 1 - Заболеваемость временной утратой трудоспособности врачей общей практики и врачей терапевтического профиля (контроль) городских поликлиник г. Алматы за 2015-2017 гг.

Годы	Группы	На 100 работающих		Средняя продолжительность одного дня
		Среднее число случаев	Среднее число дней	
2015	1-я группа	62,2±0,4*	396,2±31,8*	6,4±0,65
	2-я группа	68,2±0,5*	463,7±38,5*	6,8±0,52
	Контроль	58,3±0,3	297,3±20,6	5,1±0,46
2016	1-я группа	78,1±0,6*	480,2± 16.5*	6,2±0,58
	2-я группа	82,1±0,4*	550,1±18.4*	6,7±0,61
	Контроль	61,2±0,3	330,5±12.6	5,4±0,56
2017	1-я группа	84,1±0,6*	630,8±19,8*	7,5±0,72
	2-я группа	87,3±0,5*	680,9±21,4*	7,8±0,68
	Контроль	68,0±0,4	489,6±12,2	7,2±0,59

Примечание: *- знак достоверности при сравнении с контролем ($p < 0.05$)

показал, что по сравнению с 2015 годом, отмечен рост данного показателя по числу случаев в 2017 году на 33%, и по дням нетрудоспособности на в 2017 году на 19%. Среди болезней органов дыхания чаще всего регистрируются такие нозологии, как острые респираторные вирусные инфекции, фарингиты, ларингиты, бронхиты, пневмонии и другие.

По результатам 2017 года на втором месте находятся заболевания органов кровообращения. Следует отметить, что наблюдается ежегодный рост показателей заболеваемости, как по регистрации случаев указанных заболеваний, так и по числу дней нетрудоспособности на 27,3% и 48,7% соответственно, по сравнению с 2015 годом. На третьем месте находятся заболевания мочеполовой системы, наблюдается также рост показателей заболеваемости, как по регистрации случаев указанных заболеваний, так и по числу дней нетрудоспособности на 18,2% и 37,3% соответственно, по сравнению с 2015 годом.

Кроме того, за анализируемый период отмечается рост заболеваемости по таким классам болезней, как заболевания костно-суставной и мышечной системы (на 21,8% в случаях), органов пищеварения (на 13,3% в случаях), нервной системы (на 4,7% в случаях).

При анализе ЗВУТ в зависимости от возраста, то наибольшая частота заболеваемо-

сти у врачей общей практики приходилась на группу от 30 до 50 лет (58%). У врачей предпенсионного возраста (55 лет) уровень заболеваемости значительно ниже, чем у молодых врачей (до 33 лет).

В таблице 3 представлены результаты медицинского осмотра обследованных лиц. Как видно из таблицы 3, в основной группе 1-5 ранговые места занимают: болезни системы кровообращения, органов пищеварения, костно-мышечной и соединительной ткани, нервной системы и болезни глаза и его придатков, а остальные выявленные заболевания занимают с 6 по 10 места с удельным весом 0,9 – 9,4%.

В контрольной группе первые три места занимают болезни органов пищеварения, болезни глаза и его придатков, болезни системы кровообращения, удельный вес которых колеблется от 12,7% до 21,6%.

Как видно из таблицы 4, обследованные лица основной группы достоверно чаще ($P < 0,05$), по сравнению с контрольной группой, страдают хроническими заболеваниями. Так, уровни болезней сердечно-сосудистой системы в 0,8-1,0 раза, болезни органов пищеварения в 0,3-1,1раза, болезни нервной системы у врачей общей практики в 0,2-0,5 раза были достоверно выше ($P < 0,05$), чем у лиц контрольной группы. По другим классам выявленных болезней обследованные лица основной и контрольной групп страдают одинаково ($P > 0,05$).

Таблица 2 - Показатели ЗВУТ врачей общей практики, совмещающих функциональные обязанности врача акушера-гинеколога

Нозологические формы	МКБ	2015		2016		2017	
		случаи	дни	случаи	дни	случаи	дни
Болезни нервной системы	6	6,3±0,01	13,4±1,1	5,2±0,05	17,7±0,9	6,6±0,05	18,9±1,6
Болезни системы кровообращения	9	8,4±0,04	98,4±1,6	10,2±0,06	115,6±16,4	10,7±0,1	146,4±8,8
Болезни органов дыхания	10	21,8±0,19	166,7±23,1	22,4±0,5	188,4±18,3	28,8±0,6	198,5±16,4
Болезни органов пищеварения	11	4,5±0,01	78,7±0,69	5,0±0,07	68,6±0,8	5,1±0,05	89,6±6,1
Болезни уха, горла и носа	12	1,1±0,07	15,2±0,53	1,2±0,07	14,8±0,8	1,4±0,1	15,9±8,2
Болезни костно-суставной и мышечной системы	13	6,4±0,13	67,5±1,1	7,1±0,12	71,3±14,5	7,8±0,15	78,2±18,0
Болезни мочеполовой системы	14	8,2±0,05	30,8±1,6	8,8±0,07	39,8±1,6	9,7±0,05	42,3±0,9
Болезни глаз	7	2,1±0,04	10,8±1,4	2,5±0,04	12,7±1,1	2,8±0,03	16,5±1,1
Травмы	19	5,6±0,1	55,8±15,1	6,1±0,11	60,1±19,2	7,6±0,1	88,6±17,1
Прочие болезни	-	10,9±0,1	39,3±1,1	9,7±0,1	35,0±1,3	14,4±0,1	38,2±1,1
Итого	-	68,2±0,5	463,7±38,5	82,1±0,4	550,1±18,4	87,3±0,5	680,9±21,4

Таблица 3 – Удельный вес основных классов, выявленных хронических болезней у обследованных лиц основной и контрольной групп

Класс болезней	Основная группа				Контроль	
	1-я группа		2-я группа		место %	
	место	%	место	%		
Болезни системы кровообращения	1	22,1	2	17,2	3	12,7
Болезни органов пищеварения	2	16,9	1	23,8	1	21,6
Болезни костно-мышечной и соединительной ткани	3	13,9	6	8,6	4	12,4
Болезни нервной системы	4	9,6	3	14,4	6	9,4
Болезни глаза и его придатков	5	9,5	7	5,9	2	16,6
Болезни органов дыхания	6	9,4	5	10,1	7	5,2
Болезни моче-половой системы	7	8,8	4	12,4	5	9,8
Болезни эндокринной системы	8	6,2	8	4,6	9	2,0
Травмы и отравления	9	2,9	9	1,0	8	3,9
Прочие причины		1,1		2,0		6,1
Всего, %		100,0		100,0		100,0

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о том, что с увеличением объема работы в условиях внедрения новой программы по семейной медицине, от-

мечается усиление нагрузки на врачей общей практики, которое, безусловно, может оказать влияние на состояние их здоровья.

Таблица 4 - Частота выявленной хронической патологии у обследованных лиц по классам болезней на 100 обследованных ($M \pm m$)

Класс болезней, нозологическая форма	Основная группа		Контроль
	1-я	2-я	
Болезни нервной и психо-вегетативной системы	7,6±0,4*	9,1±0,4**	6,2±0,2
Болезни сердечно - сосудистой системы	11,0±0,8*	18,0±0,5**	9,0±0,7
Болезни органов дыхания	6,2±0,7	7,8±0,3	5,0±0,2
Болезни органов пищеварения	9,0±0,4*	15,0±0,3**	7,0±0,6
Болезни почек и мочевых путей	4,2±0,2	5,4±0,4	4,0±0,3
Болезни женских половых органов	4,4±0,4	5,2±0,1	4,6±0,2
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	10,0±0,2	12,0±0,4	8,0±0,6
Болезни глаза и его придатков	8,2±0,2	9,0±0,3	6,0±0,3
Травмы и отравления	0,2±0,08	0,3±0,1	0,9±0,1
Все болезни	62,3±2,7 **	72,2±3,2**	52,9±3,2

Примечание: * - статистическое различие по сравнению с контролем 1а ($P < 0,05$);

** - статистическое различие по сравнению с контролем 1б ($P < 0,05$);

Выводы. 1) В течение 2015-2017 гг. отмечен рост показателей заболеваемости с временной утратой трудоспособности: числа случаев с ВУТ в 1-й группе врачей общей практики от 62,4±0,4 до 84,1±0,6 случаев, а во 2-й группе врачей общей практики: число дней - от 399,4±41,7 до 630,8±19,8; от 68,2±0,5 до 87,3±0,5 случаев, а число дней - от 463,7±38,5 до 680,9±21,4.

2.) Установлено, что врачи общей практики достоверно чаще ($P < 0,05$), по сравнению с контролем,отягощены хроническими заболеваниями некоторых основных классов болезней. Так, уровни болезней сердечно - сосудистой системы, болезни органов пищеварения, болезни нервной системы и органов чувств у врачей ВОП были достоверно выше ($P < 0,05-0,01$), чем у лиц контрольной группы.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Измеров Н.Ф. Труд и здоровье медиков. Актовая эрисмановская лекция. - М.: Издательство «Реальное время», 2005. - 40с.
2. Кравченко О.К. Задачи и возможности оптимизации условий труда медицинских работников, обслуживающих современное высокотехнологичное медицинское оборудование // Медицина труда и промышленная экология. - 2007. - №4. - С.5-11.
3. Артамонова Г.В. Здоровье работников здравоохранения, как фактор качества медицинской по-

мощи // Медицина в Кузбассе. - 2005. - №5. - С.95-97.

4. Перепелица Д.И. Социально-гигиенические аспекты охраны здоровья медицинских работников // Медицинская наука и образование Урала. - 2007. - №1. - С.93-95.
5. Истомин А.В., Касымов О.Т., Джорбаева А.А. современная система гигиенической оптимизации лечебно-профилактического питания и здоровья работающих // Здравоохранение Кыргызстана. - 2018. - №2. - С.121-125.

Для корреспонденции:

1. Сейдуанова Лаура Бейсебековна - аспирант НПО «Профилактическая медицина» МЗКР, ст. препод. кафедры нутрициологии с курсом проф. медицины некоммерческого АО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова» МЗРК, Тел.: +7 707 949 2070; e-mail: laura_seiduanova@mail.ru
2. Карабалин Серик Карабалаевич - д.м.н., проф. кафедры нутрициологии с курсом проф. медицины некоммерческого АО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова» МЗРК, Тел.: +7 707(701) 738 61 27; e-mail: serik.sk@inbox.ru
3. Текманова Айнуур Кумарбековна - доцент кафедры нутрициологии с курсом проф. мед. некоммерческого АО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова» МЗРК, Тел.: +7 707 1225380; e-mail: tekmanova2014@mail.ru
4. Кусайынова Эльмира Избасаровна - препод. кафедры нутрициологии с курсом проф. мед. некоммерческого АО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова» МЗРК, Тел.: +7 7752867270; e-mail: gkazntmu@mail.ru

УДК 612.5:613.955(047)

**ЭМГЕКТИН ШАРТТАРДЫН ЧАКЫРЫГЫНА ЫЛАЙЫКТАШУУ
АРАКЕТИ АЛУУДА КЫЗМАТКЕРЛЕРДИН ӨКҮЛЧҮЛҮКТҮҮ ОРГАНЫ
МЕНЕН ӨЗ АРА АРАКЕТТЕНҮҮ СИСТЕМАСЫН БААЛОО**

Алтысбаева Ж.Т.^{1,2}

1. НИИ "Казакпроект"

2. Казакстандын Тоо Илимдер Улуттук академиясы

Алматы ш., Казакстан Республикасы

Корутунду: Организмдин функциялык системаларынын өз ара аракеттенүүсүн баалоо, дене жана ден соолугу менен психологиялык системасын баалоо, , көпчүлүк бөлүгү үчүн, чарчоо абалына баа берүү менен гана чектелип, ошондой эле өнөкөт чарчоо жана кыйноо, ошондой эле баыттык критерийлер бир патологиясы "норма" өтүү иш абалын мүнөздөөчү мүнөздүү белгилерин аныктоо, башкача айтканда, бакырып өткөөл жол мамлекеттер. Татаал жана табышмактуу нейрофизиологиялык үлгүсүнө бул шарттардын диагнозу олуттуу кыйынчылыктар менен бир катар жолугушууларды өткөрдү. Дененин ден-соолугу иштеши түшүнүгү жок нормадан бир көнүктүрүү деп да которулат анын иши, денедеге ийкемдүү жооп бузуп, аныкталат. тышкы себептер менен таасири астында мындан ары өткөөл мамлекеттердин жандантуу жүрүшүндө ишин, гомеостаз жөнгө салууну чагылдырат. Ошол эле учурда дененин жаткан иш камдарды пайдалануу психологиялык бөгөт кем эмес, ал эми патологиялык жараяндардын органынын коркунучун көбөйтөт.

Өндүрүштүн себептер менен организмдин жасоо алар ашып жатат, эгер жөнгө тепкичтери, болгондо гана мүмкүн, алар күчөтүү жана организмдин ийилчээкти азайтуу үчүн алдын ала катнаш болгон учурда, ошондой эле иш-аракет. Өндүрүш себептерден улам ар түрдүүлүгү жана алардын таасир этүү мүмкүнчүлүгү башкаруу чечимдеринин жана алдын алуу иш-чараларды иштеп чыгуу үчүн комплекстүү мамиленин зарылдыгын аныктайт. Ошол эле учурда, ал жумушчу күчүнүн медициналык жана калкынын көйгөйлөрү, бир жагынан, экинчи жагынан кесиптик тобокелчиликтерди көтөрүп кесиптер бир катар болушу, пенсия курагына чейин иштеп кыскартышы экендигин эстен чыгарбоо керек. Зыяндуу чөйрө себептер менен иштеп чыгууда өз ара системасы иш системалары кокс өндүрүш жумушчулардын баа. методикалык ыкманы колдонуп, ал дененин системасынын учурдагы абалына баа берүү жана алдын ала болжолдоого мүмкүндүк алуу, диагноз коюу жана акыл жүзөгө ашырылат.

Негизги сөздөр: ылайыкташуу, организм, физиологиялык системалары, система өз ара иш айлана-чөйрөнү коргоо, өндүрүштүк жагдайлар, оору, байланыш, алдын ала айтуу, баа берүү.

**ОЦЕНКА СИСТЕМНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ОРГАНИЗМА РАБОТНИКОВ
В ПРОЦЕССЕ АДАПТАЦИИ К УСЛОВИЯМ ТРУДА**

Алтысбаева Ж.Т.^{1,2}

1. НИИ «Казтехпроект»

2. Национальная Академия Горных Наук Казахстана

г. Алматы, Республика Казахстан

Резюме: Оценка взаимодействия функциональных систем организма в физиологии и гигиене труда, в большинстве своем, сводится к изучению состояния утомления, и определения признаков характерных для хронического утомления и переутомления, так называемых критериев перехода функционального состояния от "нормы" к патологии. Диагностика этих состояний из-за сложной и неоднозначной нейрофизиологической картины встречает ряд значительных трудностей. Многообразие факторов производства и возможность их сочетанного воздействия определяют необходимость комплексного подхода к разработке управленческих решений и профилактических мероприятий.

Представлена оценка системного взаимодействия функциональных систем организма работников коксохимического производства в процессе адаптации к вредным факторам про-

изводственной среды. Используя методический подход, проведена диагностика и коррекции, дающие возможность оценивать и прогнозировать текущее состояние физиологических систем.

Ключевые слова: адаптация, организм, физиологические системы, системное взаимодействие, производственная среда, производственные факторы, болезни, корреляция, прогнозирование, оценка.

ASSESSMENT OF THE SYSTEMIC INTERACTION OF THE BODY OF WORKERS IN THE PROCESS OF ADAPTATION TO WORKING CONDITIONS

Alpysbaeva J. T. 1,2.

1.NIPI "Kaztechproject»

2.National Academy Of Mining Sciences Of Kazakhstan

Almaty, Republic of Kazakhstan

Summary: Evaluation of physiological systems in physiology and occupational hygiene, for the most part, boils down to assessing the state of fatigue, and identifying signs characteristic of chronic fatigue and overwork, as specific criteria characterizing the transition of the functional state from the "norm" to pathology, i.e. transition from allowed to forbidden states. The diagnosis of these conditions due to the complex and ambiguous neurophysiological picture meets a number of significant difficulties. The concept of healthy functioning of the organism is determined by the adaptation reactions of the organism, which do not cause a disturbance of its activity, which is interpreted as the norm of adaptation. The transitional states noted in the future under the influence of external factors reflect the activation of the functioning of the processes of regulation of homeostasis. At the same time, the physiological barrier of using the existing functional reserve of the body is not exceeded, but the risk of developing pathological processes in the body increases. Adaptation of an organism to production factors is possible only at regulated levels, if they are exceeded, they act as an increase in maladaptation, and in the case of a previous exposure, they reduce the body's adaptive capabilities.

The variety of production factors and the possibility of their combined impact determine the need for an integrated approach to the development of managerial decisions and preventive measures. At the same time, it must be remembered that the medical and demographic problems of the labor force, on the one hand, and the presence of a number of professions that carry professional risks on the other hand, reduce the working life before retirement age. The assessment of the systemic interaction of the functional systems of the body of coke-chemical workers in the process of adaptation to harmful factors of the production environment. Using the methodical approach, diagnostics and corrections were carried out, making it possible to assess and predict the current state of physiological systems.

Key words: adaptation, organism, physiological systems, system interaction, production environment, production factors, diseases, correlation, prediction, assessment.

Введение. Как известно, неспецифические изменения в организме обычно отмечаются в состояниях напряжения и перенапряжения, а также в начале стадии истощения регуляторных механизмов. Эти явления отмечаются при недостаточной или удовлетворительной адаптации организма к условиям среды обитания. Комплексное воздействие неблагоприятных производственных факторов может усиливать или ослаблять системный ответ организма. Вредные факторы могут способствовать развитию разнонаправленных реакций со стороны органов и систем,

при этом их вклад в развитии функционального напряжения организма неодинаков. Снижение адаптационно-приспособительных возможностей организма, со снижением его способности адекватно реагировать как на производственные, так и на повседневные нагрузки приводит к переходу от «здоровья к болезни». Донозологические (переходные) состояния характеризуются определенным напряжением регуляторных систем, обеспечивающим мобилизацию функциональных резервов, необходимых для поддержания гомеостаза [1].

Достаточно часто изменения, возникающие в организме при воздействии внешней среды, проявляются отдельными биохимическими, иммунологическими изменениями, изменениями активности ферментативных систем, нарушениями регуляции сердечно-сосудистой системы и др. Неблагоприятные производственные факторы вызывают не только развитие утомления, но и отражаются на адаптационно-компенсаторных возможностях организма, формируя специфические патологические изменения, с последующим переходом при длительном контакте в профессиональные заболевания [2, 3].

В донозологической диагностике основу составляет оценка начальных изменений в состоянии здоровья, когда еще отсутствуют явные признаки патологии. Следовательно, необходимы методы, позволяющие определять в первую очередь не локальные морфологические изменения, а функциональные, характеризующие реакцию организма на воздействие внешних факторов производственной среды в целом [4].

Цель исследования-является изучение внутри- и межсистемных связей функциональных систем (ФС), уровень напряжения организма работников коксохимического производства.

Материалы и методы исследования. На начальном этапе для получения характеристики оптимизации многофакторного взаимодействия ФС организма работников коксохимического производства оценивалась совокупность парных линейных корреляций, их

достоверность и значимость с помощью метода многомерного математического анализа экспериментальных данных - сплошного корреляционного анализа (5).

При этом за основу брался постулат - что связи между параметрами одной ФС (например сердечно-сосудистой (СС) - частота пульса, систолическое и диастолическое давление и др.) будут оцениваться как внутрисистемные, а корреляции между показателями разных функциональных систем (СС, костно-мышечная система (КМС), центральная нервная система (ЦНС) как межсистемные. Анализ системного взаимодействия ФС проводился в 4 возрастных группах (до 30 лет, 30 - 39 лет, 40 -49 лет, 50 лет и старше) и 5 стажевых группах (до 6 лет, 6 -10 лет, 11 -15 лет, 16 -20 лет, 20 лет и более).

Результаты и их обсуждение. Анализ системного взаимодействия ФС показал преобладание внутрисистемных связей над межсистемными. Соотношение составляло - 8/5 соответственно (рис.1). т.е. в процессе трудовой деятельности преобладает напряжение внутрисистемного уровня, где для поддержания должного уровня гомеостаза и оптимальной работоспособности напрягаются отдельные органы, обуславливающие профессиональную деятельность. Для общей коррективы отмечается менее выраженное (по сравнению с внутрисистемным) напряжение на межсистемном уровне, вызывая взаимодействие ряда физиологических систем между собой для оптимизации трудовой деятельности.

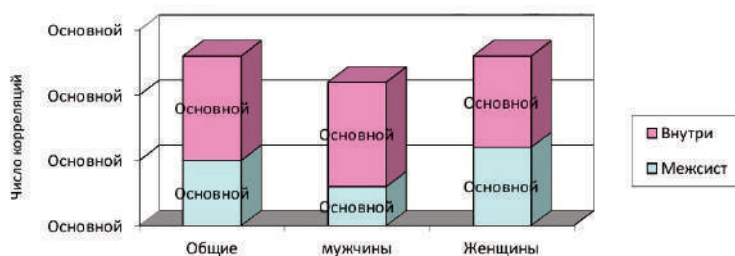


Рис. 1 Общее соотношение меж- и внутрисистемных корреляционных связей между показателями ФС в зависимости от пола

Анализ уровня системного взаимодействия организма рабочих в зависимости от пола выявил существенные различия. Так, у мужчин отмечалось выраженное преобладание внутрисистемных связей над межсистем-

ными в соотношении 8/3. У женщин уровень межсистемного напряжения был примерно равным, с незначительным преобладанием внутрисистемных связей (7/6) (рис.1). Следовательно, у мужчин уровень работоспособ-

ности поддерживался преимущественно за счет напряжения внутри отдельных систем с незначительным напряжением межсистем-

ного регулирования. У женщин - как за счет меж-, так и внутрисистемного напряжения.

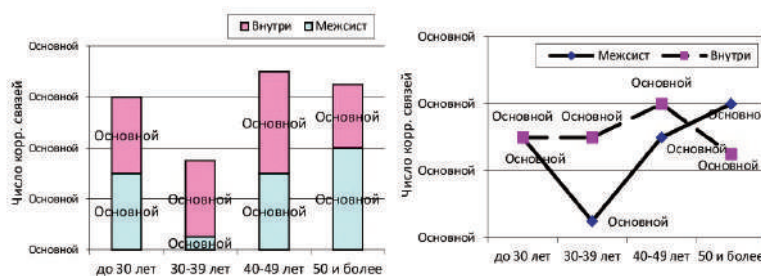


Рис. 2 Корреляционные соотношения связей между показателями ФС в зависимости от возраста рабочих

Анализ показателей напряжения ФС не выявил наличие прямой зависимости от возраста и общим числом корреляционных связей (рис.2). С увеличением возраста отмечалось волнообразное изменение общего числа корреляционных зависимостей, существенные различия отмечались в числе меж- и внутрисистемных связей. В первой возрастной группе (до 30 лет) отмечалось паритетное соотношение числа меж- и внутрисистемных связей (6/8), что свидетельствовало об определенном функциональном напряжении организма рабочих в процессе трудовой деятельности, как на системном органном уровне, так и на высшем уровне регуляции.

Во второй возрастной группе (30-39 лет) отмечалось резкое снижение активации управления на межсистемном уровне (до 1), в то время как внутрисистемные изменения не отмечались (6) и уровень напряжения был на прежнем уровне. Т.е. в возрастном диапазоне 30-39 лет организм рабочих полностью адаптируется к производственным нагрузкам, напрягая в основном органы и системы, ответственные за обеспечения оптимальной трудовой деятельности, и не активизирующие высшие центры регуляции.

В третьей возрастной группе (40-49 лет) отмечаются признаки напряжения функционального состояния организма в процессе производственной деятельности, выражающееся в увеличении числа межсистемных связей (с 1 до 6) на фоне незначительного увеличения внутрисистемных (с 6 до 8). На данном возрастном этапе для поддержания работоспособности на должном профессиональном уровне организм подключает выс-

шие регуляторные центры для координации согласованных действий ряда органов и систем, объединенных в единую функциональную систему для достижения положительного приспособительного результата. Этот процесс сопровождается и активацией и на внутрисистемном уровне.

В четвертой возрастной группе (50 лет и более) отмечались выраженные сдвиги в процессе поддержания должного уровня работоспособности обусловленные, по всей вероятности, возрастными изменениями. Так отмечалось возрастание числа межсистемных связей (с 6 до 8) на фоне снижения внутрисистемных (8 до 5).

Следовательно, на данном возрастном этапе оптимальный уровень работоспособности, предъявляемый производственными требованиями, поддерживается за счет активации высших центров регуляции, поскольку органы и системы участвующие в процессе не способны самостоятельно поддерживать их должный уровень функционирования вследствие возрастных изменений, происходящих в организме пожилых рабочих.

Анализ показателей напряжения ФС также не выявил зависимость от производственного стажа, общего числа корреляционных связей и соотношения системных зависимостей (рис.3).

В первой стажевой группе (до 5 лет) отмечалось примерно равное соотношение меж- и внутрисистемных связей, с преобладанием последних (6/8 соответственно). На начальном этапе адаптации к профессиональной деятельности и производственным нагрузкам, организм рабочего отвечает напряжением на

как внутри, так и между ФС, с включением в процесс высших центров управления. Это позволяет поддерживать гомеостаз на должном уровне и квалифицированно выполнять производственные задания, хотя и за счет высокой «физиологической цены».

Во второй стажевой группе (6-10 лет) отмечалось снижение активности регуляторных воздействий на внутрисистемном уровне, в тоже время, отмечалась активизация регулирования за счет центральных механизмов, межсистемного уровня. Об этом свидетельствуют показатели числа внутри- и межсистемных корреляционных связей (7/11 соответственно). На этом этапе органы и системы адаптировались к производственным нагрузкам и регуляторный процесс направлен на повышение профессиональных навыков, достижение оптимального результата за счет снижения энергетической «стоимости» проделанной работы.

В третьей группе (11-15 лет) отмечалось снижение (4/8) числа как внутри- (с 7 до 4), так и межсистемных связей (с 11 до 8), что свидетельствует о полной адаптации организма рабочих к профессиональной деятельности в условиях воздействия производственной среды. На данном этапе профессио-

нальной деятельности организму для достижения положительных результатов производственной деятельности нет необходимости в высоком напряжении органов и систем, поскольку организм адаптирован к ним.

В четвертой группе (16-20 лет) отмечалось незначительное увеличение (6/9) числа корреляционных связей как внутрисистемных (с 4 до 6), так и межсистемных (с 8 до 9).

В последней группе (более 20 лет) отмечалось паритетное соотношение между внутри- и межсистемными связями (7/7), где, по сравнению с предыдущей группой, отмечалось снижение межсистемного напряжения (с 9 до 7) и незначительный рост внутрисистемного напряжения (с 6 до 7).

Рост внутрисистемного напряжения при производственной деятельности обусловлен возрастными изменениями, в то время как снижения напряжения на межсистемном уровне нельзя объяснить исключительно простом профессиональных навыков. Здесь в первую очередь имеет место численный состав - на производстве остаются более адаптированные рабочие, менее адаптированные либо переводятся на более благоприятные в гигиеническом отношении производственные места, либо совсем увольняются.

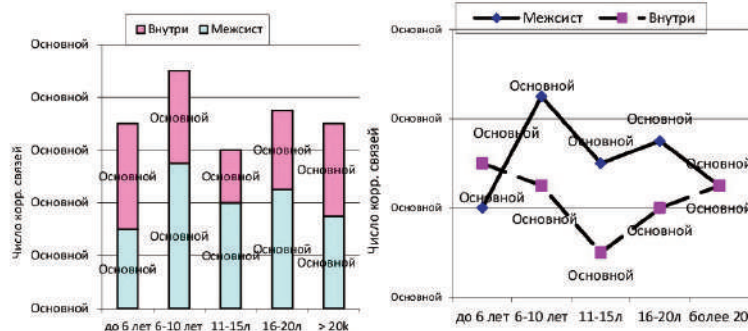


Рис. 3 Корреляционные соотношения связей между показателями ФС в зависимости от стажа

Среди профессиональных групп большее число корреляционных связей отмечалось у инженерно-технических работников (ИТР), чем у основных и вспомогательных профессий (17 против 15 и 13).

Также у ИТР наблюдается перераспределение количества связей в сторону большего числа межсистемных связей, по сравнению с остальными профессиональными группами. Это свидетельствует о более высо-

ком нервно-эмоциональном напряжении организма работников данной профессиональной группы, т.е. достижение полезного приспособительного результата, коим у рабочих является трудовая деятельность, достигается большей физиологической стоимостью, т.н. энергетической "ценой".

При минимальных мышечных нагрузках инженерно-технические работники испытывают высокое нервно-эмоциональное напря-

жение, высокая ответственность за принимаемые решения, за конечный результат. Причем ответственность – персональная, что повышает и без того энергетическую «стоимость» результативной деятельности.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что для успешной трудовой деятельности, а также для поддержания на должном уровне гомеостаза в организме ИТР, подключаются высшие центры регуляции. Они вызывают активацию деятельности отдельных систем для достижения результата

трудовой деятельности, что ведет к повышению функционального напряжения организма в целом.

Данное заключение не обладает абсолютной новизной, но в тоже время может являться дополнительным свидетельством достоверности результатов, полученных с использованием методики системного анализа. А также косвенно подтверждает правоту вышеуказанных выводов о неблагоприятном влиянии производственного процесса на функциональное напряжение организма ИТР.

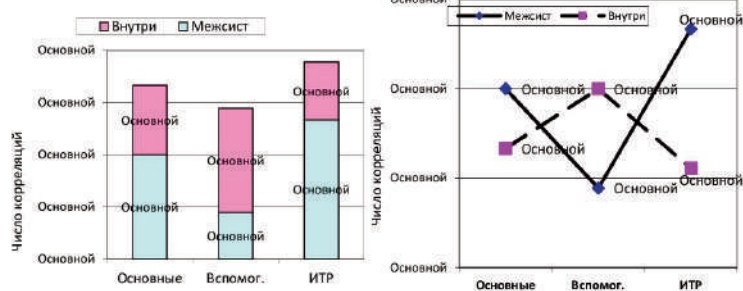


Рис. 4 Корреляция в профессиональных группах

У основных профессий отмечалось также превышение межсистемных над внутрисистемными связями (9/6), хотя и не столь выраженное как у ИТР (рис.4). Подобная периодически повторяющаяся картина представляет действенный механизм регуляции гомеостаза организма на различных уровнях, обеспечивающий адаптацию даже к незначительным количественным изменениям в широком диапазоне изменений [9].

У вспомогательных профессиональных групп отмечалось превышение внутрисистемных связей над межсистемными, и это различие имело вид более чем двукратного превышения (9/4). Здесь больше всего отмечалось напряжение отдельных органов и систем, связанных с ремонтно-профилактическими процедурами. Уровень напряжения систем регуляции - это интегральный ответ организма на комплексное многофакторное воздействие внешней среды.

Выводы. Проведенное нами исследо-

вание показало, что показатели напряжения ФС, отражающие состояние функций организма, ухудшались с увеличением не только возраста, но и профессионального стажа работников коксохимического производства.

Показатели ФС возрастнo-стажевых категорий обследованных рабочих полностью повторяют набор компенсаторных связей, сформировавшихся в возрасте 30 лет, 30-39 лет, 40-49 лет и 50 и более лет, что позволило еще раз доказать предположение о существовании единого регуляторного механизма, обеспечивающего устойчивое функционирование организма как биологической системы [10, 11]. При этом низкий уровень и преждевременное снижение работоспособности, истощение функциональных резервов адаптации организма к воздействию комплекса вредных факторов производственной среды значительно уменьшают профессиональную пригодность рабочих в системе «Человек — факторы труда — здоровье».

ЛИТЕРАТУРА:

1. Баевский Р. М., Берсенева Л.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. - М.: «Медицина», 1997. – 236 с.

2. Баевский Р. М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. - М.: «Медицина», 1979. - 273с.
3. Башкирева А.С. Влияние биологического возраста на профессиональную работоспо-

- способность сообщения п. биологический возраст и физическая работоспособность // Физиология человека. – 2002. – Том 28, № 5. – С. 92-102.
4. Истомин А.В., Касымов О.Т., Джорбаева А.А. Современная система гигиенической оптимизации лечебнопрофилактического питания и здоровья работающих // Здравоохранение Кыргызстана.-2018.- № 2.- С.121-125.
5. Смагулов Н.К., Лысакова Т.Н., Дмитриев П.С., Гаголина С.В. Математическая оценка системного взаимодействия организма студентов в процессе адаптации к учебному процессу // Вестник Евразийского национального университета им. Л.Н. Гумилева. -№3. - 2005. - С.272-277.
6. Гаркави Л.И., Квакина Е.Б., Уколова Н.А. Адаптационные реакции и резистентность организма. – Ростов н/Д: Изд-во РГУ, 1990. – 224с.
7. Дмитриева Н.В., Главатский С.Т., Глазачев О.С., Шевелев В.Ю. Новые информационные полипараметрические технологии для экомедицины // ВНМТ. -1998.- Т. 5.- № 1.- С. 38-41.
8. Мерлин В.С. Очерки интегрального исследования индивидуальностей. - М., 1986. – 256 с.
9. Смагулов Н.К. Разработка критериев оценки напряжения психофизиологических функций операторов: дис. ... д-ра мед. наук. - Алма-Ата, 1993.
10. Смагулов Н.К., Кулкыбаев Г.А. Оценка и прогнозирование напряженности труда операторов: монография. – Алматы.: «Гылым», 1993. – 129 с.
11. Смагулов Н.К., Нугуманова Ш.М. с соавтор. // Экология и устойчивое развитие: Матер. Междунар. научно-практ. конференции. – Петропавловск, 1998. - Т. 2. - С. 201-205.

Для корреспонденции:

*Алтысбаева Жаннат Тулендиновна – PhD, научный сотрудник НИПИ «Казтехпроект», руководитель секретариата Национальной Академии Горных Наук Казахстана.
тел: 8 776 216 42 33 e-mail: jannat69@mail.ru*

УДК 614-2

**АКАДЕМИК А.М.УБАЙДУЛЛАЕВ – ОРТО АЗИЯДАГЫ ӨПКӨ ООРУЛАР
ДОКТУРЛАРЫНЫН МУГАЛИМИ ЖАНА НАСААТЧЫСЫ
(85 ЖАШ МААРАКЕСИНЕ АРНАЛАТ).**

Бримкулов Н.Н.

*И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек ш. Кыргыз Республикасы*

Корутунду: Макалa Өзбек Республикасынын ИА академиги, белгилүү окумуштуу, өпкө доктуру, агартуучу, изилдөөчү, саламаттыкты сактоо уюштуруучусу А.М. Убайдуллаевге арналат. Бул макалада А.М. Убайдуллаевдин кыскача өмүр баяны жана анын Орто Азия өпкө доктурларынын Бирикмесин уюштурууда, өпкө оорулар кызматынын, илиминин Орто Азия аймагында, ошондой эле Кыргызстанда негизделүүсүнө кошкон салымы көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: Абдулла Мухаррамович Убайдуллаев, Орто Азия өпкө доктурларынын бирикмеси.

**АКАДЕМИК А.М.УБАЙДУЛЛАЕВ – УЧИТЕЛЬ И НАСТАВНИК
ПУЛЬМОНОЛОГОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ
(К 85-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ).**

Бримкулов Н.Н.

*Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К.Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика*

Резюме: Статья посвящена известному-ученому пульмонологу, педагогу, клиницисту и организатору здравоохранения, академику АН Республики Узбекистан А.М.Убайдуллаеву. Представлена краткая биография, а также вклад А.М.Убайдуллаева в организацию Ассоциации пульмонологии Центральной Азии (АПЦА), становление пульмонологической службы и науки в регионе Центральной Азии, в том числе в Кыргызстане.

Ключевые слова: Абдулла Мухаррамович Убайдуллаев, Ассоциация пульмонологов Центральной Азии.

**ACADEMICIAN A.M. UBaidULLAEV – TEACHER AND MENTOR
OF PULMONOLOGISTS OF CENTRAL ASIA
(TO THE 85TH ANNIVERSARY)**

Brimkulov N.N.

*Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Bishkek c., Kyrgyz Republic*

Summary: The article is dedicated to the prominent researcher pulmonologist, educator, clinician and healthcare organizer, academician of Academy of Science of Republic of Uzbekistan A.M. Ubaidullaev. Short biography is presented, and also contribution of A.M. Ubaidullaev in organization of Association of pulmonologists of Central Asia, development of respiratory care and science in the region of Central Asia, including Kyrgyzstan.

Key words: Abdulla Mukharramovich Ubaidullaev, Association of pulmonologists of Central Asia.

В этом году исполнилось 85 лет известному ученому-пульмонологу, талантливому клиницисту и организатору здравоохранения, академику АН Республики Узбекистан, почетному доктору АМН России Абдулле Мухаррамовичу Убайдуллаеву.

А.М.Убайдуллаев родился в г. Ташкенте в 1934 г. Окончив Ташкентский государствен-

ный медицинский институт в 1958 г., прошел обучение в клинической ординатуре (1958-1960 гг.) и аспирантуре (1961-1963 гг.) на кафедре терапии Ташкентского института усовершенствования врачей. С 1964 г. работал на кафедре терапии ТашиУВ ассистентом, с 1967 г.- доцентом. В 1971-1973 гг. прошел обучение в докторантуре в НИИ кардиологии

им. акад. Мясникова А.Л. в г. Москве. В 1965 г. защитил кандидатскую диссертацию, а в 1974 г. - докторскую диссертацию на тему: «Клинико-биохимическое изучение атеросклероза при различных формах артериальной гипертонии». В 1975-1986 гг. был деканом лечебного факультета, а затем в течение года – проректором по лечебной работе ТашИУВ. В 1979 г. Убайдуллаеву А.М. было присвоено ученое звание профессора, в 2000 г. он избран академиком АН РУз.

В первую очередь, академик А.М.Убайдуллаев известен как инициатор развития современной пульмонологии не только в Узбекистане, но и в странах СНГ. Мне посчастливилось познакомиться с ним много лет назад, участвовать во многих мероприятиях и публиковать совместные статьи и, поэтому, хотелось бы напомнить читателям о его деятельности, как учителя и наставника всех пульмонологов в нашем регионе. Цель данной публикации – сжато осветить неоценимый вклад академика А.М.Убайдуллаева в развитие пульмонологии в регионе Центральной Азии, в том числе в Кыргызстане.

1. Создатель научной школы пульмонологов Узбекистана.

Академик А.М.Убайдуллаев впервые в бывшем Советском Союзе организовал в 1978 г. кафедру пульмонологии в Ташкентском институте усовершенствования врачей, которой заведовал до 2014 года. В 1986 году его приглашают руководить НИИ фтизиатрии, который он, учитывая современную эпидемиологию хронических бронхолегочных заболеваний, реорганизовывает в НИИ фтизиатрии и пульмонологии. Это опять же был единственный НИИ в бывшем Советском Союзе, который с учетом зарубежного опыта респираторной медицины стал активно развивать комплексные исследования всех основных болезней органов дыхания, развил новые направления экологической и гериатрической пульмонологии в Узбекистане. Под руководством академика А.М.Убайдуллаева была разработана и внедрена организационная система специализированной пульмонологической службы в Республике Узбекистан.

А.М.Убайдуллаев создал научную школу пульмонологов Узбекистана, подготовив 25 докторов и 39 кандидатов наук по спе-

циальностям «Пульмонология» и «Фтизиатрия». Им опубликовано более 700 научных работ, в том числе, 16 монографий и руководств, которые являются настольными книгами для практических врачей Узбекистана.

Обширные результаты по решению проблем пульмонологии в Узбекистане были обобщены им в монографии «Пульмонология в Узбекистане: истоки, этапы и развития» (Ташкент, 2009), к которой мы и отсылаем заинтересованных читателей [1].

2. Академик А.М.Убайдуллаев - организатор Ассоциации пульмонологов Центральной Азии.

Создание 25 лет назад по инициативе академика А.М.Убайдуллаева Ассоциации пульмонологов Центральной Азии (АПЦА) было продиктовано значительным распространением болезней органов дыхания в Центрально-Азиатском регионе с показателями заболеваемости и смертности, значительно превышающим таковые в Европейских странах и мире. Идея создания этой международной организации возникла в 1993 году, а уже в 1994 году он организовал Учредительную конференцию, проведенную в рамках I Конгресса пульмонологов и аллергологов Центральной Азии (Ташкент, июнь 1994 г.). Под руководством академика А.М.Убайдуллаева большой вклад в организацию конгресса внес коллектив НИИ фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз (Ташкент), который до настоящего времени является штаб-квартирой АПЦА. В состав ее руководящего органа – Президиума, вошли ведущие ученые пульмонологи Узбекистана, Казахстана, Кыргызстана, Таджикистана и Туркменистана. За выдающийся вклад в развитие пульмонологии акад. Убайдуллаев А.М. был избран первым президентом АПЦА (с 1994 по 2000 г.г.), а в 2008-2013гг. избирался повторно.

Основной целью АПЦА было выбрано стимулирование развития медицинской науки и совершенствование знаний и навыков практических врачей по вопросам пульмонологии. Для достижения этой цели АПЦА инициировало обмен медицинской информацией для разработки согласованных документов по вопросам диагностики, лечения и профилактики заболеваний органов дыхания [2, 3]; проведение международных конгрессов и совещаний,

школ и конференций для повышения образовательного уровня врачей по вопросам пульмонологии [4]; взаимодействие с международными и зарубежными общественными организациями и многие другие мероприятия. С 1996 г. АПЦА зарегистрировала научно-медицинский журнал «Вестник Ассоциации пульмонологов Центральной Азии», главным инициатором и редактором которого стал А.М.Убайдуллаев.

При активном участии А.М.Убайдуллаева АПЦА тесно сотрудничала с международными и национальными общественными организациями, из года в год расширяла творческие контакты с Европейским респираторным обществом, Европейским бюро ВОЗ, Международным союзом по борьбе с туберкулезом и другими заболеваниями легких, с Респираторными обществами России, с Турецким торакальным обществом и др.

Несомненно, что АПЦА, как международная общественная организация сыграла и продолжает играть заметную роль в развитии пульмонологии в странах Центральной Азии [5], и это во многом связано с деятельностью академика А.М.Убайдуллаева.

3. Вклад академика А.М.Убайдуллаева в сотрудничество с Европейским респираторным обществом

В подъеме научного и клинического уровня пульмонологов Центральной Азии значительную роль сыграло сотрудничество с Европейским Респираторным Обществом (ERS). Академик А.М.Убайдуллаев был одним из инициаторов активного развития этого сотрудничества и непосредственно участвовал во многих акциях, которые напрямую способствовали подготовке высококвалифицированных пульмонологов в Центральной Азии. Так, в рамках Всемирного конгресса по легочному здоровью совместно с 10-м ежегодным конгрессом Европейского Респираторного общества (30 августа-3 сентября 2000 г, Флоренция, Италия) состоялось рабочее совещание [6], по развитию сотрудничества между Европейским респираторным обществом и Ассоциацией пульмонологов Центральной Азии (АПЦА). В работе совещания приняли участие президент ERS Jacob Voe, главный менеджер ERS Archie Turnbull, члены АПЦА А.М.Убайдуллаев (Узбекистан), Н.Н.

Бримкулов (Кыргызстан), Д.С.Нугманова (Казахстан). Принято решение провести в 2000-2002гг. совместные обучающие семинары по пульмонологии в Ташкенте, Астане и Бишкеке; провести работу по увеличению членов ERS в республиках Центральной Азии и более активному их участию в работе конгрессов ERS, подготовке заявок на обучающие и исследовательские гранты. Во Флоренции для пульмонологов из стран СНГ были введены важные виды поддержки (снижение членского взноса в ERS, снижение регистрационного взноса на конгрессы и другие мероприятия ERS; выделение грантов молодым ученым для участия в работе конгрессов ERS и грантов на обучение и выполнение научных проектов в ведущих центрах Европы; проведение учебных семинаров и совместных конференций в странах СНГ и др.), что позволило значительно увеличить участие специалистов из Центральной Азии, особенно молодых, в деятельности ERS. На следующем, 11-м конгрессе ERS (22-26 сентября 2001г, Берлин) с участием академика Убайдуллаева состоялось повторное совещание представителей ERS и АПЦА [7] по дальнейшему укреплению сотрудничества. Несомненно, что эти мероприятия послужили в последующие годы фундаментом для развития современной пульмонологии и подготовки молодых ученых в странах Центральной Азии.

4. Академик А.М.Убайдуллаев и пульмонология Кыргызстана

Благодаря дружбе и научному сотрудничеству с выдающимся интернистом и ученым, академиком Мирсаидом Мирхамидовичем Миррахимовым академик А.М.Убайдуллаев сопричастен и к развитию пульмонологии в Кыргызстане. Здесь следует подчеркнуть, что в Кыргызстане под руководством академика М.М.Миррахимова вопросы пульмонологии изучались глубоко еще с 60-70-х годов XX века. Особенно известны работы в области высокогорной пульмонологии, а в 80-е годы были разработаны основные принципы оказания пульмонологической помощи в Кыргызстане [8].

Академик М.М. Миррахимов активно поддержал создание АПЦА и, будучи с самого начала избранным членом президиума,

участвовал во всех мероприятиях ассоциации. Совместно с А.М.Убайдуллаевым он неоднократно участвовал в обсуждении проблем и достижений, а также перспектив развития пульмонологии во всем регионе Центральной Азии [3].

Одним из знаменательных событий медицины Кыргызстана стал III-й международный конгресс пульмонологов Центральной Азии, который состоялся 1-3 июня 2000 года в Бишкеке. Почетными президентами конгресса были академики М.М.Миррахимов и А.М.Убайдуллаев. Наряду с врачами из всех регионов Кыргызстана в Бишкек приехали также ученые из всех республик Центральной Азии, мировые эксперты из России, Германии, Бельгии, Турции и других стран. В рамках конгресса впервые в Центральной Азии состоялась Школа Европейского Респираторного общества под председательством президента ЕРО, проф. Jacob Voe (Норвегия) [9].

Проведение конгресса АПЦА в Бишкеке стало стимулом к разработке принятой в 2003 году Республиканской программы по борьбе с болезнями органов дыхания на 2003 – 2007 г.г. Одновременно была начата Кыргызско-Финская программа по легочному здоровью (2003 – 2007 г.г.). В рамках этой программы была адаптирована к условиям Кыргызстана стратегия ВОЗ PAL («Практический подход к легочному здоровью»), внедрение которой способствовало достижению определенных успехов по профилактике респираторных заболеваний и туберкулеза. С 2007 по 2010 г. внедрение стратегии PAL было продолжено в рамках следующей Республиканской программы «Легочное здоровье» [10].

И сегодня Абдулла Мухаррамович Убайдуллаев продолжает заниматься научными проектами с зарубежными коллегами, консультирует пациентов, передает свои знания молодежи... От имени специалистов респираторной медицины Кыргызстана хотелось бы сердечно поздравить юбиляра и пожелать ему крепкого здоровья, счастливого и активного долголетия, новых творческих достижений!

ЛИТЕРАТУРА:

1. Убайдуллаев А.М., Пятаева Э.В. Пульмонология в Узбекистане: истоки, этапы развития. – Ташкент: АПЦА, НИИ фтизиатрии и пульмонологии имени Ш.Алимова. 2009. – 192с.
2. Бримкулов Н.Н., Убайдуллаев А.М., Сейсембеков Т.З. Хронические обструктивные заболевания легких - современные концепции

С учетом успешного опыта реализации PAL стратегии в Кыргызстане, в 2009 г. было начато внедрение программы ВОЗ – PAL по легочному здоровью в Каракалпакстане (Узбекистан), а в последующем элементы стратегии PAL начали использоваться и в Таджикистане.

Начиная с 2003 года в Кыргызстане регулярно стали проводиться Национальные конгрессы по болезням органов дыхания, в работе которых академик А.М.Убайдуллаев и его сотрудники активно участвовали. Так, например, академик Убайдуллаев был почетным президентом нескольких конгрессов по БОД, состоявшемся в г.Ош 16-18 мая 2013 года, выступил с 2 докладами и лекцией, а его ученики – узбекские пульмонологи доложили 23 устных и стендовых доклада!

Таким образом, даже краткий обзор деятельности академика А.М.Убайдуллаева свидетельствует о его выдающемся вкладе в развитие респираторной медицины не только в Узбекистане, но и во всех странах Центральной Азии и СНГ, и, в том числе, в Кыргызстане. Неоценим его вклад в укрепление сотрудничества ученых - пульмонологов, аллергологов и фтизиатров Центральной Азии, развитие международных связей (особенно с Европейским Респираторным обществом), в подготовку молодых кадров респираторной медицины в нашем регионе. Как известный ученый, заботливый педагог и наставник, пылкий клиницист, и, в целом, незаурядный человек, академик А.М.Убайдуллаев снискал глубокое уважение, любовь и признательность в сердцах многих тысяч студентов, аспирантов, сотрудников, коллег и друзей.

и будущие перспективы. Центрально-Азиатский медицинский журнал.-1996.-Т.2.-№1.-С.116-123.

3. Миррахимов М.М., Убайдуллаев А.М., Бримкулов Н.Н. Пульмонология в республиках Центральной Азии: состояние и будущие перспективы. Центрально-Азиатский мед. журнал. - 1997.-№1.-С.79-85.

4. Бримкулов Н.Н., Вахидова Г.А., Убайдуллаев А.М. II Конгресс пульмонологов Центральной Азии. Терапевтический архив. - 1997. - №3. - с.2.
5. Убайдуллаев А.М., Вахидова Г.А., Бримкулов Н.Н., Ливерко И.В. Ассоциация пульмонологов Центральной Азии (АПЦА) – к 20-летию реформирования респираторной медицины в регионе. Центрально-Азиатский журнал 2013. - том XIX. - приложение 1. - с.8-12.
6. Бримкулов Н.Н. Всемирный конгресс по легочному здоровью и 10-й ежегодный конгресс Европейского Респираторного общества (Флоренция, Италия, 30 августа-3 сентября 2000г.). Центрально-Азиатский мед. журнал. - 2000. - №2. - с.185-187.
7. Бримкулов Н.Н., Убайдуллаев А.М., Мажитова З.Х. XI-й ежегодный Конгресс Европейского респираторного общества. Медицина (Алматы). - 2002. - №1. - с.2-3.
8. Миррахимов М.М., Бримкулов Н.Н., Мейманалиев Т.С. Принципы организации борьбы с бронхолегочными заболеваниями в Кыргызской ССР. Здравоохранение Киргизии 1985. - №5. - с.3-6.
9. Бримкулов Н.Н., Убайдуллаев А.М., Сейсембеков Т.З. 3-й международный конгресс пульмонологов Центральной Азии (1-3 июня 2003г., Бишкек). Центрально-Азиатский журнал 2000. - том VI. - приложение 1. - с.93-96.
10. Давлеталиева Н.Е., Бримкулов Н.Н., Чубаков Т.Ч. Реализация Кыргызско-Финской программы по легочному здоровью в Кыргызской Республике в 2003-2010 годах. Здравоохранение Кыргызстана. 2012. №1. с.22-26.

Для корреспонденции:

Бримкулов Нурлан Нургазиевич - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой семейной медицины последипломного обучения КГМА им. И.К. Ахунбаева. E-mail: brimkulov@list.ru



Академик А.М.Убайдуллаев



Всемирный конгресс по легочному здоровью и 10-й ежегодный конгресс Европейского Респираторного общества - ERS (Флоренция, Италия, 30 августа-3 сентября 2000г.). Участники Рабочего совещания по развитию сотрудничества между Европейским респираторным обществом и Ассоциацией пульмонологов Центральной Азии (АПЦА): слева направо - главный менеджер ERS Archie Turnbull, академик А.М.Убайдуллаев (Узбекистан), проф. Д.С.Нугманова (Казахстан), президент ERS Jacob Voe, проф. Н.Н.Бримкулов (Кыргызстан).



Участники Всемирного конгресса по легочному здоровью и 10-го конгресса Европейского Респираторного общества (Флоренция, Италия, 30 августа-3 сентября 2000г.) (слева направо): академик А.М.Убайдуллаев (Узбекистан), проф. Ян Жилинский (Польша), академик А.Г.Чучалин (Россия), проф. Н.Н.Бримкулов (Кыргызстан).

ВКЛАД КРАСНОГО ПОЛУМЕСЯЦА В ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КЫРГЫЗСТАНА

Национальное Общество Красного Полумесяца Кыргызской Республики (НОКП КР) вносит активный вклад в решение социально-гуманитарных проблем в стране. Гуманитарная организация существует в Кыргызстане с 1926 года и является членом Международного Движения Красного Креста и Красного Полумесяца, функционирующее в 191 стране мира. Миссией организации является оказание помощи уязвимым слоям населения, по мере своих возможностей.

Оказывая вспомогательную роль государству, Красный Полумесяц Кыргызстана имеет свои областные представительства во всех областях страны, а также во многих районах республики. В настоящее время, в организации трудится свыше 200 сотрудников и 3000 активных волонтеров по всему Кыргызстану.

НОКП КР осуществляет свою деятельность в следующих направлениях – здравоохранение, подготовка и реагирование на чрезвычайные ситуации, социальная поддержка уязвимых слоев, а также работа с молодежью и волонтерами. Это - медико-социальная помощь одиноким престарелым, инвалидам; детям-сиротам, беспризорным детям, уязвимым женщинам; подготовка к стихийным бедствиям и оказание экстренной гуманитарной помощи жертвам катастроф и вооруженных конфликтов; розыск и воссоединение семей пропавших без вести во время стихийных бедствий и войн; оказание помощи учреждениям здравоохранения в профилактике туберкулеза и СПИДа; распространение международного гуманитарного права, обучение населения оказанию первой доврачебной помощи.

В рамках деятельности по здравоохранению, Красный Полумесяц оказывает содействие Министерству Здравоохранения Кыргызской Республики. Проводится огромная работа в области профилактики туберкулеза, пропаганды здорового образа жизни, продвижения добровольного безвозмездного донорства крови, обучения населения навыкам оказания первой помощи, профилактики и лечения глазных заболеваний (в южных областях страны), обеспечения ухода и паллиативного лечения в хосписах. С 2015 года под патронажем Красного Полумесяца находятся около 2 000 человек, регулярно получая необходимые лекарства для лечения. В мае 2015 года НОКП КР приняло активное участие и оказало поддержку в реализации 2ой фазы Национальной кампании иммунизации против кори. Количество охваченных получателей – 138 078 человек, в возрасте от 1 года до 20 лет. С 2017 на территории всей страны ведется деятельность по развитию безвозмездного добровольного донорства крови. Совместно с Республиканским Центром Крови за данный период было привлечено 77 154 доноров крови, проведены масштабные мероприятия и выездные акции по сбору крови, приуроченные к Международному и Национальному Дню Донора. В рамках программы по улучшению доступа населения южных областей к квалифицированным медицинским услугам в области глазных заболеваний, в глазных отделениях Баткенской области было проведено 930 операций; 54 000 человека получили диагностические услуги. С 1 сентября по 31 декабря 2018 года 550 операций проведено (глазные отделения всех трёх южных областей), 8419 человек получили диагностические услуги.

Совместно с Министерством Здравоохранения в рамках сотрудничества с гуманитарной организацией “Армия Спасения” и южнокорейским медицинским центром Гиль по программе «Предоставление бесплатного лечения детям с врожденным пороком сердца» с 2010 года благодаря этой инициативе вылечен 51 ребенок с врожденным пороком сердца.

Начиная с 2015 года Национальным Обществом было построено новое отделение для больных туберкулезом при Национальном Центре Фтизиатрии КР на 50 койко-мест. Также НОКП КР построил два центра семейной медицины в Иссык-Кульской и Ошской областях, а также больницу в с.Мырзаке.

В области подготовки и реагирования на чрезвычайные ситуации, НОКП КР осуществляет деятельность по работе с местными сельскими сообществами, тренинги для населения, митигационные проекты (берегоукрепление, очищение каналов, и т.д.). Также создана и пос-

тоянно обучается национальная команда по реагированию на бедствия, состоящая из сотрудников и волонтеров на местах. Проводится постоянное обучение и симуляционные учения на случай ЧС. Ежегодно волонтеры и сотрудники Красного Полумесяца участвуют в операциях по реагированию на ЧС, что включает в себя проведение экстренной оценки, оказанию первой помощи, раздачу гуманитарной помощи, оказание психосоциальной поддержки и предоставление услуг по восстановлению семейных связей.

Одним из основных партнеров Красного Полумесяца Кыргызстана в области снижения рисков бедствий и реагирования на чрезвычайные ситуации является МЧС Кыргызской Республики, совместно с которым разрабатываются и реализовываются меры в сфере защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера.

Ежегодно Красный Полумесяц Кыргызстана оказывает помощь пострадавшим от ЧС и нуждающимся в срочной помощи по всей территории Кыргызстана. Так, например, в 2015 году более 500 семей, пострадавших при землетрясениях в Ошской области, получили гуманитарную помощь от Национального Общества Красного Полумесяца Кыргызской Республики. В тесном сотрудничестве с МЧС и администрациями пострадавших районов, Красный Полумесяц раздал предметы первой необходимости. Одеяла, кухонные принадлежности, гигиенические наборы получили пострадавшие семьи в Кара-Сууйском, Алайском и Узгенском районах. В 2017 году в результате авиакрушения в селе Дача-СУ Красный Полумесяц Кыргызстана активировал Национальную Команду Реагирования на Бедствия для проведения быстрой оценки нужд и потребностей. НОКП КР предоставил продовольственные и непродовольственные товары для пострадавших семей и государственных работников (команда спасателей, судебные мед.эксперты, пожарные, милиционеры и др.) на месте бедствия. Также 16 января 2017г. сотрудники и волонтеры развернули палатки по предоставлению психосоциальной поддержки родственникам и семьям, у которых погибли родные. Совместными усилиями Красного Полумесяца, одного из крупных банков “DemirBank”, Американской Торговой Палаты и Общественного Фонда “Помогать легко” было собрано около 75,000 Швейцарских франков. Данные средства были направлены на лечение 19 раненых, семьям погибших, 6 детям, потерявшим одного или обоих родителей, а также семьям, чьи дома были разрушены. В 2018 году Красный Полумесяц принял активное участие в организации III Всемирных Игр кочевников. На трех локациях ВИК (ущелье Кырчын, ипподром и амфитеатр) организованы палатки и юрты Красного Полумесяца, в случае необходимости наши волонтеры и сотрудники могли оперативно оказать первую помощь, транспортировать пострадавших, доставить их до ближайшего пункта по оказанию медицинской помощи. По всей стране 103 сообществ подготовлены к возможным стихийным бедствиям.

Каждый год ко дню снижения риска бедствий совместно с МЧС КР Красный Полумесяц принимает активное участие в мероприятиях по повышению культуры безопасности среди населения. Совместно с подразделениями МЧС по всей стране проводятся практические занятия по отработке навыков ликвидации ЧС и оказанию первой помощи пострадавшим. В декабре 2018г совместно с Министерством образования КР и ЮНИСЕФ КР подведены итоги реализации деятельности по усилению готовности школ и учащихся к реагированию на стихийные бедствия. За время проекта в общей сложности 4 580 школьников и 200 учителей обучились основам реагирования на бедствия и приняли участие в симуляциях по реагированию на ЧС. Тренера по Первой Помощи обучили более 1000 инспекторов патрульной милиции по всей стране навыкам оказания Первой Помощи. В ноябре 2018г. инспекторам Государственного Управления Патрульной Милиции переданы автомобильные аптечки для оказания первой помощи пострадавшим в ДТП на больших автотрассах. С 2015 года в рамках деятельности по созданию устойчивости сообществ и укреплению систем снижения риска бедствий в более 50 сообществах проведены митигационные работы малого масштаба. Кроме того, Служба Розыска Красного Полумесяца Кыргызстана помогает разлученным родным искать и находить друг друга не только на территории страны, но и за ее пределами. За 10 летний период деятельности службы было восстановлено 300 семейных связей.

Министерство труда и социального развития КР оказывает социальную поддержку малообеспеченным детям, пожилым гражданам, людям с ограниченными возможностями здоровья. Одним из стратегических партнеров в этом деле стало Национальное Общество Красного Полумесяца.

В рамках данной деятельности НОКП КР осуществляет социально-гуманитарную помощь различным слоям населения, таким как, одинокие престарелые, уязвимые женщины, дети в тяжелой жизненной ситуации, люди с ограниченными возможностями, люди без определенного места жительства, мигранты. Для оказания более эффективной адресной помощи уязвимым слоям населения между Министерством труда и социального развития и НОКП КР был подписан Меморандум о сотрудничестве.

Так при тесном сотрудничестве с ведомством, при НОКП в настоящее время работают Дом престарелых Красного Полумесяца на 70 мест (Карабалта), Хоспис им. Анри Дюнана для тяжелобольных на 15 мест (Карабалта), кризисный центр для беспризорных детей (Карабалта), школа Красного Полумесяца для социальных беспризорников (Каракол), 3 медико-социальных центра для тяжелобольных людей (Бишкек, Джалал-Абад, Кара-Балта), санитарно-гигиенические учреждения – парикмахерские, прачечные, бани (Бишкек, Нарын, Каракол, Майли Суу, Карабалта), реабилитационный центр для детей с синдромом Дауна, ДЦП “Тенир Колдо” в г.Талас. В 2015 году при содействии Национального Общества подопечные интернатных учреждений страны получили на зиму 5 290 кг теплых вещей. С 2015 по 2019г совместно с партнерами и при поддержке Министерства Труда и Социального Развития помощь в виде продуктов питания была оказана 15 884 нуждающимся и малоимущим семьям. Волонтеры Красного Полумесяца — это значительный вклад в социальное развитие страны, а также экономически эффективная модель развития. занятие волонтерской деятельностью может сыграть ключевую роль в дальнейшем самоопределении молодого человека, выборе профессии. Волонтерская деятельность развивает самостоятельность, а сама «имитация» взрослой жизни – эффективный инструмент взросления. И поэтому целью Красного Полумесяца Кыргызстана стало содействие в установлении общих правил и порядка в деятельности волонтеров в Кыргызской Республике.

Волонтеры – это важная составляющая, основа гуманитарной деятельности не только Красного Полумесяца Кыргызстана, но и всего Международного Движения Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца. Уже на протяжении около 10 лет совместно с организациями, занимающимися развитием волонтерского движения в стране, проводим различные мероприятия, основной целью которых является развивать волонтерство в стране, общее видение, конкретные шаги и правила, по которым будет вестись работа, разновидность и формы волонтерства, критерии отбора волонтеров, механизмы поощрения, орган/институт управления, виртуальная база данных всех волонтеров, поиск финансирования, пиар деятельность, и другие вопросы практического применения. В результате нашей совместной инициативы, было положено начало систематизации развития волонтерской активности в Кыргызстане. Разработаны документы, в которых заложены видение и план развития волонтерства в Кыргызстане, что облегчает работу всем заинтересованным сторонам. НОКП КР также активно осуществляет деятельность по распространению знаний о Международном Гуманитарном Праве, которое является одним из самых эффективных инструментов, которыми располагает международное сообщество для обеспечения безопасности людей и соблюдения уважения их достоинства во время войны и конфликтов.

За 93-летний период Красный Полумесяц играет роль связующего звена с самой большой гуманитарной сетью в мире в лице Международного Движения Красного Креста и Красного Полумесяца, стоит на защите принципов гуманитарного права, а сотрудники организации - это люди, которые сочетают милосердие и высокий профессионализм. На протяжении многолетней истории деятельность НОКП КР неоднократно была оценена руководством государства:

- в 1967 году за большие заслуги в оказании помощи советскому здравоохранению, ак-

тивное участие в борьбе за мир Советский Красный Крест, в состав которого входит Красный Крест Киргизии, был награжден орденом Ленина;

- в 1976 году за активную работу по широкому вовлечению трудящихся республики в проведение мероприятий по охране здоровья населения Красный Крест Киргизии награжден Почетной Грамотой Верховного Совета Киргизской ССР;

- в 1996 году за благотворительную деятельность, направленную на улучшение участи уязвимых слоев населения, Общество Красного Полумесяца было награждено Почетной Грамотой Президента Кыргызской Республики.

МАЗМУНУ / СОДЕРЖАНИЕ / CONTENTS

ОРИГИНАЛДУУ ИЗИЛДӨӨЛӨР / ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ / ORIGINAL RESEARCH

5 Исаков А.Ы., Калыев К.М. *Массалык жаракаттоо шартында баиш мээ жарааты менен айкалышкан лор органдарынын жабыркоосундагы ириң-септикалык кабылдоолорду дарылоо жана алардын алдын алууда “карболен майын” колдонуу. / “Carbolen mазь” в лечении и профилактике гнойно-септических осложнений при повреждениях головного мозга и лор органов в условиях массового травматизма. / “Carbolen ointment” in management and prevention of purulent septic complications in traumatic brain injury combined with ent organs’ injury in case of massive injuries.*

11 Шамуратов У. А. *Баиш мээ жарааты менен айкалышкан көрүү органдарынын жараатын патогенетикалык дарылоо. / Патогенетическая терапия сочетанных повреждений головного мозга и органов зрения. / Pathogenetic management for combined skull brain and eye injuries.*

17 Шамуратов У. А., Калыев К.М. *Баиш мээ жарааты менен айкалышкан көрүү органдарынын жараатын дарылоонун натыйжалары. / Результаты лечения сочетанных повреждений головного мозга и органов зрения. / Management results for combined skull brain and eye injuries.*

23 Сейдуанова Л.Б., Карабалин С.К., Кошербаева Л.К. *Жалпы практикалык врачтардын профессионалдык күйүп кетүү синдромун түзүүдөгү өзгөчөлүктөрдү изилдөө. / Изучение особенностей формирования синдрома профессионального выгорания у врачей общей практики. / Study of the peculiarities of the formation of the professional burnout syndrome in general practitioners.*

28 Сейдуанова Л.Б., Карабалин С.К. *Уэжж жана медициналык кароонун материалдары боюнча жалпы практикалык врачтардын ден соолугунун абалын баалоо. / Оценка состояния здоровья врачей общей практики по данным звут и материалам медицинского осмотра. / Assessment of the health condition of general practioners according to the morbidity with temporary disability and materials of medical inspection.*

ПРОФИЛАКТИКАЛЫК МЕДИЦИНА / ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА / PREVENTATIVE MEDICINE

33 Алпысбаева Ж.Т. *Эмгектин шарттардын чакырыгына ылайыкташуу аракетин алууда кызматкерлердин өкүлчүлүктүү органы менен өз ара аракеттенүү системасын баалоо. / Оценка системного взаимодействия организма работников в процессе адаптации к условиям труда. / Assessment of the systemic interaction of the body of workers in the process of adaptation to working conditions.*

ЖЫЛДЫК / ЮБИЛЕЙ / ANNIVERSARY

40 Бримкулов Н.Н. *Академик А.М.Убайдуллаев – орто азиядагы өлкө оорулар доктурларынын мугалими жана насаатчысы (85 жаш мааракесине арналат). / Академик А.М.Убайдуллаев – учитель и наставник пульмонологов центральной азии (к 85-летию со дня рождения). / Academician A.M. Ubaidullaev – teacher and mentor of pulmonologists of central asia (to the 85th anniversary).*

МААЛЫМАТ/ ИНФОРМАЦИЯ / INFORMATION

46 Вклад Красного Полумесяца в здравоохранение Кыргызстана.

“Кыргызстандын саламаттык
сактоосу” илимий-практикалык
журналы
Научно-практический журнал
“Здравоохранение Кыргызстана”
№3 2019-сентябрь
1938 ж/г
Чыгып баштады / Издається

Редакциянын дареги /
Адрес редакции:
720005
Кыргыз Республикасы Бишкек
ш. Байтик Баатыр көчөсү 34 /
Кыргызская Республика
г. Бишкек, ул. Байтик Баатыра 34
Чейрек саны /
Ежеквартальный тираж: 400экз.
Заказ №3

Басылып чыгарылды /
Отпечатано в типографии:
ИП Бабенко В.Д.
Кыргыз Республикасы
Бишкек ш.
Жукеев-Пудовкин к.43-10
Кыргызская Республика
г. Бишкек
ул. Жукеева-Пудовкина. 43-10

КӨРСӨТМӨ № 740 2019-ж. 24-сентябрь.

**“Кыргызстандын саламаттык сактоосу
илимий- практикалык журналына жазылуу жөнүндө**

Кыргыз Республикасынын медицина илимдеги акыркы маалыматтарды алуу жана илимий иштер менен үзгүлтүксүз таанышып туруу максатында

1. Саламаттык сактоо уюмдарынын жана медициналык билим берүү мекемелеринин жетекчилерине:
 - 1.1. көрсөтмөдөгү тиркемеге ылайк 2020 –жылга “Кыргызстандын саламаттык сактоосу” илимий-практикалык журналына жазылуу жүргүзсүн (жазылуу индекси №77316, “Кыргыз почтасы”, журналдын бир номеринин баасы 750 сом,квартал сайын чыгат);

Мөөнөтү: биринчи жарым жылдыкка
2019-жылдын 23 сентябрынын
31 –декабрына чейин;
экинчи жарым жылдыкка 2020- жылдын
15 – апрелинен 30-июнуна чейин.
 - 1.2. Жазылуунун жыйытыгы жөнүндө “Кыргыз саламаттык сактоосу” илимий-практикалык журналынын редакциясынын zdrav.kg@mail.ru электрондук почтасына билдирилсин.

Мөөнөтү: биринчи жарым жылдыкта
2020-жылдын январь айынын ичинде;
экинчи жарым жылдыкта 2020-жылдын
июль айынын ичинде.

2. Бул көрсөтмөнүн аткарылышынын көзөмөлдө АРЖУИБ начальниги Бообековага А.А. жүктөсүн.

Статс-катчы



Шадыханов К.Т.

Аткарычуу : Мергенова И.О. , 544575

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ НАУЧНЫХ СТАТЕЙ ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ В ЖУРНАЛЕ

Статью можно предоставить на одном из языков кыргызском, русском, английском.

Редакция журнала просит авторов при направлении статей руководствоваться изложенными ниже правилами:

РАЗДЕЛ _____ (Передовая *γ* Оригинальные исследования *γ* Клиническая медицина *γ* Профилактическая медицина *γ* Проблемы в образовании или медицинское фармацевтическое образование *γ* Сестринское дело *γ* Обзоры и лекции *γ* История медицины *γ* Помощь практическому врачу *γ* Юбилей *γ* Информация и хроника)

DOI _____

УДК Шифр (Универсальной десятичной классификации) _____

(* значок стоит) В этих пунктах пишется все на трех языках (кыргызском, русском, английском)

* Коллектив авторов, 2019

* Фамилия Имя Отчество например:

- Касымов О.Т.¹ Бримкулов Н.Н.², Чубаков Т.Ч. ^{1,2}
 1. Научно-производственное объединение “Профилактическая медицина” МЗ КР, ул.Байтик-Баатыра, 34 Бишкек, Кыргызская Республика, 720005
 2. КГМА им. И.К. Ахунбаева, ул. Ахумбаева, 92, Бишкек, Кыргызская Республика, 720005

* Название статьи.....

* Место, адрес работы.....

В резюме входят разделы:

1. *Введение.
2. *Цель исследования-
3. *Материалы и методы.
4. *Результаты.
5. *Выводы.
6. *Ключевые слова от 7 до 10 слов
7. *Для цитирования:

1. ФИО авторов
2. Название статьи
3. Ссылка на название журнала

Введите URL, где эта информация может быть найдена

Например <http://www.zdrav.kg/> журнал “Здравоохранение Кыргызстана”.

DOI: [http:// dx.doi.org/10.31089/1026-9428-2019-59-6-324-329](http://dx.doi.org/10.31089/1026-9428-2019-59-6-324-329)

8. *Для корреспонденции:

Полностью пишется фамилия, имя отчество автора, например:

Бримкулов Нурлан Нургазиевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой семейной медицины последипломного обучения КГМА им. И.К. Ахунбаева. E-mail: brimkulov@list.ru, конт. телефон.

9. *Финансирование. Например: Исследование не имело спонсорской помощи или поддерживалось проектом ЮСАИД и т.п. ит.д.

10. *Конфликт интересов. Например: Авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов

Статья начинается:

Введение.

Цель исследования-

Материалы и методы.

Результаты и обсуждение.

Выводы:

Список литературы

Сведения об авторах:

Подать заявку на публикацию. Статья должна сопровождаться рекомендацией (отзывом) учреждения, в котором выполнена работа, заверенная печатью. В электронном виде возможна отправка на электронную почту zdrav.kg@mail.ru

Статья подписывается автором (авторами).

Статья должна быть тщательно отредактирована. Особое внимание следует обратить на ясность и лаконичность стиля, точность и последовательность в изложении материала.

Название статьи должно быть кратким и отражать содержание работы.

Статья предоставляется в редакцию: на CD-носителях, флэш-накопителях, с обязательной распечаткой текста. Через электронную почту zdrav.kg@mail.ru в архивированном виде гаг или zip.

Возможные форматы файла: doc, ttf, pdf.

Общий объем рукописи, включая литературу, таблицы и рисунки, не должен превышать 8-10 страниц. Шрифтом Times New Roman 14, через 1.5 интервал, в одном экземпляре; поля: верхнее и нижнее - 20 мм, левое - 30 мм, правое - 15 мм.

Статьи публикуются по мере поступления. Датой поступления статьи считается дата получения редакцией ее окончательного варианта. Рукописи не возвращаются.

Стоимость публикации статьи - 250 сом за одну страницу для граждан КР, 500 сом для иностранных граждан, оформленную согласно требованиям Минимальный объем статьи – 5 страниц, максимальный - не более 10 страниц. Превышение допускается до 15 страниц, каждая страница за дополнительную плату (1000 сом). Стоимость авторского экземпляра – 500 сом.

Правила оформления статей могут совершенствоваться в соответствии с требованиями ВАК КР - следите за изменениями на сайте: zdrav.kg, а также в последнем вышедшем номере журнала.

Дополнительную информацию о научно-практическом журнале «Здравоохранение Кыргызстана» можно получить по адресу: г. Бишкек, ул. Байтик Баатыра, 34, НПО «Профилактическая медицина», 1 этаж, 11 каб.редакция журнала "Здравоохранение Кыргызстана"

Конт. тел.: 0312 544575; 0700 737241; 0557 737241; 0772 919150;
e-mail: info@zdrav.kg; zdrav.kg@mail.ru

Редакция журнала убедительно просит авторов, ответственных за переписку с редакцией, кроме телефонов и адреса для переписки, указывать также свой электронный адрес (e-mail), так это значительно ускорит связь для решения неясных вопросов, возникающих по ходу обработки и рецензирования статьи.

Дата о получении рукописи редакцией “__” _____ 2019г.

Дата принята к публикации после исправления “__” _____ 2019г.

Дата публикации “__” _____ 2019г.