

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© Коллектив авторов, 2016
УДК 616.8-08-039.76:362.121

**ОБРАЩАЕМОСТЬ ПО БОЛЕЗНЯМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ
В УЧРЕЖДЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

З.Х. БАБАДЖАНОВА, Х.Б. ТОШЕВА, Н.И. АХМЕДОВ

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан

Врачи общей практики, чья деятельность была предметом нашего исследования, осуществляют эффективную помощь населению при неврологических заболеваниях, некоторых видах хирургической, гинекологической и офтальмологической патологии, заболеваниях кожи и подкожно-жировой клетчатки. Об этом свидетельствует и меньшее число больных, направляемых на консультации к узким специалистам врачами общей практики в сравнении с участковыми терапевтами и педиатрами.

Ключевые слова: неврологическая заболеваемость, врачи общей практики.

**NEGOTIABILITY BY DISEASES OF NERVOUS SYSTEM TO ESTABLISHMENTS
OF PRIMARY LINK OF HEALTH CARE**

Z.H. BABADJANOVA, H.B. TOSHEVA, N.I. AKHMEDOV

Bukhara state medical institute, Uzbekistan

Thus, general practitioners, whose activity was a subject of our research, carry out the effective help to the population at neurologic diseases, some types of surgical, gynecologic and ophthalmologic pathology, diseases of skin and hypodermic and fatty cellulose. The smaller number of the patients directed on consultations to narrow experts by general practitioners in comparison with local therapists and pediatricians also testify to it.

Keywords: neurologic incidence, general practitioners.

В большинстве стран мира болезни нервной системы являются одной из ведущих причин заболеваемости с временной утратой трудоспособности, инвалидизации и преждевременной смерти. Кроме того, эти болезни ведут к росту затрат семьи и государства на сохранение здоровья. Изучая болезни нервной системы, а также влияние на них внешней среды, можно целенаправленно разрабатывать и проводить программы по улучшению

здоровья населения путем раннего выявления, повышения качества лечения и, что самое главное – эффективности профилактики. В рамках реализации государственной программы реформирования здравоохранения, утвержденной Указом Президента Республики Узбекистан от 10 ноября 1998 года № УП-2107 предусматривает обеспечение государством гарантированного уровня и качества ПМСП населению. При участии Всемирного

банка был выполнен первый проект «Здоровье-1» и на примере экспериментальных территорий (Ферганская, Навоийская, Сырдарьинская, Хорезмская области и Республика Каракалпакстан) сформирована национальная модель первичной медико-санитарной помощи в сельской местности. В соответствии с кредитным Соглашением, подписанным между Правительством Республики Узбекистан и Международной ассоциацией развития (МАР) с 2005 года реализуется проект «Здоровье-2». Проект «Здоровье-2» является продолжением проекта «Здоровье-1», выполненного при участии Всемирного банка в период 1998-2004 года и предусматривает распространение достижения первого проекта по всей стране.

Сельские врачебные пункты (СВП), созданные и получившие развитие в соответствии с постановлением Кабинета Министров Республики Узбекистана №182 от 21 мая 1996г. «О программе развития социальной инфраструктуры села Республики Узбекистана на период до 2000 года», стали ключевыми медицинскими учреждениями, обеспечивающими квалифицированную непрерывную многопрофильную медицинскую помощь жителям сельскому населению. Ведущее место по обращаемости за медицинской помощью и по причинам временной нетрудоспособности в отечественной неврологической практике занимают больные с вертебро-неврологической и хронической цереброваскулярной патологией. Рост числа больных с болями в спине, представленных преимущественно лицами трудоспособного возраста, признан важной медико-социальной и экономической проблемой [1-3]. Повышенное внимание к проблеме сосудистых заболеваний головного мозга определяется значительной распространенностью данной патологии, выявляемой в России приблизительно у 20% лиц трудоспособного возраста, связанной с ней тяжелой инвалидизацией и высокой летальностью [4-7]. Особое значение придается своевременному лечению больных с начальными формами недостаточности

кровообращения мозга, представляющему реальную возможность снижения заболеваемости инсультом [8, 9].

Цель исследования

Изучить современное состояние оказания неврологической помощи населению в первичном звене здравоохранения и определить пути улучшения и совершенствования этого процесса.

Материалы и методы

В период 2007-2009 гг. проведено исследование в 6 сельских врачебных пунктах Бухарской области – «Геофизика», «Касри Орифон», «Паррандачилик» Каганского района и «Тор-Тор», «Хонобод», «Зарманак» Бухарского района, в которых функционируют учебные подразделения Центра подготовки ВОП Бухарского государственного медицинского института. Для проведения анализа и оценки ведения больных с болезнями нервной системы в условиях первичного звена здравоохранения проведено изучение объема знаний и умений в сфере неврологии врачей общей практики Бухарской, Кашкадарьинской и Навоийской областей, проходящих обучение по 10 месячной программе подготовки ВОП по программе «Здоровье-2» в центре подготовки ВОП Бухарского государственного медицинского института за период 2007-2009 года. При разработке методических подходов по рациональному менеджменту пациентов с болезнями нервной системы в условиях первичного звена здравоохранения были разработаны методические рекомендации «Роль врача сельского врачебного пункта в оказании неврологической помощи населению». Изучение заболеваемости населения по обращаемости осуществлялось путём сбора соответствующей информации (выкопировка) из первичной медицинской документации: индивидуальная карта больного (ф.025/у), история развития ребёнка (ф.112/у), журнал регистрации неврологических заболеваний и отчёты врачей общей практики, выезжавших на планово-консультативную помощь. Данные об обращаемости и посещаемости населения в лечебно-

профилактические учреждения первичного звена выкопировывались на специальную карту посетившего ЛПУ. При учёте заболеваемости под обращением принято понимать лишь первое посещение пациентом СВП в данном календарном году по поводу заболевания, зарегистрированного в соответствующих формах медицинской документации. Во всех остальных случаях правильным будет употребление термина «посещение», тем более что после первого обращения в СВП и регистрации заболевания больной может неоднократно посещать врача по поводу того же заболевания. Для сбора информации были разработаны специальные карты, в которые вносились данные о месте размещения СВП, их отдаленности от Центральной районной больницы и других взаимосвязанных лечебно-профилактических учреждений, количество обслуживаемого населения и работающих врачей, в том числе ВОП, число посещений прикрепленного населения к СВП, с разделением в соответствии с целью визита (по поводу заболевания либо других причин).

В карту также были внесены число пациентов, направленных на госпитализацию и консультацию к врачам узких специальностей, проведенные анализы, а также объём работы дневных стационаров, функционирующих в СВП. Аналогично

изучена деятельность 6 сельских врачебных пунктов в Бухарской области. По другой карте изучены характер деятельности, годовая, дневная нагрузка врачей, структура заболеваемости населения по обращаемости в СВП. Распределение больных по возрастным группировкам мало отличалось в анализируемых СВП, и основную часть пролеченного контингента составляли люди в возрасте от 30 до 50 лет.

Результаты и их обсуждение

Как показал анализ гендерной структуры обратившихся за медицинской помощью, СВП чаще посещают женщины, что, по-видимому, связано не только с психологическими особенностями, но и с тем, что они, как правило, более ответственно относятся к своему здоровью, кроме того, зачастую они приводят к ВОП своих заболевших детей и уже здесь по инициативе медперсонала проходят какое-то обследование [10, 11]. Наиболее часто причиной посещения ВОП является заболевание, на втором месте – посещение врача по поводу диспансеризации или профилактического осмотра. Большинство населения посещает своего участкового врача не чаще одного раза в месяц. В исследуемых нами СВП отмечается динамика нарастания показателя посещаемости, то есть количество обращений в месяц с каждым годом увеличивается (табл. 1).

Таблица 1

Общая обращаемость населения по исследуемым СВП

Количество населения	Общая обращаемость					
	2007 год		2008 год		2009 год	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
25615	ж. 12048	47,0±0,58	15120	59,0±0,62*	15360	60,0±0,62*
	м. 6024	23,5±0,29	7560	29,5±0,31*	7680	30,0±0,31*
	Всего: 42528. 21264 (83,0±0,23%) (166,0±0,46%)					

Примечание: * – достоверно по сравнению с 2007 г. (P < 0,001)

Наибольшее число посещений в СВП к ВОП отмечается по классу болезней нервной системы (22,40 ± 0,26). На втором месте болезней органов дыхания (19,97 ± 0,25), на третьем месте

болезни системы кровообращения (13,43 ± 0,21), и четвертом месте инфекционные и паразитарные заболевания (11,6 ± 0,20) (табл. 2). Далее идут болезни органов пищеварения (9,76 ± 0,19), болезни

мочеполовой системы ($6,14 \pm 0,15$) и др. Следует отметить, что удельный вес первичных и повторных посещений в итоге распределились аналогичным образом. Более углубленный анализ отношения первичных к повторным посещениям показал, что в целом по всем посещениям этот показатель был больше первичного посещения, число повторных посещений

меньше. Самый низкий показатель наблюдается по классу заболеваний кожи и подкожной клетчатки ($0,10 \pm 0,02$) и травмы ($1,44 \pm 0,07$). Это связано с тем, что больные в большинстве случаев к врачу обращаются 1 раз и при этом обращения получают необходимые лечебно-профилактические рекомендации (табл. 2).

Таблица 2

Первичная и повторная обращаемость в СВП по группам заболеваний

№	Наименование класса	Всего		Первичное		Повторное	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
I	Инфекционные и паразитарные заболевания	2971	11,6±0,20	2524	11,87±0,22	496	1,39±0,48
II	Новообразования	39	0,15±0,02	26	0,12±0,02	15	0,34±0,09
III	Болезни эндокринной системы расстройства питания	195	0,76±0,05	153	0,72±0,06	60	1,38±0,18
IV	Болезни крови и кроветворных органов	1890	7,38±0,16	1408	6,62±0,17	465	10,68±0,47
V	Психические расстройства	648	2,53±0,10	544	2,56±0,11	120	2,76±0,25
VI	Болезни нервной системы и органов чувств	5738	22,40±0,26	4895	23,02±0,29	781	7,93±0,58
VII	Болезни системы кровообращения	3440	13,43±0,21	2752	12,94±0,23	691	15,87±0,55
VIII	Болезни органов дыхания	5116	19,97±0,25	4397	20,68±0,28	691	5,87±0,55
IX	Болезни органов пищеварения	2500	9,76±0,19	1952	9,18±0,20	541	12,42±0,50
X	Болезни мочеполовой системы	1574	6,14±0,15	1318	6,20±0,17	270	6,2±0,37
XI	Осложнения беременности родов и послеродового периода	216	0,84±0,06	140	0,66±0,06	90	2,07±0,22
XII	Болезни кожи и подкожной клетчатки	26	0,10±0,02	26	0,12±0,02	0	0
XIII	Болезни костно-мышечной системы и соед. ткани	800	3,12±0,11	710	3,34±0,12	105	2,41±0,23
XIV	Врожденные аномалии	39	0,15±0,02	38	0,18±0,03	0	0
XV	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	39	0,15±0,02	38	0,18±0,03	0	0
XVI	Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния	14	0,05±0,01	13	0,06±0,02	0	0
XVII	Травмы и отравления	370	1,44±0,07	330	1,55±0,08	30	0,69±0,13
	Итого по классам	25615	100	21264	83,0±0,23	4355	17,0±0,23

При неврологических заболеваниях значительная часть населения обращается к участковому врачу. Определенный отток посетителей СВП к частнопрактикующим врачам на некоторых территориях происходит в связи с большей территориальной доступностью частнопрактикующего врача невролога [12, 13].

Неврологические расстройства обуславливают довольно большой процент обращаемости не только в Узбекистане, так, в частности, в Великобритании, 1/5 обращений больных с urgentными состояниями приходится на неврологические проблемы, а среди всех обращений к ВОП 10% составляют больные с неврологическими жалобами и симптомами (табл. 3).

Таблица 3

Неврологическая обращаемость в исследуемых СВП

Количество населения	Неврологическая обращаемость					
	2007 год		2008 год		2009 год	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
25615	1152	25,9±0,66	1464	32,9±0,70*	1836	41,2±0,74**
	Всего: 4452 (17,4±0,24%)					

Примечание: * – достоверно по сравнению с 2007 г (P<0,001);

** – достоверно по сравнению с 2009г (P<0,001);

Проанализировано обратившихся 540 больных в шести сельских врачебных пунктах за период 2007-2009 гг. и определены нижеследующие неврологические синдромы (табл. 4). Наиболее часто к врачам СВП обращаются с головными болями, а также с головными болями в

сочетании с ухудшением памяти, головокружениями. Также часты обращения с болями в спине, то есть среди посетителей имеется большое количество больных с сосудистыми нарушениями и проблемами позвоночника.

Таблица 4

Синдромологическая структура обращаемости больных в СВП (n = 540)

Синдромы	изредка		очень часто		никогда		время от времени		внезапно	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Головные боли	202	37,4	120	22,2	175	32,4	34	6,3	9	1,7
Головокружение	95	17,6	155	28,7	166	30,7	100	18,5	24	4,45
Головные боли с нарушениям памяти	136	25,2	80	14,8	280	51,8	34	6,3	10	1,86
Головокружение с нарушениями памяти	120	22,2	110	20,3	206	38,1	73	13,5	31	5,7
Боли в спине и шее	100	18,5	184	34,0	186	34,4	27	5,0	44	8,15
Судорожные синдромы	52	9,6	48	8,9	320	59,2	48	8,9	72	13,34
Нарушения памяти	104	19,2	110	20,3	178	32,3	120	22,2	28	5,2
Нарушения сна	48	8,9	87	16,1	263	48,7	107	19,8	35	6,49
Нарушения речи	14	2,6	0	0	511	94,6	0	0	15	2,9
Спутанность сознания	2	0,3	3	0,56	521	96,5	0	0	14	2,6
Головная боль и нарушения сознания	52	9,6	0	0	457	84,6	5	0,8	26	4,8
Тремор	11	2,0	0	0	496	91,8	29	5,4	4	0,74
Потеря сознания	26	4,82	6	1,2	439	81,3	13	2,41	56	10,4
Нарушения чувствительности	8	1,5	2	0,3	450	83,3	4	0,74	76	14,1

В настоящее время неврологические больные в сельской местности в Республике Узбекистан находятся на учете в центральных районных поликлиниках у врача невропатолога и у врача общей практики в СВП. Такой двойной учёт, дублирование приводят к неудобствам как

для ВОП, так и для больных. В сельской местности, из-за обширности обслуживаемой территории, как правило, районные поликлиники находятся на большом отдалении от мест проживания сельского населения. Несмотря на то, что пациентов наблюдают и лечат ВОП в СВП по месту

жительства, при действующем порядке для получения справок, направлений на стационарное лечение, и отчасти лечения, больные вынуждены преодолевать большие расстояния чтобы обратиться к врачам-невропатологам в центральные районные поликлиники. Это ухудшает качество обслуживания данного контингента больных. В исследованных нами Бухарском и Каганском районах больным приходится преодолевать расстояния более 40 км чтобы попасть к врачам-невропатологам центральных районных поликлиник для решения этих несложных вопросов. В связи с этим, как нам кажется, необходимо внести изменения в структуру учёта неврологических больных в сельской местности с целью улучшения качества обслуживания данной категории больных. Решение данной проблемы возможно путем организации учёта с использованием компьютерных информационно-коммуникационных технологий и создания в центральных районных поликлиниках базы данных, доступной для всех СВП. Большая группа заболеваний, при которых в первую очередь поражается нервная система, например, дорсопатии, в Узбекистане не включены в реестр неврологических расстройств, и считаются заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Наиболее часто, как выяснилось, ВОП оказывают самостоятельную диагностическую помощь при таких заболеваниях, как мигрень и радикулиты разной локализации. В более сложных случаях, требующих неотложной помощи, более тонкой, в том числе топической диагностики, таких как геморрагический инсульт, эпилептический статус, субарахноидальные кровоизлияния и т.п., как правило, обращались к помощи специалистов. Анализ случаев направления ВОП неврологических больных к другим специалистам имеет особое значение. ВОП относится к категории затратно-эффективных специальностей, и главная особенность ее состоит как в обеспечении профилактической деятельности среди населения, так и в максимально возмож-

ном удовлетворении потребностей пациентов при первичном обращении по поводу заболеваний. Отсюда становится ясным значение анализа частоты и причин направления каждым ВОП своих пациентов к другим врачам – узким специалистам [14, 16]. При этом можно выявить особенности деятельности как ВОП, работающих в учреждениях первичного звена, так и врачей узких специалистов центральных районных поликлиник и больниц, а также в ЛПУ областного уровня. Лист регистрации направлений к другим специалистам отражает все основные сведения о направлении: дата, причина, специалист, номер направления. Диагноз в данном листе не указывается. Он обозначается как в дневнике медицинской карты, так и в бланочной форме самого направления. Внедрение этого листа в разработанную форму медицинской карты даёт возможность ВОП контролировать направление пациента к другим специалистам и, соответственно, облегчает мониторинг результатов этих направлений со стороны ВОП. Врачи общей практики в случаях с неврологическими больными в большинстве случаев стараются оказать помощь самостоятельно. К специалистам отправляют в основном диспансерных больных либо в случаях осложнённого течения заболевания.

Качество и объем оказываемых услуг неврологическим больным врачами общей практики зависят в первую очередь от уровня их знаний. В медицинских институтах Республики Узбекистан в настоящее время готовят врачей общей практики. Курс неврологии студенты проходят на 5 курсе в объеме 70 часов и на 6 курсе в объеме 62 часа практических занятий (см. Приложение). Проведенные нами анкетный опрос и претест по неврологии врачей общей практики – курсантов 10 месячных курсов подготовки врачей общей практики показали:

1. Все курсанты считают недостаточным объем знаний, полученных в медицинском институте по курсу неврология для самостоятельной курации нев-

рологических больных. Все курсанты считают недостаточным количество часов по курсу неврологии.

2. Всего 20% курсантов получили удовлетворительные оценки по претесту.

3. Так как в момент опроса более 70% курсантов имели стаж работы более 7 лет, они успели многое забыть из знаний по неврологии, полученных в медицинском институте.

В целях определения целесообразности и эффективности дополнительной тематической (по неврологии) последипломной подготовки ВОП в качестве метода устранения выявленных недостатков уровня знаний и умений по изучаемому профилю, нами проведено исследование их динамики после прохождения 10 месячных курсов подготовки по программе «Здоровье-2» в специализированных центрах. Программа подготовки врачей общей практики разработана на основании проекта «Здоровье-2» и включает 1584 ч. часов лекций, практических занятий и самостоятельной работы. Из них всего 36

часов посвящено циклу неврологии. Анализ усвоения материала по циклу неврологии среди курсантов за 2007-2008 и 2008-2009 показал, что 74,7% слушателей получили хорошие, а остальные – удовлетворительные оценки. Эти данные не отличаются от результатов экзаменов по другим циклам.

Врачи общей практики, как и следовало ожидать, испытывают наибольшие затруднения в ведении больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (инсульты), генерализованной эпилепсией, эпилептическим синдромом и рядом других аналогичных состояний. В таких ситуациях они, как правило, направляют больных к врачу-неврологу в центральную районную больницу. Врачи общей практики чувствуют недостаток знаний и умений в вопросах менеджмента таких заболеваний, как острое нарушение мозгового кровообращения (30,0%), генерализованные эпилептические припадки (45,0%), субарахноидальное кровоизлияние мозга (15,0%) (табл. 5).

Таблица 5

Методы диагностики, используемые врачами общей практики при обследовании неврологических больных (n = 120)

Методы обследования	абс.	%
Оценка координации движений рефлексов	12	10,0
Исследование сухожильных рефлексов	12	10,0
Исследование чувствительности	0	0
Осмотр глазного дна при помощи офтальмоскопа	0	0
Исследование 12 пар ЧМН	0	0
Исследование моторных качеств	12	10,0
Все вышеназванное	84	70,0

Нами проведен анализ оценки населением уровня качества оказания медицинской помощи врачами, которые оказывали помощь в рамках обще врачебной практики. Большинство пациентов положительно оценивают работу ВОП. В 10,0 % случаев пациенты считали ВОП терапевтом, 34,0 % – педиатром, а 56,0 % больных оценивали ВОП как специалиста по многим заболеваниям, что указывает на то, что население адекватно воспринимает ВОП как многопрофильных специа-

листов, разбирающихся в различных заболеваниях.

Выводы

Неврологические больные составляют более 1/5 обращающихся за помощью к ВОП в учреждениях первичного звена и этот показатель имеет тенденцию к увеличению с каждым годом. Включение заболеваний костно-мышечной системы (дорсопатий) и пограничных расстройств (депрессивных расстройств) будет отражать более объективную картину обра-

щаемости неврологических больных к ВОП [1, 17-20]. На диспансерном учете неврологические заболевания составляют основную часть (более 80%) больных, и вместе с патологией сердечно сосудистой системы являются основой причиной инвалидизации населения. За счет увеличения продолжительности жизни этой категории больных количество диспансерных больных имеет тенденцию к увеличению. Основную часть обращающихся к ВОП составляют лица 40-60 лет, преимущественно женского пола, что отражает их социальное состояние, занятость и отношение к своему здоровью. Большая часть посетителей имеет среднее специальное образование, очень малую часть составляет люди с высшим образованием, что выражается в низком уровне санитарного образования среди обследуемых. Это подтверждается тем, что только 20% из них регулярно занимается спортом. Основной целью посещения ими СВП является, как правило, прохождение профилактических осмотров [21-23]. Среди неврологических симптомов, у больных, обращающихся в СВП, наиболее часто встречаются жалобы на боли в спине, нарушения сна и головная боль. Более серьезные неврологические проблемы, как например, судорожные состояния, нарушения памяти и т.п., выявляются у больных, находящихся на диспансерном учете. Организация взятия на учет, и диспансерного наблюдения неврологических больных, которая имеет место в современной системе сельского здравоохранения (нахождение на учете у невролога в ЦРБ, вдали от места проживания) является причиной неудобств для больных, снижения качества обслуживания населения данной категории. В приказе №80 МЗ РУз не учтена фактическая обращаемость неврологических больных к врачам общей практики и недостаточно представлены методы диагностики неврологических больных. В программах преподавания курса неврологии в медицинском институте резидентам бакалавриатуры и 10-месячного курса подготовки врачей

общей практики недостаточно отражены те патологии, которые чаще всего встречаются в практике ВОП, что приводит к недостаточности знаний и низкому качеству менеджмента неврологических больных в СВП. Для улучшения качества обслуживания необходимо введение в программы преподавания неврологии дополнительно ряда заболеваний на основе потребностей и запросов врачей общей практики. Разработаны методические рекомендации для врачей общей практики «Роль врача сельского врачебного пункта в оказании неврологической помощи населению» и «Диспансерное наблюдение неврологических больных с в условиях первичного звена здравоохранения». Считаем необходимым ввести в реестр неврологических заболеваний дорсопатии и депрессивные состояния. С учетом сложившейся структуры и особенностей обращений к ВОП, рекомендуется проведение целенаправленного подхода при планировании ВОП, а также вопросов адекватного оснащения учреждения. Ввести коррективы в процесс подготовки врачей общей практики как на уровне медицинских институтов, так на курсах по подготовке врачей общей практики, с учетом частоты обращаемости неврологических больных в СВП. Целесообразно пересмотреть действующие приказы Министерства здравоохранения Республики Узбекистан по части организации ведения учета неврологических больных «Обращения в учреждения здравоохранения для медицинского осмотра и обследования» для учреждений ПМСП, в условиях сельской местности передав всю учетную документацию диспансерных больных в СВП. Для эффективности и качественного внедрения новых форм учетной медицинской документации и системы кодировок для учреждений ПМСП, менеджмента наиболее часто встречаемых больных с неврологической патологией целесообразно проводить краткосрочные курсы усовершенствования врачей общей практики. Решение проблемы информационного обслуживания всех уровней медицинского

обслуживания, всех уровней медицинского обслуживания населения должно основываться на единой, целенаправленной и последовательной государственной политике, в рамках проводимого реформирования системы здравоохранения. Необходимо обеспечение большой заинтересованности ВОП в статистической, юридической, экономической информации, рекламе медицинского оборудования, литературе по организации, экономике и менеджменту в здравоохранении и организации труда, а также в библиографической, реферативной и аналитической информации. Разработаны методические рекомендации для врачей общей практики «Роль врача сельского врачебного пункта в оказании неврологической помощи населению» и «Диспансерное наблюдение неврологических больных в условиях первичного звена здравоохранения».

Литература

1. Аграновский М.Л., Мирзаев А.А. Комплекс конституционально-биологических факторов социально-трудового прогноза больных приступообразной шизофренией // *Неврология*. 2008. №2. С. 34-39.
2. Аграновский М.Л., Мадиханов Н.А. Лечение депрессий в неврологической практике // *Неврология*. 2008. №3-4. С. 209.
3. Апанель Е.Н., Мастыкин А.С. Основы восстановления нарушенных функций после инсульта. Минск.: Технопринт, 2005. 166 с.
4. Ажиева З.Б. Динамика и прогноз заболеваемости мозговыми инсультами по данным регистра г. Нукуса // *Неврология*. 2008. №3-4. С. 44.
5. Азимова Ю.Э., Табеева Г.Р. Депрессия и ее соматические проявления // *Лечащий врач*. 2009. №9. С. 22-26.
6. Батышева Т.Т., Костенко Е.В. Опыт организации работы кабинетов клинической нейропсихологии в окружных неврологических отделениях амбулаторной неврологической службы Москвы // *Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова*. 2009. №2. С. 55-59.
7. Алимов У.Х. Факторы прогноза при приступообразно-прогредиентной шизофрении (клинико-лабораторное исследование): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Т., 1999. 43 с.
8. Андриященко А.В., Дробижев М.Ю. Сравнительная оценка шкал *CES-D*, *BDI* и *HADS (d)* в диагностике депрессий в общемедицинской практике // *Журн. неврологии и психиатрии им. Корсакова*. 2003. №5. С. 11-17.
9. Апанель Е.Н. Технология коррекции нарушенных двигательных функций после перенесенного инсульта // *Белорусский медицинский журнал*. 2005. №3. С. 113-115.
10. Акарачкова Е.С., Дробижев М.Ю., Воробьева О.В. Неспецифические боли и депрессия в неврологии // *Журн. неврологии и психиатрии им. Корсакова*. 2008. №12. С. 24-29.
11. Буйков В.А. Психопатологические особенности резистентных неврологических расстройств и психосоматических заболеваний в среднем и позднем возрасте и их лечение // *Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова*. 2003. №6. С. 55-59.
12. Асадуллаев Н.М., Ильхамов Ф.О. Эпидемиология мозгового инсульта и этапность оказания медицинской помощи // *Неврология*. 2002. №4. С. 14-16.
13. Афанасьева Е.В. Клинико-диагностические аспекты оценки состояния равновесия при начальных стадиях дисциркуляторной энцефалопатии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Иркутск, 2004. 25 с.
14. Ахмедов О.Т., Холмирзаев П.Х., Анваров А.А. Структура заболеваемости острым нарушением мозгового кровообращения // *Неврология*. 2002. №4. С. 33-34.
15. Батышева Т.Т. Реабилитация больных с заболеваниями нервной системы в условиях специализированной поликлиники восстановительного лечения // *Медицинская помощь*. 2003. №6. С. 22-24.
16. Вознесенская Т.Г. Эмоциональный стресс и профилактика его последст-

- вий // Международный медицинский журнал. 2007. №2. С. 135-140.
17. Белова А.Н., Щепетова О.Н. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями. М.: Медицина, 1998. С. 30-33.
 18. Белоярцев Д.Ф. Хирургическая профилактика ишемических повреждений головного мозга // Лечение нервных болезней. 2005. №6. С. 9-12.
 19. Буршинов А.О. Неврологические расстройства при бронхиальной астме // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2006. №2. С. 45-48.
 20. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г. Депрессия в неврологической практике (клиника, динамика, лечение) М.: Мед. информ. агентство, 2002. 160 с.
 21. Верещагин Н.В., Пирадов М.А., Сулина Э.А. Инсульт. Принципы диагностики, лечения и профилактики. М., 2002. 179 с.
 22. Виленский Б.С. Инсульт. СПб.: МИА, 1995. 221 с.
 23. Виленский Б.С., Семенова Г.М. Причина смерти вследствие инсульта и возможные меры для снижения летальности (клинико-патологоанатомическое исследование) // Неврологический журнал. 2000. №4. С. 10-13.
- References**
1. Agranovskij ML, Mirzaev AA. Kompleks konstitucional'no-biologicheskikh faktorov social'no-trudovogo prognoza bol'nyh pristupoobraznoj shizofreniej [The complex constitutional-biological factors of social and labor prognosis of patients with paroxysmal schizophrenia]. *Nevrologija [Neurology]*. 2008; 2: 34-39. (in Russian)
 2. Agranovskij ML, Madihanov NA. Lechenie depressij v nevrologicheskoj praktike [Treatment of depression in neurological practice]. *Nevrologija [Neurology]*. 2008; 3-4: 209. (in Russian)
 3. Apanel' EN, Mastykin AS. Osnovy vostanovlenija narushennykh funkcij posle insul'ta [Fundamentals of restoration of impaired functions after a stroke]. Minsk.: Tehnoprnt; 2005. 166 p. (in Russian)
 4. Azhieva ZB. Dinamika i prognoz zabolevaemosti mozgovymi insul'tami po dannym registra g.Nukusa [Trends and forecast the incidence of cerebral strokes according to the register Nukus]. *Nevrologija [Neurology]*. 2008; 3-4: 44. (in Russian)
 5. Azimova JuJe, Tabeeva GR. Depressija i ee somaticheskie projavlenija [Depression and its somatic manifestations]. *Lechashhij vrach [Physician]*. 2009; 9: 22-26. (in Russian)
 6. Batysheva TT, Kostenko EV. Opyt organizacii raboty kabinetov klinicheskoy nejrpsihologii v okruzhnykh nevrologicheskikh otdelenijah ambulatornoj nevrologicheskoj sluzhby Moskvy [Experience in the organization of the offices of clinical neuropsychology at the district offices of neurological outpatient neurological services in Moscow]. *Zhurnal nevrologii i psihatrii im. Korsakova [Journal of Neurology and Psychiatry n.a. Korsakov]*. 2009; 2: 55-59. (in Russian)
 7. Alimov UH. Faktory prognoza pri pristupoobrazno-progrednentoj shizofrenii (kliniko-laboratornoe issledovanie) [Prognosis factors for attack-like schizophrenia progrednentoj (clinical and laboratory research)]. Doc. Diss. (Med Sci.). T.; 1999. (in Russian)
 8. Andrjushhenko AV, Drobizhev MJu. Sravnitel'naja ocenka shkal CES-D, BDI i HADS (d) v diagnostike depressij v obshhemedicinskoj praktike [Comparative assessment scales CES-D, BDI, and HADS (d) in the diagnosis of depression in general practice]. *Zhurnal nevrologii i psihatrii im. Korsakova [Journal of Neurology and Psychiatry n.a. Korsakov]*. 2003; 5: 11-17. (in Russian)
 9. Apanel' EN. Tehnologija korrkcii narushennykh dvigatel'nykh funkcij posle perezennogo insul'ta [Technology correction of disturbed motor function after a stroke]. *Belorusskij medicinskij zhurnal [Belarusian Journal of Medicine]*. 2005; 3: 113-115. (in Russian)

10. Akarachkova ES, Drobizhev MJu, Vorob'eva OV. Nespecificcheskie boli i depressija v nevrologii [Non-specific pain and depression in neurology]. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. Korsakova [Journal of Neurology and Psychiatry n.a. Korsakov]*. 2008; 12: 24-29. (in Russian)
11. Bujkov VA. Psihopatologicheskie osobennosti rezistentnyh nevrologicheskikh rasstrojstv i psihosomaticheskikh zabolevanij v srednem i pozdnem vozraste i ih lechenie [Psychopathological features resistant neurological disorders and psychosomatic diseases in middle and older age and treatment]. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. Korsakova [Journal of Neurology and Psychiatry n.a. Korsakov]*. 2003; 6: 55-59. (in Russian)
12. Asadullaev NM, Il'hamov FO. Jepidemiologija mozgovogo insulta i jetapnost' okazaniya medicinskoj pomoshhi [Epidemiology of stroke and stages care]. *Nevrologija [Neurology]*. 2002; 4: 14-16. (in Russian)
13. Afanas'eva EV. *Kliniko-diagnosticheskie aspekty ocenki sostojanija ravnovesija pri nachal'nyh stadijah discirkuljatornoj jencefalopatii [Clinical and diagnostic aspects of the assessment of the state of equilibrium at the initial stages of vascular encephalopathy]*. Cand. Diss. (Med Sci.). Irkutsk; 2004. (in Russian)
14. Ahmedov OT, Holmirzaev PH, Anvarov AA. Struktura zabolevaemosti ostrym narusheniem mozgovogo krovoobrashhenija [The structure of the incidence of acute cerebrovascular]. *Nevrologija [Neurology]*. 2002; 4: 33-34. (in Russian)
15. Batysheva TT. Reabilitacija bol'nyh s zabolevanijami nervnoj sistemy v usloviyah specializirovannoj polikliniki vosstanovitel'nogo lechenija [Rehabilitation of patients with diseases of the nervous system in a specialized clinic of Rehabilitation]. *Medicinskaja pomoshh' [Medical Assistance]*. 2003; 6: 22-24. (in Russian)
16. Voznesenskaja TG. Jemocional'nyj stress i profilaktika ego posledstvij [Emotional stress and preventing its consequences]. *Mezhdunarodnyj medicinskij zhurnal [International Journal of Medicine]*. 2007; 2: 135-140. (in Russian)
17. Belova AN, Shhepetova ON. *Rukovodstvo po reabilitacii bol'nyh s dvigatel'nymi narushenijami [Guidelines for rehabilitation of patients with movement disorders]*. M.: Medicina; 1998: 30-33. (in Russian)
18. Belojarccev DF. Hirurgicheskaja profilaktika ishemicheskikh povrezhdenij golovnogogo mozga [Surgical prophylaxis of ischemic brain damage]. *Lechenie nervnyh boleznej [Treatment of Nervous Diseases]*. 2005; 6: 9-12. (in Russian)
19. Burshinov AO. Nevrologicheskie rasstrojstva pri bronhial'noj astme [Neurological disorders in bronchial asthma]. *Rossijskij mediko-biologicheskij vestnik imeni akademika I.P. Pavlova [I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald]*. 2006; 2: 45-48. (in Russian)
20. Vejn AM, Voznesenskaja TG. *Depressija v nevrologicheskoy praktike (klinika, dinamika, lechenie) [Depression in neurological practice (clinic, dynamics, treatment)]*. M.: Med. inform. agentstvo; 2002. 160 p. (in Russian)
21. Vereshhagin NV, Piradov MA, Suslina JeA. Insul't. *Principy diagnostiki, lechenija i profilaktiki [Stroke. Principles of diagnostics, treatment and prevention]*. M.; 2002. 179 p. (in Russian)
22. Vilenskij BS. *Insul't [Stroke]*. SPb.: MIA; 1995. 221p. (in Russian)
23. Vilenskij BS, Semenova GM. Prichina smerti vsledstvie insulta i vozmozhnye mery dlja snizhenija letal'nosti (klinikopatologoanatomicheskoe issledovanie) [The cause of death due to stroke, and possible measures to reduce the death rate (clinical and autopsy study)]. *Nevrologicheskij zhurnal [Journal of Neurology]*. 2000; 4: 10-13. (in Russian)

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Бабаджанова З.Х. – к.м.н., зав. кафедрой Восточной медицины Бухарского государственного медицинского института.

Узбекистан, г. Бухара, ул. К. Муртазаева, 5/6, кв. 21.

E-mail: Gavhar72@inbox.ru

Тошева Х.Б. – ассистент факультета усовершенствования врачей Бухарского государственного медицинского института.

Узбекистан, г. Бухара, ул. К. Муртазаева, 5/6, кв. 21.

E-mail: Gavhar72@inbox.ru

Ахмедов Н.И. – студент 5 курса Бухарского государственного медицинского института.

Узбекистан, г. Бухара, ул. К. Муртазаева, 5/6, кв. 21.

E-mail: Gavhar72@inbox.ru