

Patients with Viral Hepatitis before Tooth Extraction. *in Library*, 21(1), 6558–6567. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14281>

4. Олимов, А., Мукимов, О., & Исанова, Д. (2020). Проблемы имплантации зубов. *in Library*, 20(2), 346–350. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14295>

5. Жилонова Z., Рахматуллаева О., Маннанов J., & Олимов А. (2020). Common Problems With Dental Implants. *in Library*, 20(2), 4–9. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14288>

6. Дусмухамедов, М., Сапарбаев, М., Икрамов, Ш., & Куранбаева, Д. (2022). Сравнительная характеристика методов депрограммирования жевательных мышц. *in Library*, 22(1), 19–20. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14871>

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ РАЗВИТИЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ В КАЗАХСТАНЕ, НА ПРИМЕРЕ СОЧЕТАННОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМЫ

Батыров Т.У., Кожаметов С.К., Жаканов Т.В., Сағшндшқ Х.Л.

НАО «Медицинский университет Астана» tulbat@mail.ru

Введение. Проблема организации адекватной медицинской помощи при сочетанных травмах (политравмах) является более чем актуальной, особенно в сложной челюстно-лицевой области. По данным научных исследований республиканских ученых опубликованных на 3-ем Международном конгрессе стоматологов (Алматы-2003г.), Республиканской НПК «Стоматология Астаны вчера, сегодня, завтра» (Астана, Акмол ГМА-2004г.), отчетов НИР НИИТО (Астана 2004-2006гг.), Международного конгрессе стоматологов (Алматы - 2013г.), Юбилейной конференции посвященной 50 летию АО «Медицинский университет Астана», Астана-2014г., Международной междисциплинарной научно-практической конференции профильных специалистов «Голова, шея»- Астана 2018г. в республике возросло количество сочетанных челюстно-лицевых травм от 8% до 31,8%. При этом отмечается низкое качество своевременной адекватной медицинской помощи, следствием чего наблюдается рост осложнений, приводящие к инвалидизации и смертельным исходам. Причиной является, как нам кажется, сокращение стационарного коечного фонда, вплоть до единичных коек, прикрепленных к общесоматическим отделениям, отток высококвалифицированных кадров челюстно-лицевой хирургии, отсутствия в регионах единых многопрофильных бригад по оказанию неотложной и экстренной помощи пострадавшим с сочетанной и политравмой челюстнолицевой области. Недостаточно разработаны НПА в этом направлении: 2006 году утверждены МЗ РК методические рекомендации «Периодические протоколы диагностики и лечения травм костей лица», разработанные НИИТО МЗ РК и КазНМУ им.С.Асфендиярова (Батыров Т.У., Батпенев Н.Д., Уразалин Ж.Б.); 2015 году клинические протоколы «Множественные (сочетанные) переломы лицевых

костей и костей черепа. Сочетанная черепно-лицевая травма», утвержденные РЦРЗ МЗРК» (разработчики Батыров Т.У., Сағышдық Х.Л., Даулетхожаев Н.А., Ихамбаева А.Н.); «Стандарт организации оказания челюстно - лицевой хирургической помощи в Республике Казахстан», утвержденный 20 мая 2020 года № ҚР ДСМ-53/2020; «Критерии бальной системы при установлении инвалидности при анкилозе височнонижнечелюстного сустава (ВНЧС) и контрактуры нижней челюсти (НЧ)» - Методическое руководство для специалистов МСЭ по использованию Программы - калькулятора для расчета степени нарушения функций организма: АО «Медицинский университет Астана». Астана, 2017 г. 715 с.

Цель исследования: Изучить состояние и улучшить организацию челюстно-лицевой хирургической помощи в РК, с учетом междисциплинарного подхода на примере сочетанной травм челюстно-лицевой области.

Задачи:

1. Определить и дать оценку состоянию организации челюстнолицевой хирургической помощи в РК.
2. Внести предложения по улучшению этой помощи в настоящее время и в перспективе.

Материалы и методы: Использованы данные НИР НИИТО, данные собственных исследований в период 2003-2020 гг. Изучение проводили с помощью метода ретроспективного анализа медицинской карт и анкетирования пострадавших с сочетанной челюстно-лицевой травмой в крупных городах РК.

Результаты и обсуждения.

Какие проблемы на сегодняшний день:

1. Сокращается коечный фонд ЧЛХ стационара, происходит их объединение с другими специальностями (ЛОР, НХ, травматология, хирургия и др.). Причина общая тенденция сокращения стационарной службы в РК.
2. Сокращаются или объединяются с другими специальностями, койки детской ЧЛХ. Причина та же.
3. Малое количество функционирующих «дневных стационаров» и амбулаторно-поликлинических кабинетов ЧЛХ.
4. Материально-техническая база ЧЛХ устарела, недостаточно обновляются инструментарий и оборудование, имеется дефицит ИМН. Причина отсутствия разрешения на ИМН зарубежного производства в РК, и отсутствия заинтересованности производителей из-за малого заказа их изделия в РК.
5. Отсутствует или не хватает высококвалифицированные кадры ЧЛХ, многие перешли в частный сектор. На сегодня в РК всего около 100 ЧЛХ.
6. Не проводится системное непрерывное обучение ЧЛХ в зарубежных клиниках.
7. Мало проводится мастер-классы с ведущими смежными специалистами РК и ближнего, дальнего зарубежья.

8. Заявки на обучение молодых кадров ЧЛХ через резидентуру, подаются в недостаточном количестве, особенно из северных и западных регионов РК.

9. Переподготовка выпускников ВУЗА до 2014 г. на ЧЛХ, согласно ГСДО незначительная.

10. Количество резидентов по ЧЛХ из выпускников ОМ очень мизерная, многих их удерживает отсутствие базового знания по разделу ЧЛХ и стоматология - они не заложены в ГОСО бакалавриата и интернатуры ОМ.

11. Мало проявляют инициативу по саморазвитию специальности сами ЧЛХ, ими мало внедряются новые технологии, современные достижения науки и практики, отсюда и отток больных в другие регионы и зарубежье.

12. ЧЛХ и Главврачи на местах активно не участвуют в разработке клинических протоколов СМП и ВТМП, организационных стандартов и других нормативно-правовых актов для развития ЧЛХ.

13. Не развита амбулаторно-поликлиническая челюстно-лицевая хирургия.

14. Недостаточные профессиональные связи со смежными специальностями, как стоматология, общая хирургия, травматология, оториноларингология, онкология, пластическая хирургия и др.

Предложения: Рекомендовать заведующим отделениями (ответственным врачам) челюстно-лицевой хирургии, главным челюстно-лицевым хирургам областей (городов):

1) Не допускать сокращения коечного фонда, ниже 20 коечного самостоятельного отделения ЧЛХ.

2) Развивать амбулаторную ЧЛХ и открывать «дневной стационар» ЧЛХ, согласно утвержденного «Стандарта организации оказания челюстно -лицевой хирургической помощи в Республике Казахстан».

3) Подавать своевременную обоснованную заявку на обеспечение МТБ.

4) Вносить изменение и участвовать в разработке клинических протоколов диагностики и лечения по оказанию специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи пациентам с патологией ЧЛЮ и ЗЧС.

5) Постоянно внедрять новые технологии, современные достижения науки и практики в области ЧЛХ.

6) Организовывать ежегодно(офлайн и онлайн режимах) постоянные мастер-классы с ведущими специалистами РК и ближнего, дальнего зарубежья.

7. Совместно с ассоциациями смежных отраслей проводить форумы, конференции, круглые столы по комплексному (междисциплинарному), лечению и диагностике больных.

8. В ГОСО бакалавриата и интернатуры ОМ ввести элективы по разделу ЧЛХ и стоматология.

В перспективе планы и рекомендации: Создать в РК Центры реабилитации детей с врожденными, наследственными и приобретенными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области и зубочелюстной

системы, на базах городских больниц городов республиканского значения с отделениями челюстно-лицевой хирургии, где под руководством челюстно-лицевого хирурга будут планироваться этапы реабилитации с привлечением специалистов врачей сложных челюстно-лицевых протезистов, стоматологов-ортодонтонтов, детских стоматологов, логопедов, психологов, педиатров для проведения комплексной своевременной непрерывной реабилитации.

- В крупных городах РК, таких как Алматы, Астана, Шымкент, Актобе, Семей, Караганда, создать учебно-методические клинические центры с привлечением научного потенциала НИИ и кафедр медицинских ВУЗов, для обучения специалистов и разработки и внедрению новых технологий. Примером создания таких центров, могут быть рекомендованы зарубежные наоучноклинические учебные центры, добившиеся хороших успехов в этом направлении, такие как Центр челюстно-лицевой хирургии института Одонтологии Вильнюсского Университета Литва, НПЦ «Бонум» г. Екатеринбург и подобные центры в городах Москвы, Омска, Томска РФ.

- В связи с переводом, приказами МЗ РК за последние годы, лечение ряда нозологии стационарных заболеваний в разряд амбулаторных и “дневного стационара”, согласно «Стандарта организации челюстно-лицевой хирургической помощи в РК», ввести в штат амбулаторно -поликлинической служб специалистов челюстно-лицевых хирургов и начать подготовку для этих служб челюстно-лицевого хирурга.

- Рекомендовать МЗ РК ввести номенклатурную специальность «челюстно-лицевой протезист» для Центров реабилитации детей с врожденными, наследственными и приобретенными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области и зубочелюстной системы.

- Рекомендовать ОУЗ, ГУЗ направлять врачей челюстно-лицевых хирургов, сложно челюстно-лицевых протезистов и стоматологов ортодонтонтов для повышения уровня их квалификации в зарубежные Центры реабилитации детей с врожденными, наследственными и приобретенными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области и зубочелюстной системы имеющие программы обучения в этом направлении.

- С целью обмена опытом и внедрения инновационных технологии в области ЧЛХ рекомендовать проводить международные, республиканские междисциплинарные НПК ежегодно (в офлайн,онлайн режимах).

- Совместно с ассоциациями смежных отраслей проводить форумы, по комплексному (междисциплинарному), лечению и диагностике больных один раз в 2 года, для чего создать рабочий орган Союз медицинских ассоциации профильных специалистов (СМАПС) «Голова, шея».

Пути реализации МДМП при СЧЛТ (пример).

1. Внедрить предложенную единую рабочую классификацию СЧЛТ, с учетом тяжести травмы и объема помощи.

2. Внедрить разработанный алгоритм диагностики и лечения больных СЧЛТ на различных уровнях медицинской помощи (стандарт).

3. Внедрить созданную компьютерную программу алгоритма с учетом применения в телемедицине.

Выводы: На сегодняшний день проблем организации челюстно-лицевой хирургической помощи в РК предостаточно и они отражены выше(12пунктов).

2. Предложения по устранению этих проблем решаемы, как в настоящее время(8 пунктов), так и в перспективе(7пунктов).

3. Междисциплинарная медицинская помощь при СЧЛТ, является наиболее оптимальной и пути ее реализации с помощью использования телемедицины, сегодняшняя реальная выполнимая задача в РК.

Список литературы:

1. Каюмова, Н., & Эшмаматов, И. (2022). Инновационные технологии обучения в медицине. *in Library*, 22(1), 1–2. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/13994>

2. Садикова, Х., Сулейманов, Д., & Мукимов, О. (2014). Эффективность применения 3d компьютерной томографии для определения анатомо-топографической локализации ретенированных зубов и хирургического доступа при их удалении. *Stomatologiya*, 1(1(55)), 38–42. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/stomatologiya/article/view/3168>

3. Рахматуллаева О., Шомуродов К., Хаджиметов А., Садикова Х., & Назаров Z. (2021). The Position of the Cytokine Profile and Cytolysis Enzymes in Patients with Viral Hepatitis before Tooth Extraction. *in Library*, 21(1), 6558–6567. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14281>

4. Хасанов, Ш., Эшонкулов, Ш., & Эшмаматов, И. (2022). Организация учебного процесса для клинических ординаторов в кафедре «хирургическая стоматология и дентальная имплантология» Ташкентского Государственного стоматологического института. *in Library*, 22(1), 1–2. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/13991>