

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН САЛАМАТТЫК САКТОО МИНИСТРЛИГИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
MINISTRY OF HEALTH OF THE KYRGYZ REPUBLIC

ЫЗСТАНДЫН

саламаттык са

илимий практикалык журналы

практический журнал

Здравоохранение

Кыргызстана

Health

Kyrgyzstan

№1

2016

1938 жылы негизделген

Основан в 1938 году



ISSN 0490-1177

Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоо министрлиги
«Кыргызстандын саламаттык сактоосу» илимий практикалык журналы
Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
Научно-практический журнал «Здравоохранение Кыргызстана»
Ministry of Health of the Kyrgyz Republic
Research and Practice Journal «Health Care of Kyrgyzstan»

Каттоо маалыматтары / Регистрационные данные / Registration data

Каттоо жөнүндө күбөлүк ММК 25.02.1993-ж. №37. Кайрадан каттоо жөнүндө күбөлүк ММК 06.11.2003-ж. №885.
Свидетельство о регистрации в СМИ №37 от 25.02.1993г. Свидетельство о перерегистрации СМИ №885 от 06.11.2003г.
Certificate of mass media registration №37 of 25.02.1993. Certificate of mass media re-registration N 885 of 06.11.2003.

Редакциялык жамааты / Редакционная коллегия / Editorial Board

Касымов О.Т. • Kasymov O.T. - м.и.д., проф., башкы редактор • д.м.н., проф., главный редактор • dr. med. sci., prof., editor-in-chief;
Осмонов Д.А. • Osmonov D.A. - башкы редактордун орун басары • (заместитель главного редактора • deputy editor-in-chief;
Усонкулова Г.Б. • Usonkulova G.B. - б.и.к., жооптуу катчысы • к.б.н., ответственный секретарь • cand. biol. sci., executive editor;
Айдаралиев А.А. • Aidaraliev A.A. - акад. КР УИА • акад. НАН КР • acad. of NAS KR;
Алдашев А.А. • Aldachev A.A. - акад. КР УИА • акад. НАН КР • acad. of NAS KR;
Батыралиев Т.А. • Batyraliev T.A. - РАЕ мүчө – корр. • чл. – корр. РАЕ • CM of RANS;
Белов Г.В. • Belov G.V. - м.и.д., проф. • д.м.н., проф. • dr. med. sci., prof.;
Джумабеков С.А. • Jumabekov S.A. - акад. КР УИА • акад. НАН КР • acad. of NAS KR;
Джумагулова А.С. • Jumagulova A.S. - м.и.д., проф. • д.м.н., проф. • dr. med. sci., prof.;
Зарифьян А.Г. • Zarifjan A.G. - м.и.к., проф. • к.м.н., проф. • cand. med. sci., prof.;
Касиев Н.К. • Kasiev N.K. - м.и.д., проф. • д.м.н., проф. • dr. med. sci., prof.;
Кудаяров Д.К. • Kudayarov D.K. - акад. КР УИА • акад. НАН КР • acad. of NAS KR;
Курманов Р.А. • Kurmanov R.A. - м.и.д., проф. • д.м.н., проф. • dr. med. sci., prof.;
Мамакеев М.М. • Mamakeev M.M. - акад. КР УИА • акад. НАН КР • acad. of NAS KR;
Мамытов М.М. • Mamytov M.M. - акад. КР УИА • акад. НАН КР • acad. of NAS KR;
Мурзалиев А.М. • Murzaliyev A.M. - акад. КР УИА • акад. НАН КР • acad. of NAS KR;
Омурбеков Т.О. • Omurbekov T.O. - м.и.д., проф. • д.м.н., проф. • dr. med. sci., prof.;
Раимжанов А.Р. • Raimzhanov A.R. - акад. КР УИА • акад. НАН КР • acad. of NAS KR;
Сагымбаев М.А. • Sagymbaev M.A. - КР УИА мүчө – корр. • чл. – корр. НАН КР • CM of NAS KR;
Тухватшин Р.Р. • Tukhvatshin R.R. - м.и.д., проф. • д.м.н., проф. • dr. med. sci., prof.;
Чубаков Т.Ч. • Chubakov T.Ch., - м.и.д., проф. • д.м.н., проф. • dr. med. sci., prof.;
Шаршеннова А.А. • Sharshenova A.A. - м.и.д., проф. • д.м.н., проф. • dr. med. sci., prof.

Редакциялык кеңеши / Редакционный совет / Editorial Council

Алиаскаров М.А. • Aliaskarov M.A. (Нарын обл.) • (Naryn oblast);
Асылбеков Э.С. • Asylbekov E.S. - м.и.к. (Чүй обл.) • к.м.н. • cand. med. sci. (Chui oblast);
Байызбекова Ж.А. • Bayizbekova D.A. - м.и.д. (Бишкек ш.) • д.м.н. • dr. med. sci. (Bishkek);
Жусупбекова Н.Э. • Jusupbekova N.E. - м.и.к., (Бишкек ш.) • к.м.н. • cand. med. (Bishkek);
Кадыров А.С. • Kadyrov A.S. - м.и.д. (Бишкек ш.) • д.м.н. • dr. med. sci. (Bishkek);
Кулбатыров К.Д. • Kulbatyrov K.D. - (Бишкек ш.) • (Bishkek);
Миянов М.О. • Miyanov M.O. - (Джалал-Абад обл.) • (Jalal-Abad oblast);
Мусуралиев М.С. • Musuraliev M.S. - м.и.д., проф. (Бишкек ш.) • д.м.н., проф. • dr. med. sci., prof. (Bishkek);
Сатылганов Э.А. • Satylganov E.A. - (Ысык-Көл обл.) • (Issyk-Kul oblast);
Сопуев А.А. • Sopuev A.A. - м.и.д., проф. (Бишкек ш.) • д.м.н., проф. • dr. med. sci., prof. (Bishkek);
Султанмуратов М.Т. • Sultanmuratov M.T. - м.и.д., проф. (Бишкек ш.) • д.м.н., проф. • dr. med. sci., prof. (Bishkek);
Темиров О.Т. • Temirov O.T. - (Баткен обл.) • (Batken oblast);
Узакбаев К.А. • Uzakbaev K.A. - м.и.д., проф. (Бишкек ш.) • д.м.н., проф. • dr. med. sci., (Bishkek);
Чынгышпаев Ш.М. • Chyngyshpaev Sh.M. - м.и.д., проф. (Бишкек ш.) • д.м.н., проф. • dr. med. sci., prof., (Bishkek);
Шадиев А.М. • Chadiev A.M. - (Талас обл.) • (Talas oblast);
Шаимбетов Б.О. • Shaimbetov B.O. - м.и.д., проф. (Бишкек ш.) • д.м.н., проф. • dr. med. sci., prof. (Bishkek);
Шамшиев А.Ш. • Shamshiev A.Sh. - м.и.д. (Ош ш. жана Ош обл.) • д.м.н. • dr. med. sci. (Osh and Osh oblast).

•Редакциянын ой-пикири дайыма эле авторлордун ой-пикирине туура келе бербейт.

Материалдын мааниси жана мазмуну үчүн авторлор жооп берет.

•Мнение редакции не всегда совпадает с мнением автора.

Ответственность за содержание и достоверность материалов несут авторы.

•Views of the editorial board may not always coincide with those of authors. Authors are held responsible for any statements made by them.



**БАТЫРАЛИЕВ
ТАЛАНТБЕК АБДУЛЛАЕВИЧ**
Доктор медицинских наук, профессор
Министр здравоохранения
Кыргызской Республики



Становление и развитие научной медицинской периодики в Кыргызской Республике неразрывно связано с процессом становления отечественной медицинской науки, практического здравоохранения, развитием общемировой практики ученых по обмену научной информацией посредством периодических изданий.

Перед вами — первое медицинское периодическое издание в Кыргызской Республике научно - практический журнал «Здравоохранение Кыргызстана», основанный в 1938 году. Первым ответственным редактором этого журнала был киргизский государственный деятель, и.о. председателя Совета Народных Комиссаров Кыргызской ССР Абузьяров Исмаил Хасянович (1904 г.р. 02.-04.1938). В последующие годы журнал издавался под редакцией министра здравоохранения нашей страны.

Журнал зарегистрирован Министерством юстиции Кыргызской Республики, ему присвоен международный стандартный номер периодических изданий (International standard serial number, сокращенно ISSN), а так же подписной индекс "Кыргыз почтасы".

Выпуск первого номера журнала, наряду с открытием в 1938 году первого в Киргизии НИИ эпидемиологии, микробиологии и гигиены, а в 1939 году - Кыргызского государственного медицинского института, ознаменовал начало нового – научного этапа развития здравоохранения в нашей стране. Большой вклад в дело организации журнала в первые годы его существования внесли нарком здравоохранения С.К. Лобынцев, профессор А.Л. Брудный, профессор Б.Я. Эльберт, доцент З.И. Блохман и многие другие видные деятели здравоохранения и медицинской науки.

С 1974 года переименован в научно-практический журнал «Здравоохранение Киргизии» и с 1993 года – «Здравоохранение Кыргызстана».

История научно-практического журнала «Здравоохранение Кыргызстана» – это, запечатленные на его страницах, результаты труда многочисленного отряда исследователей и практических работников в сфере здравоохранения. Журнал наиболее полно отражает научную, клиническую, организационную и педагогическую деятельность в области отечественной медицины. За прошедшие годы журнал «Здравоохранение Кыргызстана» внес огромный вклад в повышении квалификации врачей, во внедрении новых высокоэффективных методов диагностики и лечения, развитии научно-исследовательской работы.



Основная цель функционирования журнала – публикация результатов научных исследований и разработок, выполняемых учеными из учреждений системы здравоохранения, высших учебных заведений и граждан, ведущих научные разработки в инициативном порядке. А также сведения о теоретическом и научном обосновании мер, направленных на улучшение здоровья населения, демографической ситуации, охраны окружающей среды и деятельности системы здравоохранения. В журнале будет отражаться информация о законодательных и нормативных актах, касающихся совершенствования работы органов и учреждений здравоохранения, о положительном опыте работы территориальных органов и учреждений здравоохранения, о поиске новых путей решения. Представляться конкретные данные о состоянии здоровья отдельных категорий населения, санитарной и эпидемиологической обстановки в различных регионах Кыргызской Республики. Большое внимание в журнале будет уделено оперативной информации о предстоящих и прошедших республиканских, международных конгрессах, симпозиумах, конференциях.

Журнал «Здравоохранение Кыргызстана» является рецензируемым изданием и рассчитан на широкий круг научной общественности - научные сотрудники, преподаватели, докторанты, аспиранты и соискатели, студенты, практические работники государственных учреждений и предпринимательских структур.

Со всеми номерами журнала можно познакомиться на сайте zdrav.kg, а также в Республиканской научной медицинской библиотеке Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

В 1952 году, когда возобновился выпуск журнала после длительного перерыва, связанного с Великой Отечественной войной, известный российский академик К.М.Быков писал в редакцию: « ... Журнал есть одновременно и экзамен, результаты которого показывают и уровень науки, и качество практической работы. Я полагаю, что этот экзамен медицинские работники Киргизии сдадут на отлично ...». Эти слова и в настоящее время являются для нас актуальными. Они требуют перестройки в деятельности редакции, более оперативного освещения всего нового, что происходит в здравоохранении Кыргызской Республики.



Батыралиев Т.А., Касымов О.Т., Белов Г.В.

*Министерство здравоохранения Кыргызской Республики,
Научно-производственное объединение «Профилактическая медицина» МЗ КР,
г. Бишкек, Кыргызская Республика*

ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ ЖУРНАЛА «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КЫРГЫЗСТАНА» И ЕГО РОЛЬ В РАЗВИТИИ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ В РЕСПУБЛИКЕ

Мы рады сообщить читателям, что журнал «Здравоохранение Кыргызстана» вновь стал выходить на постоянной основе.

Наш журнал имеет самую богатую, длинную и непростую историю из научно-практических медицинских журналов Кыргызстана. Первый его выпуск вышел в 1938 году.

В этом году мы отмечаем 125-летие со дня рождения профессора Б.Я. Эльберта, который по праву считается основоположником научной медицины в Кыргызстане. Он приехал во Фрунзе в ноябре 1937 года с заданием организовать институт микробиологии. Он также стал вдохновителем издания в Киргизии собственного медицинского журнала - по существу его редактором. Главным редактором журнала естественно мог считаться только Нарком здравоохранения. На титуле первого выпуска журнала стояла, а потом была зачеркнута фамилия Х. Шорукова - наркома здравоохранения. Так как он был арестован в 1937 году и к моменту выхода первого номера журнала расстрелян, как и многие руководители правительства и партии того времени. Прежде всего, из-за того, что Х. Шоруков до назначения в 1937 году Наркомом здравоохранения несколько лет был постоянным представителем Киргизской АССР в Москве. По версии НКВД он якобы являлся членом Туранской партии (1932-1933), к делу о которой вернулись в 1937 г. на новой волне репрессий.

Второй номер журнала вышел под редакцией С. К. Лобынцева - Наркома здравоохранения в предвоенные и военные годы. К сожалению, об этом замечательном человеке мы также редко вспоминаем, в немногочисленных трудах по истории медицины Кыргызстана о нем есть только несколько скупых строчек.

В редакционный совет журнала вошли кроме Б.Я. Эльберта несколько профессоров из Ташкента и один кандидата медицинских наук, работавший во Фрунзе, еще до создания первого института. Ответственным секретарем была З.И. Блохман.

Журнал выпускался на русском языке с рефератами статей на киргизском, при чем киргизский язык, в то время использовал латинский шрифт.

В 1938 году было выпущено 2 номера журнала, в 1939-1940 по 6 номеров журнала. В 1941 году 5 номеров вышло за первую половину года. Журнал должен был стать ежемесячным. Каждый номер включал 12-15 статей.

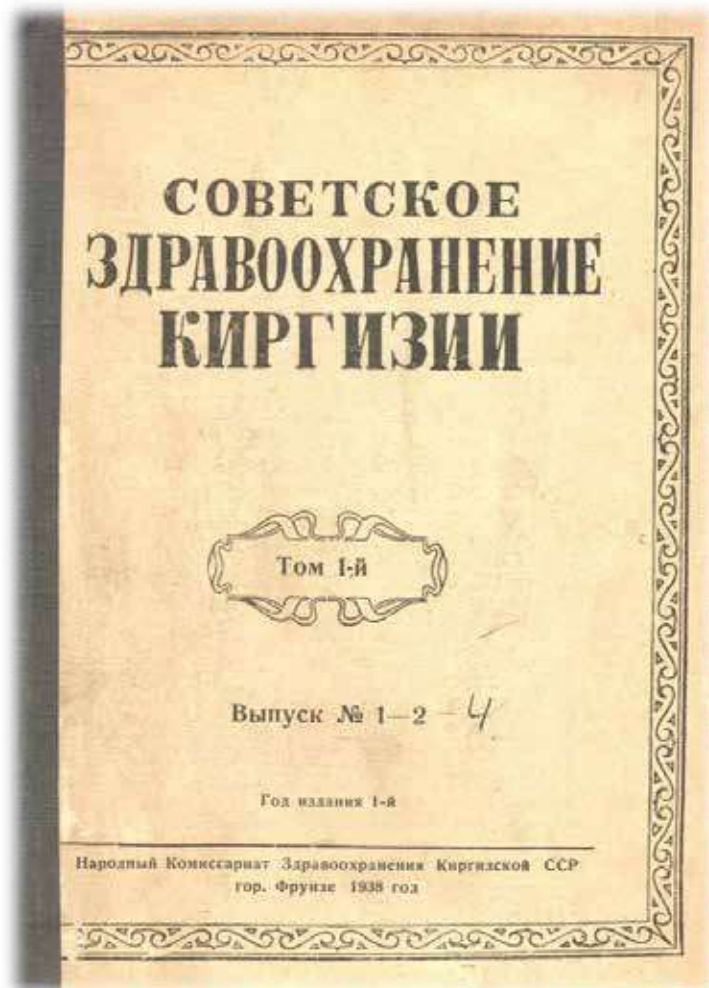
Кто же был авторами статей в предвоенные годы и чему они были посвящены?

Прежде всего, отметим, что журнал был не политизирован и включал именно научные медицинские статьи. В предисловии от редакции к первому номеру журнала говорилось в основном о направленности журнала и задачах, стоящих перед ним, только в первом предложении говорилось об успехах социалистического строительства под руководством товарища Сталина.

Первое направление больше всего представленное в журнале - это организация здравоохранения. Нарком здравоохранения С.К. Лобынцев публиковал статьи по случаю открытия Киргизского Медицинского Института (30 августа 1939 года), о здравоохранении в Киргизской республике к её 15-летию. Но он же, опубликовал 4 статьи по ЛОР-патологии. О



работе ЛОР-отделения городской больницы пишет его заведующий к.м.н. Брудный О.А. Это один из самых публикуемых авторов предвоенного времени. Несколько его статей посвящены тактике хирургического лечения заболеваний ЛОР-органов, описаны случаи из практики. Он ведет работу над докторской диссертацией, которую защитил в 1943 году. Затем профессор Брудный Абрам Львович (1896-1959) долгие годы работал зав. кафедрой отоларингологии КГМИ. Награжден орденами Трудового Красного Знамени, Красной Звезды, Знак Почета, медалями СССР.



Много статей посвящены инфекционной патологии, занимающих до трети номеров. О достижениях советской микробиологии и эпидемиологии, о первом годе работы Фрунзенского микробиологического института пишет профессор Б.Я. Эльберт. Публикует ряд статей о вакцинопрофилактике инфекционных болезней, конкретно 2 статьи - детей. О работе Республиканского кожно-венерологического диспансера и венерологической сети Киргизии пишет его руководитель Северов А.А.

Заведующий глазным отделением городской больницы, к.м.н. Дудинов О.А. публикует ряд статей по инфекционной и хирургической патологии глаз. В 1939 году он успешно защищает первую в истории медицины Кыргызстана докторскую диссертацию, посвященную туляремии глаз. Затем профессор Дудинов О.А. организует кафедру офтальмологии и много лет заведует ею. Олимпий

Абрамович Дудинов – заслуженный деятель науки Кыргызской ССР, член - корреспондент АН Кыргызской ССР, кавалер трех орденов Трудового Красного Знамени.

Около четверти статей были посвящены развитию курортной службы Кыргызстана. И. П. Яковлев и И.А. Судников пишут в 1938 году о развитии курортного дела в Киргизии и перспективах его дальнейшего развития, дают развернутую информацию «Курорты Киргизии в статистическом обзоре за II пятилетку». Очень интересна с позиций сегодняшнего дня статья Мамбеталиева, Судникова И.А. «Прошлое и настоящее курортов Киргизии». В журнале публикуются «Показания и противопоказания по курортам Киргизии». Петухов С.К. пишет о разработанных «Показаниях и противопоказаниях по детскому отделению курорта Джалал-Абад». Булич Б. дает первую информацию о Джеты-Огузе как о гинекологическом курорте. Франк Л.А. публикует показания и противопоказания к кумысолечению.

Курортология является в то время (и последующие десятилетия) приоритетным направлением медицинской науки в Кыргызстане. В 1940 году создан научно-курортный Совет, первая специализированная медицинская организация в Киргизии, в журнале



публикуются решения первого пленума научно-курортного Совета, по существу концепция развития курортной службы. К сожалению, спустя 75 лет следует признать, что это приоритетное в течение века направление медицины и экономики Кыргызстана сейчас переживает спад. Профильный НИИ в течение 10 лет не может представить научно обоснованную концепцию развития курортного дела.

Обзорные статьи по новым на то время технологиям присылают известные профессора из центральных институтов Гершенович Р.С., Воробьев В.А., Дёгтяр А.Я. и др.

С образованием Кыргызского медицинского института во Фрунзе направлены доценты и профессора по многим специальностям. Они готовят диссертации, публикуются в журнале «Советское здравоохранение Киргизии». Кеворков Н.П., возглавивший кафедру биологии, публикует материалы по гельминтофауне, например, у шахтеров некоторых каменноугольных копей Киргизии, ему присваивается звание доктора медицинских наук, в последующем Заслуженного деятеля науки Кыргызской ССР. Слоним А.Д., возглавивший кафедру физиологии, по материалам своей докторской диссертации публикует статью «О регуляции температуры тела и обмена веществ в животном организме». Заведующий кафедрой патологической анатомии Малышев Б.Ф. публикует обзоры секционного материала. Слониму А.Д. и Малышеву Б.Ф. также в последующем были присвоены почетные звания Заслуженного деятеля науки Кыргызской ССР. Директор (ректор) КМИ в 1940-1941 годах доцент Удерман Ш.И. пишет о проблемах и методиках преподавания, организации практики в медицинском вузе, и конечно о своем опыте в хирургии и травматологии.

В каждом журнале публикуется официальная информация Наркомздрава: инструкции, положения, приказы.

Обо всех статьях того времени не напишешь, но некоторые статьи имели непреходящий характер. Они легли в основу монографий выпущенных затем уже в послевоенное время. Например: Слоним А.Д. «Животная теплота и ее регуляция в организме млекопитающих», М.-Л., 1952; «Основы общей экологической физиологии млекопитающих», М.-Л., 1961; Ярославцев Б.М. «Анатомическая техника», Фрунзе, 1961; Удерман Ш.И. «Избранные очерки истории отечественной хирургии XIX столетия», Ленинград, 1971. Его ретроспективный анализ тактики лечения Пушкина А.С. после ранения на дуэли и постановки посмертного диагноза до сих пор являются основной признанной версией.

Война прервала выпуск журнала.

Вновь «Советское здравоохранение Киргизии» стало выходить в 1952 году. Журнал стал, как положено ему, ежемесячным, с большим тиражом, доступным врачам любого региона республики, а также студентам. Объем данной статьи не позволяет провести обзор публикаций всех периодов выхода журнала. Мы вернемся к этому в следующих статьях. В настоящее время редакция журнала работает с архивом, переводя его в цифровой формат.

Журнал в последнюю четверть века несколько менял свое название. Сначала из названия исчезло слово «советское», а после приобретения Кыргызстаном независимости и утверждения государственных символов и официального названия, изменения правил написания в кыргызском языке журнал стал называться «Здравоохранение Кыргызстана».

В условиях рыночной экономики в Кыргызстане появилось немало других научно-практических журналов, но мы верим, что «Здравоохранение Кыргызстана» вернет своё лидирующее положение, и призываем авторов к активной совместной работе.



Железняк А.О.

Научно-производственное объединение «Профилактическая медицина» МЗ КР, Центр медицины, окружающей среды и экологии человека, Кыргызская Республика, г. Бишкек,

СИСТЕМАЛУУ ЫКМА ЖАНА АНЫ МЕДИЦИНАДА КОЛДОНУУ

Корутунду. Бул илимий иште системалуу ыкма каралат, анын медицинада ишке ашыруу, статистикалык изилдөө методдору болуп саналат, атап айтканда далилдүү, медицинанын базасын түзүүчү индекстер, диагностикалык коэффициенттер жана тобокелдиктер.

Негизги сөздөр: системалуу ыкма кылуу, статистика, индекстер, комплекстүү көрсөткүчтөрү, тобокелдиктер.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД И ЕГО ПРИМЕНЕНИЕ В МЕДИЦИНЕ

Резюме. В работе рассматривается системный подход, реализацией которого в медицине являются статистические методы исследования, в частности, индексы, диагностические коэффициенты и риски, образующие базу доказательной медицины.

Ключевые слова: системный подход, статистика, индексы, интегральные показатели, риски.

SYSTEMS APPROACH AND ITS USE IN MEDICINE

Abstract. The paper examines a systems approach, which is realized in medicine by statistical methods, e.g. indices, diagnostic coefficients and risks which form an essential part of evidence-based medicine.

Key words: systems approach, statistics, indices, integral measures, risks

Системный подход к анализу сложных явлений подразумевает анализ причин их возникновения и синтез, осуществляемый в рамках математического моделирования. Анализ в медицинских исследованиях проводится, как правило, методами статистики, для которой уже утвердились в настоящее время термины «метаанализ» и «метаматематика». При анализе какого-либо явления изучают статику, т. е. устойчивую ситуацию и динамику – развитие ситуации во времени. В динамике, при поиске закономерностей развития изучаемых систем часто используются индексный и регрессионный методы анализа, позволяющие наглядно проследить развитие ситуации в пространстве и времени, выявить сходные черты в поведении, различных по своей структуре и содержанию, явлениях. Описание схожих, по своей структуре и поведению, т. е. гомологически устроенных, явлений, на уровне дифференциальных уравнений, представляет собой наиболее распространенный метод исследования. В рамках динамического моделирования и представления данных об изучаемом объекте, наибольшее распространение получил индексный метод исследования, позволяющий определить, на какую величину изменяется тот или иной показатель в динамике, по сравнению с базовым периодом. Такие показатели относят-

ся к интенсивным показателям. На базе закономерностей, обнаруживаемых в динамике развития объекта (эпидемии, патологического процесса и др.), появляется возможность произвести оценку текущей ситуации и прогнозировать развитие ее в будущем.

Также, большое употребление при анализе ситуаций получили интегральные характеристики, такие, как индикаторы состояния объектов. Это могут быть индикаторы загрязнения окружающей среды, вычисляемые в, относительно простых, таких, как уровни ПДК, или же, в более сложно устроенных, математических формулах. Индексы загрязнения атмосферы (ИЗА) и воды (ИЗВ), интегральные по своей сути, весьма информативны и могут иметь самостоятельное значение при оценке качества окружающей среды.

При расчетах уровня и качества жизни применяют такие индикаторы, как коэффициент Джини, показатели воспроизводства населения и др., отраженные в соответствующих литературных источниках и публикациях Нацстаткома Кыргызской Республики (см., например, публикации КОР/ЦРТ) [1-3]. Индикаторы состояния объекта, ближе всего, относятся к показателям квалиметрии, категориям качества. К количественным оценкам состояния объекта – заболеваемости и смертности населения,



относятся интегральные показатели, учитывающие воздействие одного или нескольких факторов, в том числе и факторов окружающей среды, на состояние данного объекта. Сюда могут быть отнесены разнообразные биоклиматические показатели, индексы, связывающие заболеваемость населения с действующими на территории региона, климатическими условиями. Для выявления текущего состояния объекта, в том числе, наличия или отсутствия, патологического процесса, применяются, т. н., диагностические коэффициенты (ДК), имеющие корни в теории распознавания образов. Техника расчета диагностических коэффициентов несложна и хорошо отражена в публикациях, размещенных в Интернете. При диагностике состояний используются и экспертные методы оценки. Обычно для таких процедур в медицине применяют анкетные данные. В медицине находят применение и, близкие к индексам, величины – показатели степени риска. В частности, это могут быть относительные риски (RR) и соотношение шансов (OR) [4-7]. Показатель OR более всего применяют при расчетах, связанных с выживаемостью больных, например, после сильного облучения, травмы, перенесенной тяжелой болезни, операций. А также, при использовании принципа «случай – контроль». Применение показателей степени риска позволяет наглядно представить ситуацию, связанную с загрязнением окружающей среды и заболеваемостью населения, в территориальном разрезе («условно чистая» и «грязная» зоны). Либо, с побочным фармакологическим эффектом лечебного препарата. Расчеты диагностического коэффициента и относительного риска составляют методологическую базу доказательной медицины.

Также, в отношении структуры и причин заболеваемости применяются теоретико-графовые методы. Сюда относятся корреляционные «плеяды» и дендрограммы, рассчитываемые на основе коэффициентов корреляций, либо расстояний в матрицах смежности графов. Корреляционные «плеяды» наглядно показывают связь отдельных показателей или их обособленность, появляющуюся в ходе развития патологического процесса [7]. А дендрограммы отражают сходство или различие между рассматриваемыми, сложными по своей структуре, объектами. В составе корреляционных «плеяд» могут быть отмечены кластеры – обособленные структу-

ры, «агрегаты». Кластерный анализ основан на наличии тесной связи между объектами.

Математические модели, возникающие при анализе ситуации, могут быть двух типов: детерминистические и вероятностные. В медицине, в основном, стараются получить детерминистические модели, с которыми проще работать. Так, в качестве моделей могут быть опробованы различные уравнения, использующие линейную, степенную, показательную, гиперболическую или, параболическую, функции. Большое количество функциональных моделей, а также возможность применения формулы Шеннона в медицине, приведены в книге [8]. На базе дифференциальных моделей рассматривается поведение функции чувствительности и управления процессами [9]. Таковы, в частности, процессы, связанные с загрязнениями атмосферного воздуха, поллютантами (оксид углерода, оксиды азота, формальдегид, бенз(а)пирен), зависящие от сезонных климатических факторов и от увеличения мощности выбросов, будь то автотранспорт, либо, ТЭЦ. Эти процессы могут быть описаны, в стационарной ситуации, уравнением математического маятника с вынужденными колебаниями. Для бенз(а)пирена годичный ход концентрации загрязнителя в атмосферном воздухе, может быть описан более подходящим уравнением – дифференциальным уравнением второго порядка Ламе:

$$\ddot{y} = \lambda Snt,$$

решением которого являются эллиптическая функция Якоби:

$$y = y(0) * e^{\lambda t} * Snt,$$

где Snt - синус натуральный, λ - параметр роста, связанный с увеличением количества автотранспортных средств. Синергетический подход, развиваемый в настоящее время, применяется при анализе явлений, протекающих через критические состояния. В частности, такие состояния изучаются в геодинмике и медицине катастроф.

Литература

1. Гончаренко А.Б. Два подхода к моделированию движения населения // Экономика и математические методы, 2006. – том 42. - № 2. – с. 17-29.
2. КОР/ЦРТ: Статистические показатели развития Кыргызской Республики и ее регионов. – вып. 4. – Бишкек, 2007.
3. Медков В.М. Демография. – М.: ИНФРА-М, 2004. – с. 337-344.



4. Бельский М.Л. Элементы количественной оценки фармакологического эффекта. – М.: Медицина, 1963. – 113 с.
5. Пример вычисления диагностического коэффициента. /Опубликовано в Интернете: tudocx.ru/2-28057.html
6. Интернет: medstatistic.ru/theory/relativ_risk.html
7. Омурзакова К.С. Оценка иммунного статуса и разработка способов иммунокоррекции при интоксикации организма человека ртутью и сурьмой. – Бишкек, 2012. – с. 77-80.
8. Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия. Руководство. - М.: Медицина, 1990 – с. 153-154.
9. Энциклопедия кибернетики – т. 1, 2. – М.: Изд.-во: Гл. ред. УКЭ, 1974. – с. 524.

Сведения об авторе:

Железняк Анатолий Ошеревич
старший научный сотрудник,

Центр медицины, окружающей среды и экологии человека НПО «Профилактическая медицина»



Касымова Р.О., Касымов О.Т., Абжалбекова Н.Т.

Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина,
Научно-производственное объединение «Профилактическая медицина» МЗ КР,
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

КЫРГЫЗСТАНДЫН АЙЛАНА ЧӨЙРӨСҮНДӨГҮ ТАБИГЫЙ ЖАНА ТАБИГЫЙ-ТЕХНОГЕНДИК ПРОЦЕССТЕР

Корутунду. Кооптуу табигый жана табигый-техногендик кубулуштардын комплекстүү таасирлер экологиялык абалды начарлатат, булл адамдардын ден-соолугуна жана жашоосуна коркунучту түзөт. Бул өлкөнүн жагымсыз территорияларында медициналык-экологиялык жагдайды оперативдүү баалоону жана өзгөчө кырдаалдар учурунда калктын ден-соолугун коргоо проблемаларын чечүүнү талап кылат.

Негизги сөздөр: табигый жана табигый-техногендик кубулуштар, медициналык-экологиялык жагдай, калктын ден-соолугун коргоо.

ПРИРОДНЫЕ И ПРИРОДНО-ТЕХНОГЕННЫЕ ПРОЦЕССЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ КЫРГЫЗСТАНА

Резюме. Комплекс воздействий опасных природных и природно-техногенных явлений ухудшает экологическую обстановку, что создает угрозу жизни и здоровью человека. Это требует оперативной оценки медико-экологической ситуации неблагоприятных территорий страны и решения проблем защиты здоровья населения в условиях ЧС.

Ключевые слова: природные и природно-техногенные явления, медико-экологическая ситуация, защита здоровья населения

ENVIRONMENTAL NATURAL AND NATURAL-TECHNOGENIC PROCESSES IN KYRGYZSTAN

Abstract. Complex impacts of dangerous natural and natural-technogenic events deteriorate the ecological situation presenting threat to human life and health. This requires prompt assessment of the medico-ecological situation of risk territories of the country and solutions to the problems of health protection of the population in emergency situations.

Key words: natural and natural-technogenic events, medico-ecologic situation, health protection of the population

В Кыргызстане отмечается нарушение природного равновесия горных экосистем, что подтверждается нарастанием числа интенсивности и ущерба от стихийных бедствий и природнотехногенных катастроф [3]. Из 70 видов распространенных в мировой практике опасных природнотехногенных явлений и процессов, наносящих огромный ущерб населению и народному хозяйству, до 20 проявлений отмечается на территории Кыргызской Республики (рис.1).

Из них наиболее опасные климатозависимые природные проявления приходятся на метеорологические риски (дождь, снег, град, ветер), а также (сели, паводки, оползни, лавины, подтопления). Комплекс воздействия факторов среды обитания (в том числе природного и техногенного генеза с учетом экологической обстановки) создает угрозы жизни и здоровью человека [2, 4].

Так, в период с 1991 по 2010 гг. на территории КР зарегистрировано более 3000 жизненно-опасных ЧС, из них - 2329 природного характера (966 селей, 222 паводков, 417 оползней, 394

снежных лавин, 330 землетрясений), 221 – техногенных проявлений и 176 – медико-биологического и социального характера. При этом материальный ущерб составил более 325 млн. 843 сомов [1]. Необходимо отметить, что за последние 20 лет ЧС природного и техногенного характера возрастает на 6% в год, что становится серьезным препятствием для устойчивого развития страны и снижения уровня бедности населения.

Опасные экзогенные и эндогенные процессы практически на всей территории Кыргызстана с учетом экологических процессов и изменения климата способствует систематическому возникновению оползней, селей и паводков, лавин, подтоплениям и ряду других ЧС в большинстве связанных с метеорологическими явлениями. И совершенно очевидно, что в настоящее время на территории нашей страны и в мире полностью избежать природные и природно-техногенные катастрофы не представляется возможным по многим причинам.

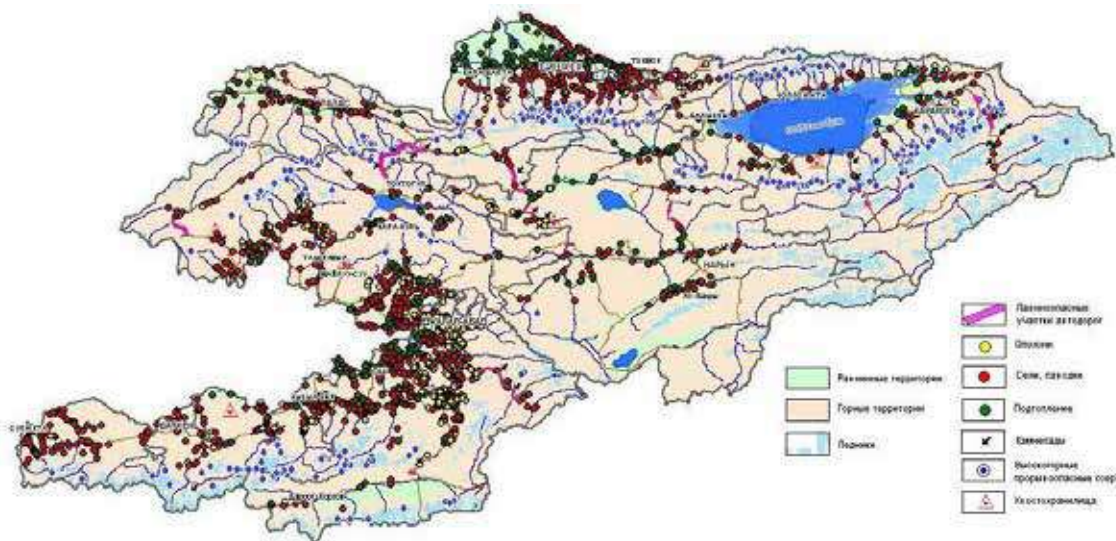


Рис. 1. Карта-схема распространения опасных процессов и явлений на территории КР.

В последнее десятилетие на территории КР наблюдается динамичное увеличение числа природных чрезвычайных ситуаций, угрожающих жизни людей, приводящих к различным медико-социальным, эколого-гигиеническим, а также экономическим последствиям по жизнеобеспечению населения (Табл. 1). Как видно из этой таблицы, в период с 1990 по 2000гг. на территории страны произошли различные климатозависимые ЧС, показатели которых варьируют от 2,9 до 39,0 случаев (ежегодно 88), а в период 2001-2010гг. от 9,1 до 64,8 случаев (ежегодно 167,4). Соответственно отмечается

динамичное нарастание климатозависимых ЧС на всей территории страны, на что указывают показатели периода 2001-2010гг. и начала второго десятилетия 2011-2014гг.

В целом, ЧС по изучаемым показателям в различные годы последнего десятилетия (2001-2010гг.) возросли в 1,5 до 5,5 раза или в среднем на 87,1% (рис. 2). Общее количество населения, проживающего в зонах возможного воздействия природных и природно-климатических катаклизмов, может составить от 300 тыс. до 1,5 млн. человек (без учета фактора землетрясений).

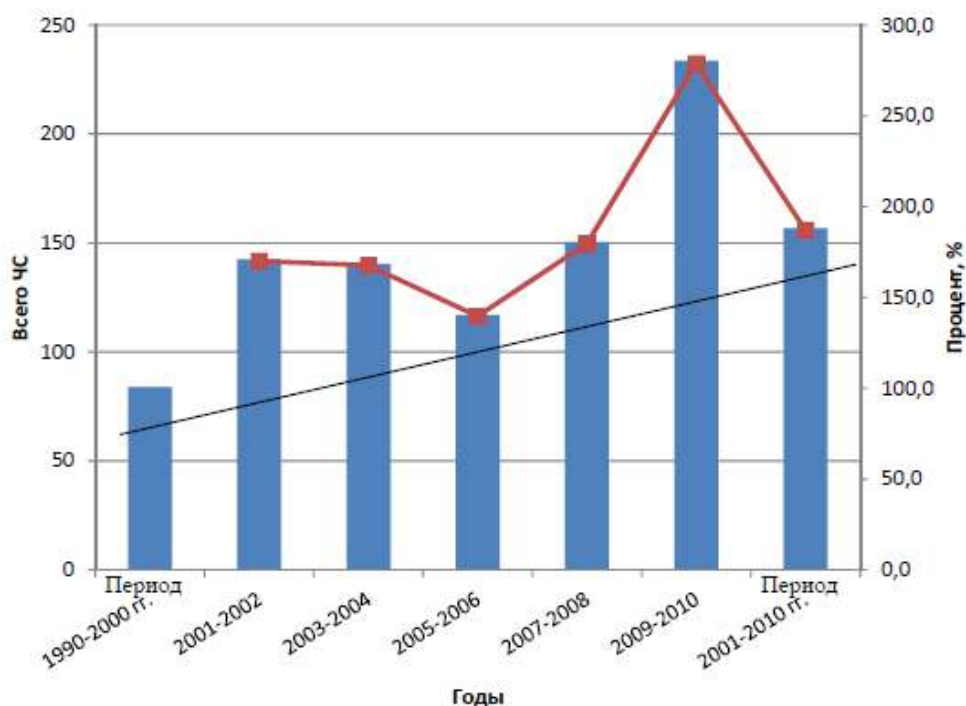


Рис. 2. Чрезвычайные ситуации (ЧС) по Кыргызской Республике



Таблица 1.

Климатозависимые чрезвычайные ситуации в Кыргызской Республике за период 1990-2014 гг.

| | Период 1990-2000 гг. | | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | Период 2001-2010 гг. | | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | Период 2011-2014 гг. | | Итого | |
|--|----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|----------------------|-------|------|------|------|------|----------------------|-------|-------|-------|
| | 429 | 39,0 | 9 | 95 | 43 | 46 | 45 | 33 | 70 | 83 | 93 | 131 | 648 | 64,8 | 61 | 217 | 65 | 42 | 385 | 96,3 | | 1462 |
| Сели и паводки | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Оползни | 226 | 20,5 | 7 | 21 | 49 | 57 | 36 | 13 | 10 | 4 | 15 | 41 | 253 | 25,3 | 12 | 21 | 12 | 7 | 52 | 13,0 | 531 | 21,2 |
| Лавины | 142 | 12,9 | 4 | 12 | 25 | 23 | 21 | 30 | 14 | 25 | 35 | 63 | 252 | 25,2 | 22 | 98 | 39 | 52 | 211 | 52,8 | 605 | 24,2 |
| Подтопление | 64 | 5,8 | 7 | 20 | 5 | 4 | 4 | 8 | 4 | 26 | 1 | 12 | 91 | 9,1 | 3 | 10 | 0 | 5 | 18 | 4,5 | 173 | 6,9 |
| Метеоролог. (дождь, снег, град, ветер) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Инфекции и инвазии | 32 | 2,9 | 29 | 13 | 7 | 12 | 2 | 16 | 14 | 24 | 7 | 7 | 131 | 13,1 | 0 | 21 | 25 | 0 | 46 | 11,5 | 209 | 8,4 |
| Всего | 968 | 88,0 | 107 | 194 | 149 | 157 | 129 | 128 | 123 | 203 | 179 | 305 | 1674 | 167,4 | 127 | 385 | 177 | 137 | 826 | 206,6 | 3468 | 138,7 |

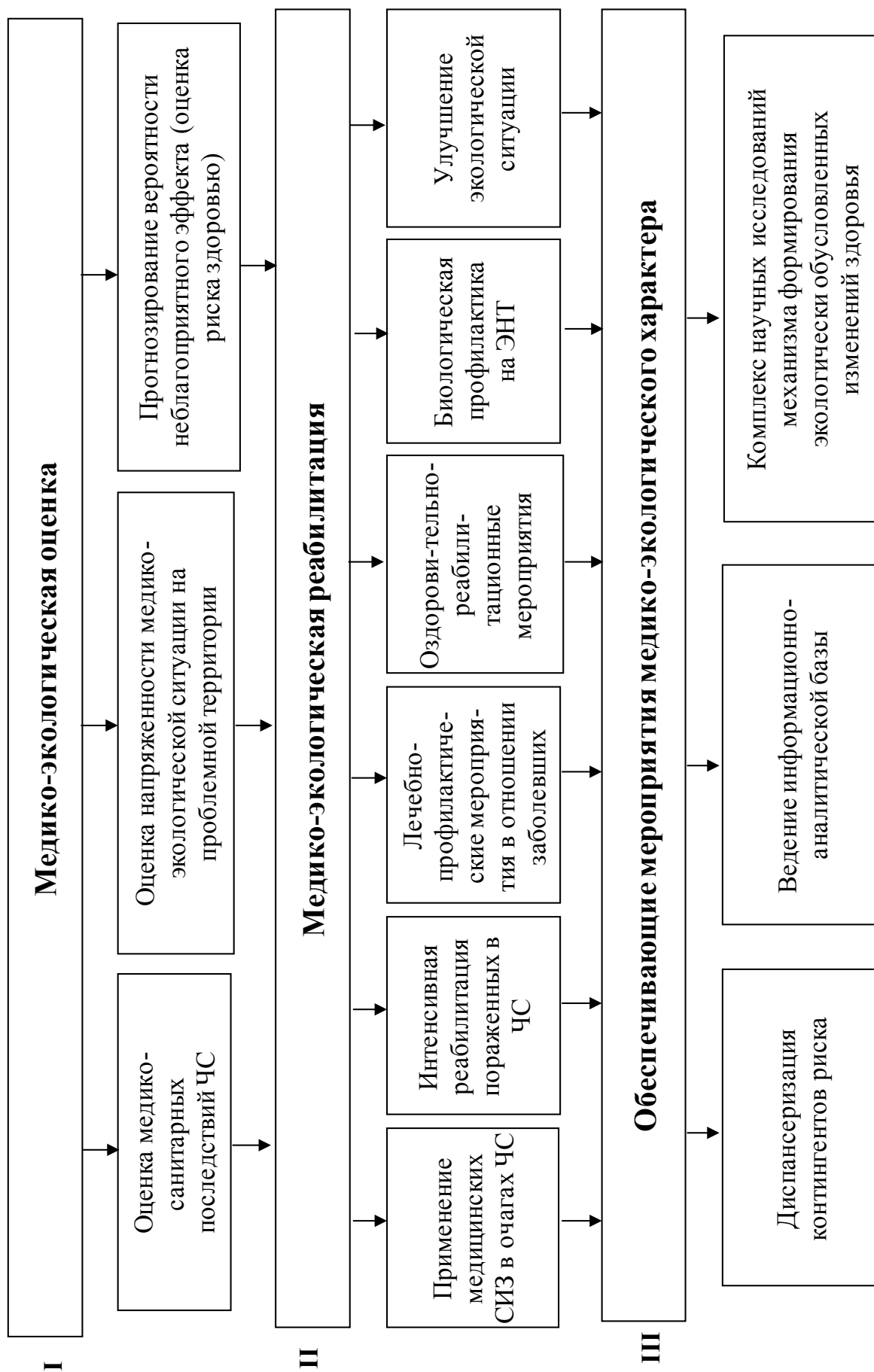


Рис. 3. Содержание мероприятий медико-экологического характера при чрезвычайных ситуациях



Наряду с этим, при сравнительном анализе климатозависимых ЧС по КР за период 2000-2014 гг. показали, что по южному региону преобладают сели и паводки 805 – 23,4%; оползни 254 – 7,4%, лавины 283 – 8,2%; землетрясения 180 – 5,2%, инфекции 111 – 3,2%, по сравнению с территориями на севере страны соответственно: 208 – 6,1%, 45 – 1,3%, 138 – 4,0%, 80 – 2,3%, 98 – 2,9%. В северном регионе преобладали подтопления – 84 – 2,4% и метеорологические катаклизмы – 251 – 7,3%, соответственно на юге страны: 21 – 0,6%, 173 – 5,0%.

В целом территории КР характеризуются интенсивным развитием опасных природных процессов, связанных с геолого-структурными особенностями, рельефом, климатическими и гидрогеологическими условиями, а также с учетом сейсмической активности. Соответственно все это оказывает существенное влияние на санитарно-эпидемиологическое благополучие территорий и здоровье населения.

Установленные закономерности ожидаемого распределения опасных природных и природно-техногенных процессов и явлений долго- и среднесрочного характера должны быть представлены на прогностических картах-схемах проблемных территорий страны. Это позволит государственным органам и местной власти оперативно реагировать, распределять силы и ресурсы для защиты населения и территории от ЧС природного и природно-техногенного характера. При этом системы мер противодействий и профилактики в условиях ЧС необходимо базировать на комплексе показателей санитарно-эпидемиологической и экологической экспертизы территорий страны конкретных населенных пунктов и прилегающих зон.

Необходимо отметить, что в результате климатозависимых ЧС (сели, паводки и т.д.) возникают угрозы ухудшения санитарно-эпидемиологической ситуации вследствие «оживления» штаммов местных популяций и принесенных из других районов. Причем их взаимодействие на разных фазах адаптации приводит, как правило, к началу эпидемии и эпизоотии с атипичной динамикой, прогнозируются эпидемические осложнения последствий болезней среди животных и людей. Следовательно, для страны с высокой степенью климатозависимых и природно-техногенных происше-

ствий необходимо иметь концепцию обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения КР в условиях ЧС. Причем в основу Концепции закладываются предупреждения заноса, возникновения и распространения инфекционных заболеваний среди пострадавших людей, ликвидация возникших эпидемиологических очагов, обеспечивающих оптимальные и благоприятные условия для жизнедеятельности человека. Организационные принципы этой многоуровневой системы санитарно-эпидемиологического надзора является комплексный подход в работе задействованных структур, единая методологическая организационная структура, высокая производственно-профессиональная дисциплина, а также постоянная и высокая степень готовности всех служб и средств для проведения мероприятий и соответствующая этапность работы до чрезвычайной ситуации, в период и после нее. Создание условий высокой степени открытости всей системы.

Медико-гигиенические и эпидемиологические аспекты защиты здоровья населения от вредного воздействия факторов окружающей среды в условиях ЧС предусматривают комплекс мероприятий, направленных на медико-экологическую оценку (I) сложившейся обстановки и реабилитацию контингентов риска (II). В конечном итоге необходимо выполнение комплекса научно-практических задач медико-экологического характера (III) для конкретной ситуации рисков окружающей среды и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения КР (рис. 3).

Литература

1. Байтемирова Ж.А. Характер чрезвычайных ситуаций в Кыргызской Республике // *Фармация и медицина Кыргызстана*. – 2013. - № 10. – С.38-39.
2. Касымова Р.О. Здоровье населения Кыргызской Республики: медико-географические аспекты. – Б.: 2015. – 170 с.
3. *Проблемы горных стран (на примере Кыргызстана): Угрозы и вызовы современности / Под редакцией академика Ж.Ж. Жеенбаева; НАН КР. – Бишкек: Илим, 2007. – 221 с.*
4. *Руководство по общественному здравоохранению / Под общ.ред. О.Т. Касымова, С.Т. Абдикаримова. – Б.: Персона, 2012. – 272 с.*

Сведения об авторах:

Касымова Рано Оморовна

д.м.н., доцент кафедры гигиены КРСУ им.Б.Н. Ельцина, E-mail: prort@mail.ru

Касымов Омор Тилегенович,

д.м.н., проф., директор НПО «Проф. медицина», E-mail: prort@mail.ru

Абжалбекова Нуржамал Токтобековна

к.м.н., доцент, КГМА им. И.К. Ахунбаева



Кожанов А.С.

Научно-производственное объединение «Профилактическая медицина» МЗ КР,
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кыргызская Республика, г. Бишкек

ПСОРИАЗДЫН ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК ЖАНА КЛИНИКАЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

Корутунду. Макалада псориаздын эпидемиологиялык жана клиникалык өзгөчөлүктөрү көрсөтүлгөн. Көптөгөн авторлордун изилдөөлөрү боюнча дүйнөдө псориаздын таралышы 0,6 дан 5%-ке чейин, орточо эсеп менен 3% түзөт. Псориаз оорусу социалдык-экономикалык, климатык жана географиялык факторлордон, ошондой эле бейтаптардын этникалык таандыгына байланыштуу болот. Монголоид расасында псориаз илдетинин азыраак катталуусу дерматоздун негизги иммуногенетикалык маркеру болуп эсептелген HLA-Cw6 аз төмөнкү катталуусу менен байланыштуу. Псориаздын клиникалык түрлөрүнүн ичинен эн эле көп кездешкени жөнөкөй псориаз болуп саналат. Акырыкы мезгилде псориаздын оор түрлөрү көбүрөөк катталууда.

Негизги сөздөр: псориаз, эпидемиологиясы, жашкурак өзгөчөлүктөрү, клиникалык түрлөрү.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСОРИАЗА

Резюме. В обзорной статье представлены эпидемиологические и клинические особенности псориаза. По данным многих авторов распространенность псориаза в мире колеблется от 0,6 до 5%, составляя в среднем 3%. Заболеваемость псориазом зависит от социально-экономических, климатогеографических факторов, а также от этнической принадлежности пациентов. Низкую заболеваемость псориазом у монголоидной расы исследователи объясняют с низкой регистрацией HLA-Cw6, который является основным иммуногенетическим маркером дерматоза. Наиболее часто встречающейся клинической формой псориаза является вульгарный псориаз. В последнее время отмечается частая регистрация больных с тяжелым течением псориаза.

Ключевые слова: псориаз, эпидемиология, возрастные особенности, клинические формы.

EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL FEATURES OF PSORIASIS

Abstract. In a review article presents the epidemiological and clinical features of psoriasis. According to many authors the prevalence of psoriasis in the world ranges from 0.6 to 5%, with an average of 3%. The incidence of psoriasis depends on the socio-economic, climatic and geographical factors, as well as patients from the ethnic affiliation. The low incidence of psoriasis in the Mongoloid race, researchers explain the low registration of HLA-Cw6, who is the main immunogenetic marker dermatosis. The most common clinical form of psoriasis is psoriasis vulgaris. There has been part of the registration of patients with severe psoriasis.

Key words: psoriasis, epidemiology, age characteristics, clinical forms.

Псориаз – хроническое рецидивирующее заболевание кожи мультифакториальной природы с доминирующим значением в развитии генетических факторов, характеризующийся гиперпролиферацией и нарушением кератинизации эпидермоцитов, воспалительными явлениями в дерме, появлением папулобляшечных элементов и шелушением [5,17].

По данным авторов дальнего зарубежья распространенность псориаза в мире колеблется от 0,6 до 5%, составляя в среднем 3% [29, 30, 31, 32]. Заболеваемость псориазом зависит от социально-экономических, климатогеографических факторов, а также от этнической принадлежности пациентов [18, 20].

По данным ВОЗ, псориазом во всем мире страдают 125 миллионов человек, что составляет 2,2% населения Земли, из них 2/3 страдают легкими и среднетяжелыми формами псориаза, 1/3 – тяжелыми формами, такими как эритродермический, пустулезный и артропатический псориаз [32].

Серия исследований, выполненных в Европе, США, Канаде и Австралии подтвердила, что у представителей европеоидной расы дерматоз все же распространенный, чем у представителей других рас, при этом реже псориазом болеет местное население азиатских, африканских и латиноамериканских стран, от 0,3 до 0,9% [24, 25, 27].



распространенность псориаза в Индии составляет 0,5-2,3%, в Малайзии – 5,5%, в Японии – 0,29-1,18%. В разных регионах Китая заболевание колеблется от 0,05 до 1,23%. Низкую заболеваемость псориазом у монголоидной расы исследователи объясняют с низкой регистрацией HLA-Cw6 который является основным иммуногенетическим маркером дерматоза [13,20].

В Центральной Америке распространенность псориаза варьирует от 0,7% в Гватемале, 1,2% в Гондурасе и 1,2% в Никарагуа до 6% на Карибских островах [20].

В странах Южной Америки распространенность дерматоза достигает 1,3-4,2%, составляя в Бразилии 1,3%, в Венесуэле – 2%, в Мексике – 3%, в Парагвае – 4,2% [13, 24].

В США частота заболеваемости псориазом в среднем составляет 2,4%, при этом в северных штатах уровень заболеваемости значительно выше, чем в южных [22]. Отсутствуют сведения о заболеваемости дерматозом как среди американских индейцев из поселений в лесах Амазонки и Ориноко, так и у коренных народностей США, в которых отсутствуют или очень редко проявляют антигены HLA-B13 и B17 [19, 21].

Достаточно высокую популяционную частоту псориазической болезни наблюдают в странах Европы, где дерматозом страдают до 15 миллионов человек, а с учетом географических особенностей стран – от 0,6 до 6,5% населения [22]. Результаты современных исследований свидетельствуют о значительном количестве больных в Англии (2,8%), Германии (от 3 до 6,5% зависимости от региона), Италии (от 0,8% до 4,5%) и Франции (3,6%) [18, 21, 26, 27, 33, 34, 35].

Эпидемиология псориаза изучалась и в бывших республиках Советского Союза. Знаменская Л.Ф. и соавт. (2012) установили, что в 2011 г. на территории России распространенность псориаза достигла 217,4 случая на 100000 населения, а заболеваемость – 69,9. Частота встречаемости псориазом в разных возрастных категориях была неоднозначной: у взрослых 75,2, у детей 0-14 лет – 28,0, у подростков от 15 до 17 лет – 126,7 на 100000 соответствующего населения. Заболеваемость псориазом у подростков в 1,8 раза больше чем у взрослых, что связана с гормональной перестройкой организма, наследственной предрасположенностью, инфекционными болезнями, психоэмоциональным стрессом и экологией. Псориаз чаще

регистрируется в дальневосточном, приволжском и Уральском федеральных округах, распространенность составляет от 235,3 до 250,4 случая на 100000 населения, что авторы связывают с большим количеством промышленных предприятий и климатогеографическими особенностями региона [5]. В целом частота псориаза в популяции в Российской Федерации составляет около 1% [3,8].

По данным Котвицька А.А. (2013) анализ статистических сведений о распространенности псориаза в Украине свидетельствует, что данные значительно занижены и существенно отличаются от средних показателей в Европе и мире. По не официальным данным в Украине болеет около 3% населения [8].

Оразымбетовой Д.А. (2000) изучена распространенность и клинические особенности псориаза в Республике Казахстан, при этом установлено, что за период с 1989 по 1999 гг. на территории Казахстана заболеваемость псориазом повысилась на 1,6 раза, наиболее высокая заболеваемость была отмечена в Карагандинской области (19,5%), низкая – в Актюбинской (3,2%). Также установлено, что во всех регионах Республики Казахстан начало заболевания приходится на молодой возраст [11].

Керимовым С.Г. (2001) изучена распространенность, клинические особенности проявления и факторы риска псориаза в Азербайджане. Установлена популяционная частота псориаза от 2,34 до 2,75%, при изучении клиники наблюдается низкая частота тяжелых форм (13,83%), а также 45,39% псориаза имеет семейный характер [7].

Наиболее часто встречающейся клинической формой псориаза является обыкновенный или вульгарный псориаз, который характеризуется монотипными папулобляшечными эфлоресценциями розово-красного цвета. В начале заболевания в 80-90% случаев на коже формируются пятна розового цвета (симптом Пильнова), со временем элементы инфильтрируются и превращаются в папулы, из-за периферического роста и слияния нескольких папул происходит образование бляшек, покрытых серебристо-белыми чешуйками (мелко- и крупнобляшечный псориаз). Излюбленной локализацией процесса являются разгибательные поверхности локтевых, коленных суставов и волосистая часть головы, вместе с тем процесс может располагаться на любом участке кожного покрова. Клинический диагноз подтверж-



дается воспроизведением «псориатической триады» методом покабливания элементов: феномен «стеаринового пятна» (дробление чешуек, что создает сходство с каплей размятого стеарина), «терминальной пленки» (красная блестящая пленка на месте снятых чешуек) и «кровяной росы» Полотобнова (капельное кровотечение при дальнейшем покабливании).

Для заболевания характерно появление изоморфной реакции Кебнера – это развитие псориатических высыпаний на месте механических (царапины, расчесы, порезы) или химических повреждений. Следует отметить, что данный феномен может встречаться и при других дерматозах, таких как красный плоский лишай, красный волосистой лишаи Девержи, плоские бородавки и др. [12].

В течении псориаза различают три стадии: прогрессирующая, характеризуется появлением обильной псориатической сыпи и изоморфной реакции Кебнера; стационарная, характеризующаяся стабильным течением кожного процесса, отсутствием появления свежих элементов, отрицательным феноменом Кебнера; регрессирующая, когда наблюдается уменьшение числа и рассасыванием папулезных и бляшечных элементов. Папулы и бляшки рассасываются превращаясь в эритематозные пятна, в дальнейшем оставляя после себя гипер- или гипопигментированные пятна (псориатическая лейкодерма, пятна Рилия) [4].

Различают несколько клинических разновидностей вульгарного псориаза по размеру и форме папулезных элементов: точечный и каплевидный (*psoriasis vulgaris punctata et guttata*), монетовидный (*psoriasis vulgaris nummularis*), фигурный и географический псориаз (*psoriasis vulgaris figurata et geografica*). Каплевидный псориаз чаще встречается у лиц женского пола в молодом возрасте и характеризуется лентикулярными папулами разбросанных, как правило, по всему кожному покрову [2].

Инвертный или инвертирингозный псориаз характеризуется расположением псориатических элементов в области складок. Экссудативный псориаз характеризуется значительной экссудацией, в результате чего на поверхности папул появляются желтого цвета рыхлые чешуйкокорки.

К редким разновидностям псориаза относятся бородавчатый или гипер-

трофический псориаз, который возникает при длительном течении болезни (*psoriasis inveterate* – «застарелый» псориаз) и характеризуется бородавчатыми разрастаниями на поверхности бляшек, часто процесс локализуется на передней поверхности голени. Еще реже встречается рупиоидный псориаз, когда отмечается формирование слоистых корок на поверхности бляшек и фолликулярный псориаз, характеризующийся приуроченностью папул к фолликулярному аппарату кожи [2, 12].

К осложненным формам псориаза относятся псориатическая эритродермия, артропатический и пустулезный псориаз. В последнее время отмечается частая регистрация больных с тяжелым течением псориаза, особенно среди больных с патологией гептобилиарной системы, желудочно-кишечного тракта, заболеваниями сердечно-сосудистой системы [1, 6, 14, 16].

Псориатическая эритродермия часто возникает в результате воздействия неблагоприятных факторов (избыточная инсоляция, нерациональное лечение УФО лучами, использование раздражающих мазей). Весь кожный покров становится ярко гиперемированным, местами отечным, отмечается обильное шелушение, увеличение периферических лимфатических узлов, деструкция ногтей, повышение температуры тела. Больные жалуются на чувство стягивания и зуд. Отмечаются функциональные расстройства со стороны сердечно-сосудистой системы, печени и почек [2].

По данным Мяделец В.О. (2010) наиболее значимыми клиническими критериями псориатической эритродермии являются обильный характер высыпаний с большей частотой поражения кожи лица (77%), гениталий (80%), ладоней (67%), подошв (66%); выраженная эритема кожи с темно-красным и красно-фиолетовым застойным оттенком; онихопатии (91%); псориатический артрит (53%); субфебрильная температура (47%); высокие показатели индекса PASI до $(89,7 \pm 14,3)$ и после лечения $(40,4 \pm 22,8)$ [9].

Псориатическая артропатия встречается у 10-12% больных псориазом, а популяционная частота составляет 0,1%. Характеризуется симметричным поражением мелких суставов кистей и стоп, с последующим вовлечением в патологический процесс и крупных суставов, также позвоночника. Больных беспокоят боли в суставах, ограничение объема движений, на



поздних стадиях тугоподвижность и деформация суставов. Рентгенологически отмечается остеопороз, остеофиты, сужение суставных щелей.

Пустулезный псориаз Барбера характеризуется возникновением пустулезных элементов на гиперемированной коже ладоней и подошв.

Пустулезный псориаз Цумбуша клинически характеризуется появлением на фоне эритематозных высыпаний диссеминированных пустул, которые высыхают в желто-коричневые корки или чешуйки. Общее состояние больных тяжелое, повышается температура тела, отмечается слабость, недомогание, в крови лейкоцитоз повышение СОЭ. Возникновению генерализованного пустулезного псориаза способствуют инфекции, стресс, применение в прогрессирующей стадии болезни различных лекарств. Чаще возникает в возрасте 40-60 лет, развиваясь через 1-2 года после начала псориаза [10].

По данным многочисленных исследований псориаз одинаково часто встречается у мужчин и женщин [4, 17, 21, 34]. Так, по данным Christophers E. (2001) при популяционном исследовании 4000 человек в Дании показало, что мужчины составили 3,2%, тогда как женщины 2,5% [21].

Псориаз может возникнуть в любом возрасте, однако необычным является возникновение заболевания у детей младше 10 лет. Выделяют три возрастных периода максимальной вероятности возникновения заболевания: пубертатный период, возраст около 30 и 50 лет. Медиана возраста начала заболевания составляет 28 лет [20, 32]. Средний возраст возникновения дерматоза у детей составляет 10-11 лет [28]. Позднее начало заболевания (в возрасте старше 60 лет) встречается у 3,2% пациентов, при этом заболевание имеет более благоприятное течение [23].

Таким образом, псориаз характеризуется неравномерной распространенностью и заболеваемостью в мире. Распространенность дерматоза зависит в большей мере от климатогеографических, генетических факторов и этнической принадлежности больных, страдающих псориазом. Клиническая картина псориаза многообразна. Дерматоз проявляется чаще в виде вульгарной формы, однако в последнее время отмечается тенденция к росту осложненных форм псориаза, которые трудно поддаются лечению.

Литература

1. Аветикян С.С. Особенности клиники, течения и терапии псориаза у мужчин: автореф. дис. ... канд. мед.наук / С.С. Аветикян. – Москва, 2008. – 20 с.
2. Балтабаев М.К. Частная дерматология: учебник / М.К. Балтабаев. – Бишкек: Изд-во КРСУ, 2013. – 482 с.
3. Бигвава С.Г. Изучение эпидемиологии псориаза в различных регионах Российской Федерации: автореф. дис. ... канд. мед.наук / С.Г. Бигвава. – М., 2006. – 24 с.
4. Дерматовенерология: Серия «Национальное руководство» / Под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1024 с.
5. Заболеваемость и распространенность псориаза в Российской Федерации / [Л.Ф. Знаменская, Л.Е. Мелехина, Е.В. Богданова и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. – 2012. – №5. – С. 20-29.
6. Иблияминава А.А. Псориаз и билиарная патология: особенности течения и терапии: автореф. дис. ... канд. мед.наук / А.А. Иблияминава. – Екатеринбург, 2011. – 25 с.
7. Керимов С.Б. Эпидемиология псориаза в Азербайджане / С. Б. Керимов // Всероссийский съезд дерматовенерологов: Тезисы научных работ. – М., 2001. – С. 265.
8. Котвицька А.А. Дослідження показни ківпоширеності псоріазу в країнах-світу та Україні / А.А. Котвицька, В.В. Карло // Запорозький медичинський журнал. – 2013. – №3 (78). – С.38-42.
9. Мяделец В.О. Клинические и патоморфологические признаки псориазической эритродермии: автореф. дис. ... канд. мед.наук / В.О. Мяделец. – Витебск, 2010. – 24 с.
10. Мордовцев В.Н. Заболевания кожи с наследственным предрасположением / В.Н. Мордовцев, П.М. Алиева, А.С. Сергеева. – Махачкала: Изд-во типографии ДНЦ РАН, 2002. – 260 с.
11. Оразымбетова Д.А. Региональные особенности клиники и течения псориаза в Республике Казахстан: автореф. дис. ... д-ра мед.наук / Д.А. Оразымбетова – Алматы, 2000. – 32 с.
12. Псориаз. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения / [В.А. Пирятинская, Л.А. Карякина, А.Б. Пирятинская и др.] // Клиническая дерматология и венерология. – 2011. – №1. – С. 83-90.
13. Псориаз и псориазический артрит / [В.А. Молочков, В.В. Бадюкин, В.И. Альбанова и др.] - М.: Тов-во научных изд. КМК; Авторская академия, 2007. – 300 с.
14. Рахматов А.Б. Особенности течения псориаза в Узбекистане / А.Б. Рахматов, Т.П. Рахматов, О.А. Худжамбердыев // Украин-



- ский журнал дерматологии, венерологии и косметологии. – 2004. – №2. – С. 20-23.
15. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. В 2-х томах. Руководство для врачей / Ю.К. Скрипкин, В.Н. Мордовцев. – М.: Медицина, 1999. – 1751 с.
 16. Судакова О.Г. Клиническое течение и терапия псориаза в сочетании с хроническими вирусными гепатитами: автореф. дис. ... канд. мед.наук / О.Г. Судакова. – Иркутск, 2005. – 22 с.
 17. Эффективность и безопасность лечения больных тяжёлыми формами псориаза / [А.Л. Бакулев, С.С. Кравченя, Н.А. Слесаренко и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. – 2010. – №2. – С.72-81.
 18. Barker J.N. Genetic aspects of psoriasis / J.N. Baker // Clin. Exp. Dermatol. – 2001. – Vol. 26. – N 4. – P. 321-325.
 19. Bowcock A.M. The genetics of psoriasis, psoriatic arthritis and atopic dermatitis / A.M. Bowcock, W.O. Cookson // Hum. Mol. Genet. – 2004. – Vol. 13. – N 1. – P. 43-55.
 20. Chandran V. Geoepidemiology and environmental factors of psoriasis and psoriatic arthritis / V. Chandran, S.P. Raychaudhuri // J. Autoimmun. – 2010. – Vol. 34. – N 3. – P. 314-321.
 21. Christophers E. Psoriasis - epidemiology and clinical spectrum / E. Christophers // Clin. Exp. Dermatol. – 2001. – Vol. 26. – N 3. – P. 314-320.
 22. Enamandram M. Psoriasis epidemiology: the interplay of genes and the environment / M. Enamandram, A.B. Kimball // J. Invest. Dermatol. – 2013. – Vol. 133. – N 2. – P. 287-289.
 23. Ferrándiz C. Psoriasis of early and late onset: a clinical and epidemiologic study from Spain / [C. Ferrándiz, R.M. Pujol, V. García-Patos et al.] // J. Am. Acad. Dermatol. – 2002. – Vol. 46. – N 6. – P. 867-873.
 24. Gudjonsson J.E. Psoriasis: epidemiology / J.E. Gudjonsson, J.T. Elder // Clin. Dermatol. – 2007. – Vol. 25. – N 4. – P. 535-546.
 25. Ibrahim G. The prevalence of psoriatic arthritis in people with psoriasis / G. Ibrahim, R. Waxman, P.S. Helliwell // Arthritis Rheum. – 2009. – Vol. 61. – N 5. – P. 1373-1378.
 26. Kavli G. Psoriasis: familial predisposition and environmental factors / [G. Kavli, O.H. Forde, E. Arnesen et al.] // Br. Med. J. – 1985. – N 291. – P. 999-1000.
 27. Krueger J.G. Epidemiology of psoriasis: clinic issues / J.G. Krueger, M. Duvic // J. Invest. Dermatol. – 1994. – Vol. 102. – N 6. – P. 14-18.
 28. Kumar B. Epidemiology of childhood psoriasis: a study of 419 patients from northern India / [B. Kumar, R. Jain, K. Sandhu et al.] // Int. J. Dermatol. – 2004. – Vol. 43. – N 9. – P. 654-658.
 29. Langley R.G.B. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life / R.G.B. Langley, G.G. Krueger, C.E.M. Griffiths // Ann. Rheum. Dis. – 2005. – N 64. – P.18-23.
 30. Naldi L. Epidemiology of psoriasis / L. Naldi // Curr. DrugTargetsInflamm. Allergy. – 2004. – Vol. 3. – N 2. – P. 121-128.
 31. Prevalence and treatment of psoriasis in the United Kingdom: a population-based study / [J.M. Gelfand, R. Weinstein, S.B. Porter et al.] // Arch. Dermatol. – 2005. – Vol. 141. – N 12. – P. 1537-1541.
 32. Psoriasis prevalence among the 2009 AAD National Melanoma. Skin Cancer Screening Program participants / [X.T. Lima, R. Minnillo, J.M. Spencer et al.] // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2012. – Vol. 125. – N 10. – P. 1468-1488.
 33. Psoriasis in France and associated risk factors: results of a case-control study based on a large community survey / [P. Wolkenstein, J. Revuz, J. C. Roujeau et al.] // Dermatology. – 2009. – Vol. 218. – P. 103-109.
 34. Saraceno R. Regional distribution of psoriasis in Italy / R. Saraceno, R. Mannheimer, S. Chimenti // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2008. – Vol. 22. – P. 324-329.
 35. Schafer T. Epidemiology of psoriasis. Review and the German perspective / T. Schafer // Dermatology. – 2006. – Vol. 212. – P. 327-3

Сведения об авторе:

Кожанов Анвар Салыкович
ассистент кафедры дерматовенерологии
Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева,
E-mail: anvar.salikovich@gmail.com.



Кожакметова А.Н.

Казахская академия питания, Республика Казахстан, г. Алматы

ЖАШ БАЛДАРДЫН ЖАНА ӨСПҮРҮМДӨРДҮН ДЕН СОЛУГУНУН КАЛЫПТАНЫШЫНА ТУУРА ТАМАКТАНУУНУН МААНИСИ

Корутунду. Илимий адабияттар боюнча обзор. Мектеп жашындагы балдарды оорулардан алдын алуу, тамак-аш менен байланыштуу болгон оорулардын келип чыгуусун эскертүү жана ден соолук үчүн пайдалуу көнүмүш адаттарды түзүүдө маалымат берүү иштери көрүнүктүү таасир берет. Мектепте окуучуларга тамактанууну уюштуруу окуучулардын ден соолугунун абалын гана эмес, алардын окуусунун ийгиликтүүлүгүн аныктоочу билим берүү уюмдарынын маанилүү багыттыгы иш-аракеттери болуп саналат.

Негизги сөздөр: окуучулардын туура тамактануусу, тамак-аштын тазалыгы, тамак-аш аркылуу жугуучу оорулардан алдын алуу, ден соолукту чыңдоо тамактануу режими

ЗНАЧЕНИЕ ПОЛНОЦЕННОГО ПИТАНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Резюме. Литературный обзор. Просвещение в области питания оказывает существенное влияние на формирование полезных для здоровья привычек и предупреждает возникновения болезней, связанных с питанием, профилактику заболеваний школьного возраста. Организация питания учащихся во время пребывания в школе, является важным направлением деятельности образовательных организаций, определяющим не только состояние здоровья школьников, но и эффективность их обучения.

Ключевые слова: рациональное питание школьников, здоровое питание, физическое развитие, профилактика алиментарных заболеваний, укрепление здоровья, режим питания.

THE IMPORTANCE OF HEALTHY NUTRITION IN HEALTH DEVELOPMENT OF CHILDREN AND ADOLESCENTS

Abstract. Literature review. Nutrition education exerts significant effect on development of health-inducive habits and prevents nutrition-related diseases as well as on prevention of school-age illness. Organization of school-children's feeding during their stay in school is an important area of activity of educational institutions, which determines not only the state of their health but also their academic performance.

Key words: rational nutrition of school-children, healthy nutrition, physical development, prevention of alimentary diseases, health promotion, dietary

Рациональное питание населения, является наиважнейшим условием обеспечения здоровья. Особое внимание в этом аспекте заслуживают дети и подростки школьного возраста. Школьный возраст является тем ключевым периодом развития организма, в течение которого завершается формирование скелета, происходит гормональная перестройка, качественные изменения в нервно-психической сфере, связанные с процессами обучения [1, 2]. Высокая скорость роста школьников и лежащие в его основе метаболические процессы, требуют постоянного поступления с пищей достаточного количества белка, витаминов, минеральных солей и микроэлементов [3, 4, 5].

Указанные факторы оказывают существенное влияние на потребности школьников в различных пищевых веществах и энергии. При рациональном питании школьников обеспечивается поступление всех необходимых

пищевых веществ, обуславливающих нормальный рост и развитие, профилактику заболеваний школьного возраста и высокую эффективность обучения. Недостатки в питании в школьном возрасте оказывают неблагоприятное влияние, особенно на состояние их здоровья.

В современном мире основные причины заболеваемости и смертности среди людей, в том числе в детском возрасте, связаны с неправильным питанием и сидячим образом жизни. Недостатки в питании в раннем детстве и школьном возрасте приводят к далеко идущим последствиям и отрицательно отражаются на состоянии здоровья в течение всего периода жизни человека.

Низкое социальное развитие приводит к снижению питания, нарушению сбалансированности рациона. А несбалансированность питания, недостаток содержания витаминов в пище приводит к обменным нарушениям,



ухудшению показателей физического развития и полового созревания, снижению работоспособности и иммунитета, повышению заболеваемости. Влияние отрицательных факторов тем сильнее и ощутимее, чем младше ребенок [6].

Значительный вклад в снижение потенциала здоровья ребенка раннего и школьного возрастов вносит незнание родителями и самими детьми основ сбалансированного рационального питания, недостатки в организации горячего питания в школе и отсутствие научно-обоснованных норм потребления продовольственных продуктов. Большинство авторов указывают на то, что для профилактики нарушений состояния здоровья детей и укрепления их здоровья, считается необходимым разработать и реализовать региональные медико-организационные программы, изучающие и разрабатывающие мероприятия по устранению факторов риска, преобладающие в конкретном регионе [7, 8, 9, 10].

Физическое развитие в детском возрасте как один из обобщающих параметров здоровья и социального благополучия общества определяет основные черты данного поколения в старших возрастах, включая потенциальное долголетие и передачу соответствующих качеств будущим поколениям. А ведь именно здоровье и образование граждан являются важными приоритетами долгосрочной стратегии развития страны «Казахстан-2050». Президент подчеркивает, что формирование здоровой нации необходимо начинать с детских садов и эффективно развивать в школах. Занятия спортом, правильное питание, регулярные профилактические осмотры – это основа предупреждения заболеваний, говорится в «Послании Главы государства народу Казахстана-2014» [11].

При проведении многих исследований были выявлены нарушения в обеспеченности детей рядом пищевых веществ, в первую очередь, микронутриентов, которые могут служить факторами риска возникновения ряда алиментарнозависимых заболеваний, включая болезни желудочно-кишечного тракта, нарушения питания и пищевую аллергию [12].

Эти данные указывают на необходимость дальнейшей работы по рационализации питания школьников. Несомненно, важную роль при этом играет оптимизация питания детей во время их пребывания в школе, которое, в современных условиях, нередко

составляет от 6 до 8 часов. Вопросам организации питания школьников посвящен ряд научных работ [13, 14].

Последние годы характеризуются существенными изменениями в структуре и качестве питания населения отдельных регионов стран СНГ, вызванными как глубоким системным кризисом в сельскохозяйственном производстве и пищевой промышленности, так и снижением уровня жизни большинства населения страны и ограничением доступности для людей полноценных в физиологическом отношении и качественных пищевых продуктов, результатами которого стали нарастающие негативные тенденции в заболеваемости населения [15]. На фоне изменившейся социально-экономической ситуации, ухудшения экологических условий и снижения качества жизни наблюдаются негативные изменения в состоянии здоровья детской популяции [16, 17]. Одной из самых уязвимых групп населения считались и считаются дети школьного возраста, но в последние годы проявилась тенденция к формированию патологических процессов уже с дошкольного возраста, достигая в школьный период 60,0% [18, 19, 20, 21]. Только 28,0% дошкольников относятся к первой группе здоровья, а у 62,0% - регистрируются функциональные расстройства.

К концу первого года обучения в школах число больных детей увеличивается в 1,5 раза [22, 23, 24, 25]. По мере взросления ребенка, число больных возрастает и к окончанию школы, по данным различных авторов от 40,0% до 99,0% детей имеют уже ту или иную патологию [26]. Распространенность функциональных отклонений среди учащихся младших классов увеличивается на 84,7%, хронических болезней на 83,8%. Чаще всего нарушения в здоровье школьников отмечаются в переломные периоды онтогенеза [27, 28], такие как 7, 10 и 14 лет.

Недостаточное потребление витаминов, снижая активность иммунной системы, повышает частоту и усиливает тяжесть респираторных и желудочно-кишечных заболеваний. Недостаточное поступление микронутриентов с пищей – общая проблема всех цивилизованных стран [29, 30]. Среди разных нарушений питания, являющихся факторами риска развития избыточной массы тела и ожирения, значительное место, по-видимому, занимает избыточное потребление кондитер-



ских изделий, продуктов быстрого приготовления (fast food) и сладких безалкогольных газированных напитков. Причиной избыточного веса и ожирения у младенцев и детей являются факторы среды, в которой ребенок родился и вырос [31].

Крайне важно кормить младенцев и детей раннего возраста здоровой едой, поскольку именно в этом возрасте формируются пищевые предпочтения. Калорийная еда с высоким содержанием жира, сахара и соли – верный путь к возникновению детского ожирения. Проблема усугубляется нехваткой информации о правильном питании, а также дефицитом и нередко высокой стоимостью здоровой пищи. Агрессивная реклама высококалорийных продуктов питания и напитков, ориентированная на детей и семьи, обостряет ее еще больше. Процессы урбанизации и развития цифровых технологий снижают привлекательность физической активности и здоровых игр. Избыточный вес и ожирение также лишают детей возможности участвовать в групповой физической активности. В результате они еще меньше двигаются, что со временем приводит к накоплению еще большего избыточного веса.

В европейской министерской конференции ВОЗ в 2013 году, министры обязались улучшить мониторинг негативных последствий данной проблемы, более эффективно воздействовать на коренные причины ожирения, лучше информировать своих граждан. Для детей приняты следующие направления действий: снизить масштабы воздействия на детей рекламы, провоцирующей потребление продуктов с высоким содержанием жиров, сахара и соли; проводить более тщательный мониторинг ключевых показателей, таких как распространенность избыточной массы тела и ожирения среди различных групп населения – состояний, которые характерны почти для 30% детей в Европе, где бы ни проводились соответствующие обследования [32].

Пища – это источник не только энергии, но и одновременно макро- и микроэлементов. Уменьшая общее количество потребляемой пищи, мы неизбежно обрекаем себя на витаминный голод, на дефицит важнейших минеральных веществ. Прежде всего, это монотонизация рациона, утрата разнообразия, употребление узкого стандартного набора нескольких основных групп продуктов и готовых блюд; увеличение потребления

рафинированных, высококалорийных, но бедных витаминами и минеральными веществами продуктов питания (белый хлеб, макаронные, кондитерские изделия, сахар, спиртные напитки и т.п.); возрастание в рационе доли продуктов, подвергнутых консервированию, длительному хранению, интенсивной технологической обработке, что неизбежно ведет к существенной потере витаминов [33].

Исследования показывают что, первые признаки хронических заболеваний (ожирение, сердечно-сосудистые заболевания, онкология, нарушения пищеварения) проявляются в юности. Просвещение в области питания оказывает существенное влияние на формирование полезных для здоровья привычек и ведет к уменьшению опасности возникновения болезней, связанных с питанием. Серьезной проблемой является также прогрессивное повышение распространенности желудочно-кишечных заболеваний среди школьников. Важную роль в развитии этих заболеваний играют нарушения в режиме питания, отсутствие горячего питания в школе, потребление продуктов недостаточно высокого качества. Режим питания у школьников зависит от учебной нагрузки, занятий спортом, и других факторов. Поскольку школьники проводят значительное время в школе, причем процесс обучения носит, весьма интенсивный характер, большое значение имеет организация горячего питания в школах. В идеале, школьное питание должно включать горячий завтрак и обед, а для детей, посещающих группы продленного дня, и полдник [34].

Нарушения в питании школьников в Казахстане обусловлены в настоящее время не столько дефицитом пищевых продуктов, сколько неправильным использованием имеющихся продуктов питания. Недостаточная информированность многих школьников, их родителей и учителей о здоровом питании, в свою очередь, способствует развитию этих нарушений. Они, в частности, мало информированы о роли питания в обеспечении оптимального роста и развития, улучшении способности к обучению и успеваемости в школе. Недостаточно информированы многие школьники и о значении питания в профилактике распространенных заболеваний. У детей и подростков, хронически недополучающих пищевые калории, наблюдается низкий рост, а при избыточном потреблении калорий



повышается вес и ИМТ. Вес может меняться относительно быстро в зависимости от уровня потребляемых калорий, а рост изменяется медленно [35].

Стратегическая значимость здорового питания для населения Республики Казахстан также подчеркнута в четвертом долгосрочном приоритете «Здоровье, образование и благополучие граждан Казахстана» Послания Президента народу Казахстана «Казахстан - 2030». В числе основных проблем охраны и укрепления здоровья в данном приоритете определены: профилактика заболеваний, содействие здоровому образу жизни и улучшение питания [34].

Казахстан является страной, где в равной степени присутствуют как проблемы недостаточности, так и избыточности питания со всеми их влияниями на здоровье людей и экономику. Для профилактики распространенных алиментарных заболеваний необходимо повышение информированности населения о здоровом питании. Проведенные исследования с целью выяснения их знаний и навыков в области здорового питания и роли питания в профилактике наиболее распространенных неинфекционных заболеваний и дефицита микронутриентов показывают о низком уровне информированности и знаний населения, в среднем 80% респондентов хотели получить дополнительную информацию о роли питания [35].

Таким образом, правильная организация школьного питания играет важную роль при решении социально-гигиенических задач сохранения здоровья, повышения познавательной способности, быстрой адаптации к возросшей интенсивности учебной нагрузки и поддержания на высоком уровне физической работоспособности учащихся в условиях современной общеобразовательной школы.

Литература

1. Волков А.И., Усанова Е.П. Динамика эпидемиологических показателей заболеваемости органов пищеварения у детей // *Детская гастроэнтерология: настоящее и будущее: Тез. докл. 7-й Конгр. пед. Росс. 12-14 февраля 2002, г. Москва, 2002. - М., 2002. - С. 54-55.*
2. Сухарева Л.М., Раппопорт И.К., Звездина И.В. Состояние здоровья и физическая активность современных подростков // *Гигиена и санитария. - 2002. - №3. - С. 52-55.*
3. *Дети России 2000-2001 / РАМН НИИ социальной гигиены, экономики и управления*

здравоохранения им. Н.А. Семашко. - Москва, 2003. - 80 с.

4. Хайров Х.С. Антропометрическая оценка пищевого статуса школьников 10 лет. Душанбе (1997г.) // *Питание детей: XXI век: Тез. докл. Перв. Всерос. Конгр. с междунар. участ. 14-17 марта 2000, г. Москва, 2000. - М., 2000. - С. 72-73*
5. Шевченко И.Ю. *Пищевой статус подростков в новых условиях обучения и содержания (Красноярский Кадетский Корпус): автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Красноярск, 2001. - 30 с.*
6. Кондратенко Т.А., Дузь Л.Ф., Тютюнькова Н.Г., Пономарева Ю.А. Мониторинг показателей здоровья населения городов Ростовской области // *Гигиена и санитария. - 2008. - №5. - С.91-93.*
7. Jurko G.P., Weremkowitsch L.V., Silina O.V., Zacharova E.W., Laschnewa J.P., Ozlowa T.W. *Der Gesundheitszustand von Kindern im Vorschulalter und der Einfluß einiger Umweltfaktoren // Arzt. Jugendk. - 1988. - Vol.379, N 2. - P.101-107.*
8. Алифанова Л.А. Влияние двигательной активности в процессе академического урока на здоровье и развитие школьников // *Педиатрия. - 2002. - №6. - С. 37-41.*
9. Крупицкая Л.И., Фомин Н.А. Влияние некоторых социально-гигиенических факторов на физическую работоспособность и состояние здоровья школьников, занимающихся и не занимающихся спортом // *Гигиена и санитария. - 1986. - №9. - С. 28-30.*
10. Эсенаманова М.К., Касымов О.Т., Джусупов К.О. *Питание и здоровье: учебник / Под ред. д.м.н., профессора О.Т. Касымова. - Изд. 2-е, переработанное и дополненное - Бишкек, 2005. - 232 с.*
11. *Послание Президента РК народу Казахстана от 17 января 2014года. «Казахстанский путь — 2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее» Официальный сайт Президента Республики. http://www.akorda.kz/ru/page/page_215750_poslanie-prezidenta-respubliki-kazakhstan-nazarbaeva-narodu-kazakhstan-17-yanvarya-2014-g*
12. Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам Всероссийской диспансеризации 2002 года). / Министерство здравоохранения РФ. - М., 2003. - С. 8-59.
13. Моцев А.Н. Гигиеническая оценка фактического питания и состояния здоровья школьников и их нутриционная коррекция (на примере Василеостовского района Санкт-Петербурга): дисс. ... канд. мед. наук. - Санкт-Петербург, 2009 - 141 с.
14. Тапешкина Н.В. Гигиеническая оценка питания детей школьного возраста и пути



- его оптимизации (на примере юга Кузбасса): дисс. ... канд. мед. наук. - Пермь, 2009. - 141 с.
15. Тутельян В.А., Спиричев В.Б., Шатнюк Л.Н. Коррекция микро-нутриентного дефицита важнейший аспект концепции здорового питания населения России // Вопросы питания. - 1999. - № 1 - С. 3-11.
 16. Кучма В.Р., Храмов П.И., Сотникова Е.Н. Новые подходы к интеграции профилактических и оздоровительных технологий в образовательном процессе // Гигиена и санитария. - 2006. - № 6. - С. 61-64.
 17. Ананьева Н.А., Ямпольская Ю.А. Здоровое развитие современных школьников // Школа здоровья. - 1994. - Т.18, №1. - С.172-178.
 18. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Оценка здоровья детей, новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях // Руководство для врачей. - М.: ГУ НЦЗД РАМН, 2006. - 412 с.
 19. Баранов А.А., Щеплягина Т.А. Фундаментальные и прикладные проблемы педиатрии на современном этапе // Российский педиатрический журнал. - 2005. - №3. - С. 4-7.
 20. Мокеева М.М., Сетко Н.П. Влияние комплекса факторов окружающей среды на организм учащихся младших классов // Гигиена и санитария. - 2002. - №5. - С. 64-66.
 21. Поварго Е.А. Тенденции в состоянии здоровья младших школьников в крупном промышленном городе // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2006. - № 6. - С. 14-15.
 22. Саутин М.Ф., Стунеева Г.И. Динамика физического развития школьников г. Рязань за последнюю четверть XX столетия // Педиатрия. - 2006. - № 2. - С. 95-97.
 23. Hingson R., Heeren T., Jamanka A., Howland J. Age of drinking onset and unintentional injury involvement after drinking // J. Am. Med. Ass. - 2000. - Vol. 284, N 12. - P.1527-1533.
 24. Баранов А.А., Ямпольская Ю.А. Проведение мониторинга состояния здоровья детей и подростков и организация их оздоровления: Методические рекомендации. - М., 2006. - 47 с.
 25. Иванников А.И., Пенкин В.Н., Ситникова В.П. и др. Показатели физического развития детского населения Воронежской области на рубеже второго и третьего тысячелетий. - Воронеж, 2005. - С. 122.
 26. Цой И.Г., Сияевский Ю.А. Роль факторов питания в комплексном лечении различных видов патологии. - Алматы, 2006.
 27. Швецов А.Г., Пичхадзе Г.М. Поливитаминизация эффективный путь оптимизации витаминного статуса детей // Вопросы питания. - 1992. - № 4. - С. 29-31.
 28. Тажимаев Ш.С., Оспанова Ф.Е., Ергалиева А.А., Сарсембаева А.П. О профилактике анемии, йододефицита и дефицита витаминов у школьников. - Алматы, 2008. - 144 с.
 29. Година Е.З. Некоторые тенденции соматического развития московских школьников на рубеже столетий // Материалы IV Межд. конф. «Воспитываем здоровое поколение». - 2004. - С. 36-40
 30. Европейская министерская конференция ВОЗ по вопросам питания и неинфекционных заболеваний в контексте положений политики Здоровье-2020г. 4-5 июля 2013 г., Вена, Австрия <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/nutrition/publications/2013/vienna-declaration-on-nutrition-and-noncommunicable-diseases-in-the-context-of-health-2020>.
 31. Концепция государственной политики в области здорового питания населения Российской Федерации на период до 2005 года // Собрание законодательства РФ. - No 34. 21.08.98. Изд. официальное. - С. 7882-7888
 32. Тажимаев Ш.С., Саймасаева Г.А., Апсметова М.А., Какимова Г.С. Организация питания детей в учреждениях образования. Сб. нормативных и научно-методических матер. для организаторов школьного питания. - Алматы, 2008. - 128 с.
 33. Тажимаев Ш.С. Разговор о здоровом питании школьников / Под ред. Т.Ш. Шарманова. - Алматы, 2008. - 128 с.
 34. Шарманов Т.Ш. Питание – важнейший фактор здоровья человека. - Алматы: Асем-Систем, 2010. - 480 с.
 35. Тажимаев Ш.С., Ергалиева А.А., Долматова О.В. Знания и пути получения информации о здоровом питании у населения Казахстана // Вестник академии наук Молдовы. - 2013. - №5(41). - С. 142-144.

Сведения об авторе:

Кожаметова Айгуль Нагайбековна

научный сотрудник Казахской академии питания, старший преподаватель кафедры
нутрициологии КазНМУ им.С.Ж.Асфендиярова

E-mail: koghahmetova@mail.ru



Минбаева Г.А., Тойгонбаева В.С., Куттубаев О.Т.

Департамент профилактики заболеваний и государственного санитарного эпидемиологического надзора МЗ КР, Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина, Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Кыргызская Республика, г. Бишкек

УЧУРДАГЫ ТОКСОПЛАЗМОЗ ДАРТЫНЫН СЕБЕПТЕРИ ЖАНА ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ

Корутунду. Макалада токсоплазмоздук таралуу эпидемиологиясы жана учурдагы этиологиялык аспекти жөнүндөгү адабияттык обзор келтирилген. Бала төрөө курагындагы аялдардагы орточо жугуштуулугу Европалык өлкөлөр менен катар 40-50%, ал эми Россияда 10-15% түзө тургандыгы аныкталды. Токсоплазмоз акушердик жана балдардын патологиясынын себеби болуп саналат жана Дүйнөлүк саламаттык сактоо уюму эксперттери тарабынан адамдын ден соолугу үчүн өтө коркунучтуу болгон зооноздордун катарына киргизилген.

Негизги сөздөр: токсоплазмоз, эпидемиология, этиология.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОЛОГИИ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ ТОКСОПЛАЗМЕННОЙ ИНВАЗИИ

Резюме. В статье проведен обзор литературы о современных аспектах этиологии и эпидемиологии токсоплазмозных инвазий. Выявлено, что средняя инфицированность у женщин детородного возраста в ряде Европейских стран составляет 40-50% а в России 10-50%. Токсоплазмоз является одной из причин акушерской и детской патологии и включен экспертами ВОЗ в число зоонозов, наиболее опасных для здоровья человека.

Ключевые слова: токсоплазмоз, эпидемиология, этиология.

MODERN CONCEPT OF ETIOLOGY AND EPIDEMIOLOGY OF TOXOPLASMOSIS

Abstract. The article reviewed the literature on contemporary aspects of the etiology and epidemiology of toxoplasmosis invasions. It is shown the average infection that in women of childbearing age in a number of European countries is 40-50% and 10-50% in Russia. Toxoplasmosis is one of the causes of obstetric and child pathology and WHO experts included in the number of zoonoses, the most dangerous to human health.

Key words: toxoplasmosis, epidemiology, etiology.

Введение. В последние годы исследования по проблеме токсоплазмоза приобретают все большее значение и на национальном и на международных уровнях. Актуальность этих исследований определяется возрастанием удельного веса этой патологии в различных возрастных группах населения. Этому способствуют следующие факторы: с одной стороны созданы и внедряются в практику современные высокочувствительные методы диагностики этого протозооза, а с другой рост числа иммунодефицитных состояний человека различного генеза, связанных с врожденной патологией иммунной системы и вторичными иммунодефицитами, обусловленными загрязнением окружающей среды и другими причинами, нарушающими гомеостаз организма. Одним из факторов реактивации является ВИЧ-инфекция [13, 14].

Возбудитель токсоплазмоза *Toxoplasma gondii* (Т) открыт в 1908 г. французским

исследователями Ш. Николем и L. Мансеаух, обнаружившими его в Тунисе у грызунов *Ctenodactylus gondi*, и итал. исследователем А. Splendore, выявившим его в Бразилии у кроликов. На территории бывшего СССР токсоплазмы впервые были выявлены от сусликов Н.А. Гайским и Д.Н. Засухиным в 1930 г. В 1923 г. Чешский исследователь J. Janku обнаружил токсоплазмы в глазу умершего ребенка, доказав тем самым восприимчивость людей к заражению этим паразитом. Первый случай Т. человека описали А. Wolf, D. Cowen и P. Paige в 1939 г. Важной вехой в изучении Т. была разработка его иммунодиагностики. Оригинальную серологическую реакцию с красителем предложили в 1948 г. Сейбин (A.B. Sabin) и Фельдман (H.A. Feldman) – реакция Сейбина-Фельдмана (РСФ). Кожную пробу с токсоплазмином предложил в том же году Френкель (J.K. Frenkel) [1].



Цель исследования – обзор данных литературы.

Материалы исследования: данные литературы отечественных и зарубежных стран.

Метод - эпидемиологический.

Этиология. Возбудитель токсоплазмоза – облигатный внутриклеточный паразит (*plasma gondii*). Наименование рода *Toxoplasma* (греч. *Toxon* – дуга, + *plasma* - оформленное) определяется формой паразита в виде полумесяца, или дольки апельсина на стадии быстрого размножения в клетках промежуточного хозяина [9].

Токсоплазмы существуют в трех основных формах: ооцист, тахизоитов и брадизоитов. Ооцисты являются продуктами половой стадии развития паразита и формой длительного (до пяти лет) сохранения паразита во внешней среде. Они образуются в эпителии кишечника животных семейства кошачьих и с испражнениями выводятся из организма. Тахизоиты (греч. *tachys* - быстрый) - токсоплазмы, быстро размножающиеся бесполом путем в клетках промежуточного хозяина. В русскоязычной литературе эту форму паразита часто называют эндозоидами.

1-я стадия - трофозоит (эндозоит) - размножающаяся внутриклеточная форма, вызывающая разрушение клетки и воспалительную реакцию; наличие трофозоитов (эндозоитов) характерно для острой стадии токсоплазменного процесса; на фоне развития иммунитета большинство эндозоитов погибают, а сохранившиеся в различных органах дают начало цистам. На эндозоиты активно влияют химиопрепараты (хлоридин, сульфаниламиды, макролиды и др.), они не стойки во вне клеточной среде. Трофозоиты токсоплазм могут находиться в двух видах - тахизоиты и брадизоиты, имеющие сходную структуру, но и определенные различия. как и тахизоиты, брадизоиты локализируются внутриклеточно и размножаются простым делением. Каждая циста содержит 1000-2000 брадизоитов и не является статичной структурой: разрыв тканевых цист приводит к инвазированию других клеток организма и вызывает сильную воспалительную реакцию. Переход тахизоитов в брадизоиты и образование тканевых цист связывают с появлением специфических антител к *T.gondii* [15]. По данным Е.А. Шевкуновой, Е.Б. Войт, А.К. Иыгисте (1980), чем вирулентнее токсоплазмы, тем длительнее пролиферация

эндозоитов и тем сильнее выражены деструктивные изменения в различных органах [2].

2-я стадия цисты имеют шарообразную форму, окружены плотной оболочкой и приспособлены к длительному существованию в организме хозяина; они локализируются в головном мозге, сетчатке глаза, мышечных органах, их наличие характерно для хронической стадии процесса; находящиеся внутри цисты паразиты (цистозоиты) медленно разрушаются, вызывая их рост; разрушение цист приводит к рецидиву поражений в мозге, глазах, сердце и других органах. Цисты имеют собственную плотную оболочку, через которую не проникают ни лекарственные препараты, ни антитела, они пожизненно сохраняются в организме хозяина [2, 3, 16].

Эпидемиология. Известно, что токсоплазмоз относится к повсеместно распространенным заболеваниям, встречающимся на всех материках, в странах с различными климато-географическими условиями. Этим он отличается от других зооантропонозов, имеющих строго очерченный ареал. Способность токсоплазм поражать огромное количество (более 300) видов домашних и диких животных, обитающих в различных ландшафтных зонах, обуславливает широкое распространение инфекций среди населения всех стран. [4].

Окончательными хозяевами *T. gondii* считаются домашняя кошка и дикие представители семейства кошачьих, в организме которых происходит как бесполое размножение токсоплазм (шизогония), так и образование половых клеток (гаметология), характеризующиеся появлением в конечном итоге ооцист, играющих основную роль в передаче инфекции. В организме промежуточного хозяина (человек, млекопитающие, птица) токсоплазмы развиваются только бесполом путем. [15]

Механизм заражения возбудителем токсоплазмоза связан с фекально-оральным, контаминационным, трансплантационным и конгенитальным путями [2]. Заболевание протекает циклически в 3 фазы. В первой фазе заболевание паразитической токсоплазмы проникают в региональные лимфатические узлы, а затем в кровеносное русло. С током крови и лимфы заболевания паразиты фиксируются в висцеральных органах и вызывают в них некротические и воспалительные изменения с преобладанием проли-



феративного воспаления или с образованием мелких гранулем. В этот период в организме вырабатываются и накапливаются антитела и становятся положительными серологические реакции. В третьей фазе заболевания токсоплазмы образуют в тканях истинные цисты, воспалительная реакция исчезает, очаги некроза подвергаются организации или обызвествляются.

При обследовании населения в различных странах мира с помощью серологических и аллергических методов установлено, что инфицированность токсоплазмами населения Земного шара колеблется в широких пределах - от 6 до 90% и составляет от 500 млн. до 1,5 млрд. и более человек [2,4,5]

Серопозитивность. Серопозитивность к токсоплазмозу зависит от характера исследованной популяции людей, ее географического и социально-экономического положения, расовой принадлежности, национальных особенностей питания [17, 18]. Показатели инфицированности токсоплазмами значительно повышаются с увеличением возраста лиц и составляют от 10-37% в возрасте 10-20 лет до 60-80% к 50-60 годам, причем инфицированность женщин в 2-3 раза выше, чем мужчин, а инфицированность сельского населения выше городского в 1,4 раза. [6, 8, 12, 7].

Иммунитет. У лиц с нормальной иммунной системой токсоплазмоз протекает латентно или проявляется в виде разнообразных неспецифических симптомов. Может быть недомогание, субфебрилитет, фарингит, миалгии, увеличение периферических лимфоузлов и др. У пациентов с иммунодефицитными состояниями токсоплазмоз может приводить к некротизирующему энцефалиту, эндокардиту, пневмонии. Есть данные, что у 40% больных со СПИДом развивается токсоплазменный энцефалит. Особенностью врожденного токсоплазмоза является развитие генерализованной (48%), менингоэнцефалической (23%) и энцефалической (30%) форм заболевания с высокой смертностью (44%) и инвалидизацией детей (73%), формированием хронического гепатита (51%). Наиболее тяжелые поражения наблюдаются при инфицировании матери в 1-м триместре беременности. При заражении беременной женщины в более поздние сроки токсоплазмоз у детей может проявляться через месяцы или годы. Нарастающая гидроцефалия (водянка головного мозга) может обнаружиться к концу 1-го

года жизни, имбецильность (средняя степень слабоумия) может стать очевидной к 10-12 годам. Поражение глаз часто развивается при врожденной форме токсоплазмоза и значительно реже - приобретенной. Признаками вовлечения органа зрения в патологический процесс являются снижение остроты зрения, нередко на один глаз, воспаление сетчатки и сосудистой оболочки глаза. [9]

Лабораторная диагностика. Для диагностики токсоплазмоза применяют серологические методы исследования, позволяющие обнаружить наличие специфических антител в сыворотке крови обследуемых: реакцию связывания комплемента (РСК), реакцию непрямой иммунофлуоресценции (РНИФ), реакцию непрямой агглюцинации (РА), реакцию иммуноферментного анализа (ИФА). Иммуноферментный анализ популярен как метод серодиагностики токсоплазмоза во многих странах. Он привлекателен высокой чувствительностью (93-100%) и специфичностью, доступностью, автоматизацией процесса исследования. Большие возможности для индикации паразита имеет разработанная тест-система для выявления ДНК *Toxoplasma gondii* методом ПЦР с праймерами, специфичными для фрагмента ДНК данного возбудителя [10].

Профилактика. Основным источником токсоплазм в индустриально развитых странах являются мясные продукты, подвергшиеся недостаточной термической обработке или употреблению их в сыром виде. Так, 25% баранины, 25% свинины и 1% говядины контаминированы цистами токсоплазм. Исследования, проводившиеся в Норвегии, Италии и Франции, показали, что употребление в пищу сырого и недостаточно термически обработанного мяса, невымытых овощей и фруктов, использование невымытых после резки сырого мяса ножей и разделочных досок, несоблюдение правил личной гигиены. Для профилактики всех форм токсоплазмоза важно соблюдать правила личной гигиены и правила содержания кошек. В связи с этим следует не выпускать домашних кошек на улицу, кормить кошек только готовым кормом, не давать им обрезков сырого мяса; не реже одного раза в день очищать и дезинфицировать "кошачий туалет". Беременным женщинам избегать контакта с объектами внешней среды, которые могут быть контаминированы фекалиями кошек. Не пробовать мясо в



процессе приготовления; готовить мясо таким образом, чтобы его внутренние слои подвергались термической обработке не ниже 60⁰С. Наибольший риск инфицирования детей представляет садовая земля или песочницы, которые могут быть длительно контаминированы кошачьими экскрементами. Особенно тщательно меры предосторожности следует соблюдать беременным женщинам, пациентам с иммунодефицитным состоянием и медицинскому персоналу, контактирующему с контаминированным материалом [11,12].

Литература

1. Барышиников Е.Н. Медицинская паразитология: учеб. пособие для студентов высших мед. учеб. завед. /М.: Изд-во ВЛА-ДОС-ПРЕСС, 2005. – 144 стр.
2. Ермак Т.Н. Токсоплазмоз у больных с ВИЧ-инфекцией. /Т.Н.Ермак [и др.]. //Эпидемиология и инфекционные болезни - 2001, №1. - С. 28-31.
3. Пашанина Т.П. Распространение токсоплазмоза и методы его лабораторной диагностики //Медицинская паразитология и паразитарные болезни. - 2005. №1, - С. 51-54.
4. Зайкова Э.Ф. Проблемы оппортунистических инфекций / Э.Ф. Зайкова (и др.). //Современные аспекты диагностики, профилактики и лечения инфекционных болезней: материалы межрегиональный науч.-прак. конф. - Омск, 1999. - С. 24-25.
5. Землянский О.А. Сероэпидемиология токсоплазмоза у беременных и новорожденных, Мед. паразитология и паразитарные болезни. - 2004 -№3, - С. 40-42.
6. Гриноу А. Врожденные перинатальные и неонатальные инфекции. М.: Медицина, 2000. -С. 288.
7. Долгих Т.И. Актуальные оппортунистические инфекции, Мед наука - Омск, 2000. -С. 258.
8. Кузнецова Э.А. Выявление возбудителя токсоплазмоза методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) при моделировании острой инвазии на лабораторных животных // Мед. паразитология и паразитарные болезни. 2001. №4. - С. 51-54.
9. Барычева Л.Ю., Орехов К.В. Клико-иммунологические особенности врожденного токсоплазмоза у детей первого года жизни. Иммунология. 2004. №6. - С. 358-361.
10. Гончаров Д.Б., Грачева Л.И. Современные методы диагностики токсоплазмоза. Проблемы современной паразитологии: Междунар. конф. и 2 Съезд Паразитологич. общес-ва при РАН, Петрозаводск, 6-12 окт. 2003. - С. 132-133.
11. Заяц Р.Г., Рачковская И.В., Карпов И.А. Основы общей медицинской паразитологии / Учеб. пособ. МГМИ, 1999. - С. 183.
12. Ятусевич А.И., Рачковская И.В., Каплич В.М. Ветеринарная и медицинская паразитология 2001. -С. 320.
13. Ruslcin J., Remington J.S. Toxoplasmosis in the compromised host. Ann. Intern. Med. - 1976- Vol.84.- P.193-199.
14. Sever J.I., Ellenberg J.H., Ley A.C. et al. Toxoplasmosis: maternal and pediatric tidings in 23000 pregnancies. Pediatrics. -1988. -Vol. 82. - P. 181-192.
15. Hardman J.G. Protozoal infections / J.G. Hardman, L.E. Limbird; Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis pf. Therapeutics - 9th ed. - New York. McGraw-Hill, 1992-989 p.
16. Wong S.Y. Biology of Toxoplasma gondii / S.Y. Wong, J.S. Remington // AIDS – 1993.
17. Hegab S.M. Immunopathogenesis of toxoplasmosis, Clin. Exp. Med. -2003, Vol. 3, №2. - P. 84-105. Retinochoroiditis associated with T congenital toxoplasmosis in children Ig G antibody profiles demonstrating the synthesis of local antibodies. – 2003. - Vol. 13, № 1. - P. 74-79.

Сведения об авторах:

Минбаева Гульнара
ДПЗиГСЭН МЗ КР

Тойгонбаева Вера Садыбакасовна
им. Б.Н. Ельцина

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой эпидемиологии иммунологии медицинского факультета КРСУ

Куттубаев Омурбек Ташибекович
д.м.н., профессор, КГМА им. И.К. Ахунбаева



Омурзакова К.С

Научно-производственное объединение «Профилактическая медицина» МЗ КР,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

ИММУНДУК СТАТУСУН БААЛОО, АДАМДЫН ОРГАНИЗМИНЕ КАРАШТУУ СЫМАП ЖАНА СУРЬМА МЕНЕН УУЛАНЫШЫНА ИММУНОКОРРЕКЦИЯ ЫКМАЛАРЫН ИШТЕП ЧЫГУУ

Корутунду. Бул изилдөөлөр автордун монографиясынан алынган. Сымап, сурьма жана анын кошулмалары көп тараган биогеохимиялык чөйрөдө жашаган элдин жана анын ичинде жаш балдардын иммунитетинин иштешинин терең өзгөрүшү аныкталган. Бул өндүрүш ишканаларда иштеген жумушчулардын иммунитетинин жетишсиздиги күчөп, кайра калыбына келбей турган абалга жеткен. Иммунитеттин жетишсиздигин эрте аныктоочу диагностикалык ыкмалар иштелип чыккан. Бул заттар менен тыгыз иштеген жумушчулар үчүн иммунитетти калыбына келтирүүчү жолдору негизделген.

Негизги сөздөр: сымап, сурьма, иммунитет, иммунитет жетишсиздиги.

ОЦЕНКА ИММУННОГО СТАТУСА И РАЗРАБОТКА СПОСОБОВ ИММУНОКОРРЕКЦИИ ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА РТУТЬЮ И СУРЬМОЙ

Резюме. Автором предложены основные фрагменты из монографии. Были изучены специфические особенности происходящих изменений в системе иммунитета населения, связанные с производственной и непрофессиональной экспозицией ртути и сурьмы, и при хронической интоксикации работающих и проживающих в биогеохимическом регионе. Разработаны методы ранней диагностики иммунодефицитных состояний. Обосновано применение иммунокорректирующей терапии у лиц, контактирующих с ртутью и сурьмой и их соединениями.

Ключевые слова: ртуть, сурьма, иммунитет, иммунодефицит.

ASSESSMENT OF IMMUNE STATUS AND DEVELOPMENT OF IMMUNE CORRECTION IN HUMAN MERCURY AND ANTIMONY INTOXICATION

Abstract. This monograph examines specific changes taking place in the immune system related to occupational and non-occupational exposure to mercury or antimony and in chronic intoxication of plant workers and the population living in the biogeochemical region. Methods of early diagnosis of immune deficit states were developed. Immune correction therapy for persons having contact with mercury or antimony was shown to be useful.

Key words: mercury, antimony, immunity, immunodeficiency

В соответствии с изменяющейся средой обитания, в человеческой популяции постепенно происходят изменения норм иммунологического реагирования. В этой связи, институтом иммунологии Российской Федерации, у практически взрослых здоровых людей установлен определенный полиморфизм в отношении иммунологических параметров. Для жителей Средне-Азиатского региона, наиболее характерным, оказался сформировавшийся тип иммунного статуса, характеризующийся супрессией гуморального звена иммунитета [1].

Изучение иммунного статуса человека становится все более актуальным, тем более, что многие патологические процессы могут быть следствием различных нарушений в иммунной системе [2].

С самого рождения, здоровый организм, со здоровой иммунной системой, уже в постнатальном возрасте подвергается определенным патогенным воздействиям среды, повреждающим, физически, большое количество лимфоцитов. В результате таких процессов в организме человека возникает состояние вторичного иммунодефицита [3, 4]. Имеются и различные системные патологи-



ческие процессы, вызывающие не только физическую гибель лимфоцитов, но и функциональный «парез» иммунной системы – это также вторичные иммунодефициты (ИДС).

В настоящее время особую актуальность в Кыргызской Республике приобретает изучение особенностей формирования иммунной системы жителей, проживающих в ртутно-сурьмяном биогеохимическом регионе. Изучение иммунной системы проводится, начиная с новорожденных здоровых детей, детей дошкольного и школьного возрастов и у взрослого населения, в том числе у рабочих Хайдарканского ртутного и Кадамжайского сурьмяного комбинатов. Приоритетными направлениями таких исследований являются изучение распространенности и структуры иммунопатологии населения, проживающего на этих территориях биогеохимических регионов.

В разделе методология и методы оценки иммунного статуса населения ртутно-сурьмяной биогеохимической провинции предпринято исследование эпидемиологии иммунологической недостаточности и иммунодефицитных состояний среди различных групп населения ртутно-сурьмяной биогеохимической провинции.

Иммунологическое обследование проводили согласно 3-х этапной схеме массового обследования больших контингентов людей. Эти схемы исследования, были предложены Институтом иммунологии МЗ России. Всесоюзной проблемной комиссией иммунного статуса под руководством академика Р.В. Петрова [1] были разработаны методологические основы программы «Эпидемиология иммунодефицитов и оценка иммунного статуса, методология оценки иммунного статуса при массовых обследованиях».

Первый - этап. Прескриптивный скрининг проводился с помощью специальной диагностической анкеты: «Диагностика иммунодефицитных (ИДС) и иммунопатологических состояний (ИПС) в первичном иммунологическом обследований», разработанной в НИИ иммунологии МЗ России [6, 7].

Второй этап. Иммунологическое обследование рабочих ртутного и сурьмяного производств и выявление у них нарушений иммунитета с помощью тестов 1-го уровня:

На втором этапе выявляются «грубые» дефекты в системе иммунитета человека, с

помощью вышеуказанных ориентировочных тестов.

Третий этап. На данном этапе применяются тесты второго уровня, относящиеся к категории, аналитических. К этим тестам могут быть отнесены практически все тесты, позволяющие оценить функциональную активность Т-, В-лимфоцитов и фагоцитов, с последующим применением, по показаниям, иммуномодулирующих препаратов, таких как миелопид, тактивин и др.

В разделе 2 - трансплацентарный перенос тяжелых металлов, в особенности, ртути и сурьмы, представляет серьезный потенциальный риск для развивающегося плода. Уже с периода внутриутробного развития, в организме детей создаются все условия для проникновения через трансплацентарный барьер различных вредностей, в том числе и производственных. Повышенные концентрации ртути, обнаруживаемые в пуповинной крови новорожденных в ртутном регионе и в г. Бишкеке, соответственно 3,0 и 5,88 мкг/л крови, по сравнению с венозной кровью (1,62 и 1,89 мкг/л) указывают на возможность накопления ртути в системе «плацента – плод» достигает критических величин [8]. Как показывают исследования K.Poradowsky et al. [10], для беременных женщин следует считать, чрезвычайно опасными, концентрации ртути в крови, еще не достигающие порога критической величины, составляющей 35,0 мкг/л.

На этом фоне, иммунная система здоровых детей с благоприятным анамнестическим фоном, в процессе своего становления все более приобретает определенные особенности, к числу которых относятся: снижение субпопуляции Т-лимфоцитов хелперного действия и лимфоцитов, обогащенной супрессорами. Эти явления встречаются почти в 2 раза чаще, чем у новорожденных в контрольной группе.

У новорожденных с отягощенным анамнестическим фоном, характерным является повышенное содержание лейкоцитов, «нулевых» клеток, снижение абсолютного содержания субпопуляции Т-лимфоцитов хелперного действия, способности к бласттрансформации лейкоцитов при реакции на неспецифический митоген. Повышается уровень В-лимфоцитов и иммуноглобулинов всех трех классов (Ig G, Ig M, Ig A).

Выявленные различия в показателях иммунитета у новорожденных детей, прожи-



вающих в ртутно-сурьмяном биогеохимическом регионе, следует трактовать как состояние «напряженности» в работе иммунной системы, формирующееся за счет включения ряда приспособительных механизмов. Такие дети могут составить группы риска по формированию различных вариантов иммунологической недостаточности (ИН). По нашей классификации: первый вариант (ИН) проявляется в снижении лимфоцитов и нейтрофилов, на фоне увеличения лейкоцитов и моноцитов. Второй вариант ИН - снижение абсолютного и относительного содержания Т-лимфоцитов, теофиллин резистентных (хелперного действия) Е-клеток и способности лейкоцитов к бласттрансформации.

Нарушение сложных иммунологических отношений, устанавливающихся между матерью и плодом, в значительной степени предопределяет формирование у ребенка иммунного дисбаланса и недостаточной защищенности детей к заболеваниям бактериальной, вирусной и паразитарной природы, как в раннем постнатальном периоде, так и в более отдаленные сроки.

У детей дошкольного и школьного возраста, проживающих в ртутно-сурьмяном биогеохимическом регионе наблюдались сдвиги в показателях иммунитета, свидетельствующие о стимуляции иммунной системы. Они были с повышением компенсаторной активации и напряжения адаптационных функций организма, проявляющихся в супрессии Т-клеточного звена иммунитета, дисбалансе в соотношении иммуноглобулинов, повышении уровня Ig G, Ig M, при снижении концентрации Ig A.

У 21,3 % детей, иммунная система в процессе своего становления приобретала определенные особенности, в силу которых эти дети также могут составить различные варианты групп риска, классифицируемые по степени иммунологической недостаточности (ИН): первый вариант характеризуется четким нарастанием субпопуляции Т-лимфоцитов супрессорного действия, при нормальном содержании клеток, обогащенных хелперами; второй вариант - повышение уровня Т и В-лимфоцитов на фоне лейкоцитоза и лимфоцитоза; третий вариант - четкое нарастание субпопуляции Т-лимфоцитов хелперного действия и содержания, обогащенной супрессорами.

Выявленные изменения иммунной системы, возможно, являются следствием воздей-

ствия паров одной лишь ртути. Так, имело место присутствие ртути в моче, у 68,0% из числа обследованных детей [9].

Критическое положение, в процессе своего становления связанное со здоровьем детского населения, проживающего в ртутно-сурьмяном регионе, является следствием развивающегося у них дисбаланса в иммунной системе, возникновения состояния пониженной иммунобиологической резистентности организма. Имеющийся в организме детей, уровень защитных свойств в системе иммунитета, накладывает своеобразный отпечаток на формирование специфического отклика их организма на воздействие средовых факторов, в виде - повышения уровня заболеваемости. Высокие показатели заболеваемости органов дыхания детей обусловлены также сезонностью в распространении инфекционной и аллергической патологии. Эти заболевания существенно снижают иммунитет и, тем самым, способствуют дальнейшему развитию заболеваний аутоиммунного характера.

Следовательно, вполне оправданным является имеющееся мнение о том, что возникновение и характер течения заболеваний определяется не только природой и спектром средовых факторов, но и функциональным состоянием иммунной системы организма. Изучение динамики заболеваемости детского населения в экологически неблагоприятном регионе показало, что биологические затраты детского организма на адаптацию к условиям проживания и жизнедеятельности, нередко превышают их адаптационно – компенсаторные возможности. В пользу этого предположения свидетельствуют и полученные нами данные о состоянии иммунитета. Так, имело место достоверное повышение общего числа лейкоцитов, лимфоцитов и Т-лимфоцитов, субпопуляции Т-лимфоцитов супрессорного действия, при нормальном содержании теофиллин - резистентных (хелперных) Е-клеток, ($P < 0,05$). Различия в показателях иммунной системы были выявлены по семи - девяти иммунологическим параметрам.

Такие показатели достаточно четко отражают роль компенсаторно-приспособительных механизмов организма ребенка при воздействии неблагоприятных факторов среды обитания. Более 21,3% детей вошли в



группы первичного и повышенного риска по иммунологической недостаточности.

Проведенное нами иммуноэпидемиологическое обследование также выявило, что средние значения величин основных параметров иммунной системы у жителей ртутно-сурьмяного биогеохимического региона несколько выше, чем у населения в контрольной группе, практически не подвергающегося воздействию токсикантов.

Следовательно, длительное поступление в организм, и даже в случае малых доз, ртути и сурьмы, при достижении их концентрации в крови, соответственно $1,9 \pm 0,5$ мкг/л и $3,4 \pm 0,5$ мг/л, вполне может вызывать неспецифическую активацию системы иммунитета. Содержание ртути, близкое к критическому уровню, было выявлено у 2,2 % из числа обследованных лиц.

При поступлении на производство, лиц, проживающих в ртутно-сурьмяном регионе, ртутно-сурьмяная нагрузка у них увеличивается, что приводит в дальнейшем, к дестабилизации и периодам “адаптационных бурь”. Выявленные изменения в иммунном статусе здоровых рабочих можно отнести ко второй и третьей степени иммунодефицита. Постоянное воздействие на организм больших доз ртути и сурьмы приводит к возникновению иммунологической недостаточности.

Обнаружено, что по мере увеличения стажа работы и контакта с ртутью и сурьмой, у рабочих появляются, а затем и усиливаются вторичные иммунодефицитные состояния (ИДС) комбинированного типа. При этом около 47,0 % обследуемых рабочих вошли в первичную группу по иммунологической недостаточности (ИН). Эти лица нуждаются в профилактической иммунокоррекции. 6,22 % обследованных лиц вошли в группу повышенного риска. В обеих группах, как первичного и так повышенного риска ИН, иммунная система может выходить на новый уровень стабилизации, но, с более низким уровнем адаптации и стойкими признаками ИН, с хронизацией инфекций.

Определение по степени иммунологической недостаточности у рабочих имеется три степени иммунодефицита: первая – изменение показателей на 11,8 – 56 %, вторая – на 28 – 62,0 % и третья – на 63 - 93,0 %. Среднее значение показателя иммунодефицита, у рабочих 1-й группы, при стаже 5-9 лет, составило – 38,0 %. У рабочих второй

группы, при стаже, 10 – 15 лет, показатель иммунитета было 58,3%. Более выраженная степень иммунодефицита, была выявлена у рабочих третьей группы, где стаж работы составлял свыше 15-ти лет. При этом показатели иммунитета у них соответствовали третьей степени по ИН, а средний показатель иммунодефицита был на уровне 73,0 %.

Необходимо все же отметить, что показатели иммунологической недостаточности, с величинами до 33,0 %, могут встречаться и у практически здоровых рабочих. Но, это состояние, в дальнейшем вполне, может нормализоваться, причем, без всякого вмешательства. Вторая и третья степени иммунитета у рабочих указывают на серьезные нарушения дисбаланса физиологических функций в организме. В этом случае необходимо проводить иммунокоррекцию.

Выявленные изменения в иммунном статусе у рабочих подземных видов работ, можно отнести к начальной стадии проявления состояния иммунодефицита. Развитие вторичной иммунологической недостаточности, выявленное у рабочих обогатительной фабрики и металлургического завода, позволяет предположить о наличии у них признаков второй и третьей стадии иммунонедостаточности.

Во всех группах обследованных рабочих, у которых был обнаружен иммунодефицит, характерно повышенное содержание субпопуляции Т-лимфоцитов, несущих супрессорную активность. Такая тенденция сохранилась, независимо от стажа работы. Содержание теофиллин - резистентных розеткообразующих Т-лимфоцитов хелперного действия, в большей степени, изменялось у рабочих обогатительной фабрики и металлургического завода.

Ярко выраженные иммунодефицитные состояния выявлены у рабочих основных профессий - плавильщиков и аппаратчиков. Обнаружена прямая зависимость степени ухудшения показателей иммунитета, от продолжительности стажа работы во вредных условиях сурьмяного производства.

У аппаратчиков, почти все показатели иммунитета соответствовали третьей степени иммунодефицита. Среднее значение по изученным показателям составило 76,5%. Аналогичную картину мы наблюдали у плавильщиков, где средний показатель иммунитета составил 61,7%. Менее выраженная степень иммунодефицита была выявлена у проход-



чиков. Здесь показатели иммунодефицита соответствовали второй степени, а средний показатель иммунитета составил 53,5 %.

Для подтверждения предположения о наличии неспецифической активации, дестабилизации, адаптации и о формировании иммунологической недостаточности, с помощью корреляционного анализа, была выявлена взаимосвязь иммунологических параметров внутри каждой из исследуемых групп. Где выявлена отрицательная зависимость между абсолютным, и относительным числом лимфоцитов и содержанием нейтрофилов. По мере увеличения сурьмяной нагрузки на организм человека, в иммунной системе происходили «переключения» режимов процессов, происходящих в ней, при этом коэффициенты корреляции меняли свои знаки - противоположные.

Выявлено наличие во всех «плеядах» ядра постоянных связей в форме «креста», отдельные элементы которого могут отрываться от основной структуры или меняться местами с другими элементами корреляционного графа – «плеяды». Все эти факты являются прямым свидетельством о протекающем процессе дестабилизации функций иммунитета и о наличии адаптационной «настройки» иммунной системы ее регуляции, с подбором иного оптимума функционирования, в ответ на воздействие сурьмы.

Основным клиническим признаком иммунодефицита у населения региона оказался инфекционный синдром, на долю которого пришлось около 87% всех зарегистрированных случаев. Аллергический синдром, проявляющийся в виде дерматитов и экзем, встречался, приблизительно, в 3,0% случаев.

Менее 1% случаев иммунодефицита приходилось на долю аутоиммунного синдрома.

Уровень общей заболеваемости в регионе, ее структура и состояние иммунитета находятся в прямой зависимости экспозиции ртутью и ее соединениями. Заболеваемость населения ртутного региона в разные годы, превышала таковую, в 1,2 - 1,6 раз ($P < 0,05$), чем в контроле. Доля болезней органов дыхания среди рабочих завода и рудника была выше, чем у населения региона.

В целом, обнаружена прямая регрессия между данными о заболеваемости лиц, работающих на ртутном производстве, с результатами их иммунологического обследования. В основном, наблюдались повышение число случаев инфекционных и аллергичес-

ких синдромов, т.е. тех заболеваний, которые формируются в результате снижения иммунитета, за счет воздействия тяжелых металлов и их соединений.

В целях ранней диагностики состояния патологии, связанной с хронической ртутной и сурьмяной интоксикацией, и, для улучшения качества проведения периодических медицинских осмотров, необходимо широко внедрять иммунологические тесты с последующей оценкой субпопуляционного состава Т- лимфоцитов их критерии. Наиболее информативными, в отношении прогнозирования, оказываются тесты, такие как ЕА – РОМ и НСТ.

Использование иммуномодуляторов, таких как тактивин и миелопид, может уменьшить число случаев заболеваний на 18,6 и 38,3 %, соответственно, число дней нетрудоспособности, на 17,7 и 37,8 %, что позволяет рекомендовать их для широкого практического применения, ввести в комплекс лечебных средств, аптечной сети регионов и пунктах медицинской помощи на производстве. Коррекция нарушений иммунной системы другими иммуномодуляторами, такими, как нуклеинат натрия, зиксорин, полудан, также может иметь перспективы.

Литература:

1. Петров Р.В., Хаитов Р.М., Орадовская И.В. Иммунологический мониторинг больших групп населения страны //Иммунология. - 1992. - №5. - С.43-53.
2. Петров Р.В., Лопухин Ю.М., Чередеев А.И. и др. // Оценка иммунного статуса человека: Методические рекомендации. – М., 1984 – 82 с.
3. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В., Истамов Х.И. Экологическая иммунология. – М., 1995. – 256 с.
4. Хаитов Р.М., Ильина Н.И. Аллергология: Клинические рекомендации. – М., 2006. - 32 с.
5. Петров Р.В., Пинегин Б.В., Еремин О.Ф. Стандартные методы иммунологического обследования по тестам I-го уровня. //Иммунология.- 1987.- № 2. - С. 15-17.
6. Петров Р.В., Орадовская И.В. Клиническая, долабораторная диагностика иммунологической недостаточности в системе массовых иммунологических обследований населения. / Методология, организация и итоги массовых иммунологических обследований: Тез. докл. – Ангарск, - 1987. – С.215–234.
7. Пинегин Б.В., Чередеев А.Н., Ковальчук Л.В., Еремина О.Ф. Стандартные методы иммунологического обследования по тестам первого уровня. //Методология, организация и итоги



- массовых иммунологических обследований: Тез. докл. – Ангарск, 1987. – С.234–243.
8. Попов Ю.П., Бурьянова Е.Л., Музыкаченко Л.Л. Трансплацентарный перенос ртути при непрофессиональной экспозиции женщин парами ртути. / Сб. ст.: Окружающая среда и здоровье человека. Том 2. – Бишкек, - 1994. С.144-149.
9. Шаршенова А.А., Омурзакова К.С., Саипбаев Б.С. [и др.] Актуальные аспекты экологического мониторинга ртутно-сурьмяного биогеохимического региона. - Бишкек. - 2000. - 226 с.
10. Poradovsky K. et al. || Cs. Gynecol. – 1983. – Vol. 48, №10. – P.721- 725.

Сведения об авторе:

Омурзакова Канчайым Султановна
к.б.н., с.н.с., ученый секретарь, НПО «Профилактическая медицина» МЗ КР



Торгаутов А.С.

Казахская академия питания, Республика Казахстан, г. Алматы

БИРИНЧИ ЖОЛУ ӨПКӨНҮН КУРГАК УЧУГУ МЕНЕН ООРУГАН АДАМДАРДЫ КОМПЛЕКСТҮҮ ДАРЫЛООДО ЭЧКИНИН СҮТҮНҮН НЕГИЗИНДЕ ДАЯРДАЛГАН «АКЛАК» АТАЙЫН АЗЫГЫН КОЛДОНУУ

Корутунду. Макалада биринчи жолу өпкөнүн кургак учугу аныкталгандардын комплекстүү медикаментоздук терапиясында эчкинин сүтүнүн негизинде даярдалган кычкыл-сүтазыгы «Аклакты» колдонуу боюнча маалыматтар келтирилген.

Негизги сөздөр: эчкинин сүтү, кычкыл-сүт азыктары, кургак учук, иммундук системанын абалы

ПРИМЕНЕНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ПРОДУКТА «АКЛАК» НА ОСНОВЕ КОЗЬЕГО МОЛОКА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Резюме. В статье приводятся данные по применению кисломолочного продукта «Аклак» на основе козьего молока в комплексной медикаментозной терапии впервые выявленного туберкулеза легких.

Ключевые слова: козье молоко, кисломолочный продукт, туберкулез, состояние иммунной системы.

THE USE OF SPECIALIZED PRODUCT "AKLAK" BASED ON GOAT MILK IN THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH NEWLY DIAGNOSED PULMONARY TUBERCULOSIS

Abstract. The article presents data on the use of "Aklak" fermented dairy product based on goat milk in the complex drug therapy of newly diagnosed pulmonary tuberculosis.

Key words: goat milk, fermented milk product, tuberculosis, the state of lipid peroxidation processes, immunity.

По ориентировочным подсчетам ВОЗ, на Земном шаре ежегодно заболевают эпидемически опасными формами туберкулеза 10 млн. человек, еще 10 млн. составляют заболевшие различными формами туберкулеза, в частности внелегочным и не сопровождающимся бактериовыделением, умирает ежегодно 3-4 млн. человек. Подсчитано, что если темпы роста заболеваемости туберкулезом сохранятся на сегодняшнем уровне, то через 50 лет туберкулезом в мире заболеет 0,5 млрд. человек [1-6].

Тактика лечения туберкулеза больных всех возрастных групп отражена в стандартах (протоколах) лечения больных туберкулезом [7]. В стандартах приведены основные режимы проведения 2-этапной химиотерапии (интенсивная фаза и фаза продолжения лечения), даны принципы патогенетической терапии, протоколы местного и хирургического лечения различных форм туберкулеза [8].

Диетотерапия при туберкулезе, в первую очередь направлена на повышение защитных

сил организма, стимуляцию репаративных процессов, нормализацию обменных нарушений, восстановление нарушенных функций и снижение гиперергических реакций [9]. Лечебное питание должно строиться с учетом локализации, характера процесса, степени активности, реактивной способности организма, состояния органов пищеварения, упитанности и образа жизни больного, сопутствующих заболеваний и осложнений, функционального состояния пораженных органов [10]. Факторы питания, играющие важную роль в поддержании гомеостаза, коррекции иммунной системы, повышении неспецифической защиты организма, во многом определяют характер и исход инфекционных заболеваний. Алиментарное иммунодефицитное состояние требует обогащения рациона биологически ценным сбалансированным белком, витаминным комплексом, микроэлементами и полиненасыщенными жирными кислотами [11, 12]. Одним из перспективных направлений в поиске средств нетради-



ционной патогенетической терапии является нутрициологический подход к лечению туберкулеза.

Несмотря на относительную дороговизну, использование нутрициологических средств в комплексном лечении больных туберкулезом остается актуальным и в современных условиях тяжелой эпидемиологической ситуации, так как алиментарный фактор влияет на высокий уровень заболеваемости туберкулезом [13].

Учитывая важную роль микрофлоры кишечника, и особенности кисломолочных бактерий в формировании иммунологической реактивности организма, в синтезе витаминов группы «В», ферментов, образовании низкомолекулярных пептидов, в повышении переваривания и всасывания биологически активных соединений в кишечнике, активно вступающих в цепь сложных метаболических превращений в организме, а также играющих важнейшую роль в ингибировании условно-патогенной микрофлоры, особую значимость приобретает создание и использование специализированных продуктов питания на кисломолочной основе [14, 15].

Одним из факторов, способствующих появлению дисбактериоза кишечника, является длительная химиотерапия у больных туберкулезом легких, приводящая к накоплению продуктов метаболизма, вследствие которого развиваются побочные реакции на противотуберкулезные препараты, снижается дезинтоксикационная способность печени, нарушается выработка многих жизненно важных витаминов, ферментов [16]. Противотуберкулезная химиотерапия у 92% больных приводит к развитию дисбактериоза кишечника и у 75% достигает III-IV степени тяжести. Дисбактериоз приводит к развитию кандидоза, который развивается при тяжелых распространенных процессах, так как, ведущее место в дисбалансе микроорганизмов имеет дефицит бифидо- и лактобактерий [17].

По иммуномодулирующей активности кисломолочные продукты значительно превосходят цельное молоко, т.к. в процессе ферментации количество низкомолекулярных пептидов резко возрастает [18,19].

Необходимо отметить, что иммуномодулирующие свойства кисломолочных продуктов обусловлены не только наличием низкомолекулярных пептидов, липополисахаридных фракций бактерий, но также целым рядом других активных соединений

образующихся в процессе сквашивания молока молочными бактериями [20].

Учитывая столь выраженные и универсальные иммуностимулирующие свойства кисломолочных продуктов они уже успешно применяются в качестве дополнительных лечебных средств при целом ряде патологий, протекающих на фоне вторичного иммунодефицита. К последним относятся хронические инфекционные заболевания (бруцеллез, туберкулез, хронический гепатит и другие).

A.J. Huitt Gween (1997) отмечает, что при туберкулезе питание должно быть направлено на устранение и компенсацию нарушенного питания, ведущего к снижению иммунного статуса организма [21].

Таким образом, проведенный анализ литературы свидетельствует о том, что нутрициологический подход к патогенетическому лечению туберкулеза весьма актуален.

Тем не менее, на сегодняшний день отсутствуют эффективные алиментарные средства, разработанные с учетом патогенеза туберкулеза и роли отдельных алиментарных факторов в повышении антиоксидантного, иммунного, детоксицирующего и микробиоценоз нормализующего статуса больных туберкулезом легких.

Клинико-лабораторный этап работы включал проведение открытых клинических испытаний на базе профильного стационара Национального центра проблем туберкулеза МЗ РК. Открытые клинические испытания были выполнены с соблюдением соответствующих действующих инструкций Министерства здравоохранения РК и принципов доказательной медицины.

В связи с поставленной целью на базе легочно-терапевтического отделения №3 Национального центра проблем туберкулеза МЗ РК проведены испытания на 25 больных с впервые выявленным туберкулезом легких, которые на второй неделе от начала химиотерапии (изониазид + рифампицин + пипразинамид + этамбутол) получали кисломолочный продукт на основе козьего молока «Ақлак» в количестве по 200,0 мл утром и вечером в течение 2 месяцев. Больным контрольной группы (25 человек) проводилась стандартная химиотерапия в режиме 1 категории, на фоне общей медикаментозной терапии больные получали по 400 мл кисломолочного продукта (кефир) в два приема по 200 мл также в течение 2-х месяцев. Группы по половозрастному составу



и клиническому диагнозу были сопоставимы. Контрольная группа получала адекватное по энергической ценности количество обычного кисломолочного продукта (кефира).

В группе больных, получавших кисломолочный продукт на основе козьего молока «Аклак» мужчин было 26 (52,0%), женщин 24 (48,0%). По возрасту больные распределились следующим образом: в возрасте 18-29 лет - 20 (40,0%), 30-39 лет - 16 (32,0%), 40-49 лет - 10 (20,0%), 50 лет и более - 4 (8,0%). Инfiltrативная форма туберкулеза легких диагностирована у 48 больных (96,0%), фиброзно-кавернозная - у 2 (4,0%). Двусторонний процесс наблюдался у 16 (32,0%) больных, односторонний - у 34 (68,0%). Сопутствующие заболевания диагностированы в 20 (40,0%) случаях, из которых наиболее часто встречались заболевания ЖКТ.

Объектом исследования являлись основные компоненты периферической крови (венозной или капиллярной), в частности, сыворотка, лимфоциты и нейтрофильные гранулоциты.

Мононуклеарные клетки выделяли стандартным методом центрифугирования в градиенте плотности фиколла («Famacia», Швеция) и верографина («Srofa», Чехия) с удельной плотностью 1,077 г/см³ [22]. Рабочие взвеси клеток готовились на среде № 199 (Московский НИИ полиомиелита и вирусных энцефалитов) или забуференном физиологическом растворе.

Идентификацию основных субпопуляций лимфоцитов периферической крови осуществляли в реакции непрямой иммунофлюоресценции с использованием коммерческих наборов моноклональных антител CD3, CD4, CD8, CD16 и CD72, производства Института иммунологии РАМН. Микроскопирование проводили на световых («Биолам Р-6») и люминесцентном («Люмам-3 И») микроскопах [23, 24].

Неспецифическую функциональную активность Т-хелперной субпопуляции лимфоцитов оценивали с помощью стандартного прямого теста торможения миграции лейкоцитов из капилляров при стимуляции лейкоцитами ФГА-Р (Difco, USA) в дозе 5 мкг/мл. [25].

В качестве гуморальных показателей неспецифической иммунологической реактивности организма в работе определяли уровни основных классов сывороточных иммуноглобулинов (M,G,A) в стандартной реакции радиальной иммунодиффузии в агаре [26] и

циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в реакции преципитации с помощью ПЭГ-6000 («Famacia», Швеция) [27, 28]. При определении иммуноглобулинов использовали коммерческие наборы моноспецифических сывороток против основных классов иммуноглобулинов человека, производства Московского НИИ вакцин и сывороток им. И.И.Мечникова МЗ РФ. Спектрофотометрирование осадков циркулирующих иммунных комплексов выполняли на спектрофотометре СФ-48 («ЛОМО», РФ).

С нейтрофильными лейкоцитами периферической крови осуществлялась постановка спонтанного и стимулированного вариантов теста восстановления нитросинеготетразолия НСТ-тест [29, 30]. В качестве неспецифического бактериального стимулятора использовали пирогенал в дозе 5 МПД/мл. Учет результатов проводили морфологическим методом при микроскопировании в иммерсионной системе в световом микроскопе. Подсчитывался процент так называемых формазанположительных клеток, содержащих в цитоплазме включения темно синего или фиолетового цвета. Ядра нейтрофилов окрашивали нейтральным красным [31, 32].

Весь цифровой материал был подвергнут математической обработке методами вариационной статистики, в ряде случаев применяли непараметрические критерии статистики [33, 34].

При определении различий между показателями сопоставляемых групп, прежде всего, использовали средне-групповые величины. В случае отсутствия достоверных отличий по усредненным параметрам, сравнивалась частота и направленность динамики индивидуальных показателей в отдельных лечебных группах пациентов, либо частота их нормализации и с помощью непараметрических критериев статистики оценивалась значимость отличий. Если и в этих случаях также не удавалось установить достоверные отличия между сопоставляемыми группами, сравнение проводили по степени изменения индивидуальных параметров в сторону нормализации.

Используя вышеприведенные приемы, как будет приведено ниже, нам в большинстве случаев удалось установить достоверный положительный эффект примененных методов диетотерапии в комплексном лечении больных туберкулезом.



Эффективность лечения продуктом «Ақлақ» совместно с химиотерапией оценивалась по: срокам исчезновения симптомов интоксикации, динамике гемограммы, печеночным показателям и иммунологическим пробам, а также конверсии мазка мокроты.

Новый кисломолочный продукт на основе козьего молока «Ақлақ» в своем составе содержал молоко козье восстановленное, сухое обезжиренное молоко, сироп шиповника, масло оливковое, сухие зародыши зерна пшеницы, пектин цитрусовый, инулин, генистеин, витамины (А, Е, D₃, С, В_с, РР, биотин, В₁, В₂, В₆, В₁₂, К₁), кальций, мальтодекстрин, бактериальную закваску, фруктово-ягодные сиропы.

В результате проведенных клинических наблюдений установлено, что интоксикацион-

ный синдром (повышение температуры тела до 37,0⁰-38,0⁰С, слабость, отсутствие аппетита, похудание, кашель, хрипы в легких) наблюдался у всех больных контрольной и опытной групп. Динамика исчезновения симптомов интоксикации представлена в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, интоксикация исчезла у всех больных к окончанию 1 месяца от начала химиотерапии. Следует отметить, что темпы исчезновения симптомов интоксикации были почти одинаковыми в обеих группах - так, к 10 дню интоксикация была снята у 19 (76,0%) больных, к 20 дню - у 5 (20,0%), к 30 дню - у 1(4,0%) больного, в контрольной группе соответственно у 18 (72,0%) больных, у 6 (24,0%) и у 1(4,0%) больного соответственно.

Таблица 1

Динамика исчезновения симптомов интоксикации

| Группы больных | Из них с интоксикацией | Исчезновение интоксикации, дни | | | |
|----------------|------------------------|--------------------------------|-------|------|--------|
| | | 10 | 20 | 30 | Всего |
| Опытная | 25 | 19 | 5 | 1 | 25 |
| | 100,0% | 76,0% | 20,0% | 4,0% | 100,0% |
| Контрольная | 25 | 18 | 6 | 1 | 20 |
| | 100,0% | 72,0% | 24,0% | 4,0% | 100,0% |
| | p | > 0,05 | >0,05 | | |

Анализ динамики показателей лейкограммы до и после окончания интенсивной фазы (Табл. 2.) показал следующее: в контрольной группе количество лейкоцитов снизилось незначительно (с 7,67±2,07 до 6,48±2,5, в опытной группе - достоверно с 8,3±0,8 до 5,9±0,6. При анализе динамики показателя палочкоядерного сдвига следует отметить, что в обеих группах он достоверно снизился, так, в основной группе он составил

в начале лечения 5,58±4,1, в конце лечения - 3,80±2,0, в контроле - соответственно 3,9±0,7 и 2,0±0,4. То же самое можно сказать об уровне лимфоцитов, которые были достоверно снижены в обеих группах до начала лечения (в основной группе уровень лимфоцитов повысился с 24,9 ±8,6 и до 29,4±10,4, в контрольной - с 28,1±1,9 до 39,2±2,9.

Таблица 2

Показатели лейкограммы до и после приема больными в течение 2-х месяцев кисломолочного продукта на основе козьего молока «Ақлақ» (M±m)

| Сроки | Группы больных | Лейкоциты | Эозинофилы | П/я | С/я | Лимфоциты | Моноциты |
|--------------|------------------|-----------|------------|----------|-----------|------------|----------|
| До приема | Основная n=25 | 7,7±2,1 | 3,17±1,9 | 5,58±4,1 | 59,83±8,3 | 24,92±8,6 | 6,00±2,5 |
| | Контрольная n=25 | 8,3±0,8 | 0,9±0,3 | 3,9±0,7 | 58,2±3,9 | 28,1±1,9* | 3,6±0,5 |
| После приема | Основная n=25 | 6,48±2,5 | 4,2±2,1 | 3,80±2,0 | 56,60±9,2 | 29,40±10,4 | 6,00±1,8 |
| | Контрольная n=25 | 5,9±0,6 | ,2±0,4 | 2,0±0,4 | 58,2±3,0 | 39,2±2,9 | 3,8±0,5 |



Бактериовыделение наблюдалось у всех больных, сроки конверсии мазка мокроты представлены в таблице 3.

Конверсия мокроты в целом наступила у 25 (100,0%) больных опытной и у 24 (96,0%)

контрольной группы, однако темпы конверсии мазка мокроты в опытной группе были несколько быстрее, так, ко 2 месяцу негативация мокроты произошла у 23 (92,0%) больных опытной группы и у 21 (84,0%) контрольной.

Таблица 3

Сроки конверсии мазка мокроты в контрольной и опытных группах

| Группы больных | Из них с БК (+) | Прекращение бактериовыделения, мес. | | |
|----------------|-----------------|-------------------------------------|-------|-------|
| | | 2 | 3 | Всего |
| Опытная | 25 | 23 | 2 | 25 |
| | 100,0 | 92,0 | 8,0 | 100,0 |
| Контрольная | 25 | 21 | 3 | 24 |
| | 100,0 | 84,0 | 12,0 | 96,0 |
| | p | > 0,05 | >0,05 | >0,05 |

При исследовании динамики иммунологических параметров в основной группе по количественному содержанию общих лимфоцитов (СД3+), Т-супрессоров (СД8+) и по средне-групповым значениям соотношения регуляторных популяций Т-клеток (Т-хелперов к Т-супрессорам) был установлен иммунокорректирующий эффект у больных основной группы, что характеризовалось увеличением вышеназванных показателей до нижних границ нормы, тогда как в контрольной группе соответствующий показатель сохранялся на исходно низком уровне (Табл. 4).

По количественным параметрам циркулирующих В-лимфоцитов также установлен иммуномодулирующий эффект продукта на основе козьего молока «Аклак», который сопровождался уменьшением исходно высо-

ких значений В-клеток с $15,08 \pm 6,79$ до $8,60 \pm 4,43$, тогда как в контрольной группе имела место тенденция к дальнейшему увеличению настоящего показателя. Динамика уровня основных классов иммуноглобулинов аналогичным образом свидетельствовала о тенденции к нормализации неспецифического синтеза иммуноглобулинов у больных, получавших продукт. Так, существенно повышалось количество IgG до $14,48 \pm 0,32$, в то время как в контроле стойко сохранялся низкий уровень данного класса иммуноглобулинов. Аналогичная закономерность наблюдалась в отношении IgA, нарастание уровня которого до $4,33 \pm 0,39$ свидетельствует об активации местных иммунологических процессов слизистых оболочек дыхательных путей (Табл. 5).

Таблица 4

Динамика показателей Т-системы иммунитета до и после приема специализированного продукта «Аклак» (M±m)

| Сроки наблюдения | Группы | СД3+ % | СД4+ % | СД8+ % | СД4+/СД8+ |
|------------------|-----------------|------------------|------------------|--------------------|-------------------|
| До лечения | Осн.гр. n=12 | $51,00 \pm 3,50$ | $29,70 \pm 2,31$ | $18,80 \pm 2,39$ | $0,59 \pm 0,21$ |
| | К-гр. n=10 | $46,0 \pm 2,70$ | $40,00 \pm 0,38$ | $27,6 \pm 0,75$ | $1,40 \pm 0,04$ |
| Сроки наблюдения | Группы | СД3+ % | СД4+ % | СД8+ % | СД4+/СД8+ |
| | Осн.гр. n=12 | $56,67 \pm 6,27$ | $32,50 \pm 4,34$ | $22,25 \pm 3,22^*$ | $1,48 \pm 0,26^*$ |
| После лечения | К-гр. n=10 | $46,3 \pm 1,52$ | $40,1 \pm 0,31$ | $28,3 \pm 0,45$ | $1,3 \pm 0,13$ |
| | Норма | $64,0 \pm 3,8$ | $39,5 \pm 3,3$ | $30,4 \pm 3,6$ | $1,42 \pm 0,06$ |

* - различия статистически достоверны по сравнению с данными до лечения



Таблица 5

Динамика показателей В-системы иммунитета
до и после приема кисломолочного продукта «Ақлақ»(M±m)

| Сроки наблюдения | Группы больных | В-лимф. % | Сывороточные иммуноглобулины (г/л) | | |
|------------------|----------------|------------|------------------------------------|------------|-----------|
| | | | G | A | M |
| до лечения | Осн.гр. n=12 | 15,08±1,79 | 12,89±1,63 | 3,86±0,29 | 1,99±0,05 |
| | К-гр.n=10 | 27,5±1,2 | 12,80±0,83 | 2,5±0,26 | 1,4±0,11 |
| после лечения | Осн.гр. n=12 | 8,60±1,43* | 14,48±0,32 | 4,33 ±0,39 | 1,44±0,06 |
| | К-гр.n=10 | 29,9±0,5 | 12,4±0,03 | 2,3±0,32 | 1,4±0,07 |
| норма | | 12,6±0,8 | 16,2±1,4 | 2,2±0,12 | 1,4±0,06 |

* - различия статистически достоверны по сравнению с данными до лечения

Данные в таблице 6 свидетельствуют о благоприятном влиянии специализированного продукта на уровень циркулирующих иммун-

ных комплексов и на спонтанный и индуцированный НСТ-тесты.

Таблица 6

Изменение показателей НСТ-тест и ЦИК
до и после приема специализированного продукта
на основе козьего молока «Ақлақ» (M±m)

| Показатель | До приема | После приема |
|---------------------|-------------|--------------|
| НСТ-тест спонтанный | 10,42±4,54 | 16,50±8,17 |
| НСТ-тест индуциров. | 12,67±6,79 | 19,90±9,37 |
| ЦИК | 23,75±11,62 | 28,60±14,84 |

Таким образом, в результате приема кисломолочного продукта «Ақлақ» на основе козьего молока в качестве патогенетического средства нами отмечено повышение эффективности лечения больных с впервые выявленным туберкулезом легких, которое выражалось более быстрыми темпами устранения интоксикационного синдрома, нормализацией лейкограммы, повышением иммунного статуса. Данный специализированный продукт может быть рекомендован для широкого использования во фтизиатрической практике.

Литература

1. *Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing: WHO report.* - Geneva: World Health Organization, 2009.
2. *WHO Report 2002. Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing WHO/CDS/TB/2002. 295 (accessed in November 2005).*
3. *Abigail Wright, Matteo Zignol Anti-tuberculosis drug resistance in the world: third global report. Fourth global Report: the World Health*

4. *Organization / International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (WHO/UNION) Global Project on Antituberculosis Drug Resistance Surveillance, 2002-2007.* - Geneva: World Health Organization, 2008. - 151 p.
4. *Bellamy R. NRAMP 1 and susceptibility to tuberculosis // Journal of the International Union against Tuberculosis and Lung Disease.* - 2002. - №6. - P.747.
5. *Алишеров А.А. Динамика основных эпидемиологических показателей по туберкулезу в Кыргызской Республике в 2000-2010 гг. // Медицина Кыргызстана.* - Бишкек, 2011. - № 5. - С.44-48.
6. *Молдобекова Э.М., Касымова Р.О. Эпидемиология туберкулеза в Кыргызской Республике // Гигиена, эпидемиология және иммунология.* - Алматы, 2013. - №1. - С. 54-57.
7. *Мишин В.Ю. Эффективность лечения туберкулеза, вызванного микобактериями с множественной лекарственной устойчивостью / В.Ю. Мишин, В.И. Чуканов, И.А. Васильева // Пробл. туберкулеза.* - 2002. - №12. - С. 18-23.



8. Мишин В.Ю. Лечение больных туберкулезом легких: Учебное пособие для врачей / В.Ю. Мишин. - М.: МГМСУ, 2006. - 120 с.
9. Фтизиатрия: национальное руководство / Под ред. М.И. Перельмана. М.: ГАОЭТАР-Медиа, 2007. - С. 512.
10. Гроздова Т.Ю. Лечебное питание, как часть комплексной терапии больного туберкулезом / Т.Ю. Гроздова, О.И. Данилов, Ю.В. Абакумова // Туберкулез в России. Год 2007: материалы VIII Российского съезда фтизиатров. - М., 2007. - С. 496.
11. Perez-Guzman C. A cholesterolrich diet accelerates bacteriologic sterilization in pulmonary tuberculosis / C. Perez-Guzman, M.H. Vargas, F. Quinonez, et al. // Chest. -2005. - Vol. 127, № 2. - P. 643-651.
12. Эсенаманова М.К., Касымов О.Т., Джусупов К.О. Питание и здоровье: учеб. / Под ред. д.м.н., проф. О.Т. Касымова. - Изд. 2-е, переработ. и дополнен. - Бишкек, 2005. - 232 с.
13. Бекбосынов Т.К. Влияние алиментарного фактора на эпидемиологию туберкулеза и повышение эффективности специфической профилактики в условиях социального и экологического неблагополучия: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. - Алматы, 1997. - 48 с.
14. Синявский Ю.А., Тимофеева Н.К., Мендигалиева К.М. Эффективность действия кисло-молочного «Жигер» в профилактике и лечении железодефицитной анемии // Здоровоохр. Казахстана. - 1993. - №3. - С. 61-65.
15. Кадырова Р.Х., Жангабылов А.К. Национальные молочные продукты в лечебном питании. - Алма-Ата, 1981. - 104 с.
16. Синявский Ю.А. и др. №1608854, 22.07.90. Способ получения кисломолочного продукта «Жигер».
17. Катин К.П., Караев З.Т. Иммунная реактивность организма и антибактериальная терапия. - М., 1984. - 198 с.
18. Абуова Г.О, Машкеев А.К., Муминова М.Е. Коррекция микробиоценоза кишечника у детей с хроническим гастродуоденитом новой пищевой добавкой "Шафе" // Здоровье и болезнь. - №1. - С. 32-35.
19. Сорокин Ю.Ю. Изучение роли некоторых штаммов молочнокислых палочек в образовании свободных жирowych кислот // Тр. Волгоград. молочн. ин-та. - 1967. - С. 55.
20. Енисенина Н.Н., Тарнопольская П.Д. Применение ацидофильного молока в комплексной терапии больных хроническим колитом // Вопросы питания. - 1960. - №6. - С. 40-48.
21. Huitt G.A. Clinical aspects of nutrition in tuberculosis // J. Nutr. Immunol. - 1997. - Vol. 5, №1. - P. 39-44.
22. Гальченко Л.Г. Применение молочнокислых смесей казеи в диететике детей грудного возраста с воспалением легких и желудочно-кишечных заболеваний: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Львов, 1967. - 25 с.
23. Козловская Л.В., Николаева А.Ю. Учебное пособие по клиническим и лабораторным методам исследования. - М.: 1985. - С. 22-72.
24. Boyum A. Separation of leukocytes from blood and bone marrow // Scand. J. Clin. Invest. - 1968. - Vol. 21. - P. 77-98.
25. Тотолян А.А., Бодудиева Н.А., Бубенов Л.Н. и др. Стандартизация методов иммунофенотипирования клеток крови и костного мозга человека // Мед.иммунология. - 1999. - Т.1, № 5. - С. 21-24.
26. Земсков В.М., Земсков А.М., Караулов С.П. Клиническая иммунология. - М.: Мирис, 2000. - 397 с.
27. Новиков Д.К., Адаменко Г.П., Новикова А.Т. Реакция подавления миграции лейкоцитов для выявления клеточно-опосредованной аллергии // Лаб. дело. - 1977. - № 3. - С. 343-346.
28. Mancini G., Carbonara A.O., Heremans J. Immunochemical quantitation of antigens by single radial immuno-diffusion // Immunochem. - 1965. - №2. - P. 235-249.
29. Digeon M., Laver M., Riza Y. Detection of circulating immune complexes in human sera by simplified assays with polyethylene glycol // J. Immunol. Methods. - 1977. - Vol.16, №2. - P. 165-183.
30. Гриневиц Ю.А., Алферова А.Н. Определение иммунных комплексов в крови онкологических больных // Лаб. дело. - 1977. - № 3. - С. 493-495.
31. Park B.H., Fikrig S.M., Smithvich E.M. Infection and nitrobletetrasolium reduction by neutrophils // Lancet. - 1968. - Vol. 2. - P. 532-534.
32. Войткевич К.А. Определение общей окислительно-восстановительной активности нейтрофилов с помощью гистохимического красителя нитросинего тетразолия // Лаб. дело. - 1977. - №3. - С. 147-148.
33. Лакин Г.Ф. Биометрия. - М.: Высшая школа, 1973. - 343 с.
34. Кокунин В.А. Статистическая обработка данных при малом числе опытов // Укр. биохим. журн. - 1975. - Т.47, № 6. - С. 75-791.

Сведения об авторе:

Торгаутов Асхат Серикович

младший научный сотрудник, Казахская академия питания, лаборатория «Биотехнологии специализированных продуктов питания и БАД», e-mail: sinyavskiy@list.ru



**Шаяхметов Б.Р., Анарбай уулу Нурбек, Бокчубаев Э.Т., Умарова Г.И.,
Ногойбаева К.А.**

*Кыргызская Государственный медицинский институт переподготовки и повышения
квалификации, Кыргызская Республика, г. Бишкек*

МЕДИЦИНАЛЫК КЫЗМАТ КӨРСӨТҮҮЛӨРДҮН САПАТЫНА ТААСИР ЭТКЕН АЙРЫМ КЕСИПКӨЙ ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРДҮН ТАЛДООСУ

Корутунду. Оорулардын медициналык жардам алуудагы сапатына болгон канааттануусу баштапкы медициналык билим берүү денгээлин, кадрдык саясатын жакшыртуу жана дарыгерлердин квалификациясын үзгүлтүксүз окутуу системасынын натыйжалуулугун баалоонун негизги көрсөткүчүнүн бири болуп саналат. Медициналык кызмат көрсөтүүлөрдүн сапатына таасир эткен негизги себептердин бирден бири болуп квалификация категориясынын которуудо дайыма окутуу системасынын натыйжалуулугун баалоодогу негизги индикаторлорунун бири болуп саналат. Медициналык кызмат көрсөтүүлөрдүн сапатына таасир этүүчү негизги факторлору квалификациялык категориясынын даражасы, убакыттын өтүшү менен адистигин өзгөртүү жана негизги кесиби менен бирге кошумча иштерге иштөөсү болуп саналат. Ушуга байланыштуу, өлкөбүздөгү Ысык-Көл обласындагы дарыгерлер арасында көрсөтүлгөн факторлорго изилдөө жүргүзүү иши чечилген. Изилдөөнүн жыйынтыгында негизги респонденттердин көпчүлүгүн терапевттер (39,2%) түзкөнү аныкталды, анткени саламаттык сактоо уюмдарында бул адистер негизги штаттык бирдиктерди түзөт. Ошону менен бирге, алар алгачкы медико-санитардык жардамдын денгээлине көбүрөөк көңүл бөлүшөт, ушуга байланыштуу алар үй бүлөөгө жаны төрөлгөн мезгилинен баштап (улгайган) территориялык жашка чейин медициналык кызмат көрсөтүү менен “үй бүлөөлүк дарыгерлер тобунун” негизин түзөт, ал эми хирургтар (78.7%), акушер-гинекологдордун (69%) экинчи денгээлге (стационарлар) көңүл бурушат, анткени алардын медициналык жактан тейлөө кызматы медициналык техникаларды колдонуу менен жүргүзүлөт. Көп жылдык иш тажрыйбасына жана иштеген жылдарына карабастан квалификациялык категориясынын жоктугу бул жагдайдын себептерине терен анализ жүргүзүү жана аларды чечүү үчүн аракеттенүү керектигин көрсөтөт. Квалификациясын өзгөртүүдөгү «мурдагы кесибим жаккан жок»(10,5%), «мурдагы адистигимди жетекчиликтин көрсөтмөсү/талабы боюнча тандап алгам» (10,2%) жана «эмгек акынын төмөндүгү» (4,5%) сыяктуу факторлордун төмөнкү салыштырмалуу салмагы врачтардын адистикти талдоого олуттуу карагандыгы жана адистикти өзгөртүү өндүрүшүтүк талапка ылайык болгондугун мүнөздөйт. Эки адистикти же кызмат абалды бирдиктүү иштоодогу негизги себеп материалдык кызыкчылык (63,8%) болгон. Бул жагдай медициналык кызматкердин эмгек акысынын көлөмү боюнча маселени чечүү керектигин көрсөтөт, анткени медициналык кызматкердин өтө көп иштөөсү медициналык кызматтын сапатынын төмөндөөсүнө алып келет. Ошентип, Ысык-Көл областында биринчи жардам поликлиникалык денгээлде терапевтер жана педиатрлар ал эми экинчи денгээлде – хирургдар жана акушер-гинекологдор тарабынан камсыз кылынат. Ушуну менен катар, көпчүлүк адистердин квалификациялык категориясы жок, эмгек акынын төмөндүгүнө байланыштуу эки адистикти же эки кызмат абалын бир алып барууда бул саламаттык сактоонун жетекчилеринин ушул суроолорду кечиктирилгис чечишин талап кылат.

Негизги сөздөр: медициналык кызматтардын сапаты, врачтардын квалификациялык категориясы, дарыгерлердин айкалыштырып иштөөсү, дарыгерлерди кайра даярдоо.

АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ВРАЧЕЙ, ВЛИЯЮЩИХ НА КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Резюме. Удовлетворенность пациентов качеством получаемой медицинской помощи является одним из основных индикаторов оценки уровня первичного медицинского образования, совершенности кадровой политики и эффективности системы постоянного повышения квалификации врачей. Главными факторами влияющими на качество медицинских услуг, являются степень квалификационной категории, смена специальности с истечением времени и совмещение основного вида деятельности с другими работами. В связи с чем, было решено провести изучение указанных факторов среди врачей Ысык Кульской области нашей страны. В результате исследования было выявлено, что основное число респондентов составили терапевты (39,2%) и педиатры (31,6%), так как в организациях здравоохранения данные специальности являются базовыми штатными единицами. При этом, они сосредоточены на уровне первичной медико-санитарной помощи, в связи с тем, что составляют



основу «групп семейных врачей», которые обслуживают членов семьи с периода новорожденности и до гериатрического возраста, а хирурги (78,7%), акушер-гинекологи (69%) концентрированы на вторичных уровнях (стационары), так как их медицинские услуги обеспечиваются с использованием медицинской техники. Отсутствие квалификационной категории, несмотря на солидный стаж и наличие хороших навыков работы, указывает на необходимость проведения более детального анализа причин данной ситуации и приложения усилий для их решения. Низкий удельный вес в перекалфикации таких факторов как «предыдущая специальность не нравилась» (10,5%), «избрал предыдущую специальность по рекомендациям/настоянию руководства» (10,2%) и «низкая зарплата» (4,5%) свидетельствует о серьезном подходе врачей в выборе специальностей, и что смена, которой в основном диктовалась производственной необходимостью. Материальная заинтересованность была основной причиной (63,8%) совмещения двух специальностей или должностей. Данная ситуация указывает на необходимость решения вопроса по объему заработной платы медицинского персонала, так как загруженность физического лица, приводит к снижению качества медицинских услуг. Таким образом, в БСык Кульской области, первичная помощь на уровне поликлиник обеспечивается терапевтами и педиатрами, а на вторичном уровне – хирургами и акушер гинекологами. При этом, многие специалисты не имеют квалификационной категории, имеют совместительства по специальности или по должности из-за низкой заработной платы, что требует безотлагательного решения данных вопросов организаторами здравоохранения.

Ключевые слова: качество медицинских услуг, квалификационная категория врачей, совместительство врачей, перекалфикация врачей.

ANALYSIS OF SOME PROFESSIONAL CHARACTERISTICS OF DOCTORS AFFECTING QUALITY OF MEDICAL SERVICES

Abstract. Patient satisfaction with the quality of care received is the primary indicator of assessment of the level of primary health education, committed personnel policies and the effectiveness of the system of continuous training of doctors. The main factors affecting the quality of medical services are degree qualification category, specialty change with lapse of time and the combination of the main activities with other work. In this connection, it was decided to conduct a study of these factors among physicians Isyk-Kul region of our country. The largest number of respondents were physicians (39,2%) and paediatricians (31,6%), as a specialty health organizations data are the basic units of full-time doctors. However, they are concentrated at the level of primary health care, due to the fact that they form the basis of "family physicians," that cater to families with newborn period to the geriatric age. And surgeons (78,7%), an obstetrician Gynecology- (69%) are concentrated at the secondary level (hospitals), as their health services are provided with the use of medical technology. The lack of qualification category despite its length, ie, the availability of work skills, points to the need for more detailed analysis of the causes of this situation and making efforts to solve them. Low specific weight factors such as the "previous profession did not like" (10,5%), "chosen on the recommendations of the previous Special / insistence of leadership" (10,2%) and "low wages" (4,5%) in retraining shows serious approach of physicians in the selection of specialties and a change which is mainly dictated by operational necessity. The material interest was the main reason (63,8%) of combining the two professions or positions, which indicates the need to address in terms of salaries of medical personnel, as the workload of an individual, leads to a reduction in the quality of medical services. Thus, to Isyk Kul Province, primary care clinics in the level provided by general practitioners and pediatricians, and at the secondary level - hirurgami and obstetrician gynecologists. However, many experts do not have the qualification category have of combining the specialty or position due to low wages, which requires an urgent solution of these issues by the organizers of Health.

Key words: quality of medical services, medical qualification category, moonlighting doctors, retraining of doctors

Введение. Удовлетворенность пациентов качеством получаемой медицинской помощи является основным индикатором оценки уровня первичного медицинского образования, совершенности кадровой политики и эффективности системы постоянного повышения квалификации врачей [1, 3]. Основная политика в системе непрерывного профессионального образования должна быть направлена на стимулирование мотивации медицин-

ских работников к повышению квалификации по принципу «образование через всю жизнь» [2, 4]. Главными факторами влияющими на качество медицинских услуг, оказываемых населению, особенно в отдаленных регионах страны являются навыки врачей, которые приобретаются со стажем работы. На сегодняшний день, согласно нормативно-правовым актам страны, основным показателем степени владения навыков и



профессиональной подготовленности медицинских работников является наличие и степень квалификационной категории. Следующими факторами являются смена специальности с истечением времени совмещение основного вида деятельности с другими работами [5].

В связи с чем, было решено провести изучение некоторых факторов, влияющих на качество медицинских услуг, таких как наличие квалификационной категории врачей, частота переквалификации и совместительства среди врачебного персонала.

Материалы и методы исследования. Проведен социологический опрос 135 врачей

Ысык-Кульской области Кыргызской Республики. Из них 53 респондента были терапевтами и узкими специалистами терапевтического профиля, 43 - педиатрами, 20 - врачами-функционалистами, 20 - хирургами и узкими специалистами хирургического профиля, 8 - акушерами-гинекологами. Инструментом исследования служил специально разработанный и протестированный вопросник.

Результаты и их обсуждение. Данные рисунка 1 показывают, что основное число участников исследования составили терапевты (39,2%) и педиатры (31,6%).

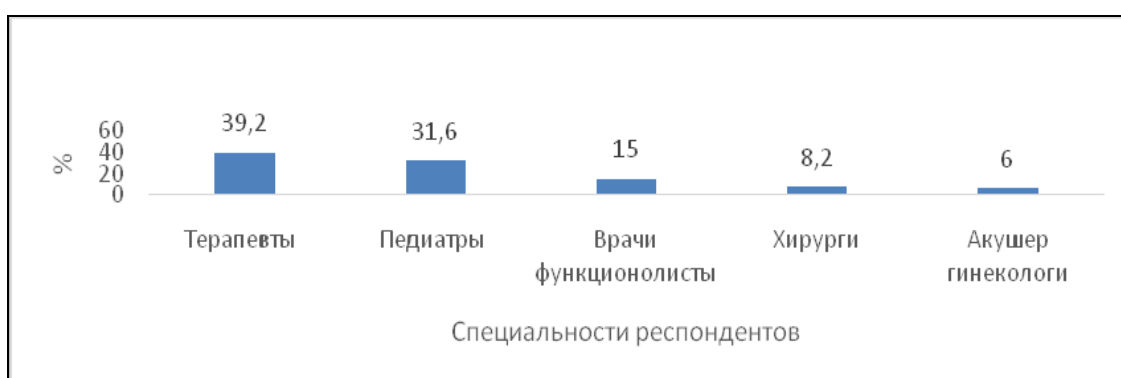


Рис. 1. Распределение респондентов по специальности, Ысык-Кульская область, Кыргызская Республика, 2014г, n=135

Основное число участников исследования, имеющие терапевтический (55,2%), педиатрический профиль специальности (61,4%) и врачи функционалисты (39,5%)

работали в Центрах семейной медицины, а хирурги (78,7%) и акушер-гинекологи (69%) были из стационаров (рис. 2.).

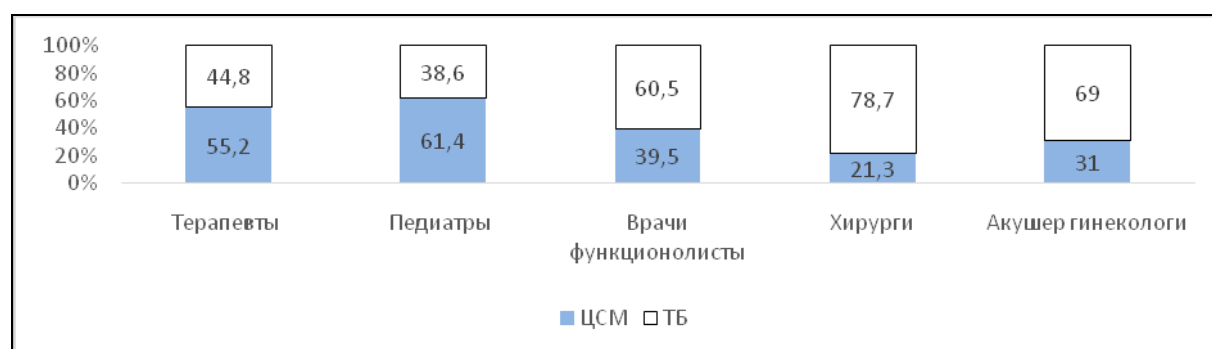


Рис. 2. Распределение респондентов по типу организации здравоохранения, Ысык-Кульская область, Кыргызская Республика, 2014г, n=135

Изучение квалификационных категорий респондентов показало, что почти половина опрошенных лиц (46,7%) не имели квалификационных категорий, четверть - I категорию (28,1%), II и высшую категорию имели

незначительное число респондентов (13% и 12%, соответственно) (рис. 3.).

Изучение наличия квалификационных категорий у респондентов в зависимости от длительности стажа работы показало, что высшую категорию имели каждый пятый



(20,6%) специалист со стажем свыше 20 лет, каждый 10-й (10,5%) врач с 16-20 летним опытом и 2% врачей, проработавших 11-15 лет. II категорию имели в основном врачи с 6-10 (35,8%) и 11-15 летним стажем (16,7%). С I категорией были каждый второй врач со стажем 16-20 лет и основное число лиц со стажем 6-10 (57,3%) и свыше 20 лет (42% и 38,9%, соответственно). Каждый второй

медицинский работник с высшим образованием со стажем 6-10 лет не имел квалификационной категории, и даже среди специалистов, которые проработали свыше 20 лет, каждый пятый был без категории. При этом, необходимо подчеркнуть, что с увеличением стажа работы, доля таких лиц уменьшалась, хотя и незначительно (рис. 4.).

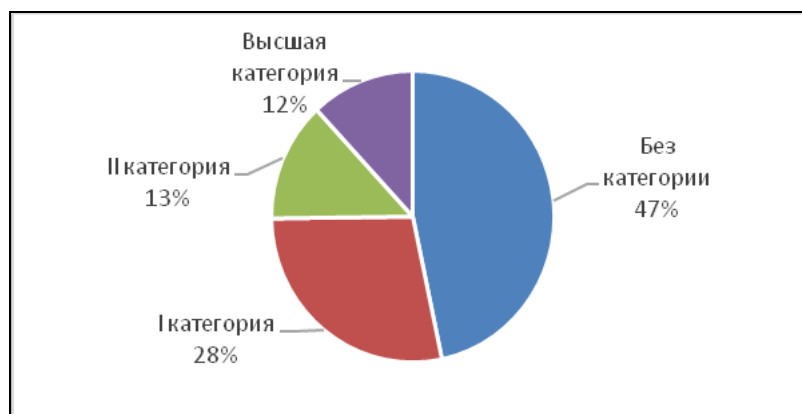


Рис. 3. Распределение респондентов в зависимости от квалификационных категорий, Бсык - Кульская область, Кыргызская Республика, 2014г, n=135

Следующим фактором, влияющим на первоначальной специальности в ходе качества медицинских услуг, является смена трудовой деятельности.

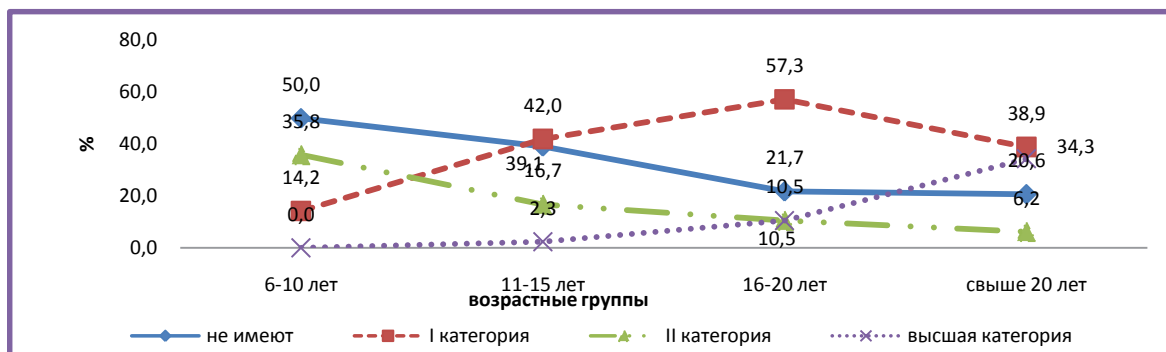


Рис. 4. Наличие квалификационных категорий у респондентов в зависимости от стажа работы, Бсык-Кульская область, Кыргызская Республика, 2014г, n=135

Проведенный анализ частоты и характера данного фактора в зависимости от профиля специальности показал, что значительная часть терапевтов (45%), хирургов (36,4%), акушеров-гинекологов (40%) переqualificировались на более узкое направление указанных специальностей, а 1/3 врачей – на другую специальность (Табл. 1).

Основной причиной смены специальности для респондентов было «желание работать по узкой специальности» (33,4%).

Затем, по мере значимости, были отмечены следующие: «не было возможности устроиться по предыдущей специальности без изменения места жительства» (17,2%), «по рекомендациям руководства» (16,9%), «предыдущая специальность не нравилась» (10,5%), «избрал предыдущую специальность по рекомендациям / настоянию руководства» (10,2%). Причины, связанные со здоровьем (7,2%) и низкой зарплатой (4,5%) в целом имели незначительное место.



Таблица 1

Частота и характер смены специальностей респондентов,
Ысык-Кульская область, Кыргызская Республика, 2014г, n=135, %

| Врачебные специальности | Меняли на профиль специальности | | | | | | Всего |
|-------------------------|---------------------------------|---------|----------------------|----------|--------------------------|----------------------|-------|
| | Терапевт. | Хирург. | Акушерско-гинеколог. | Педиатр. | Др. узкие лечеб. спец-ти | Прочие специальности | |
| Терапевты | 45,0 | 0,0 | 0,0 | 10,0 | 25,0 | 20,0 | 100 |
| Хирурги | 9,1 | 36,4 | 4,5 | 4,5 | 27,3 | 18,2 | 100 |
| Акушер-гинекологи | 20,0 | 0,0 | 40,0 | 0,0 | 20,0 | 20,0 | 100 |
| Педиатры | 8,3 | 8,3 | 0,0 | 25,0 | 25,0 | 33,3 | 100 |
| Врачи других | 33,3 | 9,1 | 4,0 | 14,1 | 26,3 | 13,1 | 100 |

По данным анкетирования, 38,6% врачей работали по совместительству. Из них 63,8% причиной совместительства указали материальную заинтересованность, 20,9% - производственную необходимость, 13,4% - нежелание потерять квалификацию по специальности, 2% - вынужденное - по просьбе администрации. Место совмещаемой работы самое разное, но чаще это деятельность в медицинских организациях. Среди всех выявленных

случаев преобладало внутреннее совместительство по основному месту работы (50,8%). В другой государственной медицинской организации были заняты 26,8% респондентов. Такая же число врачей совмещали деятельность с работой в частных медицинских организациях. Лишь небольшая часть опрошенных (8,1%) совмещали медицинскую деятельность с работой в не медицинской структуре (Табл. 2).

Таблица 2

Сведения о работе по совместительству врачей,
Ысык-Кульская область, Кыргызская Республика, 2014г, n=135, %

| Варианты ответов | Врачебные специальности | | | | | | Всего |
|--|-------------------------|------------|-------------------|------------|-------------------------------------|-----------------------------|------------|
| | Терапевты | Хирурги | Акушер-гинекологи | Педиатры | Врачи узких лечебных специальностей | Врачи прочих специальностей | |
| Не имеют совместительства | 61,9 | 63,4 | 68,6 | 65,4 | 71,6 | 68,9 | 61,4 |
| Имеют совместительства | 38,1 | 36,6 | 31,4 | 34,6 | 28,4 | 31,1 | 38,6 |
| По основному месту работы | 54,5 | 57,9 | 47,6 | 70,7 | 34,8 | 56,3 | 50,8 |
| В другой бюджетной медицинской организации | 16,4 | 26,3 | 19,0 | 19,5 | 38,0 | 27,1 | 26,8 |
| В частной медицинской организации | 16,4 | 26,3 | 19,0 | 19,5 | 38,0 | 27,1 | 26,8 |
| В структуре, не связанной с медициной | 12,7 | 7,9 | 4,8 | 7,3 | 9,8 | 2,1 | 8,1 |
| Итого | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |



Такая же картина по форме совместительства просматривается в разрезе врачебных специальностей, за исключением узких специалистов, преобладающая часть которых (38%) по совместительству работают в других государственных медицинских организациях и педиатров, среди которых удельный вес совместительства в немедицинской сфере (7,3%).

Основное число респондентов составили терапевты (39,2%) и педиатры (31,6%), так как в организациях здравоохранения данные специальности являются базовыми штатными единицами врачей. При этом они сосредоточены на уровне первичной медико-санитарной помощи, в связи с тем, что они составляют основу «групп семейных врачей», которые обслуживают членов семьи с периода новорожденности и до гериатрического возраста. А хирурги (78,7%), акушер-гинекологи (69%) концентрированы на вторичных уровнях (стационары), так как их медицинские услуги обеспечиваются с использованием медицинской техникой. Отсутствие квалификационной категории, несмотря на солидный стаж и наличие хороших навыков работы, указывает на необходимость проведения более детального анализа причин данной ситуации и приложения усилий для их решения. Низкий удельный вес таких факторов как «предыдущая специальность не нравилась» (10,5%), «избрал предыдущую специальность по рекомендациям / настоянию руководства» (10,2%) и «низкая зарплата» (4,5%) в переквалификации свидетельствует о серьезном подходе врачей в выборе специальностей, и смена, которой в основном диктовалась производственной необходимостью. Материальная заинтересованность была основной причиной (63,8%) совмещения двух специальностей или должностей, что указывает на

необходимость решения вопроса по объему заработной платы медицинского персонала, так как загруженность физического лица, приводит к снижению качества медицинских услуг.

Закключение. Таким образом, в северном регионе Кыргызской Республики – в Бсык-Кульской области, первичная помощь на уровне первичной медико-санитарной помощи обеспечивается терапевтами и педиатрами, а на вторичном уровне – хирургами и акушер гинекологами. При этом многие специалисты не имеют квалификационной категории или имеют I или II категорию, несмотря на длительный стаж работы. Имеют совместительство по специальности или по должности из-за низкой заработной платы, что требует участия организаторов здравоохранения в решении данных вопросов.

Литература

1. Аманов А. Т. «Ключевые аспекты управления качеством медицинской деятельности». – Алматы. -2015. – 236с.
2. Доменяк В.И. Управление персоналом. – 2010. - №13. – С.62-67.
3. Руководство ВОЗ «Оценка финансирования, образования, управления, политического и правового контекста для стратегического планирования кадровых и финансовых ресурсов здравоохранения» – Киев. – 2009. - С. 12-13.
4. Филлин С.А. «Управление человеческими ресурсами». //Курс лекции для руководителей и профессионалов в управлении человеческими ресурсами. - МВА. – 2011. –209 с.
5. Щербина В.В. «Проблема менеджмента в сфере управления человеческими ресурсами» - 2009. – С. 57-69.

Сведения об авторах:

Шаяхметов Болот Рахметович

руководитель частного медицинского центра, г. Бишкек, Кыргызская Республика;

Анарбай уулу Нурбек

руководитель частного медицинского центра, г. Ош, Кыргызская Республика;

Бокчубаев Эрнест Тентиевич

д.м.н., профессор, проректор по научной и учебной работе КГМИПипК, г. Бишкек, КР;

Умарова Гульбайра Исаевна

врач терапевт ЦСМ №11, научный сотрудник КГМИПипК, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Ногойбаева Калысбубу Асанбековна

к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней КГМИПипК, г. Бишкек, Кыргызская Республика



ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО
о проведении Круглого стола

«Результаты мониторинга и оценки состояния инфекционного контроля в организациях здравоохранения Кыргызской Республики»

С целью усовершенствования системы инфекционного контроля в организациях здравоохранения Кыргызской Республики и координации мероприятий, проводимых в рамках различных проектов по управлению инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи, с 14 по 15 июня 2016 года в центре отдыха Радуга, с. Сары-Ой, Иссык-Кульской области был проведен «Круглый стол по обсуждению результатов мониторинга и оценки состояния инфекционного контроля в организациях здравоохранения и выработки рекомендаций по выявленным проблемам». Круглый стол проводился согласно Приказа Министерства здравоохранения КР от 30.06.16 № 507, при технической поддержке проекта «Действия сообществ по вопросам здоровья» Швейцарского Красного Креста.

На круглый стол было приглашено более 70 участников из Министерства здравоохранения КР, ДПЗиГСЭН, Департамента здравоохранения г. Бишкек, КГМИПиПК, Республиканского центра «СПИД», НПО «Профилактическая медицина», НЦОМид, РЦИК, областных ЦСМ, областных ЦПЗиГСЭН и городов Бишкек и Ош, областных объединенных больниц и городских больниц, расположенных в городах Бишкек и Ош, Национальных центров. По согласованию были приглашены представители ФОМС, МАК, АГСВ и СМ КР, Ассоциации стоматологов КР и Ассоциации больниц, а также представители международных проектов и организаций, работающих в сфере здравоохранения, таких как Всемирный Банк, ЮНИСЕФ, GIZ, ФОР и Посольства Швейцарии.

Основной темой первого дня Круглого стола, являлись вопросы обеспечения организаций здравоохранения КР. Так участниками подробным образом были обсуждены вопросы проведения Мониторинга и оценки инфекционного контроля в организациях здравоохранения и рассчитываемые при этом индикаторы. Также был представлен материал по результатам исследования распространенности ИСМП в родовспомогательных учреждениях КР и результатам проведенного МиО по разделам - Административные меры ИК, больничная гигиена и стерилизационное отделение. Затем в виде интерактивной беседы обсуждались вопросы экономических аспектов исполнения программ инфекционного контроля в организациях здравоохранения, и проводилась работа в фокус-группах по обсуждению достигнутых в первый день результатов.

Темой второго дня Круглого стола, являлись кадровое обеспечение системы инфекционного вопроса. В начале рабочего дня, в виде интерактивного обсуждения были подведены итоги первого дня работы Круглого стола. Затем областными специалистами ИК были доложены результаты проведенного МиО по разделу безопасность медицинских процедур, хирургическая практика и интенсивная терапия. После, директором Республиканской инфекционной больницы Алиевым Г.К. был представлен доклад «Опыт управления ИК на уровне ОЗ» с последующим обсуждением механизмов достижения успеха по ИК в РКИБ. Во второй половине рабочего дня все участники были разделены на фокус-группы для разработки рекомендаций по улучшению системы ИК, с последующим обсуждением всех рекомендаций и принятия на их основе резолюции Круглого стола.



РЕЗОЛЮЦИЯ КРУГЛОГО СТОЛА

по результатам мониторинга и оценки состояния инфекционного контроля в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Дата проведения: 14-15 июня 2016 г.

Место проведения: центр отдыха Радуга, с. Сары-Ой

Инфекционный контроль как система организационных, профилактических и противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний в организациях здравоохранения, является одним из стандартов качества медицинской помощи.

Проведение мониторинга и оценки (МиО) мероприятий инфекционного контроля на регулярной основе является важным разделом работы любой организации здравоохранения. Это обусловлено необходимостью коррекции существующих планов и оперативного принятия управленческих решений, целью которых служит предупреждение распространения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), снижение профессиональной заболеваемости медработников и предотвращение перекрестной заболеваемости пациентов. Своевременное внесение изменений в планы инфекционного контроля способствует экономии целевых средств финансирования путем перераспределения материальных ресурсов между приоритетными группами мероприятий. В этих целях в 2006 году были разработаны «Инструменты оценки инфекционного контроля в медицинских учреждениях», которые первоначально были апробированы в пилотных стационарах Нарынской области, а затем утверждены приказом МЗ №34 от 29.01.2008 года. С использованием этого инструмента были проведены оценки в 2008 и 2010 гг. (материалы заслушаны на заседаниях Коллегии МЗ КР). В 2012 году в целях реализации Проекта ГФСТМ на основе данного документа были разработаны и утверждены Указанием МЗ КР № 482 от 29.10.2012 г. «Руководство по мониторингу и оценке системы инфекционного контроля управления медицинскими отходами в организациях здравоохранения» и «Оценочный лист состояния инфекционного контроля ВИЧ в организациях здравоохранения». С использованием этих документов были проведены мониторинговые визиты и оценки состояния ИК в 2012, 2013 и 2014 годах.

В результате внедренных мероприятий по инфекционному контролю процент исполнения требований инфекционного контроля в стационарных организациях здравоохранения вырос 45,5% (2006 г.) до 83,8% (2014 г.). Однако, несмотря на достигнутые успехи, необходимо отметить, что используемые оценочные инструменты были ориентированы на начальный этап внедрения инфекционного контроля и содержали минимальный набор требований инфекционного контроля по внедряемым мероприятиям и не содержали требований по больничной гигиене и другим функциональным блокам ИК.

Кроме того, за период 2006-2015 г., произошли изменения, потребовавшие обновления документа, в частности было разработано более 20 нормативно-методических документов в области инфекционного контроля и управления медицинскими отходами, переработаны другие приказы МЗ с учетом требований ИК, в частности документы, касающиеся обеспечения качества медицинской помощи, профилактики вирусных гепатитов, ВИЧ/СПИД, больничной гигиены и т.д.

В связи с вышеизложенным в начале 2016 года было переработано и утверждено новое «Руководство по мониторингу и оценке инфекционного контроля в организациях здравоохранения» (Приказ МЗ КР от 28.03.2016 г. № 214) с учетом опыта практического использования оценочных инструментов по ИК. Настоятельной необходимостью стали апробация и проведение базовой оценки состояния ИК в организациях здравоохранения с использованием нового оценочного инструмента.

С этой целью в мае-июне 2016 г. была проведена оценка состояния инфекционного контроля в 227 организациях здравоохранения (ОЗ) республики, включая стационары, ЦСМ и стоматологические поликлиники. Оценка состояния ИК с использованием нового оценочного инструмента проведена в организациях здравоохранения на различных уровнях оказания медицинской помощи (стационарной и ПМСП), в том числе в организациях здравоохранения, оказывающих стоматологическую помощь населению;

С целью обсуждения результатов проведенной оценки и разработки практических рекомендаций по улучшению состояния инфекционного контроля (ИК) в организациях здравоохранения был проведен Круглый стол на основании Указания МЗ КР №507 от 30.06.2016 г.

В работе Круглого стола, приняли участие представители Министерства здравоохранения, специалисты подведомственных организаций МЗ (ДПЗиГСЭН, НПО ПМ РЦИК, РЦ СПИД, КГМИПиПК, НЦОМиД), МАК, Департамента здравоохранения г.Бишкек, представители профессиональных ассоциаций (Ассоциации больниц, Ассоциации ГСВ, Ассоциации акушер-гинекологов, Ассоциации стоматологов, Ассоциации реаниматологов), представители международных организаций и действующих проектов (UNAIDS, UNICEF, проекта WB «ФОР», Проекта действий сообществ по



вопросам здоровья, Проект "Автономия организаций здравоохранения"), а также руководители и специалисты инфекционного контроля областных организаций здравоохранения (ООБ, ОЦСМ). Всего участие приняли 66 специалиста.

На заседании Круглого стола были представлены меры по организации мониторинговых визитов и оценки, методология проведения и результаты оценки инфекционного контроля в организациях здравоохранения, а также руководителями и специалистами ИК областных организаций были сделаны презентации по опыту внедрения ИК, достижениям и проблемам в области инфекционного контроля.

В ходе обсуждения результатов оценки, участниками были отмечены определенные достижения в развитии системы инфекционного контроля. В частности, отмечено, что во всех стационарах имеются медсестры ИК – 100%, против 39,6% в 2006 г; во всех стационарах имеются Комитеты качества (с функциями по ИК) и планы по ИК; большая часть ОЗ (72%) обеспечены полным пакетом нормативных документов по ИК; обеспеченность стационаров одноразовыми перчатками выросла с 13% (2008 г.) до 87%; обеспеченность одноразовыми шприцами в стационарах составила 89%; обеспеченность стационаров антисептиком выросла с 10% (2006) до 51%; внедрено в стационарах использование одноразовых закрытых мочеприемников (с 0% до 48,4%); создано 10 учебно-методических кабинетов по ИК на базе областных больниц, НЦОМиД, КГМИПиПК; увеличился процент обученного персонала в стационарах по ИК в рамках сертифицированных программ с 1,1% до 11,8%; усовершенствована и внедрена система УМО в 264 ОЗ; во всех ОЗ внедрено использование игло-отсекателей при обращении с остро-колющими отходами; внедрено использование локтевых дозаторов.

Отмечен позитивный опыт отдельных организаций здравоохранения. В частности, в РКИБ отмечен позитивный опыт по административным мерам ИК, расчету бюджета к плану по ИК, проведения вакцинации, изоляционно-ограничительным мерам, использованию обеззараживателя воздуха ТИОН-А100 и др. В НГ организован учебно-тренировочный кабинет, выделена должность медсестры учебно-тренировочного центра, составлены тест-контроли для оценки знаний и эффективности обучения. В ОМОКБ отреставрировано, оснащено и правильно организовано ЦСО в соответствии с требованиями. Отмечен позитивный опыт Иссык-Кульской ООБ по расчету необходимых затрат на мероприятия по ИК, Иссык-Кульской ЦСМ по уборке помещений, использованию средств индивидуальной защиты.

Однако наряду с отмеченными достижениями имеются проблемы. Так общий процент соответствия требованиям ИК в организациях здравоохранения, оказывающих стационарную помощь составляет 35,9%, в амбулаторных – 27,9%, в стоматологических организациях – 27,4%. При этом участниками было отмечено, что мониторинг и оценка направлены на улучшение показателей работы организации здравоохранения, а не на наказание отдельных лиц. Если имеются проблемы и пробелы в организации самой системы инфекционного контроля, то наказание отдельных медработников малоэффективно, так как это приводит, лишь к страху наказания, сокрытию проблем, формированию у персонала чувства безысходности в решении проблем и к текучести кадров.

Основными причинами неисполнения требований ИК являются:

- ✓ Недостаточное финансирование и как следствие недостаточное обеспечение одноразовыми изделиями медицинского назначения (вакутейнеры, назальные канюли и шланги дыхательных аппаратов, одноразовые мочеприемники и т.д.), средствами индивидуальной защиты (спецодежда, обувь, щитки, маски закупаются за счет персонала), мыло-моющими средствами и антисептиками; оборудованием (стерилизаторы, стиральные машины, водонагревательные приборы) и мебелью. Отсутствие средств на ремонт помещений и вентиляционных систем. Нет закупок вакцины и иммуноглобулина против ВГВ. Нет средств для обеспечения температурного режима в операционных, реанимационных и неонатальных палатах.
- ✓ Отсутствие/недостаток финансирования инфраструктуры для обеспечения требований больничной гигиены. В отдельных ОЗ нет централизованного водопровода и канализации, что отражается на исполнении гигиены рук, дезинфекции и стерилизации, обращения с УМО, бельем; переуплотненность и несоблюдение нормативов площади на койку (по 7-13 коек вместо допустимых 4 коек в палате), при этом площадь на 1 койку составляет 2,2-3,7 кв.м. вместо 7; нет приточно-вытяжной вентиляции/или не работает; нет отдельных санузлов для медперсонала и пациентов, нет раковин для мытья рук в санузлах и т.д.
- ✓ Загруженность и нехватка персонала. В отдельных ЦСМ нагрузка на одного врача составляет 35-45 пациентов/день, т.е. на прием одного пациента приходится по 10-15 минут, при норме на одного участкового врача - 300 пациентов/мес. или по 15 пациентов/день, т.е. по 30 мин на пациента. Из-за загруженности, процедурная медсестра вынуждена проводить инъекцию за 2-3 минуты, тогда как при условии соблюдения ИК в среднем уходит около 10 минут на инъекцию.
- ✓ Недостаточные знания персонала и/или отсутствие практических навыков по безопасности процедур и ИК. Трудности обучения персонала из-за сформировавшихся привычек по устаревшим практикам.



В результате обсуждений, дискуссий и предложений участниками Круглого стола приняты единогласно следующие решения:

На национальном уровне необходимо:

- Создать Рабочую группу по пересмотру приказа МЗ по нормам нагрузки и функциональным обязанностям, расчету норм нагрузки врачебного и среднего медицинского персонала;
- Создать Рабочие группы по усовершенствованию нормативных документов:
 - по внесению изменений в «Инструкцию по ИК в организациях здравоохранения КР», утвержденную постановлением правительства №32 от 12.01.2012 г.
 - по пересмотру приказа МЗ КР №454 от 04.08.2015г. «О совершенствовании системы управления качеством в организациях здравоохранения КР»;
 - по разработке клинических протоколов при оперативных вмешательствах и ПАП;
 - по разработке приказа о межфункциональной координации по мерам ИК;
 - по разработке стандартных операционных процедур (СОП) в отделениях реанимации и интенсивной терапии (обработка дыхательного оборудования и др.), по обеззараживанию воздуха, использованию карпульных шприцев в стоматологии, использованию многодозовых флаконов и др.
 - по разработке карт эпидемиологического наблюдения за различными нозологическими формами инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП);
 - по разработке единых критериев для всех проверяющих по ИК. Разработать единый чек лист по оценке ОЗ для (МАК, АГСВ, АБ и др) и вывесить на сайте МЗ КР. В случае невозможности проведения реконструкции ОЗ в соответствии с требованиями действующего СанПиН, ввести корректирующие коэффициенты при расчете соблюдения требований ИК;
 - по разработке регламентирующих документов по ИК и УМО на уровне ФАП, ГСВ и сельских стоматологических кабинетов.
- Обеспечить доступ к нормативным, правовым, методическим документам в области ИК на сайте Министерства здравоохранения;
- Провести рабочие встречи с ФОМС, Минфин по вопросам финансирования ОЗ, в частности по включению расходов на ИК в пролеченный случай и подушевого населения, определение принципов финансирования ОЗ, не попадающих в пролеченный случай (психиатрия, онкология, наркология) и др.
- Решение проблем с проведением тендеров – внедрение принципа качества, а не только ценовой политики;
- Все мероприятия по ИК в рамках различных программ (включая проведение МиО) должны проходить согласование в МЗ, ДПЗиГСЭН и РЦИК;
- Регулярное проведение координирующих совещаний по ИК по согласованию планов и мероприятий, проводимых партнерами в рамках различных программ и проектов;
- Провести Круглый стол по обмену опытом в области ИК для руководителей ОЗ;
- Вопросы мотивации специалистов ИК (зар платы)
- Необходимо проведение тренингов по ИК и МИО для специалистов организаций здравоохранения;
- Организовать и провести обучения экспертов партнерских организаций по ИК (ФОМС, МАК, РЦИ, ДПЗиГСЭН, ФОР, ПРООН, Глобальный ФОНД, ЭПУ и т.д.);
- Включить вакцинацию медперсонала против ВГВ в национальный календарь профилактических прививок (РЦИ) и решить вопрос финансирования централизованных закупок вакцины против ВГВ;
- Провести инвентаризацию оборудования и помещений ОЗ с анализом потребностей в ремонте и оснащения;
- Провести встречу с представителями правительства и депутатами Жогорку Кенеша по проблемам ИК (финансирование долгосрочных проектов, строительство ОЗ, обеспечение централизованным водоснабжением и канализацией и т.д.), вопросов проведения тендеров – внедрение принципа качества, а не только ценовой политики;
- Привлекать СМИ к освещению потребностей ОЗ в оснащении, ремонте, обеспечению расходными материалами и т.д.; к организации марафонов по сбору средств для ОЗ, находящихся в аварийном состоянии;

На ведомственном уровне необходимо:

Медицинские учебные заведения (КГМА, КРСУ, КГМИПиПК, медфакультет ОшГУ, медицинские колледжи и др.): внедрить учебные модули по инфекционному контролю в учебные программы до- и постдипломного обучения, а также в системы непрерывного обучения КГМИиПК;

КГМИиПК:

- в учебные программы для организаторов здравоохранения ввести обучающие курсы по менеджменту, в частности по расчету потребностей в одноразовых изделиях медицинского



назначения, СИЗ, дезинфектантов и антисептиков и других потребностей для обеспечения требований ИК;

- внедрить модули по ИК во все учебные программы для всех медицинских специальностей;
- использовать обученных эпидемиологов и специалистов ИК областных организаций здравоохранения в качестве преподавателей КГМИПиПК для обучения врачей и медсестер по ИК в областях.

НПО ПМ РЦИК:

- разработать учебный модуль по ИК в анестезиологии и реанимации;
- по результатам МиО разработать для ОЗ перечень необходимых расходных материалов и изделий медицинского назначения для обеспечения требований ИК.

ДПЗиГСЭН и ЦПЗиГСЭН:

- регулярно вывешивали на сайте нормативные документы по дезинфекции и стерилизации оборудования и изделий медицинского назначения, размещать на сайте информацию о позитивном опыте ОЗ по внедрению ИК и решению проблем ИК;
- оказание учебно-консультативной помощи организациям здравоохранения в организации мер ИК и в частности эпидемиологического наблюдения и проведению анализа эпидемиологических данных по ИСМП, проведению внутреннего мониторинга и оценки и т.д.;
- провести анализ соблюдения требований ИК в частных стоматологических кабинетах.

На уровне областей необходимо:

Областным координаторам здравоохранения и Координационным комитетам на уровне области:

- разработать областные программы по качеству медицинской помощи с обязательным блоком мероприятий по инфекционному контролю;
- предусмотреть выделение средств для областных специалистов для проведения регулярных мониторинговых визитов и оценок состояния ИК в ОЗ после завершения проекта;
- специалистам ИК областных объединенных больниц придать статус специалистов по координации службы инфекционного контроля по области.

На уровне ОЗ необходимо:

Провести расчет реальной потребности и затрат на закупку:

- одноразовых изделий медицинского назначения: шприцев, систем для в/в вливаний (вазоканов), вакутейнеров для забора крови (в т.ч. периферической), катетеров
- средств индивидуальной защиты: смотровых и технических перчаток, респираторов, маски (четырёх-слойные); чепчики; защитные очки/щитки; технические перчатки; спецодежды и сменной обуви для персонала процедурных и лаборатории;
- антисептика для обработки рук, стерильного смазочного материала для катетеризации мочевого пузыря в разовой расфасовке, дезинфектантов, мыло-моющих средств;
- Вакцины и иммуноглобулина против гепатита В для проведения вакцинации и постконтактной профилактики;
- Одноразовых салфеток (бумажные) для рук, настенных локтевых дозаторов для антисептика и жидкого мыла для процедурных;
- Оборудования медицинского (стерилизаторы, инкубаторы и т.д.) и немедицинского назначения (водонагреватели, электрогенераторы, кондиционеры, стиральные машины и т.д.);
- Расходных материалов для проведения стерилизации: биксов с фильтрами, фильтры для биксов, термо-тесты для контроля стерилизации и т.д.
- Мебели (медицинских кроватей-трансформеров, кроваток для новорожденных, пеленальных столиков и т.д.) и уборочного инвентаря;
- Некистевых смесителей (локтевые, сенсорные, педальные), раковин и т.д.

Для ЦСМ, ГСВ, ФАП, стоматологических поликлиник рекомендовать переход на использование только одноразовых изделий медицинского назначения, включая хирургический и гинекологический инструментарий.

Переработать в соответствии с результатами проведенного мониторинга и оценки планы мероприятий по качеству медицинской помощи с включением раздела по инфекционному контролю, с указанием индикаторов и бюджета мероприятий;

Комитетам качества медицинской помощи (ККМП):

- Провести внеочередное заседание ККМП, на котором рассмотреть и утвердить пересмотренные планы и провести приоритизацию мероприятий и закупок;
- Рассмотреть вопросы поиска внебюджетных источников финансирования. Подготовить проектные предложения с расчетами и обоснованием для поиска доноров.
- Разработать и утвердить План работы/заседаний Комитета КМП;



- Разработать план обучения врачей и медсестер по ИК, который должен быть включен в общий план мероприятий/работы организации.
- Внедрить проведение внутреннего мониторинга и оценки состояния ИК в отделениях с использованием Оценочного инструмента и обсуждением результатов оценки на врачебных конференциях и заседаниях Комитета качества;
- Разработать и утвердить внутренние инструкции, протоколы, СОП в области ИК;
- Активно вовлекать руководителей ОЗ в проведение систематического анализа состояния ИК в организации.
- Организовать закупки в соответствии с потребностями за счет бюджета организации здравоохранения (не за счет сотрудников или пациентов!).

Провести ремонтные и другие установочные работы:

- Отремонтировать/установить приточно-вытяжную вентиляцию, в первую очередь самостоятельную систему вентиляции и очистки воздуха в оперблоках и отделениях реанимации и интенсивной терапии;
- Организовать боксы со шлюзами в отделении реанимации на случай необходимости изоляции пациента и респираторной и особо-опасной инфекцией;
- Реорганизовать оперблок с выделением обще-больничной зоны (кабинеты для персонала, зав.отделением, ст. медсестры и т.д.), зоны строго режима (душевые и комнаты для переодевания операционной бригады, комнаты для хранения оборудования и материалов), стерильной зоны (предоперационные и операционные);
- Заменить смесители на некистевые в процедурных, перевязочных, операционных, палатах ОРИТ;
- Рассмотреть вопрос об реорганизации ЦСО с расширением объемов площадей, оборудования для централизации очистки и стерилизации всего инструментария и материалов организации;
- Рассмотреть вопрос и обеспечить выполнение нормативов площади на койку в палатах, площади перевязочных и процедурных;
- При наличии проблем с бесперебойной подачей чистой питьевой воды - установить резервуары для водоснабжения (установка водонапорной башни возле лечебной организации, альтернативный вариант - подземные резервуары с водой с подачей воды повышающим насосом).
- При планировке, перепланировке (при проведении ремонта), реконструкции или строительстве новых зданий ОЗ согласовывать планировку/перепланировку с территориальными ЦПЗиГСЭН;

Принять на полные ставки специалистов ИК, переработать функциональные обязанности специалистов ИК. Обеспечить рабочим местом.

Организовать отдел управления качеством в соответствии с приказом № 454.

Провести тренинги на рабочем месте для врачей и медсестер с тестированием по:

- гигиене рук медперсонала (показания для мытья и антисептики рук, алгоритм);
 - стандартным определениям ИСМП, выявлению, учету и регистрации случаев ИСМП;
 - биоаварий и проведения ПКП;
 - изоляционно-ограничительным мерам и факторам риска развития ИСМП;
 - стандартным мерам предосторожности и использованию средств индивидуальной защиты;
 - безопасности медицинских процедур, в частности по катетеризации мочевого пузыря.
- Специально для опербригад, анестезиологов и реаниматологов – по безопасности медицинских манипуляций при катетеризации центральных сосудов (алгоритмы по приказам МЗ КР и постановлению правительства);
 - обращению с медицинскими отходами
 - для членов Комитета ККМП по составление плана и расчету бюджета (особенно в ЦСМ и стоматологической службе).

Организовать учебно-тренировочный центр/кабинет с оснащением для проведения практических занятий. Составить тест-контроли для оценки знаний и эффективности обучения. При возможности выделить отдельную должность медсестры учебно-тренировочного кабинета; ввести расчет процента охвата медперсонала обучением по ИК. На каждый случай ИСМП заполнять эпидкарты и передавать специалисту ИК для последующего анализа. Результаты анализа регулярно (1 раз в квартал) рассматривать на заседаниях Комитета КМП и врачебных конференциях. Специалисту ИК использовать Формы назначения антибиотиков для выявления случаев ИСМП и проведения анализа.

Изоляционно-ограничительным мерам:

- В регистратуре КДО/приемном блоке организовать опрос пациентов на признаки респираторной инфекции (туберкулеза) и их приоритетное обслуживание;



- Во избежание очередей и скопления людей организовать прием к врачам в поликлинике и в диагностические кабинеты по телефонной/электронной записи;
- В КДО/приемном блоке организовать доврачебный кабинет для осмотра и опроса на наличие инфекций пациентов, поступающих на госпитализацию в стационар и приема амбулаторных пациентов с признаками респираторной инфекции. Доврачебный кабинет оборудовать раковиной, средствами индивидуальной защиты, оборудованием и материалами, инструментами для первичного осмотра (градусники, шпатели и др.);
- При приеме на госпитализацию обеспечить проведение опроса и осмотра поступающих пациентов на наличие инфекционных и паразитарных инфекций;
По безопасности процедур:
- Внедрить использование только одноразовых салфеток для рук. Убрать все многоразовые полотенца;
- Обеспечить использование стерильного смазочного материала из одноразовой упаковки при катетеризации мочевого пузыря. Внедрить алгоритм катетеризации мочевого пузыря в соответствии с приказами МЗ и Инструкции по инфекционному контролю;
- Внедрить регистрацию постановки и удаления подключичных и мочевых катетеров согласно «Инструкции по инфекционному контролю в ОЗ КР»;
- Рекомендовать полный отказ от многодозовых флаконов и организацию работы с использованием только лекарственных препаратов только в однодозовых флаконах.
- Обеспечить круглосуточный мониторинг температурного режима хранения компонентов крови в ОПК (фриштаг);
- При приеме гемоконных пакетов с препаратами крови обязательно контролировать отметки на наличие тестирования на ВИЧ, вирусные гепатиты, бруцеллез и сифилис.
В оперблоке/хирургических отделениях:
- Организовать поточность работы и помещений оперблока согласно нормативным документам
- По возможности установить бесконтактные двери в операционные (сенсорные)
- Внедрить использование антисептика с персистирующим действием (спиртовой раствор хлоргексидина) для хирургической обработки рук;
- Разработать (на основании Клинического руководства по ПАП) и утвердить внутренний протокол по ПАП для случаев хирургического вмешательства.
- Провести тренинг для анестезиологов и хирургов по протоколу ПАП.
- Убрать предстерилизационную очистку и стерилизацию медицинского инструментария из предоперационной оперблоков в ЦСО. На местах проводить только обеззараживание (дезинфекцию), предстерилизационная очистка и стерилизация только централизованно в ЦСО.
- Внедрить использование медперсоналом защитных очков при оперативных вмешательствах. Обучить персонал оперблока по обработке защитных очков;
- Внедрить методику передачи остро-колющих инструментов на лотке;
В ОРИТ:
- Установить раковины для мытья рук;
- Емкости для сбора отходов поставить в местах их образования в зоне доступа;
- Установить настенные локтевые дозаторы с антисептиком при входе и на выходе в отделении, а также при входе в каждую палату;
- Смена одежды должна проводиться ежедневно;
- Не использовать дозаторы с пульверизатором, использовать только настенные локтевые дозаторы с антисептиком;
- Увлажнители резервуаров заполнять только стерильной дистиллированной водой;
- Проводить генеральную уборку при выписке или переводе пациента;
В ЦСО:
- Реорганизовать ЦСО с централизацией предстерилизационной очистки и стерилизации инструментария в ЦСО в соответствии с требованиями, предъявляемыми к работе ЦСО;
- Все стерилизационное оборудование в исправном состоянии перенести из предоперационных в ЦСО;
- Внедрить постановку проб качества предстерилизационной очистки на наличие хлорсодержащих окислителей, ржавчины, кислот и пероксидаз;
По УМО:
- Разработать и утвердить схемы движения опасных отходов из отделений;
- В целях сокращения объемов общих отходов организации внедрить отдельный сбор растительных отходов и организовать для них компостные ямы;



- В оперблоке внедрить цветовую кодировку (черный пакет для общих неопасных отходов, желтый – для опасных) и маркировку (знак биоопасности) емкостей для сбора отходов. На емкости для сбора инфицированных операционных отходов надевать полипропиленовые пакеты, не допускать пересыпания инфицированных отходов;
- Запретить утилизацию медицинских отходов (отделение реанимации).
- Провести тренинги на местах по УМО.
Со стороны профессиональных ассоциаций необходимо:
- Содействие в совершенствовании системы обучения и наставничества по безопасности процедур на базе организаций практического здравоохранения.
- Содействие в разработке СОПов и обеспечения наглядной информации на каждом рабочем месте, прежде всего на посту процедурных м.с., в ЦСМ, стоматологических учреждениях.
- Усиление системы практического обучения по безопасности медицинских процедур и ИК на базе медицинских колледжей и высших учебных медицинских заведений.
- Проведение исследований по анализу распределения бюджета ОЗ с долей распределения средств на ИК и ЭН.
- Техническая поддержка тиражирования и распространения на уровне первичных ОЗ сборника нормативно-правовых документов по ИК.
- Техническая поддержка рабочей группы по пересмотру положения о ГСВ и ФАПе.
- Техническая поддержка рабочих групп по разработке СОПов по безопасности медицинских процедур и дезинфекции и стерилизации для ГСВ и ФАПов.
- Техническая поддержка по обучению и обучение медперсонала ГСВ и ФАП по вопросам ИК и распространение данного опыта на другие регионы.
- ЮНЭЙДС: техническая поддержка внедрения учебных модулей по эпиднадзору за гемоконтактными инфекциями в систему высшего и среднего медицинского образования (новое руководство по эпиднадзору за ГКИ); разработка и внедрение пилотной модели по эпидемиологическому наблюдению за гемоконтактными инфекциями (сбор, анализ и систематизация продвижения информации) и ИК на базе 3 районов (9 организаций) и г. Бишкек. Институционализация данной модели в КР.
- Проект ГЭФ/ПРООН: Внедрение в 100 пилотных ФАП усовершенствованной системы УМО.
- Проект АОЗ: Обучение членов районных советов по охране здоровья, созданных в рамках проекта АОЗ по вопросам ИК и больничной гигиене.

Кравцов А.А.

*к.м.н., и.о. руководителя Республиканского научно-практического Центра инфекционного контроля НПО «Профилактическая медицина» МЗ КР,
г. Бишкек, Кыргызская Республика*



ИНФОРМАЦИЯ об ЭТИЧЕСКОМ КОМИТЕТЕ

при Научно-производственном объединении «Профилактическая медицина»

Этический комитет Научно-производственного объединения «Профилактическая медицина» при Минздраве Кыргызской Республики, работает с 2003 года. Инициатором организации данного этического комитета, является Центрально-азиатский офис Центр по контролю и профилактики заболеваемости CDC (Center for Disease Control and Prevention), с которым НПО ПМ активно сотрудничает с конца 90-х годов в плане внедрения стране дозорного эпидемиологического надзора за вирусными гепатитами и внешней оценки качества лабораторной диагностики инфекционных заболеваний.

В 1974 г. американский Department of Health and Human Services принял так называемое «Общее Правило» («Common Rule»), согласно которому *все исследователи* должны получать одобрение Этического комитета (в США они называются Институтскими наблюдательными советами – Institutional Review Board/IRB, аналог КЭ) для каждого исследования с участием человека в качестве субъекта. В настоящее время ни одна официальная инстанция США, Западной Европы и Японии, дающая разрешение на медицинское использование нового препарата, не принимает к рассмотрению результаты исследования, проведенного без санкции Этического комитета.

Деятельность Этического комитета регламентируется различными нормативными международными документами. Прежде всего, Хельсинкской Декларацией 1964 г. и её последующими редакциями. Этический комитет в своей работе при оценках, рекомендациях и решениях учитывает национальные и международные руководства по этике биомедицинских исследований с участием человека, SIOMS, ВОЗ, Конвенцию Совета Европы по правам человека и биомедицине, и другие акты. Этический комитет разрабатывает собственные стандартные рабочие процедуры, основанные на Рекомендациях комитетам по этике, проводящим экспертизу биомедицинских исследований (Женева, ВОЗ, 2000 и Форум Комитетов по этике государств-участников СНГ (ФКЭСНГ)/ Стратегическая Инициатива Развития Возможностей Этической Экспертизы (SIDCER)/ВОЗ/2004, Санкт-Петербург, 2004).

Этический комитет НПО «ПМ» прошел международную сертификацию в департаменте США по вопросам здравоохранения и социальных служб (HHS) Регистрации советов по рассмотрению институциональных исследований (IRB) и получили № IOR 0008909, согласно этой сертификации имеем право работать до 2019 года.

Этический комитет при Научно-производственном объединении «Профилактическая медицина» является общественным объединением и создан, как независимый орган с целью защиты прав и здоровья пациентов, а также испытуемых при проведении медицинских и социальных исследований. В своей работе ЭК НПО «ПМ» руководствуется Конституцией Кыргызской Республики, Законами КР «Об охране здоровья граждан» от 27.06.2013г №108; «О лекарственных средствах» КЗ КР от 29.12.2011г №256, КЗ КР от 26.06.2013 №105 «О внесении изменения и дополнении в конституции. Закон КР «О чрезвычайном положении»; основными международными документами: Хельсинкской декларацией (2000), Рекомендациями ВОЗ Комитетам по этике, проводящим экспертизу биомедицинских исследований; Приказом «Об утверждении типового положения о КОМИТЕТЕ по качеству и безопасности медицинской помощи в организациях здравоохранения» утвержденным Министерством здравоохранения КР за № 641 от 26.11.2012г.

Основное предназначение Этического комитета - контроль за соблюдением прав больного в ходе лечения, клиничко-физиологических исследований, обучения студентов и врачей и рассмотрение этических конфликтов, связанных с этими проблемами. Рассмотрение достоинств и недостатков применяемых методов диагностики, лечения и реабилитации не входит в задачи Этического комитета, если эти методы не повлекли за собой этические и юридические конфликты.

Основная цель этического комитета НПО ПМ: защита здоровья и благополучия лиц, участвующих в биомедицинских исследованиях, создание гарантий их безопасности и соблюдение основных прав.

Основными задачами ЭК НПО «ПМ» являются:

- Проведение независимой этической и правовой экспертизы материалов медицинских и социологических исследований, том числе с применением новых технологий,



лекарственных средств, пищевых добавок, медицинской техники и изделий медицинского назначения, новых методов лечения и обследования пациентов.

- Оценка научной обоснованности проведения медицинских и социологических исследований и предполагаемой эффективности и безопасности для участников вовлеченных в исследование.
- Оценка соответствия программы проведения исследования (дизайн, метод рандомизации и т.д.), квалификация исследователей и техническое оснащение исследовательского центра правилам Надлежащей Клинической Практики (GCP).
- Регулярный надзор за ходом исследования после получения разрешения на его проведение.
- Оповещение исследователей и других заинтересованных сторон о серьезных побочных реакциях или рисках для участников исследования.
- Обеспечение подготовки членов этического комитета по вопросам этической экспертизы.
- Рассмотрение медицинских проблем, пограничных между этикой и законом, то есть между моральной и юридической ответственностью.

Этический комитет НПО «ПМ» осуществляет экспертную оценку протокола исследования, информации для пациента/клиента/участника и формы информированного согласия, профессионального опыта исследователей, исследовательских центров, документов по страхованию здоровья испытуемых и других материалов исследования в срок до 45 рабочих дней.

По результатам экспертизы представленных документов и данных ЭК НПО «ПМ» может вынести следующее заключение:

- Одобрить проведение медицинских и социологических исследований.
- Одобрить проведение исследований с рекомендацией внести в рабочий порядок изменения и дополнения в материалы исследования. В этом случае заключение выдается после ответа на поставленные вопросы.
- Отложить принятие решения до устранения замечаний с последующим рассмотрением материалов медицинского или социологического исследования на очередном заседании этического комитета.
- Не рекомендовать проведение исследования.

Заключение выдается заявителю и направляется в МЗ для принятия решения о проведении исследования (в виде выписки из протокола заседания этического комитета).

В случае возникновения разногласий заявителя с результатами экспертизы ЭК повторно рассматривает материалы медицинского или социологического исследования с участием самого заявителя и привлечением независимых экспертов.

ЭК НПО «ПМ» информирует средства массовой информации о проводимой работе, целях и задачах этического комитета и его роли в защите прав испытуемых, совместно с общественными организациями принимает участие в обсуждении этических аспектов исследований, поддерживает и развивает контакты с этическими комиссиями других учреждений и государств.

ЭК НПО «ПМ» участвует в разрешении этических конфликтов, возникающих в текущей работе при проведении исследовательской деятельности.

Состав ЭК НПО «ПМ» формируется Председателем ЭК по согласованию и утверждается приказом Директора НПО «ПМ» на междисциплинарной основе.

ЭК НПО «ПМ» состоит из председателя, ответственного секретаря и членов (всего 9 человек) и альтернативных членов (3 члена), которые утверждаются на 3 года с возможным переизбранием на последующий срок. В состав в ЭК НПО «ПМ» входят лица, не имеющие прямой зависимости от исследователей и заказчика. Членами ЭК НПО «ПМ» могут быть лица, имеющие соответствующую квалификацию и опыт работы по экспертной оценке научных, медицинских и этических аспектов различных исследований, а также представители общественности (юристы, журналисты, религиозные деятели и др.).

Для обеспечения деятельности ЭК НПО «ПМ» формируется секретариат численностью до 3 человек, который является рабочим органом этической комиссий, ответственным за подготовку повестки заседания, оформление протокола заседаний, делопроизводство, ведение



архива ЭК НПО «ПМ». Секретариат возглавляется ответственным секретарь, который подчиняется председателю ЭК НПО «ПМ».

ЭК НПО «ПМ» имеет право привлекать независимых экспертов для проведения консультаций или экспертизы материалов исследования по конкретным вопросам. С целью оперативного решения вопросов, связанных с включением в медицинское или социальное исследование дополнительных организаций, замены исследователей, внесением поправок к протоколу исследования, информации для пациентов, в составе ЭК НПО «ПМ» может формироваться Бюро. Состав Бюро ЭК НПО «ПМ» и порядок его деятельности утверждается председателем ЭК НПО «ПМ».

Для прохождения этической экспертизы необходимо предоставить пакет документов. Заявление на имя председателя ЭК, протокол исследования включающие инструменты исследования, резюме ведущего исследователя, документы, подтверждающие профессиональную подготовку исследователей. Документы предоставляются в твердом и электронном формате. После регистрации заявки, документы проходят техническую экспертизу (5 рабочих дней), и могут быть запрошены дополнительные документы, в зависимости от типа исследования. После технической экспертизы подтверждающей предоставление всех необходимых документов, пакет документов передается эксперту на первичную этическую экспертизу (15 рабочих дней). После предоставления первичной этической экспертизы весь пакет документов рассылается всем членам этического комитета на ознакомление и обсуждение (10 рабочих дней). Затем на заседание этического комитета проходит обсуждение, формируется заключение, и выдается решение этического комитета в виде выписки из протокола заседания этического комитета (на подготовку протокола выписки из протокола – 5 дней). Заседания этического комитета проходят с периодичностью 1 раз в 2 месяца. При необходимости проводятся экстренные заседания.

Для иногородних исследователей документы могут быть предоставлены по электронной почте E-mail: npropmek2016@mail.ru. Документы архивируются и сохраняются в течение 2 лет со дня выдачи экспертного заключения.

Адрес ЭК НПО ПМ: КР, г.Бишкек, ул.Байтик-Баатыра 34, 2 этаж.

За последний год ЭК НПО ПМ провел этическую экспертизу следующих заявок:

- Республиканский центр «СПИД», протокол Дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ инфекцией в Кыргызской Республике;
- Департамент профилактики заболеваний и госсанэпиднадзора, протокол исследования «Изучение истинной картины распространенности эхинококкоза и альвеококкоза среди населения Алайского и Кочкорского районов, путем скринингового исследования методом иммуноферментного анализа (ИФА) и УЗИ паренхиматозных органов и разработки мероприятий по борьбе и профилактики»;
- Департамент профилактики заболеваний и госсанэпиднадзора, протокол исследования «Изучение обращаемости за медицинской помощью населения при симптомах гриппа и ОРВИ»;
- Департамент профилактики заболеваний и госсанэпиднадзора, протокол исследования «Факторы риска заболевания ОРВИ и гриппом населения Кыргызской Республики»;
- Научно-производственное Объединение «Профилактическая Медицина» МЗ КР, протокол исследования «Эколого-гигиеническая оценка влияния природных и антропогенных воздействий на состояние окружающей среды и здоровья населения Кыргызской Республики»;
- Научно-производственное Объединение «Профилактическая Медицина» МЗ КР, протокол исследования «Оценка пренатального воздействия ртути с использованием биомаркеров пуповины крови, материнской мочи и волос»;
- Проект «Победим Туберкулёз» USAID, протокол исследования «Полевая оценка реагента OMNI gene SPUTUM в Кыргызской Республике».

Байызбекова Жанна Алчинбековна

д.м.н., заместитель директора по клинической работе, Научно-производственное объединение «Профилактическая медицина», председатель Этического комитета,

Мергенова Ильмира Осмоновна
секретарь Этического комитета



КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН
САЛАМАТТЫК САКОО
МИНИСТРЛИГИ



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

**БУЙРУК
ПРИКАЗ**

04.02.16 № 84

Бишкек ш.

**«О проведении лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции в
Кыргызской Республике»**

В целях предупреждения распространения и улучшения ранней диагностики ВИЧ-инфекции на территории Кыргызской Республики

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Инструкцию «Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике».
2. Генеральному директору РЦ «СПИД» (Чокморова У.Ж.) обеспечить тиражирование инструкции «Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике» за счет средств Российского гранта ЮНЭЙДС.
3. Руководителям НИИ, НЦ, республиканских, областных и районных организаций здравоохранения принять настоящий приказ к неуклонному руководству и исполнению.
4. Во всех медицинских и немедицинских организациях, осуществляющих тестирование на ВИЧ-инфекцию, проводить мониторинг знаний по диагностике ВИЧ-инфекции на ежегодной основе среди всех медицинских работников организаций с привлечением специалистов службы «СПИД».
5. Считать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения №202 от 12.05.2008г. «О проведении лабораторной диагностики, противозидемических мероприятий и наблюдения при ВИЧ-инфекции в ЛПО КР».
6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра Горина О.В.

Министр

Т.А. Батыралиев

Полное изложение приказа см. на сайте zdrav.kg



КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН
САЛАМАТТЫК САКОО
МИНИСТРЛИГИ



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

БУЙРУК
ПРИКАЗ

26.02.16 № 143

Бишкек ш.

О введении в республике иммунизации детей пневмококковой и инактивированной полиомиелитной вакцинами

Во исполнение пункта 2 постановления Правительства Кыргызской Республики от 1 февраля 2013 года № 47 «Об утверждении программы «Иммунопрофилактика» на 2013–2017 годы и в целях защиты здоровья детей от тяжелых инвазивных заболеваний, вызванных пневмококковой инфекцией, а так же используя рекомендации Всемирной организации здравоохранения, Глобальной инициативы по ликвидации полиомиелита по внедрению инактивированной полиомиелитной вакцины (ИПВ) и поэтапного прекращения использования оральной полиомиелитной вакцины (ОПВ)

Приказываю:

1. Утвердить:
 - 1.1. Календарь профилактических прививок Кыргызской Республики (приложение 1);
 - 1.2. Руководство по внедрению 13-валентной пневмококковой вакцины (приложение 2);
 - 1.3. Руководство по внедрению инактивированной полиомиелитной вакцины (приложение 3).
2. Руководителям Национальных центров, республиканских организаций здравоохранения, координаторам здравоохранения по области, директорам объединенных и территориальных больниц, ЦСМ, директору ДЗ г. Бишкек, главным врачам рай/гор. ЦПЗиГСЭН и ЦГСЭН г.Бишкек:
 - 2.1. с 22 марта 2016 года по всей территории Кыргызской Республики начать вакцинацию пневмококковой вакциной и одной дозой инактивированной полиомиелитной вакциной, согласно приложения 1;
 - 2.2. широко пропагандировать среди населения о введении в республике иммунизации детей против пневмококковой инфекции;
 - 2.3. до 22 марта 2016 года проинструктировать работников всех прививочных пунктов по применению пневмококковой и инактивированной полиомиелитной вакцин.
3. Директору Республиканского Центра иммунопрофилактики (Калилов Ж.С.):
 - 3.1. провести мониторинг готовности существующей холодовой цепи к размещению и транспортировке пневмококковой вакцины и инактивированной полиомиелитной вакцины;
 - 3.2. проводить ежеквартальный мониторинг и оценку применения пневмококковой и инактивированной полиомиелитной вакцин.
4. Директорам ДПЗиГСЭН, РЦИ, (Исаков Т.Б., Калилов Ж.С.), главным врачам рай/гор. ЦПЗиГСЭН обеспечить контроль за соблюдением холодовой цепи и распределением новых видов вакцин в соответствии с численностью детей, подлежащих к иммунизации, а также доставку и транспортировку по организациям здравоохранения республики.
5. Директорам РЦУЗ РЦИ, (Айтмурзаева Г.Т., Калилов Ж.С.) усилить проведение информационно-разъяснительной работы среди населения о введении в республике иммунизации детей пневмококковой и инактивированной полиомиелитной вакцинами.
6. Признать утратившими силу:
 - 6.1. приложение 1 приказа МЗ КР №117 от 13.03.2009г. «О введении в республике иммунизации детей пентавалентной вакциной (АКДС+ВГВ+ХИБ)»;
 - 6.2. приказ МЗ КР №542 от 30.09.2014г. «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 13.03.2009г. №117»;
 - 6.3. приказ МЗ КР №693 от 26.12.2014г. «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 13.03.2009г. №117 «О введении в республике иммунизации детей пентавалентной вакциной (АКДС+ВГВ+ХИБ)».
7. Контроль за исполнением данного приказа возложить на заместителей министра Горина О.В. и Мурзалиева А.Дж.

Министр

Т.А. Батыралиев

Полное изложение приказа см. на сайте zdrav.kg



КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН
САЛАМАТТЫК САКТОО
МИНИСТРЛИГИ



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

**БУЙРУК
ПРИКАЗ**

22.03.16 No 198

Бишкек ш.

Об оптимизации пульмонологической службы в Кыргызской Республике

В целях оптимизации пульмонологической службы Кыргызстана, направленной на улучшение качества оказания медицинской помощи и укрепление легочного здоровья населения, в соответствии с планом основных мероприятий в рамках реформы здравоохранения «Ден соолук» на 2016 – 2020 годы.

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Начальнику УОМПиЛП (Тойматов С.Ш.) и главному внештатному пульмонологу Министерства здравоохранения КР (Сооронбаев Т.М.) организовать и определить комплекс мероприятий по улучшению качества оказания медицинской помощи и укреплению легочного здоровья населения Кыргызстана.

срок – 1 квартал 2016г
2. Утвердить:
 - 2.1 Программу профилактики и контроля респираторных заболеваний и аллергии с планом основных мероприятий на 2016 – 2020 гг. (приложение 1)
 - 2.2 Положение об организации пульмонологической помощи на уровне первичного звена здравоохранения (приложение 2)
 - 2.3 Положение об оказании пульмонологической помощи на уровне вторичного звена здравоохранения на базе терапевтических отделений, включая отделения пульмонологии городских клинических больниц, ТБ и областных объединенных больниц (приложение 3)
 - 2.4 Положение о пульмонологическом отделении третичного уровня на базе стационаров (приложение 4)
 - 2.5 Положение об экспертном центре по легочным гипертензиям (приложение 5)
3. Начальнику УОМПиЛП (Тойматов С.Ш.), НЦКиТ (Джумагулова А.С.), НЦОМид (Узакбаев К.А.), Национального госпиталя (Сагинбаева Д.З.), РЦУЗ (Айтмурзаева Г.Т.), КНИИКВЛ (Султанмуратов М.), руководителю ДЗ г. Бишкек (Кулбатыров К.Д.), координаторам здравоохранения Ошской, Жатал-Абадской, Баткенской, Нарынской, Иссык-Кульской, Таласской, Чуйской областей (Кожобекова Ш.М., Миянов М.О., Темиров О.Г., Алиекаров М.А., Сатылганов Э.А., Шадиев А., Асылбеков Э.С.), принять к исполнению мероприятия по оптимизации пульмонологической службы.
4. Ректорам КГМА, КГМВИПК (Зурдинов А.З., Чубаков Т.Ч.) разработать интегрированную программу подготовки и переподготовки по пульмонологии (респираторной медицине) и фтизиатрии в соответствии с международными стандартами.
5. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя министра Мурзалиева А.Ды.

Министр

Т.А. Батыралиев

Полное изложение приказа см. на сайте zdrav.kg



КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН
САЛАМАТТЫК САКТОО
МИНИСТРЛИГИ



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

**БУЙРУК
ПРИКАЗ**

28.03.16 № 214

Бишкек ш.

Об усовершенствовании мониторинга и оценки системы инфекционного контроля в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

С целью усиления контроля мероприятий по предупреждению внутрибольничного инфицирования связанного с оказанием медицинской помощи и дальнейшего усовершенствования системы инфекционного контроля, профилактике внутрибольничных инфекций в организациях здравоохранения республики

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить «Руководство по мониторингу и оценке инфекционного контроля в организациях здравоохранения» (Приложение 1).
2. Руководителям организаций здравоохранения республики применить оценочный инструмент при проведении внутреннего и внешнего мониторинга, оценки проводимых мероприятий по профилактике внутрибольничной инфекции

Срок: согласно утвержденных планов

3. Директорам Департамента профилактики заболеваний и госсанэпиднадзора (Исаков Т.Б.), Научно-производственного объединения «Профилактическая медицина» (Касымов О.Т.) обеспечить консультативно-методическую помощь организациям здравоохранения по проведению мониторинга и оценки инфекционного контроля в организациях здравоохранения.

Срок: постоянно.

4. Считать утратившим силу подпункт 1.3. пункта 1. приказа МЗ КР от 29.01.2008 года №34 «Об усовершенствовании системы ИК и

Полное изложение приказа см. на сайте zdrav.kg



МАЗМУНУ / СОДЕРЖАНИЕ / CONTENTS

3 ПРЕДИСЛОВИЕ

4 Батыралиев Т.А., Касымов О.Т., Белов Г.В. Этапы становления журнала «Здравоохранения Кыргызстана» и его роль в развитии медицинской науки в Республике

8 Железняк А.О. Системалуу ыкма жана аны медицинада колдонуу / Системный подход и его применение в медицине / *Systems Approach and its use in Medicine*

11 Касымова Р.О., Касымов О.Т., Абжалбекова Н.Т. Кыргызстандын айлана чөйрөсүндөгү табигый жана табигый-техногендик процесстер / Природные и природно-техногенные процессы окружающей среды кыргызстана / *Environmental Natural and Natural-technogenic Processes in Kyrgyzstan*

16 Кожанов А.С. Псориаздын эпидемиологиялык жана клиникалык озгочолуктору / Эпидемиологические и клинические особенности псориаза / *Epidemiological and Clinical Features of Psoriasis/*

21 Кожаметова А.Н. Жаш балдардын жана өспүрүмдөрдүн ден соолугунун калыптанышына туура тамактануунун мааниси / Значение полноценного питания в формировании здоровья детей и подростков / *The importance of healthy nutrition in health development of children and adolescents/*

26 Минбаева Г.А., Тойгонбаева В.С., Кутгубаев О.Т. Учурдагы токсоплазмоз дартынын себептери жана эпидемиологиясы / Современные представления об этиологии и эпидемиологии токсоплазменной инвазии / *Modern concept of etiology and epidemiology of toxoplasmosis/*

30 Омурзакова К.С. Иммундук статусун баалоо, адамдын организминде караштуу сыман жана сурьма менен ууланышына иммунокоррекция ыкмаларын иштеп чыгуу / Оценка иммунного статуса и разработка способов иммунокоррекции при интоксикации организма человека ртутью и сурьмой / *Assessment of immune status and development of immune correction in human mercury and antimony intoxication*

36 Торгаутов А.С. Биринчи жолу өпкөнүн кургак учугу менен ооруган адамдарды комплекстүү дарылоодо эчкинин сүтүнүн негизинде даярдалган «аклак» атайын азыгын колдонуу / Применение специализированного продукта «аклак» на основе козьего молока в комплексном лечении больных с впервые выявленным туберкулезом легких / *The use of specialized product "aklak" based on goat milk in the complex treatment of patients with newly diagnosed pulmonary tuberculosis/*

43 Шаяхметов Б.Р., Анарбай уулу Нурбек, Бокчубаев Э.Т., Умарова Г.И., Ногойбаева К.А. Медициналык кызмат көрсөтүүлөрдүн сапатына таасир эткен айрым кесипкөй өзгөчөлүктөрдүн талдоосу / анализ некоторых профессиональных характеристик врачей, влияющих на качество медицинских услуг / *Analysis of some professional characteristics of doctors affecting quality of medical services/*

49 ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО о проведении Круглого стола «Результаты мониторинга и оценки состояния инфекционного контроля в организациях здравоохранения Кыргызской Республики»

57 ИНФОРМАЦИЯ об Этическом комитете при Научно-производственном объединении «Профилактическая медицина»

60 ИНСТРУКЦИИ, ПОЛОЖЕНИЯ, ПРИКАЗЫ