

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

Кыргызстандын
саламаттык сатоосу
илимий практикалык журналы

Научно-практический журнал
Здравоохранение
Кыргызстана

Research and practice journal
Health care of
Kyrgyzstan

№4
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;
Батыралиев Т.А. • Baturaliev 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. • Murzaliev 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. • Bayzbekova 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.



Джумагулов О.Д.

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

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ ОФТАЛЬМОЛОГИЯЛЫК КЫЗМАТТЫН АБАЛЫ ЖАНА ӨНҮГҮҮ КЕЛЕЧЕКТЕРИ

Корутунду. Республиканын офтальмологиялык кызматынын 25 жылдык өнүгүшү талдоого алынат. Саламаттыкты сактоонун бул чөйрөсүндөгү айрым жетишкендиктер белгиленген. Аларды жоюу боюнча иш-чаралар жүргүзүлүүдө.

Негизги сөздөр: офтальмология, глаукома, майыптуулук.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Резюме. Анализируется развитие офтальмологической службы за 25 летний период. Отмечены некоторые достижения и недостатки в этой сфере здравоохранения. Приводятся мероприятия по их устранению.

Ключевые слова: офтальмология, глаукома, инвалидность.

CURRENT STATE AND PROSPECTS FOR THE DEVELOPMENT OF OPHTHALMOLOGICAL SERVICE IN THE KYRGYZ REPUBLIC

Abstract. It analyses the development of Ophthalmological service in the country over the 25 year period. It notes some achievements and weak points in this sphere of health care service and mentions measures on their elimination.

Key words: ophthalmology, glaucoma, disability.

За 25 лет независимости Кыргызской Республики офтальмологическая служба развивалась в соответствии с проводимыми в системе здравоохранения масштабными реформами (Национальная Программа «Манас» по реформированию здравоохранения в Кыргызской Республике 1994 - 2000 гг.). На первом этапе этих реформ в амбулаторном звене практического здравоохранения внедрялась система, так называемой «Семейной медицины». В соответствии с ней были объединены поликлиники для взрослых и детские поликлиники. Крупнейшее достижение советского здравоохранения: наличие поликлиник для взрослого населения и отдельно для детей, словно яркая звезда вспыхнула на небосклоне

Киргизской ССР и погасла на веки в независимой Кыргызской Республике. При объединении этих двух видов поликлиник, были ликвидированы специальности детский офтальмолог и соответственно - кабинеты охраны зрения детей, где проводился весь комплекс реабилитационных мероприятий, начиная от рациональной оптической коррекции зрения, лечению амблиопии и восстановлению бинокулярного зрения и т.д. Теперь всего этого нет, соответственно – нет и детской офтальмологической службы во главе с внештатным главным детским офтальмологом.

Офтальмологические кадры. По данным Медицинского информационного центра МЗ к моменту прекращения суцес-



тования СССР, в Кыргызской Республике обеспеченность офтальмологами общего профиля составляла 0,5 на 10 тыс. населения, детскими офтальмологами – 0,3.

В 2015 году по данным Республиканского медико-информационного центра [7], обеспеченность населения республики всеми офтальмологами (в том числе и детскими) составила – 0,4 на 10 тыс. Иными словами за годы независимости этот показатель уменьшился в два раза. В настоящее время только в двух областях республики (Баткенской и Ошской), все центры семейной медицины (ЦСМ) укомплектованы офтальмологами. В остальных 5 областях в отдельных районах нет врачей - офтальмологов.

Медико-техническая база офтальмологических кабинетов и отделений. Подавляющая часть 58 кабинетов офтальмолога областных, городских и районных ЦСМ и ведомственных поликлиник оснащены еще советскими щелевыми лампами (одними из основных офтальмологических приборов), давно уже не юстированными, из-за отсутствия запасных частей. В имеющихся наборах оптических линз в лучшем случае присутствует половина их. Глазное дно исследуется зеркальными офтальмоскопами (в цивилизованном мире они уже давно являются музейными экспонатами). Большинство офтальмологических отделений оснащены морально и физически устаревшими микроскопами, произведенными еще Ленинградским оптико-механическим объединением. В глазных отделениях Жалал-Абадской областной больницы и г. Кочкор-Ата, для офтальмологических операций вот уже на протяжении более 20 лет используется ... **ВНИМАНИЕ!** Следующее слово не для слабонервных... **КОЛЬПОСКОП.** Да, этот микроскоп предназначен для гинекологических операций! В такой ситуации трудно говорить об оказании квалифицированной, первичной медико-профилактической офтальмологической помощи населению республики.

К сожалению, за годы независимости приватизация коснулась и офтальмологии. Старейшее глазное отделение республики в с. Александровка Московского района, была приватизирована со зданием и всем офтальмологическим оборудованием.

Первичная инвалидность вследствие патологии органа зрения. Как известно, одним из основных показателей общественного здоровья населения является первичная инвалидность [6]. В начале 90-х годов прошлого столетия основной причиной первичной инвалидности вследствие патологии органа зрения была катаракта - $28,6 \pm 2,1\%$ [2]. Начиная с 2000 года, основной причиной первичной инвалидности стала – глаукома [4], удельный вес которой в эти годы составлял – $26,1 \pm 1,9\%$ [4]. Такой высокий уровень удельного веса глаукомы сохранялся вплоть до 2012 год. К моменту распада СССР в 1991 году уровень первичной инвалидности в следствии глаукомы составлял $4,0 \pm 0,2$ на 100 тыс. населения. За годы независимости республики этот показатель вырос почти в 4 раза, составив в 2011 году $15,5 \pm 0,63$ на 100 тыс. населения [4]. Экономические потери государства от первичной инвалидности вследствие глаукомы за 2011 год составили 1,7% от внутреннего валового продукта Кыргызской Республики [3]. Только к 2012 году удалось стабилизировать этот процесс, когда наметилась тенденция к снижению уровня первичной инвалидности вследствие глаукомы до $14,3 \pm 0,6$ на 100 тыс. населения [4].

Инициатором активизации борьбы с глаукомой выступила кафедра офтальмологии КГМА, когда была инициирована процедура принятия МЗ КР приказа №102 от 12 марта 2009 года «Об усилении мероприятий по раннему выявлению и активному наблюдению больных глаукомой». В этом же году МЗ КР была утверждена должность внештатного главного глаукоматолога республики. Специалистом этой должности ежегодно стали проводится «Школы



глаукомы» для практических врачей - офтальмологов. На кафедре офтальмологии была завершена (2009 - 2014 гг.) научная работа по теме: «Инвалидность при глаукоме и пути ее профилактики».

Все эти мероприятия способствовали повышению эффективности работы офтальмологов республики по раннему выявлению глаукомы и снижению первичной инвалидности.

В настоящее время катаракта уже не является основной патологией органа зрения, формирующей первичную инвалидность. В республике почти 90% больных с катарактой, заменяют мутный хрусталик на искусственный, достигая полной медицинской реабилитации, что позволяет больным вернуться к прежней профессиональной деятельности. К сожалению и здесь имеются проблемы. Современные технологии по удалению катаракты (факоэмульсификация) в силу объективных и субъективных причин с трудом осваиваются в государственных офтальмологических клиниках (Национальный госпиталь, Ошская объединенная клиническая больница). В частных офтальмологических клиниках это уже давно пройденный этап развития. Факоэмульсификации там проводятся амбулаторно. Это значительно экономит финансовые средства. Во всем мире такая операция является *«золотым стандартом»* лечения катаракты и не официально является одним из показателей уровня развития офтальмологической хирургии в стране.

Слепота. В первые годы независимости Кыргызской Республики распространенность слепоты среди населения республики составляла 9,0 на 10 000 населения [2]. За годы независимости этот показатель увеличился вдвое и к 2015 году составил 18,3 на 10 000 населения [7].

Количество слепых в обществе - это прямой показатель экономического и культурного развития любого государства. Еще в начале прошлого столетия великий русский

офтальмолог С.С. Головин утверждал, что - «Количество слепых в стране - есть лучший показатель ее культуры и заботы о здоровье народа» [1].

Самый больной вопрос современной офтальмологии КР - витреоретинальная хирургия (операции по устранению сложных случаев отслойки сетчатки, кровоизлияния в стекловидное тело, удалению внутриглазных не магнитных инородных тел). О наличии или отсутствии этой технологии специалисты обычно судят о состоянии всей офтальмологической отрасли того или иного государства. Специалистам ни государственных, ни частных офтальмологических учреждений, так и не удалось полностью освоить и внедрить в широкую практику витреоретинальную технологию. В одном из отделений Национального госпиталя вроде бы и необходимое оборудование имеется, однако, по субъективным и объективным причинам оно простаивает. Это можно расценить, как досадное упущение передового медицинского учреждения республики. В итоге больные с данной патологией вынуждены выезжать в Российские офтальмологические центры или же ждать очереди на квоту, выделенную правительством Турецкой Республики.

Образовательная деятельность.

Основным учреждением по повышению квалификации врачей-офтальмологов является Кыргызский государственный медицинский институт по переподготовке и повышению квалификации, где организован доцентский курс по офтальмологии (*доцент Усенко В.А.*). В образовательном процессе весьма активную роль играют частные медицинские офтальмологические центры. В 2003 году в одном из санаториев Иссык-Куля, госпиталь «Микрохирургия глаза» организовала школу-семинар, куда были приглашены практически все ведущие профессора из Москвы во главе с академиком А.П. Нестеровым. Претворяя в жизнь известный Закон Кыргызской Респуб-



лики от 22.02. 2012 г. №7 «О государственном-частном партнерстве», кафедра офтальмологии КГМА им. И.К. Ахунбаева совместно с медицинским центром «Дордой офтальмик-сервис» проводят большую работу в этом направлении. Начиная с 2002 года регулярно проводятся Международные Центрально-Азиатские конференции по офтальмологии в одном из санаториев Иссык-Куля. Успешно проведены уже 4 конференции без привлечения бюджетных средств. Перед началом таких конференций известными учеными проводятся учебные курсы по актуальным проблемам офтальмологии.

В 2015 году проведен крупный офтальмологический форум, в рамках которого проведены 112 Международные учебные курсы по витреоретинальной патологии. Организатор курсов – *известный профессор из Германии Ингрид Крейси со своей командой лекторов из США, Германии, Швеции и Италии*. Впервые в республике на этом форуме прошли учебные курсы Общества офтальмологов тюркоязычных стран по теме: «Травмы глаз». На курсах присутствовали офтальмологи всех тюркоязычных стран, во главе с Президентом этого общества – профессором *Сунай Думан (Турецкая Республика)*. Завершила работу этого форума IV – Международная Центрально-Азиатская конференция по офтальмологии. В работе Форума приняли участие большинство офтальмологов Кыргызской Республики, которые получили много новой, полезной информации по самым актуальным проблемам современной офтальмологии.

Таким образом, в настоящее время, когда офтальмологам республики трудно выезжать за рубеж для получения новых знаний, частные медицинские офтальмологические центры вносят неоценимый вклад в процесс непрерывного, профессионального образования офтальмологов республики.

Частные офтальмологические центры.

Рынок платных офтальмологических услуг в Кыргызской Республике оказывают: два крупных медицинских центра в г. Бишкек – госпиталь «Микрохирургия глаза» (*директор А.О. Исманкулов, 1995*), медицинский центр «Дордой офтальмик-сервис» (*директор А.Эшмамбетов, 1994*), в южном регионе в г. Ош функционирует медицинский центр «Авангард». Более мелкие частные центры, где выполняют офтальмологические операции, находятся в с. Александровка, Московского района Чуйской области, г. Кочкор-Ата Жалал-Абадской области. Кроме этого во всех областях республики имеются частные офтальмологические кабинеты и сеть салонов «Оптика».

Частный сектор в офтальмологии порой закрывает бреши в государственной офтальмологической службе. Так, например, лазерная коррекция аномалий оптического аппарата глаза, впервые в Кыргызской Республике была внедрена еще в 2000 году в госпитале «Микрохирургия глаза». Эта современная технология была первой ласточкой во всей Центральной Азии. Сегодня вышеупомянутый госпиталь является самым оснащенным офтальмологическим учреждением республики. Другой медицинский центр «Дордой офтальмик-сервис» - является единственным предприятием в Центральной Азии по индивидуальному изготовлению глазных протезов по Московской технологии. Сотрудник этого Центра *А.А. Ботбаев* разработал свою оригинальную модель искусственного хрусталика глаза и прославил Кыргызскую Республику на весь мир! Теперь наша республика входит в элитарный клуб стран, чьи офтальмологи разработали собственные модели искусственных хрусталиков глаза. Из стран Центральной Азии, Кыргызская Республика является единственным представителем. О своем изобретении он выступил с докладом на Всемирном офтальмологическом конгрессе в г. Берлин в 2010 году. Известная германская компания



«Morcher» приобрела эксклюзивные права по изготовлению и распространению по всему миру искусственного хрусталика Ботбаева. Комплексная научно-практическая работа центра «Дордой офтальмик-сервис», включая разработки А.А. Ботбаева, была выдвинута на Государственную премию Кыргызской Республики за 2016 г. Но, видимо для комиссии по наградам мировой уровень представленной на конкурс работы не является показателем, достойным внимания?

Аттестация врачей-офтальмологов.

Современная система аттестации врачей-офтальмологов совершенно не пригодна для объективного присвоения заслуженной квалификационной категории. Самым главным критерием для оценки профессиональной пригодности офтальмологов является теоретический тестовый экзамен. Реальный профессиональный уровень офтальмологов, объем реально выполняемых прямых обязанностей никак не оценивается. Сегодня в Кыргызской Республике – 40% офтальмологов имеют *высшую категорию!* Эти врачи с высшей категорией порой своевременно не диагностируют внутриглазные инородные тела (Нарынская область), не измеряют внутриглазное давление лицам старше 50 лет, игнорируя соответствующий приказ № 102 от 12 марта 2009 г. МЗ КР (Иссык-Кульская, Нарынская и Чуйская области). Порой доходит до абсурда, на должность заведующего глазным отделением назначают врача-офтальмолога из поликлиники (Нарынская областная больница), которая не умеет оперировать, а аттестационная комиссия по итогам теоретического тестирования вынуждена присваивать такому заведующему отделением – *высшую квалификационную категорию!*

Для дальнейшего развития офтальмологической службы Кыргызской Республики до уровня стран – СНГ, рекомендуется реализовать следующие мероприятия.

1. Для повышения качества работы врачей-офтальмологов ЦСМ необходимо в

первую очередь оснастить соответствующие кабинеты офтальмологическим оборудованием. Требуется приобретение МЗ КР 50 щелевых ламп, 50 наборов оптических линз и 50 офтальмологических тонометров, производства Российской Федерации.

2. В офтальмологических учреждениях третичного звена в ближайшее время внедрить в широкую практику витреоретинальную хирургию и факоэмульсификацию.

3. На базе Национального госпиталя или медицинского центра КГМА им. И.К. Ахунбаева создать лазерный офтальмологический центр.

4. Министерству здравоохранения рассмотреть вопрос об организации на базе Национального центра охраны материнства и детства, крупного офтальмологического центра с полным циклом медицинской реабилитации детей с патологией органа зрения.

5. Решить вопрос с финансированием высокотехнологичных офтальмологических операций (имплантация искусственного хрусталика глаза, витреоретинальная хирургия, все виды лазерных операций, кератопластика).

6. Идеальным вариантом было бы создание в республике Национального офтальмологического центра (в планах Министерства здравоохранения Киргизской ССР еще 1956 году было создание НИИ глазных болезней).

7. Навести порядок в деятельности салонов – «Оптика». В салонах оптики должны работать **оптометристы**, но никак не офтальмологи после 8 лет профессионального обучения. Обязать всех офтальмологов, работающих в таких салонах, пройти специализацию по специальности «Медицинская оптика», направление - «Оптометрия» (не менее 1004 часа) в Московской школе медицинской оптики



(продолжительность обучения - 6 месяцев).

Литература:

1. Головин С.С. О слепоте в России [Текст] / С.С. Головин. – М., 1910. – С.13.
2. Джумагулов О.Д. Заболеваемость и травматизм органа зрения населения Кыргызской Республики [Текст] : автореф. дис. ...д-ра. мед. наук : 14.00.08 / О.Д. Джумагулов.- М., 1995. – 32.
3. Джумагулова А.О. Глаукома как экономическая проблема в Кыргызской Республике [Текст] / А.О. Джумагулова // Офтальмологический журнал Казахстана. – 2012. - №4. – С.15-19.
4. Джумагулова А. О. Инвалидность при глаукоме и пути ее профилактики в Кыргызской Республике [Текст] : автореф. дис. ...канд. мед. наук : 14.01.07 / А.О. Джумагулова. - Бишкек, 2015. – 22.
5. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики в 2011 году [Текст]: отчет // Республиканский медико-информационный центр МЗ КР. – Бишкек, 2012 г. – С.15; 128-138.
6. Либман Е.С. Состояние инвалидности по зрению в СССР, меры по ее профилактике и снижению [Текст] / Е.С. Либман, Т.А. Мелкумянц // Актуальные вопросы социальной офтальмологии: сб. науч. тр. – М., 1988. – С.4 – 10.
7. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики в 2015 году [Текст] : отчет // Республиканский медико-информационный центр МЗ КР. – Бишкек, 2016 г. – С.15; 128-132.

Сведения об авторе:

Джумагулов Олжобай Джумакадырович

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой офтальмологии КГМА им. И.К. Ахунбаева,
e-mail: doctordod@mail.ru



Китарова Г.С., Мамырбаева Т.Т., Асанова Ж.Ш.

Республиканская научная медицинская библиотека МЗ КР,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН САЛАМАТТЫК САКТОО МИНИСТРЛИГИНЕ КАРАШТУУ РЕСПУБЛИКАЛЫК ИЛИМИЙ МЕДИЦИНАЛЫК КИТЕПКАНАНЫН 70 ЖЫЛДЫГЫНА

Корутунду. Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигине караштуу Республикалык илимий медициналык китепкананын (РИМК) 70 жылдыгына арналган макала. РИМКнын өнүгүү тарыхы берилген.

Негизги сөздөр: Республикалык илимий медициналык китепкана, медициналык китепкананын тарыхы, иш-аракеттери, ийгиликтери.

К 70-ЛЕТИЮ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ БИБЛИОТЕКИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Резюме. Статья посвящена 70-летию Республиканской научной медицинской библиотеки (РНМБ) Министерства здравоохранения Кыргызской Республики. Представлены история и развитие РНМБ.

Ключевые слова: Республиканская научная медицинская библиотека (РНМБ), история медицинской библиотеки, деятельность, достижения.

APPROACHING THE 70th ANNIVERSARY OF THE REPUBLICAN SCIENTIFIC MEDICAL LIBRARY OF THE MINISTRY OF HEALTH OF THE KYRGYZ REPUBLIC

Abstract. The article is dedicated to the 70th anniversary of the Republican Scientific Medical Library of the Ministry of health of the Kyrgyz Republic. The history and development of the library are presented.

Key words: Republican Scientific Medical Library, history, activities, achievements of medical library

После Великой Октябрьской социалистической революции в Кыргызстане начала формироваться советская система здравоохранения. Если к концу 1925 г. в республике было всего 8 больниц на 180 коек и один родильный дом, то к 1930 г. сеть медико-санитарных учреждений значительно увеличилась: открыли 29 больниц (в том числе и в сельской местности), зубо-врачебные амбулатории, 15 аптек, 8 вендиспансеров, 3 тубдиспансера, 4 малярийных станции. Вырос бюджет финансирования

здравоохранения. Медицинские кадры стали прибывать из Узбекистана, России.

Вместе с развитием здравоохранения, начала развиваться и медицинская наука, что обусловило возрастающую потребность в специальной литературе учёных и специалистов - практиков. С 1928 по 1940 г. в республике открылись 4 медицинские библиотеки при медицинских училищах, в 1938 г. - при санитарно-эпидемиологическом институте, а в 1939 г. - при медицинском институте.



Рост сети лечебно-профилактических, научных и учебных учреждений здравоохранения, увеличение числа научных, врачебных и среднemedицинских кадров в республике, в том числе и в сельских районах, быстрое развитие медицинской и смежных наук, необходимость внедрения достижений науки в практику здравоохранения стали вызовами того времени для организации широкой сети специальных медицинских библиотек, открытого типа, доступной для всех медицинских работников.

20 апреля 1940 г. приказом по Народному комиссариату здравоохранения Киргизской ССР из библиотеки Киргизского государственного медицинского института (КГМИ) выделена - как самостоятельное учреждение - библиотека Наркомздрава Киргизской ССР. Однако с началом войны библиотека была закрыта, не успев развернуть свою деятельность, а фонды, собранные в течение года, были переданы в библиотеку медицинского института.

К вопросу об открытии библиотеки правительство вернулось в 1946 г., и на основании письма Государственной штатной комиссии при Совете Министров СССР от 8 июля 1946 г. № 17-28-61 в октябре того же года была организована Республиканская научная библиотека Министерства здравоохранения Киргизской ССР со штатом в 45 единиц.

Деятельность РНМБ можно условно разделить на четыре этапа: 1946-1968 гг., 1968-1989 гг., 1989-2005 гг., 2005-2013гг., 2013 г. - по настоящее время.

Вначале библиотека ограничивалась формированием фонда, обслуживанием небольшого круга читателей – медицинских работников республики (всего около 50 человек), составлением каталогов. Пополнение фондов происходило за счёт обязательного экземпляра и использования различных источников комплектования.

РНМБ высылала литературу в 38 библиотек Советского Союза и в 28 библиотек республики. До 1960 г. составлялись библиографические списки литературы, которые печатались только на пишущей машинке в нескольких экземплярах, а с 1960г. стали издаваться типографским способом. За 1960-1970 гг. издано 8 библиографических указателей.

В 1964 г. РНМБ собраны нужные сведения о медицинских библиотеках республики и составлен обзор их работы. На 1 января 1965 г. сеть медицинских библиотек насчитывала 59 библиотек.

В те годы читателями РНМБ и других медицинских библиотек являлись 70% медицинских работников Киргизии. Для приближения книги к месту их работы организовывались пункты выдачи литературы при больницах: 10 – в г. Фрунзе, 3 - в г. Ош.

В 1968 г. на базе КГМИ создан Республиканский отдел научно-медицинской информации (РОНМИ), призванный с помощью библиотек обеспечивать новейшей информацией научные и научно-исследовательские работы.

К 1970 г. сеть медицинских библиотек увеличилась до 69; их общий фонд насчитывал почти 87 тыс. экз.; число читателей - 27 755; книговыдача превысила 906 тыс. экз. К своему 25-летию фонд РНМБ включал более 260 тыс. экз.; библиотека обслуживала около 4 тыс. читателей.

В 1989 г. в целях более качественного библиотечно-информационного обеспечения научного и практического здравоохранения и оптимизации ресурсов РОНМИ и РНМБ были объединены.

До 1992 г. библиотека успешно развивается: выпускаются библиографические обзоры, устраиваются выставки новых поступлений, работают 28 пунктов выдачи, 3 передвижных библиотеки. Ежегодно фонд пополняется на 10-12 тыс. экз. и составил уже около 400 тыс. документов на 12 языках мира. В связи с возрастающей нехваткой



помещений в здании Министерства здравоохранения, где РНМБ функционировала 47 лет, несмотря на трудное для республики время Министерство здравоохранения находит возможность предоставить библиотеке новое помещение.

Далее, наступают сложные для всех время и библиотека, испытав на себе социально-экономические трудности становления Кыргызской Республики (КР), при поддержке Министерства здравоохранения и партнеров по развитию в лице Всемирного Банка, а также ВОЗ в рамках проекта «Реформирование сектора здравоохранения-2», преобразуется в Центр развития здравоохранения (ЦРЗ), что означает - новый, современный этап ее развития.

ЦРЗ по роду деятельности стал уникальным учреждением, в котором библиотека не потеряла своей значимости, а напротив, интегрированно включилась в процесс реформ, как база обеспечивающая отрасль научной информацией в соответствии с международными требованиями с внедрением в библиотечное дело автоматизированной системы ИРБИС.

В целях создания целостной системы информационного обеспечения, повышения потенциала медицинских работников была значительно улучшена инфраструктура, техническое оснащение и организованы отделы доказательной медицины, курсов по политике и управлению здравоохранением, анализа политики здравоохранения и информационных технологий. А библиотека, став структурным подразделением ЦРЗ стала называться Центральной научной медицинской библиотека (ЦНМБ).

Согласно Конституции Кыргызской Республики, определяющей право на свободный доступ к информации, Законов о библиотечном деле и об информатизации, а также Программы ВОЗ «Здравоохранение Кыргызстана в XXI веке», Национальной программы реформы здравоохранения КР «Манас Таалими» на 2006-2010 гг., «Ден-

соолук» на 2011-2016гг. была проведена огромная работа.

Обязательным условием становления врача является знание о новейших медицинских технологиях, критического анализа научной информации, грамотное использование научно-обоснованных методов диагностики и лечения. Одним из основных механизмов, позволяющих достичь компетентности медицинского специалиста, является образование с предоставлением современной научной медицинской информации.

И эта задача становится особо актуальной и ЦНМБ вместе с другими отделами ЦРЗ осуществляет деятельность, направленную на укрепление и поддержку системы здравоохранения, тем самым содействуя экономическому развитию страны. Врачи-эксперты, специалисты информационных технологий (ИТ), библиотечные работники, имеющие специальные знания в области доказательной медицины, ИТ, управления ресурсами, мониторинга, работающие в ЦНМБ институционализировали разработку и внедрение клинических стандартов лечения и диагностики в практическое здравоохранение республики. Единую информационную систему здравоохранения, дополнительное образование руководителей организаций здравоохранения, создали национальное книгохранилище и депозитарии литературы по медицине и здравоохранению.

В настоящее время, являясь уже самостоятельной структурой, РНМБ имеет Фонд 600 000 экз. различных видов изданий, 10 тыс. читателей, в течение года выдает более 200 000 тыс. печатных изданий и документов на электронных носителях. РНМБ работает с автоматизированной библиотечной системой ИРБИС 64, продолжает работу по формированию электронного каталога и объединению информационных ресурсов медицинских библиотек, созданию автоматизированных рабочих мест в каждой библиотеке.



В области информатизации медицинских библиотек: установлена система ИРБИС 32 в Ошской областной научной медицинской библиотеке, библиотеках медицинских колледжей г. Бишкек, Токмок, Нарын, Кара-Балта, Каракол, Джалал-Абад, Национального центра онкологии МЗ КР, Национального центра фтизиатрии МЗ КР, Национального центра охраны материнства и детства МЗ КР, КНИИКиВЛ МЗ КР и др.; проведены обучающие семинары.

В настоящее время РНМБ уделяет большое внимание научной деятельности. Потребность сокращения разрыва между наукой и практикой все больше привлекает внимание мирового сообщества. В целях внедрения систематического использования результатов наиболее качественных научных исследований для укрепления системы здравоохранения Европейское региональное бюро ВОЗ выступило инициатором создания Европейской сети «EVIP-Net-Европа».

EVIPNet-Европа:

1. Продвигает культуру формирования политики здравоохранения на основе доказательных и фактических данных.
2. Способствует:
 - более прозрачной культуре принятия решений с участием всех сторон, что повышает уровень доверия граждан собственному правительству;
 - разработке политических установок, результатами которых являются улучшенные показатели здоровья населения.

Кыргызстан присоединился к сети EVIPNet-Европа в 2013 г. В целях координации и регулирования вопросов медицинского образования, повышения эффективности научных исследований в области охраны здоровья населения Кыргызской Республики по приказу МЗ КР от 25.08.16 №657 «О создании Совета по расширению сети EVIPNet-Европа – формирование политики на основе фактических и научных данных», при РНМБ создана экспертная группа, которая будет оказывать поддержку

при подготовке аналитических обзоров для формирования политики по решению проблем в той или иной области общественного здравоохранения.

За 70 лет существования библиотека сформировала уникальный научно-информационный фонд, накопила богатый опыт работы с читателями, стала главным координирующим и методическим центром всей сети медицинских библиотек республики. РНМБ координирует деятельность 41 библиотек с общим фондом более 2-х млн. экз., обслуживающих 100 000 читателей, а Ошская областная научная медицинская библиотека г. Ош является филиалом.

При поддержке Министерства здравоохранения инициирован процесс совершенствования работы биоэтического комитета, что предполагает внедрение медицинских технологий для нового понимания сути взаимоотношений между врачом и пациентом, исследователем и объектом исследования, развитию биомедицинской этики. Планируется учебный курс по повышению потенциала научных работников.

Совместно с ВАК КР при Правительстве КР проведены семинар «Современные подходы к научным публикациям с учетом новых требований ВАК КР» и круглый стол «Перспективы развития национальной системы научного цитирования в Кыргызской Республике» с участием ответственных лиц по науке НЦ, НИИ и медицинских образовательных организаций (более 30 участников).

Таким образом, многолетняя история РНМБ на всех этапах ее развития свидетельствует об успешных достижениях и претворениях, поставленных временем целей в жизнь! То есть, содействие сохранению и улучшению здоровья людей научно-информационным обеспечением системы здравоохранения.

Информация о Республиканской научной медицинской библиотеке размещена на сайте РНМБ - <http://rnmb.med.kg>.



Литература

- Касиев Н.К. *Прошлое, настоящее и будущее: Очерки об истории и развитии медицины Кыргызстана* / Н.К. Касиев, Д.Д. Рисалиев. - Бишкек, 2004. - С. 88—97.
- Межерницкая В.И. *Центральная научная медицинская библиотека в единой информационной системе сектора здравоохранения Кыргызской Республики: материалы 8-й Междун. конф. «Иссык-Куль 2007: Библиотеки и демократизация общества»* / В.И. Межерницкая. – Чолпон - Ата, Кыргызстан, 2007. - С. 74-77.
- Отчет «Оценка реализации Национальной программы реформы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас таалими», реформы здравоохранения, апрель 2011 г.
- Плеханова О.Н. *К 65-летию Центральной научной медицинской библиотеки Республиканского центра развития здравоохранения и информационных технологий Министерства здравоохранения Кыргызской Республики* / О.Н. Плеханова, Ж.Ш. Асанова // *Научные и технические библиотеки.* – 2011. - №11. – С. 61-67.

Сведения об авторах:

Китарова Гульжан Сапаровна

д.м.н., профессор, директор РНМБ МЗ КР, e-mail.: g_kitarova@mz.med.kg

Мамырбаева Турсун Тургунбаевна

д.м.н., проф., врач-эксперт научного отд. РНМБ МЗ КР, e-mail.: mttpit@mail.ru

Асанова Жылдыз Шариповна

зав. отделом электронных ресурсов РНМБ МЗ КР, e-mail.: j_ertek@mail.ru



Айтмурзаева Г.Т.

Республиканский центр укрепления здоровья при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики, г. Бишкек

КЫРГЫЗСТАНДАГЫ ДЕН-СОЛУКТУ ЧЫҢДОО САЯСАТЫ

Корутунду. *Адамдын ден соолугун өмүрүнүн акырына чейин сактоо жана чыңдоо саламаттык сактоонун гана эмес, жалпы коомчулуктун маанилүү илдеги болуп саналат. Максаты – калктын ар кайсы топторуна, коркунуч факторлоруна, ар кандай шарттардагы ооруларга карата ден соолукту чыңдоо стратегиясын жана принциптерин илгерилетүү. Ишмердүүлүк калктын өзүнүн катышуусуна, жер-жерлерде ден соолуктун кызыкчылыгы үчүн өнөктөштүктү өнүктүрүүгө багытталган. Кыргызстанда айылдык ден соолук комитеттеринин – волонтерлордун тармагы ийгиликтүү иш алып барууда, алар калк арасында ден соолук маселелери боюнча түшүндүрүү иштерин кеңири жайылтылтууда. Кыргызстандагы ден соолукту чыңдоонун ийгиликтүү саясаты ДСУнун эл аралык стандарттары менен шайкеш келишет.*

Негизги сөздөр: *ден соолукту чыңдоо, ден соолуктун абалына көзөмөл, ден соолуктун детерминанттары, калктын сергек жашоо мүнөзүн калыптандырууну өнүктүрүүгө катышуусу, ден соолуктун кызыкчылыгында өнөктөштүк, жаштар менен иштөө, коркунуч факторлору.*

ПОЛИТИКА УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Резюме. *Сохранение и укрепление здоровья человека на протяжении всей жизни являются актуальными проблемами не только здравоохранения, но и общества в целом. Цель – продвижение принципов и стратегий укрепления здоровья к различным группам населения, борьба с факторами риска, профилактика заболеваний. Деятельность направлена на участие населения, развитие партнерства на местах в интересах здоровья. В Кыргызстане успешно функционирует сеть сельских комитетов здоровья – волонтеров в селах, проводящих информационную работу по вопросам здоровья среди населения. Успешная политика укрепления здоровья в Кыргызстане гармонизирует с политикой международных стандартов ВОЗ.*

Ключевые слова: *укрепление здоровья, контроль за состоянием здоровья, детерминанты здоровья, участия населения в развитии здорового образа жизни, партнерство в интересах здоровья, работа с молодежью, факторы риска.*

HEALTH PROMOTION POLICY IN KYRGYZSTAN

Abstract. *Preserving and strengthening human's health during the whole lifetime are vital problems not only for the healthcare, but also for the society as a whole. The purpose – is promotion of the principles and strategies of the health strengthening to different groups of population, fight against risk factors, and diseases prevention. The activity is aimed on participation of the population, development of partnership locally for the interests of health. There a network of village health committees – volunteers in villages, who conduct informative work on the questions of health among population that successfully function in Kyrgyzstan. Successful policy of health strengthening in Kyrgyzstan is harmonized with the policy of WHO's international standards.*

Key words: *health strengthening, control of health condition, health determinants, participation of population in the development of healthy lifestyle, partnership for the interests of health, working with youth, risk factors.*

Сохранение и укрепление здоровья человека, увеличение средней продолжительности и качества жизни, предупреждение преждевременной смертности являются актуальными проблемами не только здравоохранения, но и общества в целом.



Укрепление здоровья - процесс, представляющий населению возможность осуществлять контроль за состоянием своего здоровья и факторами, влияющими на него.

Глобальной конференцией по укреплению здоровья, состоявшейся в Бангкоке в 2005 году, подтверждается необходимость сосредоточения внимания на мероприятиях по укреплению здоровья для решения вопросов, связанных с детерминантами здоровья.

Поэтому, стратегии, направленные на воздействие на более широкие детерминанты здоровья, такие, например, как экономический рост, неравенство доходов и бедность, образование, условия труда и производственная среда, безработица и доступность медицинской помощи, являются в настоящее время приоритетами во многих странах мира. Именно такой курс позволяет добиться значительного улучшения состояния здоровья населения [3].

Реформы в секторе здравоохранения, проводимые в Кыргызстане, послужили толчком для внедрения новой политики укрепления здоровья, с применением новых подходов и методов работы на уровне сообществ, семьи, различных социальных групп и объединений.

Основными направлениями новой политики укрепления здоровья в Кыргызстане являются:

- государственная политика в интересах здоровья и межсекторальное сотрудничество в вопросах укрепления здоровья;
- активизация личного участия населения в развитии здорового образа жизни, снижении факторов риска, сохранении и укреплении собственного здоровья;
- партнерство в интересах здоровья на разных уровнях общественного устройства;
- усовершенствование профилактической работы медицинских учреждений.

Государственная политика в интересах здоровья - важный элемент в продвижении укрепления здоровья, поскольку в работе правительства и каждого сектора есть решающие вопросы, которые положительным или отрицательным образом оказывают влияние на здоровье. Ключевая роль правительства заключается в обеспечении межведомственного и многоуровневого подходов в вопросах профилактики заболеваний, формирования здорового образа жизни, развитии устойчивой системы внедрения и продвижения программы укрепления здоровья, улучшении механизмов государственного финансирования деятельности по укреплению здоровья.

Активизация личного участия населения в сохранении и укреплении собственного здоровья, развитии здорового образа жизни и снижении факторов риска позволяет изменить привычки людей на ментальном уровне. Политика в этом направлении будет ориентирована на создание соответствующих мотиваций у населения в отношении к своему здоровью, развитие умений и навыков здорового образа жизни и повышение грамотности и медико-гигиенических знаний населения в области здорового образа жизни. Внедрение в систему образования программ по укреплению здоровья и развитию навыков здорового образа жизни, включая подготовку педагогов, создание и развитие условий для уменьшения распространения вредных привычек или их прекращения – это главные приоритеты при работе с молодежью.

Деятельность среди организованной молодежи проходит через внедрение образовательных программ в учебный процесс. Так, с 2007 года в 118 профессионально-технических училищах введены 20-ти часовые занятия по здоровому образу жизни (ЗОЖ) в учебные планы. Совместно с Министерством образования КР утверждена и в 2015 году внедрена программа обучения



школьников по программе ЗОЖ с 1 по 11 классы.

Требует особого внимания маргинальная молодежь (солдаты, беспризорники, бомжи, мигранты и другие скрытые группы молодежи, разделяющиеся по национальным признакам и по другим принципам), где доступ к услугам по укреплению здоровья ограничен.

Работа с молодежью должна быть направлена на идентификацию факторов риска и управлению рискованных ситуаций. Необходимо обратить особое внимание на существующие риски среди молодежи: курение, злоупотребление алкоголем, наркотиками, насваем, незащищенный секс, дорожный травматизм, психологический стресс, насилие, а также на вопросы поведенческого питания и употребление стимулирующих напитков.

Основные факторы, определяющие состояние здоровья человека связаны с образом жизни и окружающей средой обитания, что предполагает развитие партнерства в интересах здоровья на разных уровнях общественного устройств. Здоровье населения формируется в определенной социальной среде – повседневной жизни и зависит не только от государственного аппарата и медицинской службы, а также от наличия, степени развития и деятельности НПО, частного сектора, религии, СМИ, органов местной власти, местного сообщества. Мультипартнерство обеспечивает социальную активность и повышает способность людей и сообществ самим решать свои проблемы. На местном уровне можно мобилизовать все силы общественности и повысить демократичный подход, который всегда является положительным. Умелое скоординированное действие специалистов укрепления здоровья играет решительную роль. Мировой опыт доказывает, что укрепление здоровья и предотвращение

болезни в повседневной жизни на местном уровне на много эффективнее, чем борьба на индивидуальном уровне [1, 2].

В Кыргызстане успешно реализуется программа активизации сообществ через программу «Действия сообществ по вопросам здоровья» в сельской местности через вовлечение сети волонтеров в селах – сельских комитетов здоровья (СКЗ). Использование этого подхода позволило приблизить услуги по укреплению здоровья к потребителям услуг [3]. К концу 2015 года количество СКЗ составляло 1700, при этом охват сел 1647 по стране (80%). Следует отметить, что за период с 2002 года наблюдалось не только расширение ореола действий, но и количества внедряемых программ. Так, если к концу 2006 года профилактическими программами были охвачены только 17 районов, где внедрены были всего 8 мероприятий, то только в течение 2010 года на уровне сельских сообществ в 29 районах страны были проведены 26 мероприятий, в том числе: кампаний по различным вопросам профилактики заболеваний - 13, исследований по оценке домохозяйств и самооценке СКЗ – 3, мониторинга проводимых мероприятий - 7, по продовольственной программе – 3. Чтобы избежать «синдрома выгорания» активности СКЗ необходимо продумать дальнейшие шаги по устойчивости программы ДСВЗ с интеграцией ее в ПМСП. Сделаны первые шаги по разработке механизма вовлечения городского населения. Достигнуты определенные успехи привлечения представителей местных территориальных управ в городах Бишкек, Ош и малых городов. Однако, эти механизмы нуждаются в дальнейшей адаптации и расширении с учетом устойчивости. В целом, программы по вовлечению сообществ нуждаются как в поддержке медицинских



работников ПМСП, так и местных органов самоуправления.

Расширение работы с сообществами, включая городское население, будет продолжено с учетом меняющейся ситуации в показателях здоровья населения и динамичного изменения подходов с учетом развития показателей здоровья, а также социального статуса и социально-психологических установок отдельных групп населения, гендерного различия и возраста.

В среднесрочном плане развитии программы реформирования сектора здравоохранения приоритет был направлен на совершенствование клинического сектора.

Новая программа «Ден соолук», считая важнейшим стратегическим вопросом профилактику заболеваний и укрепление здоровья, расширяет возможности для проведения мероприятий в этом направлении и усиливает внимание Министерства здравоохранения на эти вопросы. Залогом успешной реализации намеченных планов и дальнейшего развития процессов укрепления здоровья будет более эффективная координация действий всех организаций здравоохранения. Основными участниками этого процесса являются организации общественного здравоохранения, включая службу укрепления здоровья, а также первичной медико-санитарной помощи при участии других организаций клинического сектора. Деятельность служб общественного здравоохранения и медицинской помощи должна соответствовать стоящим перед ними задачами, и они должны принимать адекватные меры не только для борьбы с уже существующими болезнями, но и для расширения возможностей укрепления здоровья.

Республиканский центр укрепления здоровья не может эффективно работать без сети, поэтому в последние годы развивается и успешно работает территориальная сеть, но стратегически эта структура должна стать

более прочной. Для этого необходимо более четко определить функции и специфичность деятельности службы укрепления здоровья и на основе этого создать органические связи по сотрудничеству с другими организациями общественного здравоохранения.

Службы здравоохранения обеспечивают самый значительный вклад в укрепление здоровья населения. Заботу о физическом, психическом, и социальном благополучии можно легко предоставлять в рамках первичной медико-санитарной помощи. Консультации по таким важным аспектам образа жизни как питание, употребление алкоголя, прекращение курения, физическая нагрузка наиболее эффективны тогда, когда они носят непрерывный и последовательный характер [3]. Все мероприятия по массовым обследованиям для выявления предрасположенности или ранних стадий заболеваний, как скрининговые мероприятия (например, скрининг артериального давления с участием СКЗ) и необходимые вакцинации, также важно проводить на уровне первичной медико-санитарной помощи на систематической основе.

Деятельность по профилактике неинфекционных заболеваний не представляется без участия ведущих клинических институтов, занимающихся этой проблемой (кардиология, онкология). А также, в качестве партнеров необходимо развивать сотрудничество с другими институтами. Например, в программах по профилактике туберкулеза служба укрепления здоровья может оказывать консультативно-методическую помощь по проведению санитарно-просветительной работы среди населения.

С точки зрения человеческих ресурсов до сих пор преобладает старые взгляды, и используются методы санитарного просвещения и, мало известно, о новых методах и подходах. Подготовка специалистов укрепления здоровья, знающих современные



принципы политики, стратегии, тактики в области укрепления здоровья, основы менеджмента, эпидемиологии инфекционных и неинфекционных заболеваний, социального и коммуникационного маркетинга в здравоохранении, владеющих новыми методами и подходами в работе с населением должны стать неотъемлемой и важной частью политики укрепления здоровья.

Необходимо также создание научного статуса укрепления здоровья как самостоятельной дисциплины. В этом плане следует развивать способности проведения конференций, совещаний с публикацией своих достижений в научных журналах, в том числе международных.

Специалистам по укреплению здоровья требуется качественная и достоверная медицинская информация и в большинстве случаев им необходимо подтверждать свои аргументы неоспоримыми фактами. Кроме того, она нужна в качестве базы для планирования и реализации вмешательств и кампаний.

Объем информации о здоровье за последние годы резко увеличился, равно, как и растет необходимость основывать свою практическую деятельность на базе научных изысканий. Важно расширить доступ к результатам научных данных («доказательная медицина», «медицина, построенная на фактах») не только практических врачей, но и специалистов укрепления здоровья.

В системе здравоохранения наблюдается проведение информационно-образовательной работы по вопросам профилактики туберкулеза, ВИЧ/СПИДа существующими организациями, курирующими эти вопросы. При этом используются старые подходы санитарно-просветительской работы, которые в условиях реформы службы общественного здравоохранения требуют изменения и расширения.

Принципиальный подход укрепления здоровья и связанная с ним деятельность в области образования, развития общин, политики, законодательства и регулирования, одинаково эффективны для профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний, поскольку в их основе лежат поведенческие факторы риска.

Борьба с указанными факторами риска должна вестись в рамках определенных приоритетных программ здравоохранения, путем интервенции, связанные с универсальным, селективным и индивидуальными подходами (рис. 1).

С 2001 года большинство понятий и принципов укрепления здоровья были приняты в планы реформирования сектора здравоохранения. Успешная политика укрепления здоровья в Кыргызстане гармонизирует с политикой международных стандартов ВОЗ [1].

Конечно, укрепление здоровья не может само по себе создать идеальное будущее, но оно может помочь переместить фокус деятельности на всех уровнях, в первую очередь, на человека, а не на экономическое развитие. Создавая партнерские связи и внося вклад в развитие социального сектора, укрепление здоровья может помочь продвинуться вперед к более гуманному, справедливому и устойчивому будущему. Мероприятия по укреплению здоровья как ключевые «инвестиции» должны стать существенным элементом социально-экономического развития.

На практике реальное планирование деятельности по укреплению здоровья должно считаться с **рисками и препятствиями** ее осуществления. Главные сложности и трудности заключаются в следующем:

- доминирование клинической медицины и слабое влияние службы укрепления здоровья на общую систему здравоохранения (маргинальное положение)



- вследствие старомодных взглядов и подходов в общественном здравоохранении;
- неустойчивое финансирование, вызванное нестабильным социально-экономическим состоянием страны;
- недостаток человеческих ресурсов, из-за оттока кадров на местах;
- недостаточно развитая сеть НПО и гражданского общества;
- сильные социальные неравенства: бедность, миграция, безработица и т.д., которые оказывают влияние на здоровье населения и функционирование системы здравоохранения.

Интеграция вертикальных программ



Источник: Лазеров Ф.Г., советник ЕвроВОЗ

Рис. 1. Схема интеграции вертикальных программ

Таким образом, политика укрепления здоровья не ограничивается ни конкретной проблемой со здоровьем, ни отдельным набором форм поведения, а применяет принципы и стратегии укрепления здоровья к различным группам населения, факторам риска, болезням и в различных условиях.

Программа «Ден соолук» дает гарантию интегрированного подхода в рамках общей реформы здравоохранения, но важным условием программы укрепления здоровья является более обширная межсекторальная правительственная политика в интересах здоровья, предусматривающая:

- участие населения - как ключевое условие для развития здравоохранения;
- развитие межотраслевых стратегий и межотраслевого инвестирования, направ-

ленного на улучшение детерминант здоровья;

- повышение ответственности каждого сектора за те последствия, которые его деятельность оказывает на здоровье людей.

Литература

1. *The Evidence of Health Promotion Effectiveness. ECSC – EC – EAEC, Brussels – Luxemburg, 1st edition 1999.*
2. *Базовое обучение принципов и практики укрепления здоровья. Международный союз укрепления здоровья и образования, Лондон, 2005.*
3. *Глен Ловерак Укрепление здоровья и расширение возможностей сообществ. - Бишкек, 2011.*

Сведения об авторе:

Айтмурзаева Гульмира Таимурзаевна
кандидат медицинских наук, директор РЦУЗ МЗ КР, г. Бишкек, gulmira_2004@mail.ru



Алымбаев Р.С., Касымов О.Т., Чойбекова К.М.

Научно-производственное объединение «Профилактическая медицина», Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации, Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ СТОМАТОЛОГИЯЛЫК КЫЗМАТЫНЫН ӨНУГҮҮСҮ ЖАНА ПРОБЛЕМАЛАРЫ

Корутунду. Учурда Кыргыз Республикасындагы стоматологиялык кызматтын өнүгүү перспективасын жана азыркы абалын изилдөө суроолору, өлкөдө калктын ден-соолугун түзүү боюнча сунуштар өзгөчө актуалдуулукка ээ.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Резюме. В современных условиях особую актуальность имеют вопросы изучения современного состояния и перспективы развития стоматологической службы КР, рекомендаций по формированию стоматологического здоровья населения страны.

THE CURRENT STATE OF THE STOMATOLOGIC SERVICE IN THE KYRGYZ REPUBLIC

Abstract. In the present time the issues regarding the current state of and prospects for development of stomatologic service in the Kyrgyz Republics well as recommendations for promoting oral health of the population of this country have special importance.

Реализация на протяжении 20 лет стратегии реформирования системы здравоохранения Кыргызской Республики в настоящее время требует политического осмысления с участием гражданского общества. При проведении реформы системы здравоохранения страны [4, 5, 6] согласно Национальных программ «Манас» (1996-2006 гг.), «Манас Таалими» (2006-2010 гг.), Ден Соолук (2012-2016 гг.) и т.д. возникали сложности финансирования здравоохранения от ВВП (не более 4%), координации медицинского обслуживания, качества предоставления медицинских услуг на разных уровнях организаций здравоохранения, связи с населением и его информированности, а также развития общественного здравоохранения [4, 5, 6, 7]. При этом очевиден факт, что из поля

зрения выпали вопросы формирования стоматологического здоровья населения страны. Вместе с тем стоматологические услуги – один из самых востребованных видов медицинской помощи населению. По числу обращаемости она занимает второе место после лечебно-терапевтических услуг. Кадровый потенциал от общего числа врачей в КР (13099), специалисты стоматологического профиля (1018) составляют (7,7%), уступая по численности лишь семейным врачам. Соответственно происходящие реформы здравоохранения в секторе больницы и первичной медико-санитарной помощи требуют коренного пересмотра в плане улучшения качества медицинского обслуживания населения в стоматологии [7, 9, 10].



Развитие в стране рыночных отношений и появление их отдельных ростков в стоматологии требует теоретического и практического обоснования деятельности в новых условиях как существующих организаций, так и вновь создаваемых структур оказания помощи стоматологического профиля. Так как обострились вопросы взаимодействия государственного и рыночного механизмов в организации стоматологической помощи, взаимоотношений государства с частными структурами, создания учреждений смешанных форм собственности. Причем недофинансирование бюджетных стоматологических организаций привело к быстрому развитию платных услуг и коммерциализации этой сферы. И все эти негативные процессы происходят на фоне снижения качества и доступности стоматологической помощи для населения КР.

Таким образом, современное состояние стоматологической службы характеризуется следующими особенностями:

1. значительное сокращение количества стоматологических кабинетов в дошкольных и школьных учреждениях особенно в сельских округах;
2. нарастание количества частных стоматологических клиник и кабинетов (особенно в городах: Бишкек, Ош и Чуйской области);
3. низкая санация и высокая распространенность стоматологических заболеваний;
4. импортозависимость - практически все лечебно-диагностическое оборудование, расходные материалы и медикаменты производятся за рубежом.

Необходимо отметить, что организация и управление деятельности стоматологической службы становится всё более и более сложной. Во многом это связано с разнообразием организационно-правовых форм стоматологических организаций за счёт интенсивно развивающегося частного сектора и, соответственно, с непростой системой управления стоматологической

помощью. В стране функционирует 36 самостоятельных государственных стоматологических поликлиник и 50 отделений и кабинетов, имеющих государственную форму собственности и 439 организаций, имеющих негосударственную форму собственности.

Вместе с тем нельзя забывать, что стоматологическая помощь включает в себя важнейшие направления, за которые несет ответственность государство - это обеспечение помощи детям, беременным женщинам и пенсионерам. Эти разделы являются приоритетными для здравоохранения нашего государства, которое заботится о качестве жизни своих граждан.

Стоматологическое здоровье страны имеет устойчивую тенденцию к ухудшению, достигая по отдельным показателям 90-98% [1]. В структуре заболеваемости преобладают кариес, пародонтоз и не кариозные поражения. По данным Чолоковой Г.С., Калбаева А.А. [8], на сегодняшний день в значительной степени (59-60%) не обеспечивается санация полости рта и профилактика стоматологических заболеваний у детей и подростков.

Распространенность кариеса среди взрослого населения составляет 95-96%, и всего здоровые 4,1-5,3%. В результате высокий уровень распространенности заболеваемости стоматологического профиля, низкая эффективность лечения приводят к увеличению числа ранних удалений зубов и вследствие этого к потребности в зубопротезировании (от 55 до 100% в разных взрослых группах). При этом нуждаемость в ортопедической стоматологической помощи значительно увеличивается с возрастом. Все это требует коренного улучшения стоматологического обслуживания населения, которое во многом зависит от наличия достаточного количества квалифицированных профессионально подготовленных стоматологов и зубных врачей соответственно с их потребностями.



По кадровому потенциалу обеспеченности стоматологическому профилю наша страна значительно отстает от мировых показателей. Так, обеспеченность стоматологами в КР с 2006 по 2015 гг. варьировала от 1,5 до 1,7 на 10000 населения. По данным Кривошеева Г.Г. [2], Мещерякова Д.Г. [3] эти показатели в США составляют 5,9 (или 21,6% от общего числа врачей), во Франции 7,2 (18,1%), в Дании – 8,8 (26%), в Греции – 8,5 (30%), в Норвегии 8,9 (28,6%), в Швеции 11% (29,4%), а в России 4,7 (7,7%). Необходимо отметить, что стоматологические службы Кыргызстана в целом укомплектованы на 100%. Однако стоматологические организации в регионах (Баткен, Нарын, Талас, Каракол и т.д.) укомплектованность достигает в основном за счет зубных врачей со средним образованием. И это несмотря на то, что в стране ежегодно на протяжении последних десятилетий выпускается более 450 врачей-стоматологов с высшим образованием и столько же зубных врачей со средним образованием. Поэтому поиск эффективных мер по определению потребности и распределению кадровых ресурсов стоматологической службы, составления перспективных планов прогнозирования их подготовки в новых условиях социально-экономического развития, является одной из важнейших задач здравоохранения. Тем более в последние годы подготовка специалистов-стоматологов на бюджетной основе практически отсутствует. Обучение в ВУЗе и медучилищах ведется на 95-98% случаев на контрактной основе.

В сложившихся экономических условиях в Кыргызстане на протяжении десятилетий выработалась практика недофинансирования бюджетных стоматологических организаций. Отмечается слабая адаптация государственной системы здравоохранения к происходящим в ней процессам, отсутствие единого взгляда на суть изменений негативно сказывается на социально незащищенных слоях населения. При этом наблюдается

отсутствие четкого представления о том, какой объем бесплатных услуг может быть реально оказан населению в рамках Программы государственной гарантии по оказанию бесплатной медицинской помощи населению. Сбалансированность Программы государственных гарантий — это ее финансовое обеспечение на основании обоснованных объемов медицинской помощи. Соответственно для обоснования объемов необходимы статистические данные о распространенности стоматологических заболеваний, их официальный учет, планирование объемов стоматологических услуг (число посещений). Причем спрос, являясь рыночным показателем, не всегда связан с фактической потребностью в услугах, а базируется на платеже способной потребности населения. На этот показатель влияет ряд факторов преимущественно социально-экономического характера: уровень доходов населения, социальный статус, уровень образования, культуры и т.д. Следовательно, ориентация на спрос при планировании объемов стоматологических услуг в Программе государственных гарантий не всегда является корректной.

Таким образом, в современных условиях предстоит определить, какой реальный вклад может внести государство в функционирование стоматологической службы в Кыргызской Республике для сохранения ее социальной ориентации и какой гарантированный объем бесплатных медицинских услуг в стоматологии может быть оказан населению.

Литература

1. *Концепция развития стоматологической служ-бы в Кыргызской Республике на 2017-2022 гг. / Министерство здравоохранения Кыргызской Республики; Стоматологическая Ассоциация Кыргызской Республики // http://med.kg/images/MyFiles/proekty/2016/KRSS_010117.docx*



2. Кривошеев Г.Г. *Кадры в стоматологии. Проблемы кадрового развития стоматологической службы // Управление, организация, социально-экономические проблемы стоматологической службы страны. М., 1991. — С.73-77.*
3. Мецзяков Д.Г. *Теоретическое обоснование и разработка механизмов повышения эффективности стоматологической помощи населению: дисс. ... д-ра мед.наук: 14.00.33. — М., 2006. — 320 с.*
4. *Национальная программа реформы системы здравоохранения Кыргызской Республики "Манас" (1996-2006). Одобрена постановлением Правительства Кыргызской Республики от 24 июня 1996 года N 288 // medical_devices/survey_resources/health_technology_national_policy_kyrgyzstan.pdf.*
5. *Национальная программа реформы здравоохранения Кыргызской Республики "Манас таалими" на 2006-2010 годы. Утверждена постановлением Правительства Кыргызской Республики от 16 февраля 2006 года № 100 // <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/57155?cl=ru-ru>.*
6. *Национальная программа реформирования системы здравоохранения Кыргызской Республики "Ден соолук" на 2012-2016 годы. Утверждена постановлением Правительства Кыргызской Республики от 24 мая 2012 года № 309 //? cl=ru-ru.*
7. *Руководство по общественному здравоохранению / Под общей ред. О.Т. Касымова, С.Т. Абдикаримова. - Бишкек, 2012. — 272 с.*
8. Чолокова Г.С., Калбаев А.А. *Применение европейских индикаторов стоматологического здоровья детей г. Бишкека // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. — 2016.- №2. — С.87-90.*
9. Чолокова Г.С., Калбаев А.А., Юлдашев И.М. *Европейские индикаторы стоматологического здоровья детей Бишкека // Стоматология: шаг в будущее: Сборник материалов международного научного симпозиума, Россия, г. Москва, 15-17 апреля 2013 г. / Под ред. проф. И.Г. Лесовой. — Киров: МЦНИП, 2013. — С.9-19.*
10. Юлдашев И.М., Сыдыков А.М., Чолокова Г.С., Лесогоров С.Ф. *Организационно-структурные особенности и показатели деятельности стоматологической службы Ошской области Кыргызской Республики при проведении реформ в здравоохранении // Вестник КРСУ. - 2012. - Том 12, № 4. — С.171-174.*

Сведения об авторах:

Алымбаев Руслан Султанбекович

к.м.н., КГМИПуПК, r.alymbaev@gmail.com;

Касымов Омор Тилегенович

д.м.н., профессор, директор НПО «Профилактическая медицина»,

E-mail: promt@mail.ru

Чойбекова Куштара Молдогазиевна

к.м.н., доцент, завуч кафедры ортопедической стоматологии КГМА им. И.К. Ахунбаева,

E-mail: kushtara1771@gmail.com



Айбаиов М.Н., Касымов О.Т., Байызбекова Д.А.

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

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА АНДРОЛОГИЯЛЫК КЫЗМАТЫН ТҮЗҮҮ ПЕРСПЕКТИВАСЫ

Корутунду. Кыргыз Республикасынын калкынын эректерине андрологиялык жардам көрсөтүүнү уюштурууга анализ жүргүзүлгөн. Репродуктивдүү ден соолукту түзүүдө негативдик тенденциясы аныкталды, калктын эректериндеги андрогендик патологиясы жана жыныстык-заара системасынын оорулары жөнүндөгү чыныгы статистикалык маалымат-тар жок. Өлкөдө андрологиялык кызматты түзүү зарыл экендиги негизделүүдө.

Негизги сөздөр: эректер, андрологиялык кызмат, репродуктивдүү ден соолук.

ПЕРСПЕКТИВЫ СОЗДАНИЯ АНДРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Резюме. Проведен анализ организации оказания андрологической помощи мужскому населению в Кыргызской Республике. Выявлены негативные тенденции в формировании репродуктивного здоровья, отсутствуют реальные статистические данные о заболеваемости мочеполовой системы и андрогенных патологий у мужского населения. Обосновывается необходимость создания андрологической службы в стране.

Ключевые слова: мужское население, андрологическая служба, репродуктивное здоровье

PROSPECTS FOR ESTABLISHING ANDROLOGIC SERVICE IN THE KYRGYZ REPUBLIC

Abstract. The paper analyzes where stands andrologic service of the male population in the Kyrgyz Republic. Negative tendencies in the formation of reproductive health and lack of real statistical data on diseases of the genitourinary system in the male population are found. The need for creating andrologic service in the country is shown.

Key words: male population, andrologic service, reproductive health

В настоящее время в семьях все чаще сталкиваются с проблемой невозможности реализации естественного желания — воспроизводства потомства. Прежде всего - это и проблема бесплодных браков, частота регистрации которых по разным источникам достигает 20% [4, 9, 10, 18]. Репродуктивная функция с биологической точки зрения свойственна взрослому человеку. Однако ее формирование, как и возникновение репродуктивной патологии, берет начало во временном промежутке от момента образо-

вания зиготы до момента реализации биологической функции воспроизводства потомства, т.е. формируются в детском возрасте [1, 3, 14]. Отсюда, правомочно говорить о предикторах репродуктивных расстройств, или о факторах, предрасполагающих к формированию определенных отклонений в системе репродукции у мальчиков детского и подросткового возраста. Имеющаяся у них патология зачастую вовремя не диагностируется, соответственно не лечится, а к периоду вступления в



репродуктивную фазу она оказывается столь запущенной, что практически не поддается коррекции. Андрологическая патология нередко является причиной различных сексуальных нарушений, которые, в свою очередь, ведут к формированию комплексов, нестабильности семейных отношений, снижению качества жизни [2, 4, 7].

Проблема сохранения мужского здоровья и долголетия несомненна, по данным экспертов ВОЗ, около половины бесплодных браков обусловлены мужским бесплодием (2007). Доказано, что 60-64% патологических состояний, определяющих репродуктивную несостоятельность мужчины, возникают в различные периоды детства, отрочества и юности [11, 14, 15]. В эти возрастные периоды развивается большинство заболеваний, представляющих непосредственную или опосредованную угрозу репродуктивной функции мужского организма. Определенный вклад в формирование репродуктивного здоровья вносят аномалии развития половых органов, встречающиеся по статистике у мальчиков в 10-15% случаев. Наряду с этим, каждый четвертый мужчина активного возраста страдает половыми расстройствами [5, 17]. Причинами которых могут быть и воспалительные заболевания мужских половых органов, травмы и физиологические возрастные изменения [12, 16]. Отсюда, становится очевидной необходимость организации оказания андрологической помощи мужскому населению [6, 8].

В последние пять лет (2011-2015 гг.) в Кыргызской Республике ежегодно регистрируется более 2000 случаев мужского бесплодия, причем более половины их впервые в жизни. Рост показателя распространенности мужского бесплодия за эти годы составил, 10,9%. При этом показатели первичной заболеваемости колеблются от 24,9 в 2015г. до 35,5 на 100000 мужского населения в 2013 г. [13]. Следует подчеркнуть даже, несмотря на то, что имеет место явный недоучет заболеваемости и распро-

страненности, в КР, в целом по стране отмечается рост распространенности андрогенной патологии.

В современной системе здравоохранения КР на сегодня отсутствуют статистические данные, позволяющие судить об андрогенной патологии мужского населения. В связи с этим, коснемся заболеваемости мочеполовой системы применительно ко всему взрослому мужскому контингенту республики. Ежегодно по стране регистрируется около 250 тысяч случаев заболеваний мочеполовой системы. По распространенности заболеваний мужского населения, болезни мочеполовой системы (МПС) занимают 6 место, что составляет в структуре распространенности (общей) заболеваний 8,1% (2015 г.). Число впервые выявленных заболеваний в 2015 г. этой сферы составил 128330 случаев (в т.ч. у детей 0-14 лет – 8669; 15-17 лет – 8223 случая, 18 и старше – 111438). Наряду с этим, регистрируется более 14 тысяч случаев болезней предстательной железы (БПЖ), на долю которых приходится 5,9% от всех случаев заболеваний мочеполовой системы в 2011г. – 14001 случай и 2015г. – 14550 (+ 3,9%). Однако, несмотря на незначительное снижение показателя распространенности, БПЖ остается высоким ее уровень соответственно: в 2011г. – 736,2 на 100000 мужского взрослого населения, а в 2015г. – 702,5 (- 4,6%).

Определенная тенденция снижения отмечалась при анализе первичной заболеваемости болезнями предстательной железы (2011г. – 379,1; 2015г. – 296,0; - 20,7%). При этом БПЖ занимают 4,8% в структуре заболеваемости болезнями МПС.

Необходимо отметить, что реальные цифры распространённости репродуктивной патологии в детском и подростковом возрасте, часто приводящей к нарушению фертильности мужского населения, отсутствуют прежде всего из-за их низкой обращаемости в организации здравоохранения [5]. Извест-



но, андрологические заболевания (крипторхизм, варикоцеле, гипогонадизм, задержка полового развития), нарушающие репродуктивную функцию мужчины в детском и подростковом возрасте, зачастую протекают бессимптомно [3]. Все это требует своевременного активного выявления, лечения и длительного диспансерного наблюдения. Недоучет заболеваемости и распространенности андрологической патологии в различных возрастных группах мужского населения способствует организационные проблемы, крайне низкое материальное обеспечение, недостаточный профессиональный уровень врачебного персонала. Обращает на себя внимание качество общих медицинских осмотров детей и подростков в дошкольных и школьных учреждениях, без участия квалифицированных специалистов урологов-андрологов. В стране ведется недостаточная санитарно-просветительная работа, слабое вовлечение средств массовой информации в разъяснительную работу с населением и родителями о необходимости профилактических осмотров детей и подростков.

В настоящее время ресурсы здравоохранения КР для оказания помощи мужскому контингенту населения врачи урологи составляют 3 на 100 000 населения (2011-2015 гг.). Количество специалистов данного профиля динамично нарастает с 170 (2011 г.) до 189 (2015 г.). При этом 38,1% или 72 врача уролога работают в республиканских организациях здравоохранения, соответственно г.Бишкек (13,2%; 25 врачей), а также по 26 врачей в Ошской и Чуйской областях, что составляет 13,8%. Особого внимания заслуживает обеспеченность специалистами этого профиля для детей и подростков, которые в медицинских организациях по стране не предусмотрены, за исключением 3 специализированных организаций, где имеются должности детского уролога: Национальный центр охраны материнства и детства (4), Межобластная Ошская клиническая детская больница (3,75), а также в г.

Бишкек – Городская клиническая детская больница скорой помощи (1,5). Следует заметить, всего по стране работает только 3 врача-андролога, и все организациях здравоохранения г. Бишкек.

Необходимо отметить, в настоящее время отсутствует специальная нормативно-правовая документация по урологической службе (тем более для андрологии), кроме разработанных 10 клинических протоколов по ведению больных с МПС. Не менее плачевно обстоят дела и со смежными специалистами, участвующими в оказании помощи детям и подросткам Кыргызстана. Так, по данным Республиканского медико-информационного центра МЗ КР в Кыргызской Республике работает 1 детский дермато-венеролог (0,05 на 100000 детского населения), которой числится в штате НЦОМид и 4 детских нефролога (0,2 на 100000 детского населения), 4 детских эндокринологов (0,2 на 100 тыс. соответствующего населения). При этом, вышеуказанные специалисты обслуживают лиц, как мужского, так и женского пола.

Таким образом, система здравоохранения страны и существующая урологическая служба не обеспечивают достаточный уровень оказания специализированной помощи в охране репродуктивного здоровья мужского населения. Между тем, в стране темп прироста населения в 2015 г. составил 2,1%, по мировым стандартам является довольно высоким. Численность населения КР в 2015 г. составила 5957271 человек. При этом на долю мужского населения приходится 49,5% или 2948932 человек, а из общего числа мужчин на зрелый репродуктивный возраст от 20 до 65 лет соответственно: 1621125 или 55%. Без сомнения, для решения репродуктивных проблем необходима организация андрологической службы в республике, так как мальчики или юноши-подростки, а зачастую зрелые мужчины не имеют конкретного адреса обращения.



Проведенный анализ свидетельствует о необходимости разработки и внедрения эффективных целевых программ по репродуктивному здоровью мужского населения для профилактики заболеваемости, своевременной диагностики, лечения и необходимого медицинского наблюдения с целью сохранения репродуктивного потенциала нации.

Литература:

1. Загарских Е.Ю., Колесников С.И., Долгих В.В., Черкашина А.Г. нарушения формирования репродуктивного потенциала мальчиков подросткового возраста в промышленных центрах Иркутской области // Экология и здоровье матери и ребенка. – 2009. – Т.11, №1 (5). – С.857-860.
2. Загарских Е.Ю., Долгих В.В., Черкашина А.Г. Научные и медико-организационные аспекты создания детской андрологической службы в Иркутской области // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2010. - №6 (76), часть 2. – С.117-120.
3. Ивлиева И.В., Полуниин В.С. Сравнительная характеристика заболеваемости у мальчиков с аномалиями развития и заболеваниями половых органов // Вестник Росздравнадзора. – 2012. - №1. – С.34-36.
4. Карпунин И.В. Актуальные проблемы репродуктивного здоровья человека // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2011. - № 2. – С.36-39.
5. Колесникова Л.И., Колесников С.И., Курашова Н.А., Баирова Т.А. Причины и факторы риска мужской инфертильности // Вестник РАМН. – 2015. – 70 (5). – С.579-584.
6. Лебедев В.В. Нарушения мужского репродуктивного здоровья и пути их профилактики (медико-социальное исследование): дисс. ... канд. мед. наук. – Москва, 2012. – 264 с.
7. Мирский В.Е., Рицук С.В. Руководство по детской и подростковой андрологии (организационно-клинические аспекты): Руководство для врачей. - СПб.: СпецЛит., 2008. – 319 с.
8. Панченко И.А., Бруснев А.Б., Состин М.И., Гармаш О.Н., Степанова Н.Г., Марабян Э.С., Шипилов А.И. Возможности уроандрологической службы на примере муниципального центра охраны мужского здоровья г. Ставрополя // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2013. – Т.8, №2. – 44-47.
9. Радченко О.Р. Факторы риска мужского бесплодия и методы профилактики // Практическая медицина. – 2012. - №2 (57). – С.218-220.
10. Радченко О.Р., Балабанова Л.А. Методологические подходы к организации работы по профилактике бесплодия среди мужского населения на региональном уровне // Фундаментальные исследования. – 2011. - №11. – С.354-357.
11. Рафикова Ю.С., Аламов И.Л., Сафаров В.Р. Показатели репродуктивного здоровья населения города Сибай Республики Башкортостан и некоторые вопросы правового регулирования // Фундаментальные исследования. – 2014. - №12. – С.978-981.
12. Соловьева Ю.А. Медико-социальные проблемы формирования репродуктивного здоровья мужчин: дисс. ... д.м.н. – Москва, 2009. – 377 с.
13. Статистический сборник «Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики», 2011-2015гг.
14. Тарусин Д.И. Охрана репродуктивного здоровья мальчиков. Практика педиатра. -2007. URL:<http://medi.ru/doc/j01070535.htm> (дата обращения 25.03. 2015).
15. Тюзиков И. А. 2013. Андрогенный дефицит у мужчин как междисциплинарная проблема // Медицинские аспекты здоровья мужчин. – 2013. - №3(9). – С.26-30.
16. Чекушин Р.Х. Влияние хронических урогенитальных инфекций на фертильность мужчин: дисс. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2006. – 122 с.
17. Ekelin M., Akesson C., Angerud M., Linda J Kvist. Swedish high school students' knowledge and attitudes regarding fertility and family building // Reproductive Health. – 2012. - (9):6 (doi: 10.1186/1742-4755-9-6).
18. Petroianu A., L. R. Alberti L.R., Melo M.A., Almeida L.M. 2012. Зв'язок між цукровим діабетом і чоловічою фертильністю // Медицинские аспекты здоровья мужчины. – 2012. – №4. – С.26-28.

Сведения об авторах:

Айбашов М.Н.

аспирант НПО «Профилактическая медицина»

E-mail: dr.aibashov@mail.ru

Касымов Омор Тилегинович

д.м.н., профессор, директор НПО «Профилактическая медицина»,

E-mail: proorm@mail.ru

Байызбекова Джайнагуль Алчинбековна

д.м.н., заместитель директора по научной и клинической работе НПО «Профилактическая медицина»,

E-mail: djauna2001@mail.ru



Ашымов Ж.Д.

*Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б. Ельцина,
г. Бишкек, Кыргызская Республика*

ОРТОПЕДИЯЛЫК СТОМАТОЛОГИЯНЫН ӨНУГҮШҮНҮН ПЕСПЕКТИВАЛАРЫ, АЗЫРКЫ УЧУРДАГЫ АБАЛЫ, ЧОҢ ШААРЛАРДЫН ШАРТЫНДАГЫ АНЫ ЖАКШЫРТУУ ЖОЛДОРУ (Бишкек ш. мисалында)

Корутунду. Төмөнкү макалада Бишкек ш. ортопедиялык стоматологиянын жардамына баа берилди. Калктын стоматологиялык жардамга муктаж болуусу, кадрдык потенциалы жана материалдык-техникалык камсыз кылуу маселелерине талдоо жүргүзүлдү. Стоматологиялык жардамдын жакшыртуу жолдору сунушталды.

Негизги сөздөр: ортопедиялык стоматология жардамы, жакшыртуу, стоматологиялык оорулар, ортопедиялык дарылоо, таралышы, муктаж болуу, медициналык жардамдын сапаты.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ, ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ГОРОДА (на примере г. Бишкек) И ПУТИ ЕЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

Резюме. В данной работе дана оценка ортопедической стоматологической помощи в городе Бишкек. Проанализирована потребность населения в стоматологической помощи, кадровый потенциал и материально-техническое обеспечение. Предложены пути совершенствования стоматологической помощи.

Ключевые слова: стоматологическая ортопедическая помощь, совершенствование, стоматологическая заболеваемость, ортопедическое лечение, распространенность, потребность, качество медицинской помощи, удовлетворенность населения.

THE CURRENT STATE, THE PROSPECTS OF DEVELOPMENT OF THE ORTHOPEDIC ODONTOLOGY IN THE CONDITIONS OF THE LARGE CITY (on the example of Bishkek) AND WAYS OF ITS IMPROVEMENT

Abstract. In this work an assessment of the orthopedic stomatologic help to Bishkek is given. Need of the population for the stomatologic help, personnel potential and material support is analysed. Ways of improvement of the stomatologic help are offered.

Key words: stomatologic orthopedic help, improvement, stomatologic case rate, orthopedic treatment, prevalence, requirement, quality of a medical care, satisfaction of the population.

Актуальность темы. Стоматологическая помощь является одной из востребованных видов медицинской помощи. По данным ряда авторов, распространенность стоматологических заболеваний среди детского населения достигает 75-95%, взрослого - 100% [1, 3]. Обращаемость к врачу-стоматологу занимает второе место по посещаемости, что свидетельствует о высокой потребности населения в данном виде медицинской помощи [4]. В сложившихся

социально-экономических условиях, стоматологическая помощь имеет различные источники финансирования [5]. До настоящего времени не изучалось современное состояние ортопедической стоматологической помощи в Кыргызской Республике.

Таким образом, практическая и теоретическая важность исследуемой проблемы, а также недостаточная степень ее изученности предопределили целесообразность проведения исследования по разра-



ботке мер ее оптимизации в условиях города Бишкек.

Цель исследования.

На основе оценки состояния стоматологической ортопедической помощи в городе Бишкек научно обосновать мероприятия по ее совершенствованию.

Задачи исследования:

1. Изучить современное состояние ортопедической стоматологической помощи взрослому населению г. Бишкек на основе анализа деятельности стоматологических организаций с разными формами собственности;
2. Изучить обращаемость в стоматологические организации с разными формами собственности, потребность и удовлетворенность населения города Бишкек в ортопедической стоматологической помощи;
3. Оценить влияние материально-технического оснащения, кадрового потенциала на качество оказываемых ортопедических услуг стоматологическими организациями;
4. Разработать и научно обосновать мероприятия по совершенствованию ортопедической стоматологической помощи в городе Бишкек на основе механизма частно-государственного партнерства, мониторинга и оценки качества.

Материалы и методы исследования.

Исследования проводились на базе государственных и частных стоматологических организаций, обслуживающих взрослое население г. Бишкек (5 государственных и 18 частных стоматологических клиник).

Формирование статистической структуры осуществлялось посредством выборочного наблюдения. Количество обследованных составило 2188 человек, из них мужчин - 1077, женщин - 1111, которые были разделены на группы по возрастам: 16-30, 31-40, 41-50, 51-60, 61 и старше лет.

В процессе выполнения настоящего исследования применялись следующие

методы: ретроспективный, социологический и статистический. При обработке материалов исследования производилось вычисление показателей относительной величины. Достоверность различий между группами определяли с помощью параметрического критерия Стьюдента, ошибки репрезентативности. В работе применялся метод вычисления динамических рядов. Наличие корреляционной взаимосвязи сравниваемых показателей определялось путем вычисления коэффициента корреляции по методу Пирсона « r_{xy} », вычислялся коэффициент детерминации (R, %).

Весь объем информации обработан на персональном компьютере с использованием программы Microsoft Excel.

Результаты исследования.

В соответствии с поставленными задачами исследования проведен анализ структуры обращаемости. Удельный вес пациентов обратившихся за ортопедической помощью два, три раза и более составил 56,1% и 25,3%, соответственно. Одной из ведущих причин наибольшего отказа от ортопедической помощи указывается высокая оплата зубопротезирования (45,8%). Анализ данных показал, что 24,0% пациентов не были удовлетворены качеством протезирования, только 10,8% респондентов отметили хорошее изготовление протезов и удовлетворительное качество отметили 65,2% пациентов.

Пациенты чаще обращаются в частные (53,3±0,5) стоматологические организации (ЧСО), чем в государственные (46,7±0,6) стоматологические организации (ГСО). Так, в возрастной группе 31-40 лет чаще обращаются в ЧСО за ортопедической помощью 13,9±0,9 пациентов и в 16-30 лет - 13,1±0,9 ($p>0,5$). В ГСО чаще обращаются в возрасте 51-60 лет (15,6±0,9) и в возрасте 61 и старше (12,5±0,9). Это, связано с тем, что старшая возрастная группа была менее обеспеченной категорией населения, которая в основном представлена людьми пенсион-



ного возраста. Респонденты в возрастных группах 16-30 и 31-40 лет имеют возможность оплатить стоматологические услуги.

Нами установлена высокая нуждаемость населения в ортопедическом стоматологическом лечении. Причем, в протезировании в основном нуждались пациенты в возрастной группе 51-60 лет, 61 и старше. Число пациентов, нуждающихся в протезировании, увеличивается с возрастом. Число обратившихся за ортопедической помощью всего составило $32,7 \pm 0,2$ из общего числа обследованных. С возрастом число нуждающихся мужчин в ортопедическом лечении возрастает от $3,3 \pm 0,07$ в возрастной группе 16-30 лет до $10,3 \pm 0,2$ в возрасте 61 лет и старше, $p < 0,001$. Среди женщин также отмечается увеличение с $5,1 \pm 0,1$ до $11,7 \pm 0,2$, соответственно, $p < 0,001$.

Причем, во всех возрастных группах женщины в ортопедической помощи нуждались чаще, чем мужчины, за исключением возрастных групп 31-40 и 51-60 лет, $p < 0,001$.

В динамике выявлено, что среди мужчин наибольший прирост отмечался в возрасте 51-60 лет на $+81,5\%$. У женщин наибольший прирост наблюдался в возрасте 41-50 лет на $+103,0\%$, наименьший в возрасте в 51-60 лет на $-6,0\%$.

Рассмотрена потенциальная потребность различных возрастно-половых групп населения в ортопедической стоматологической помощи. В возрастной группе 16-30 лет в ортопедической стоматологической помощи нуждается $16,2 \pm 0,3$ мужчин и $17,6 \pm 0,3$ женщин, $p < 0,01$. В возрастной группе 31-40 лет число нуждающихся составило $15,3 \pm 0,3$ мужчин и $10,8 \pm 0,2$ женщин, $p < 0,01$. В 41-50 лет - $21,5 \pm 0,4$ мужчин и $19,9 \pm 0,3$ женщин, $p < 0,01$. В возрасте 51-60 лет нет существенной разницы в нуждаемости в данном виде помощи между мужчинами ($21,4 \pm 0,4$) и женщинами ($20,7 \pm 0,3$), $p > 0,05$. В 61 и старше нуждается в ортопедической стоматологической

помощи $18,1 \pm 0,3$ мужчин и $19,0 \pm 0,3$ женщин, $p < 0,01$. Самая высокая нуждаемость по обоим полам отмечается в возрасте 16-30 лет ($24,8 \pm 0,2$) и в возрастной группе 51-60 лет ($21,0 \pm 0,2$), $p < 0,001$. В возрасте 41-50 лет нуждающихся составило $20,6 \pm 0,1$.

Проведен анализ кадрового обеспечения стоматологической службы города Бишкек. Проведенный анализ кадрового обеспечения стоматологических организаций г. Бишкек показал в динамике, что по Кыргызской Республике наблюдается снижение числа стоматологов в 2013 и 2014 годах до $-5,9\%$. Обеспеченность зубными врачами показала положительную динамику за указанные годы ($+16,7\%$ и $+14,3\%$, соответственно). По городу Бишкек отмечается незначительное снижение обеспеченности стоматологами в 2013 году ($-8,6\%$) и увеличение в 2014 году на $+6,2\%$. Число зубных врачей в динамике снижается на $-50,0\%$, что связано с большим числом стоматологов в г. Бишкек

По данным исследования отмечено недостаточное техническое обеспечение государственных стоматологических поликлиник. Частные стоматологические организации в основном приобретают оборудование своими силами, ортопедические кабинеты оснащены более новым оборудованием.

Нами предложены пути совершенствования ортопедической стоматологической помощи. В настоящее время в стоматологическом секторе здравоохранения КР координацию деятельности стоматологических структур должна взять на себя общественная организация «Общество стоматологов», представляющая стоматологические интересы населения с созданием структур, которые будут заниматься планированием и прогнозированием стоматологической помощи населению. В задачи данной организации должны быть представлены мероприятия по созданию профессиональных страховых фондов и экспертные советы, а также оценка качества оказы-



ваемой помощи, доступность стоматологической помощи отдельным категориям населения при взаимодействии с органами социальной защиты населения. Целесообразно также сформировать Координационный совет, выполняющий функции контроля и мониторинга программ профилактики.

Одним из направлений частно-государственного партнёрства является использование информационных технологий (ИТ), которые в значительной степени оптимизируют сбор и анализ информации.

Наиболее важные методы управления ортопедической службой г. Бишкек должны проводиться с учетом: концентрации средств, ресурсов, организационных аспектов управления (специализация и интеграция); финансово-экономических аспектов управления; контроля и правовых аспектов управления, оценки эффективности оказываемых услуг.

Совершенствование ортопедической стоматологической помощи взрослому населению г. Бишкек должно базироваться на следующих принципах:

- 1) оплата фактически выполненных работ;
- 2) создание системы управления и планирования качеством ортопедической помощи населению на основе конечных результатов труда;
- 3) усиление функции системы ОМС в обеспечении реальной бесплатной ортопедической стоматологической помощи льготным группам населения рациональными конструкциями зубных протезов.

Наиболее эффективной мерой на пути повышения качества ортопедической стоматологической помощи в стоматологических организациях является дифференцированный подход к оплате труда врачей стоматологов-ортопедов и зубных техников не только по количественным, но и по качественным показателям, нацеливающий персонал на достижение высокого качества конечных результатов своего труда.

Система управления качеством ортопедической стоматологической помощи включает Министерство здравоохранения КР, Департамент здравоохранения г. Бишкек, Бишкекский территориальный фонд обязательного медицинского страхования, организации здравоохранения, оказывающие стоматологическую ортопедическую помощь, стоматологическую ассоциацию КР, граждан, органы Государственного департамента санэпиднадзора, Медицинскую аккредитационную комиссию.

Механизм работы системы контроля качества предполагает:

- 1) формирование совета по управлению качеством;
- 2) составление и согласование плана работы;
- 3) согласование технологии управления качеством;
- 4) проведение экспертной оценки;
- 5) принятие управленческих решений и разработка мероприятий;
- 6) осуществление контроля за внедрением предложенных мероприятий;
- 7) оценку эффективности мероприятий;
- 8) планирование потребности взрослого населения в ортопедической стоматологической помощи, в том числе и бесплатной.

Далее участники системы управления передают информацию в городской департамент охраны здоровья населения. Эффективность структурно-функциональной модели должна проявляться в положительной динамике показателей: улучшится оснащенность, укомплектованность рабочего места и кадрами; улучшатся показатели эстетического протезирования; сократится число лиц нуждающихся в ортопедической стоматологической помощи; возрастет число лиц, получивших протезы бесплатно.

Таким образом, предложенные мероприятия способствуют внедрению современных подходов по совершенствованию стоматологической помощи.



Выводы:

1. Обращаемость населения в возрасте 61 лет и старше в ГСО в два раза чаще, чем в ЧСО (70,0% и 30,0%, соответственно). В возрасте 16-30 лет обращаемость в ГСО меньше, чем в ЧСО (22,0% и 77,9%, соответственно). В возрастной группе 41-50 лет обращаемость одинакова.
2. Наблюдается наибольшая частота распространенности стоматологических заболеваний, требующих ортопедического стоматологического лечения. Установлена высокая потребность населения в ортопедическом стоматологическом лечении в возрастной группе 51-60 лет, 61 и старше; с возрастом уменьшается полная удовлетворенность населения г. Бишкек качеством оказания ортопедической стоматологической помощи.
3. Количество стоматологов и зубных техников превышает штатные должности и составляет 1:4, что не соответствует нормативам (1:2). В ЧСО это соотношение составило 1:1.
4. Совершенствование ортопедической стоматологической помощи населению города Бишкек должно основываться на развитии механизмов частно-государственного партнерства, разработке системы управления качеством, конечных результатах труда с созданием мониторинга оценки качества и профилактики.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. На уровне Министерства Здравоохранения КР

1.1. МЗ КР совместно со стоматологической ассоциацией КР активно развивать механизмы частно-государственного партнерства, утвердить разработанную систему управления качеством диагностики и лечения стоматологических заболеваний.

1.2. Лицензионному отделу МЗ КР строго контролировать выполнение стандартов оснащения, диагностики и лечения стоматологических заболеваний.

1.3. Содействовать взаимодействию государственного и частного секторов в вопросах оказания ортопедической стоматологической помощи.

2. На уровне ГСО

2.1. Данные о потребности населения в ортопедической стоматологической помощи использовать для планирования деятельности органами и организациями здравоохранения крупного города.

2.2. Широкое использование механизмов частно-государственного партнерства, в частности новые информационные технологии.

2.3. Данные социологических исследований по изучению удовлетворенности пациентов качеством оказываемой ортопедической стоматологической помощи использовать для разработки направлений по совершенствованию деятельности в современных условиях.

2.4. Укрепить материально-техническую базу ГСО (ортопедических отделений, зуботехнических лабораторий) для внедрения в практику зубных протезов с использованием новых конструкционных материалов.

2.5. Довести уровень обеспеченности врачами стоматологами ортопедами в городе Бишкек до 1,0 на 10000 населения.

2.6. Необходимо наблюдение и контроль в динамике по удовлетворенности оказанной стоматологической ортопедической помощи населению, в целях повышения качества стоматологического обслуживания.

2.7. На основе выявленных проблем разработать лист маршрутизации стоматологических ортопедических больных.

3. Формировать адресную политику органам здравоохранения и усилить функции системы обязательного медицинского страхования в обеспечении бесплатной ортопедической стоматологической помощи (по государственной гарантии) льготным группам населения рациональными конструкциями зубных протезов.



Литература

1. Алимский А.В. Генеральные направления совершенствования стоматологической службы [Текст] / А.В. Алимский // Тр. IX съезда стоматологической Ассоциации России. - Москва, 2004. - С.110-116.
2. Амираев У.А. Стоматологическая заболеваемость и методические подходы к организации стоматологической помощи населения в условиях новых экономических отношений [Текст]: методические рекомендации для врачей / У.А. Амираев, Т.Т. Сельпиев, С.У. Султанбаева. - Бишкек, 2004. – 8 с.
3. Сельпиев Т.Т. Соматическое здоровье пациентов разных возрастных групп с адентией зубных рядов [Текст] / Т.Т. Сельпиев // Здравоохранение. – 2011. - № 4. - С.15-18.
4. Юлдашев И.М. Новые организационные формы стоматологической службы в Кыргызской Республике [Текст] / И.М. Юлдашев // Stomatologiya. - 2003. - №1-2. - С.8-11.
5. Seltman R.B. Governing Public World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies [Text] / R.B. Seltman. - 2011. – 260 p.

Сведения об авторе:

Ашымов Жаныбай Доолотбакович

старший преподаватель кафедры ортопедической стоматологии КРСУ им. Б.Н. Ельцина,
e-mail: ashymov63@mail.ru



Дуденко Е.В., Сыдыкова С., Кожомкулов Дж.К., Кожомкулов М.Дж.

Национальный центр фтизиатрии МЗ КР,

г. Бишкек, Кыргызская Республика

УРОВЕНЬ ЛИЗИСА ЛЕЙКОЦИТОВ ПРИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ НА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Резюме. Выполнено выявление лекарственной аллергии на противотуберкулезные препараты у 79 больных туберкулезом. Использована методика РСЛЛ. Лекарственная аллергия определена у 74 (93,67%) больных, отрицательный результат реакции на ПТП - у 5 (6,33%) больных туберкулезом.

Ключевые слова: туберкулез, лекарственная аллергия, противотуберкулезные препараты, лейкоциты

КУРГАК УЧУК ООРУСУНА КАРШЫ ДАРЫЛАРГА АЛЛЕРГИЯ УЧУРУНДА ЛИЗИС ЛЕЙКОЦИТТЕРИНИН КӨРСӨТКҮЧТӨРҮ

Корутунду. 79 кургак учук оорусунун кургак учук оорусуна каршы дарыларга аллергиясын аныктадык. РСЛЛ методу колдонулду. Оорулардын 74 (93,67%) оорусу кургак учукка каршы дарыларга аллергиясы бар, ал эми 5 (6,33%) ооруду аллергиясы жок деп аныктадык.

Негизги сөздөр: кургакучук, дарыларга аллергия, кургак учукка каршы дарылар, лейкоциттер

THE LEVEL OF LYSIS OF LEUKOCYTES TO DRUG ALLERGY TO TB DRUGS

Abstract. 79 patients with tuberculosis carried out the identification of drug allergies. RSLL used method. Drug allergies to TB drugs of 74 (93, 67%) patients found, the negative result of the reaction of 5 (6,33%) patients found.

Key worlds: tuberculosis, drug allergy, TB drugs, leukocytes

Актуальность темы. Лекарственная аллергия (ЛА) – это нежелательная лекарственная реакция, которая развивается по иммунным механизмам в результате гиперчувствительности пациента к лекарственным средствам [3].

При туберкулезе ЛА и иммунные механизмы ЛА являются актуальной проблемой современной науки [2, 4]. В настоящее время не существует методов лабораторной аллергодиагностики, выявляющих и учитывающих все типы реакций на все антигены. В связи с этим стоит задача разработки новых и совершенствования имеющихся методов аллергодиагностики [1].

Непосредственной целью исследования являлось выявление ЛА на противо-

туберкулезные препараты (ПТП) у больных туберкулезом с использованием реакции сенсбилизации лизиса лейкоцитов (РСЛЛ).

Материалы и методы исследования. Дизайн работы – проспективное исследование. Объект исследования – 79 больных разными формами туберкулеза. Материалом служили пробы периферической крови данных больных. В лабораторию направлялись образцы крови больных с подозрением на ЛА по клиническим данным. Использован лабораторный метод определения IY или клеточно-опосредованного типа лекарственной аллергии - РСЛЛ. Выполнена адаптация данного метода для выявления ЛА к ПТП. Статистическая обработка результатов проводилась с применением программ Microsoft



Excel. Использовались параметрические (t-критерий Стьюдента) и непараметрические (U-критерий Манна-Уитни) методы математической статистики. Данные представлены в виде доверительного интервала ДИ ($M \pm tm$), $t=2,00$ и уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Обследовано 79 больных разными формами туберкулеза. Из их числа: женщин – 49 (62,03%), мужчин – 30 (37,97%). Возраст больных – от 21 до 81 года. Туберкулез легких диагностирован у 46 (58,23%) больных, из их числа у 23 (50,00%) – множественная лекарственная устойчивость мико-

бактерий туберкулеза. Внелегочный туберкулез – у 33 (41,77%) из 79 обследованных пациентов.

Результаты исследования методом РСЛЛ разделены на: отрицательные – от 0 до 10% лейкоцитов элиминированы в процессе инкубации крови с ПТП, слабopоложительные - более 10%, но менее 20% лейкоцитов элиминированы в процессе инкубации крови с ПТП и положительные – от 20% и более лейкоцитов элиминированы в процессе инкубации крови с ПТП.

Результаты исследования ЛА на ПТП 1-го ряда представлены в таблице 1.

Таблица 1.

**Результаты РСЛЛ на противотуберкулезные препараты первого ряда
ДИ ($M \pm tm$)**

| № п/п | Препарат | n | $M_{cp} \pm tm, \%$ | n | $M_+ \pm tm, \%$ | n | $M_{отр} \pm tm, \%$ | n | $M_c \pm tm, \%$ |
|-------|--------------|----|---------------------|----|---------------------|----|----------------------|----|---------------------|
| 1. | Изониазид | 37 | 15,08 $\pm 4,94$ | 12 | 33,08 $\pm 7,00$ | 18 | 2,61 $\pm 1,38$ | 7 | 16,29 $\pm 1,22$ |
| 2. | Рифампицин | 38 | 11,39 $\pm 2,94$ | 7 | 25,14 $\pm 4,52$ | 18 | 3,27 $\pm 1,54$ | 13 | 15,23 $\pm 1,48$ |
| 3. | Пиразинамид | 74 | 11,33 $\pm 2,62$ | 17 | 27,75 $\pm 5,10$ | 39 | 2,94 $\pm 0,76$ | 18 | 14,00 $\pm 1,28$ |
| 4. | Этамбутол | 42 | 13,97 $\pm 3,56$ | 12 | 28,63 $\pm 5,32$ | 17 | 3,15 $\pm 1,30$ | 13 | 14,58 $\pm 1,54$ |
| 5. | Стрептомицин | 46 | 13,54 $\pm 3,36$ | 14 | 27,52 $\pm 4,20$ | 19 | 2,42 $\pm 1,06$ | 13 | 14,73 $\pm 1,32$ |

Примечание – 1. n количество обследованных больных туберкулезом

2. M_{cp} среднее РСЛЛ на препарат

3. M_+ положительные результаты РСЛЛ

4. $M_{отр}$ отрицательные результаты РСЛЛ

5. M_c сомнительные результаты РСЛЛ

Результаты исследования ЛА на ПТП 2-го ряда представлены в таблице 2.

Всего выполнено 376 реакций РСЛЛ на 10 ПТП для выявления IY типа ЛА. Из данного количества 203 (53,99%) реакции дали положительный результат (из них – 100 (49,26%) - положительный и 103 (50,74%) – слабopоложительный) и 173 (46,01%) из 376 реакций – отрицательный.

Различия между сенсibiliзирующим действием ПТП статистически не значимы ($p > 0,05$). В численном выражении самый

высокий результат РСЛЛ отмечен при изучении лизиса лейкоцитов под воздействием изониазида из числа препаратов первого ряда ($15,08 \pm 4,94\%$) и пазера из числа препаратов второго ряда ($17,29 \pm 6,10\%$).

Положительный результат РСЛЛ+ (на один или более препаратов) зафиксирован у 52 (65,82%) больных туберкулезом, слабopоложительный на один или более препаратов РСЛЛ± - у 22 (27,85%) и отрицательный РСЛЛ - по всем препаратам - у 5 (6,33%) пациентов из 79 (100%) обследованных.



Результаты РСЛЛ на противотуберкулезные препараты
второго ряда ДИ ($M \pm tm$)

| № пп | Препарат | n | $M_{cp} \pm tm$, % | n | $M_{+} \pm tm$, % | n | $M_{отр} \pm tm$, % | n | $M_{с} \pm tm$, % |
|---------|---------------|----|------------------------|----|-----------------------|----|-------------------------|----|-----------------------|
| 1. | Протионамид | 27 | 15,30 $\pm 5,56$ | 7 | 32,71 $\pm 12,96$ | 9 | 2,62 $\pm 2,06$ | 11 | 14,59 $\pm 1,54$ |
| 2. | Циклосерин | 29 | 11,30 $\pm 3,64$ | 5 | 26,30 $\pm 7,18$ | 12 | 1,97 $\pm 0,80$ | 12 | 14,38 $\pm 1,60$ |
| 3. | Левифлоксацин | 29 | 12,13 $\pm 4,72$ | 7 | 30,36 $\pm 5,48$ | 16 | 2,37 $\pm 1,12$ | 6 | 16,92 $\pm 2,14$ |
| 4. | Пазер | 25 | 17,29 $\pm 6,10$ | 11 | 31,32 $\pm 6,22$ | 9 | 1,92 $\pm 1,42$ | 5 | 14,10 $\pm 3,00$ |
| 5. | Каприомицин | 29 | 12,67 $\pm 5,00$ | 8 | 30,56 $\pm 7,20$ | 16 | 2,86 $\pm 1,28$ | 5 | 15,40 $\pm 2,50$ |

Примечание – 1. n количество обследованных больных туберкулезом

2. M_{cp} среднее РСЛЛ на препарат

3. M_{+} положительные результаты РСЛЛ

4. $M_{отр}$ отрицательные результаты РСЛЛ

5. $M_{с}$ сомнительные результаты РСЛЛ

Таким образом, по итогам работы можно сделать следующие выводы:

Выводы:

Положительный результат реакции РСЛЛ на наличие лекарственной аллергии определен у 74 (93,67%) из 79 обследованных больных разными формами туберкулеза.

Не выявлена лекарственная аллергия у 5 (6,33%) пациентов (отрицательные результаты РСЛЛ).

Литература

1. Карпук, И.Ю. Диагностика аллергии на местные анестетики в реакции антиген индуцированного повреждения лейкоцитов [Текст] / И.Ю. Карпук // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2010. – Т. 9, № 1. – С. 1-8.

2. Cliff, J.M. The human immune response to tuberculosis and its treatment: a view from the blood [Online resource] / J. M. Cliff, S. H. Kaufmann, H. McShane et al // Immunological reviews. – 2015. – V. 264, № 1. – P. 88-102. – access mode: www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/imr.12269/full.

3. Mirakian, R. BSACI guidelines for management of drug allergy [Text] / R. Mirakian, P.W. Ewan // Clinical experimental allergy. – 2008. – V. 39, № 1. – P. 43-61.

4. Thong, B.A retrospective study on sequential desensitization-rechallenge for antituberculosis drug allergy [Online resource] / B. Thong, F. Chia, S. Tan et al // Asia pacific allergy. – 2014. – V. 4, № 3. – P. 156-163. – access mode: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4116042.

Сведения об авторах:

Дуденко Елена Вячеславовна

старший научный сотрудник, лаборатория иммунологии и молекулярной биологии, dudenko.e@list.ru

Сыдыкова Салтанат

старший научный сотрудник, лаборатория иммунологии и молекулярной биологии

Джумабай Кожомкулович Кожомкулов

к.м.н., ведущий научный сотрудник

Медер Джумабаевич Кожомкулов

научный сотрудник, meder1@yandex.ru



Кененбаева Р.М., Байызбекова Д.А., Касымова Р.О., Нурматов А.З.
Научно-производственное объединение «Профилактическая медицина»,
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

ЖАШТАР АРАСЫНДАГЫ СОЦИАЛДЫК МААНИДЕГИ ПАРЕНТЕРАЛДЫК ИНФЕКЦИЯНЫ АЛДЫН АЛУУ

Корутунду. Вирустуу парентералдык инфекциянын (вирустуу гепатиттер В жана С, ВИЧ/СПИД) актуалдуулугу үлүшүнө 90% туура келген, 18-39 жаштагы жаш адамдардын арасында басымдуулук кылган оорулардын өсүүсүнө байланыштуу. Калктын популяциясында парентералдык инфекция (вирустуу гепатиттер В жана С, ВИЧ) ооруларын колдоочу «ядролук тобу» бар жана бул медициналык проблема социалдык проблемага айланууда. Гемоконтакттык инфекциянын негизги таралуу фактору болуп, биринчи кезекте жаштар үчүн мүнөздүү болгон тобокелдик жүрүш-турушу (инъекциялык баңгизаттар, жыныстык жүрүш-туруш) эсептелинет. Жаштар арасындагы тобокелдик жүрүш-турушту баалоодо бир катар индикаторлор (көрсөткүчтөр) сунушталган, бул боюнча калктын коргоосуз калган катмарын, анын ичинде жаштар арасында алдыналуу программасынын натыйжалуулугун көзөмөлдөөгө болот.

Негизги сөздөр: парентералдык гемоконтакттык инфекция, ВИЧ, вирустуу гепатиттер В жана С, алдыналуу, тобокелдик жүрүш-турушу, жаштар.

ПРОФИЛАКТИКА СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У МОЛОДЕЖИ

Резюме. Актуальность вирусных парентеральных инфекций (вирусные гепатиты В и С, ВИЧ/СПИД) связана с ростом заболеваемости преимущественно среди лиц молодого возраста 18 - 39 лет, на долю которых приходится до 90%. В популяции населения имеется «ядерная группа», поддерживающая заболеваемость парентеральными инфекциями (гепатиты В и С и ВИЧ) и данная проблема из медицинской превращается в социальную. Основными факторами передачи гемоконтактных инфекций является рискованное поведение (инъекционные наркотики, половое поведение) которое в первую очередь характерно для молодежи. В оценке рискованного поведения среди молодежи предложен ряд индикаторов (показателей), по которым можно отслеживать эффективность профилактических программ среди уязвимого населения, в том числе молодежи.

Ключевые слова: парентеральные гемоконтактные инфекции, ВИЧ, вирусные гепатиты С и В, профилактика, рискованное поведение, молодежь.

PREVENTION OF SOCIALLY SIGNIFICANT PARENTERAL INFECTIONS IN YOUNG PEOPLE

Abstract. The urgency of the problem of parenteral infections (hepatitis virus B and C, AIDS/HIV infection) is caused by the growth of their incidence in young people aged 18 to 39 years, whose proportion is as high as 90%. The general population contains a “nuclear group” which maintains illness with parenteral infections (hepatitis virus B and C and HIV) and thus this problem turns from a medical into a social problem. The main risk factors for transmission of blood-borne infections is risk behaviors (injection drug use, sex behavior), which are most typical for young people. To assess risk behaviors, a number of



indicators are suggested, which can also be used for assessing the effectiveness of preventive programs in vulnerable populations, including the youth.

Key words: *parenteral blood-borne infections, HIV, hepatitis C and B virus infection, prevention, risk behavior, young people*

Глобализация проблемы парентеральных инфекций требует пересмотра профилактических направлений - наиболее актуальными задачами становятся: формирование мотивации населения к повышению морально-этических ценностей, ведению здорового образа жизни, исключаящие механизмы передачи этих инфекций и целенаправленная работа среди молодёжи по предотвращению факторов риска инфицирования, чему должно быть уделено особое внимание [3, 5, 10].

Пропаганда здорового образа жизни должна проводиться непрерывно и систематически, охватывая все слои населения [4, 6, 9].

В связи с ростом заболеваемости вирусными парентеральными инфекциями, такими как ВИЧ/СПИД и вирусные гепатиты В и С преимущественно среди лиц молодого возраста, особенностей клинического течения и формирования осложнений, часто приводящих к инвалидизации, предопределяет интенсивное изучение этой проблемы [12, 15, 16]. Изучение эпидемического процесса парентеральных инфекций позволило разработать стратегию борьбы с этими заболеваниями. Однако с учётом международного подхода к этой проблеме можно констатировать, что единственным барьером, который позволит сдержать темпы развития эпидемии является первичная профилактика, с учётом меняющихся в ходе эпидемии факторов риска инфицирования [5, 10, 11].

В современных условиях проблемы парентеральных инфекций усугубляется тем, что достаточно широко распространено сочетание парентеральных вирусных гепатитов (ПВГ) с ВИЧ-инфекцией, что связано с общими путями передачи этих заболеваний.

А так как в организме этих больных развивается иммунодефицит, то это способствует высокой вероятности развития хронических ВГ, цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы.

В настоящее время известно 9 вирусов, вызывающих вирусные гепатиты: вирусы А, В, С, Д, Е, F, G, TTV, SEN и другие не установленные. Из них к энтеральным относятся ВГА, ВГЕ (группа кишечных инфекций), требующих знаний в основном по неспецифической профилактике по здоровому образу жизни (качественная питьевая вода и продукты питания), благоустройство населенных пунктов и жилья, соблюдения правил личной гигиены). Предусмотрена и специфическая профилактика ВГА как пассивная (иммуноглобулин), так и активная иммунизация – вакцинация (дважды с интервалом 6-12 месяцев) по эпидпоказаниям. Так, для Кыргызской Республики (КР) показатели заболеваемости вирусным гепатитом А (ВГА) на протяжении последних 10 лет (2005-2015 гг.) имеют волнообразный характер подъема с пиковым значением каждые 3-4 лет от 138,0 до 387,6 на 100 тыс. населения (2007г., 2009г., 2012г.). Эти показатели в южных регионах страны значительно превышают таковые по республике на 18,6%.

Особо актуальной среди населения остается профилактика парентеральных вирусных инфекций ВГВ, ВГС, ВГД, ВИЧ и др. Они, так называемые кровяные инфекции, имеют единые пути передачи (половой, вертикальный, парентеральный), а инфицирование через биологическую жидкость человека (кровь, сперма, вагинальный секрет).

В настоящее время наблюдается значительное снижение заболеваемости



острым вирусным гепатитом В (ОВГВ) среди населения КР. Так, заболеваемость за 2000-2015гг. среди детей в возрасте 0-6 лет снижены до единичных случаев (от 380 до 2), а среди 7-14 лет снижение в 24,8 раза (от 124 до 5). Это связано с введением вакцинации против ВГВ в национальный календарь профилактических прививок, охват которыми в 1999, 2000 и 2001гг. составлял соответственно: 10,4%; 43,7% и 57,4%. В последующие годы с 2002 по 2015гг. достиг 90,3-99,2%. И все же на протяжении последних 5 лет среди населения регистрируется заболеваемость ОВГВ (9,9‰ – в 2010г., 10,2‰ – 2012г., 5,9‰ - 2015 г.).

В свою очередь, показатель заболеваемости хронической формой инфекции вирусного гепатита В (ХВГВ) по стране имеет выраженную тенденцию к росту (2,6‰ в 2010г. и 3,3‰ в 2015г.). Носительство HBV колеблется от 44,5 до 85,2‰ (за 2010-2015гг.).

Показатели заболеваемости вирусным гепатитом С на протяжении последних лет (2010-2015 гг.) находится примерно на одном уровне. Так, острый ВГС составляет (2,3‰ – 2010 г. и 1,3‰ – 2015 г.), а хронический ВГС (3,6‰ – 2010 г., 7,4‰ – 2012 г. и 3,8‰ – 2015 г.). При этом показатель носительства ВГС соответствует 52,2-63,2‰ за 2010-2015 гг.).

Помимо вирусных гепатитов среди населения значимой остается профилактика ВИЧ-инфекции. Всего по стране на 1 октября 2016 года зарегистрировано 6782 ЛЖВ, из них граждане КР составляют 6554. По оценкам разных программ прогнозирования в республике проживало на 2015 г. уже 9453 ЛЖВ. Новые случаи ВИЧ в период 2010-2015гг. составляли 8,4‰ – 12,6‰ с распределением в основной возрастной группе 18-39 лет. Пути передачи половой (62,3-65,0%), парентеральный без учета ВБИ (26,0-28,6%).

Таким образом, в эпидемический процесс парентеральных инфекций гепатиты В и С, ВИЧ вовлекается трудоспособное население: среди заболевших преобладают лица в возрасте от 18 до 39 лет, на долю которых приходится до 90% заболевших. Причем в популяции населения сохраняется «ядерная группа», поддерживающая заболеваемость парентеральными инфекциями (гепатиты В и С и ВИЧ) и эта проблема из медицинской превращается в социальную. Все это диктует необходимость реализации широкого комплекса мероприятий, направленных на сохранение здоровья юношей и девушек, наиболее подверженных заражению.

Общеизвестно, что в снижении риска передачи парентеральных вирусных инфекций необходимо использовать современные базисные принципы профилактики: информирование, мотивационное консультирование, овладение навыками безопасного поведения и соблюдение правил личной гигиены. Все эти принципы в комплексе играют решающую роль в снижении заболеваемости. Вместе с тем, до настоящего времени многие направления профилактической деятельности в организациях здравоохранения остаются декларативными. В Кыргызстане не существует единой организованной и структурированной системы профилактики социально значимых вирусных инфекций (гепатиты В и С и ВИЧ-инфекция), а имеются лишь некоторые разрозненные, функционирующие фрагментарно или вовсе не функционирующие компоненты. Наряду с этим, система первичной профилактики не приведена в соответствие с изменившимися социально-экономическими условиями, не в полной мере используются средства массовой информации для пропаганды здорового образа жизни, отсутствует механизм оценки образовательных программ для различных возрастных групп: детей, подростков, молодежи и трудоспособного населения.



Существуют определенные проблемы в важном разделе вторичной профилактики по своевременному выявлению и обследованию контактных лиц для установки среди них источника заражения. Наряду с этим, снижение темпов распространения социальных инфекций среди населения возможно лишь при осуществлении противоэпидемических мероприятий с учетом факторов риска распространения инфекций в уязвимых группах.

Уязвимость – понятие, которое касается тех, кто в силу различных обстоятельств лишен возможности защищаться от социальных инфекций и их последствий, и создается совокупностью экономических, культурных, социальных, поведенческих факторов. Уязвимыми являются группы населения, пользующиеся наименьшими правами (дети, подростки, молодежь), с дестабилизированной культурой (распавшиеся семьи, безработные, мигранты, заключенные и др.) и с высоким риском заражения парентеральными инфекциями (потребители инъекционных наркотиков (ПИН), медицинские работники и др.).

Согласно литературным источникам основными факторами передачи гемоконтактных инфекций является рискованное поведение, которое в первую очередь характерно для молодежи [3, 5, 8, 10, 11]. Это рискованное половое поведение и потребление инъекционных наркотиков [1, 2]. Основным путем изменения рискованного поведения, является обеспечение информированности молодежи и доступность средств индивидуальной защиты. Т.е. мероприятия первичной и вторичной профилактики, которые в конечном итоге должны привести к изменению рискованного поведения. Для оценки рискованного поведения среди молодежи предложен ряд индикаторов (показателей), по которым отслеживаются эффективность профилактических программ среди уязвимого населения, в том числе молодежи [7].

Показатели, представленные в данной статье, являются набором показателей из различных международных руководств, содержащих в различной степени исчерпывающие наборы индикаторов для мониторинга и оценки ситуации для различных парентеральных инфекций. На основании описываемых индикаторов была разработана анкета, которая будет использована для выявления факторов риска распространения гемоконтактных инфекций (ВИЧ, ВГС, ВГВ) среди молодежи.

Показатель с помощью которого можно определить уровень знаний о передаче и профилактике ВИЧ/ВГС/ВГВ, это «процент молодых людей, которые правильно определяют пути предотвращения передачи ВИЧ/ВГС/ВГВ половым путем и которые отклоняют основные неправильные концепции в отношении риска заражения» [14]. Для расчета данного показателя используются результаты ответов на следующие вопросы анкеты:

- Можно ли сократить риск передачи ВИЧ/ВГС/ВГВ посредством поддержания половых связей лишь с одним верным неинфицированным партнером?
- Можно ли сократить риск передачи ВИЧ/ВГС/ВГВ посредством использования презервативов?
- Может ли человек, у которого здоровый вид, иметь ВИЧ/ВГС/ВГВ-инфекцию?
- Может ли человек инфицироваться ВИЧ/ВГС/ВГВ от укусов комаров?
- Может ли человек инфицироваться ВИЧ/ВГС/ВГВ, если питается вместе с инфицированным?

Данный показатель в целом является мерой для определения общих знаний молодых людей в отношении того, каким образом избежать заражения данными инфекциями. С помощью ответов на 1 и 2 измеряется информированность молодежи о мерах предупреждения передачи гемоконтактной инфекции. Ранее предложенные



показатели в отношении знаний включали воздержание в качестве «правильного» метода профилактики. Воздержание является чрезвычайно важным вариантом профилактики для молодых людей. Но проведенные ранее исследования столкнулись с тем, что отрицательные ответы на этот вопрос поступали от людей, считающих, что воздержание неосуществимо, а не от людей, считающих, что воздержание не обеспечивает эффективной защиты. Однако в обследованиях подростков (возраст 10-19 лет) вопросы, касающиеся воздержания, по-прежнему, имеют важное значение. Поэтому в анкетах для подростков вопрос о воздержании можно сформулировать следующим образом: «можно ли уменьшить риск передачи ВИЧ посредством воздержания от полового акта?»

С помощью ответов на вопрос 3 измеряется распространенное неправильное представление о том, что у человека, имеющего здоровый вид, нет инфекции. Это широко распространенное неправильное представление среди молодых людей, и оно может привести к непредохраняемым половым связям с инфицированным партнером. Ответы на вопросы 4 и 5 позволят выявить ситуацию с двумя другими неправильными представлениями в отношении передачи гемоконтактных инфекций, которые лежат в основе фобий и стигм, которые препятствуют эффективному внедрению профилактических программ и своевременному началу лечения.

Так же показателем, определяющим частоту опасного сексуального поведения среди молодежи, является «процент молодых людей, имевших за последние 12 месяцев половой акт повышенного риска, которые пользовались презервативом во время последнего полового акта повышенного риска». При сборе информации для данного показателя у респондентов вначале надо спросить о том, занимались ли они когда-либо сексом. Тех, которые занимались

сексом, следует спросить о его/ее последних трех партнерах. Запрашивается информация о виде партнера (таком, как супруг или супруга, живущем в партнерстве, друг/подруга, знакомый/знакомая, работник секс-индустрии) и о том, использовался ли презерватив во время последнего полового акта, а также информация о каждом из последних трех партнеров за последние 12 месяцев [14, 17].

Другим показателем, который так же может быть использован, для оценки эффективности профилактических программ среди молодежи, является «процент молодых ПИН, которые приняли формы поведения, сокращающие передачу ВИЧ/ВГС/ВГВ, т.е. которые избегают пользование общим инъекционным инструментарием и используют презервативы» [13, 17]. Безопасная инъекционная и сексуальная практика среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) имеет существенное значение для развития эпидемии гемоконтактных инфекций в Кыргызстане, где высок риск передачи ВИЧ/ВГС/ВГВ среди ПИН, использующих зараженный инъекционный инструментарий, чрезвычайно высок, и которые играют роль резервуара инфекции, для распространения эпидемий половым путем среди других групп населения. Данный показатель рассчитывается по ответам на следующий ряд вопросов:

- Использовали ли вы когда-либо инъекцируемые наркотики в прошлом месяце?
- Если ответ на вопрос 1 «да»: использовали ли вы общий инъекционный инструментарий когда-либо в прошлом месяце?
- Имели ли вы половой акт в прошлом месяце?
- Если ответы на вопросы 1 и 3 «да»: использовали ли вы (или ваш партнер) презерватив во время последнего полового акта?



В заключение надо отметить, что проблема профилактики социально-значимых парентеральных инфекций ВИЧ/ВГС/ВГВ у молодежи в Кыргызстане актуальна, но последняя попытка исследования рискованного поведения среди молодежи по ВИЧ, была проведена более 10 лет тому назад. К сожалению данные того исследования были не репрезентативны, и не позволили рассчитать индикаторы необходимые для выявления факторов рискованного поведения. В связи с этим планируется проведение нового исследования с учетом и исправлением ошибок предыдущего исследования.

Литература

1. Байызбекова Д.А. Комплексная оценка распространенности наркопотребления и проблемы профилактики ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике. - Бишкек, 2010. – 188 с.
2. Байызбекова Д.А., Сим Н.Н., Сарыбаева М.Э. и др. Отчет по результатам экспресс-оценки связей в области сексуального и репродуктивного здоровья и ВИЧ в Кыргызстане. – Бишкек, 2010. - 110 с.
3. Карниз А.Ф. О государственной политике по предупреждению распространения в России вирусных гепатитов // Военно-медицинский журнал. - 2001. - Т.322, № 5. - С.46-48.
4. Мартова О.В., Салько В.Н., Бойко О.В. и др. Медико-социальные аспекты профилактики вирусных гепатитов В и С у молодых людей и подростков // Гигиена и санитария. - 2002. - № 1. - С.45-47.
5. Онищенко Г.Г. О состоянии заболеваемости гепатитами в Российской Федерации и неотложных медицинских мерах по её стабилизации // Вопросы вирусологии. - 2001. - Т.46, № 4. - С.4-7.
6. Онищенко Г.Г. О заболеваемости инфекционными гепатитами в Российской Федерации и медико-социальных мерах по их распространению среди населения // Вестник Российской академии медицинских наук. - 2001. - №8. - С.31-34.
7. Руководство по мониторингу и оценке Государственной программы по стабилизации эпидемии ВИЧ-инфекции в КР на 2012-2016 г. – Бишкек, 2014. - 96 с.
8. Руководство по общественному здравоохранению / Под общей ред. О.Т. Касымова, С.Т. Абдикаримова. - Бишкек, 2012. – 272 с.
9. Соколова Т.В. Преподавание в высшей школе проблемы вирусных гепатитов, возбудители которых передаются парентеральным путём // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2003. - № 2. - С.59.
10. Федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002-2006 гг.)»
11. Шахгильдян Д.И. Эпидемиология парентеральных вирусных гепатитов в России // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2001. - Т.11, №4. - С.46-47.
12. Ястребова О.Н. Гепатит С: информационно-методическое пособие. - Кольцово, 2000. – 24 с.
13. Behavioral Surveillance Surveys (BSS): guidelines for the repeated behavioral surveys in Populations at risk of HIV/ Family Health International. - 2000.
14. Guide to Monitoring and Evaluating National HIV/AIDS Prevention Programmes for Young People. http://www.who.int/hivpub/epidemiology/me_prev_yup/en/ WHO-UNAIDS. -2004.
15. Hoofnagle J.H. Course and outcome of hepatitis C // Hepatology. - 2002. - Vol.36. - P. 21-29.
16. Jonas M.M. Children with hepatitis C // Hepatology. - 2002.–Vol.36 (Suppl.1). - P.173-178.
17. Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Guidelines on Construction of Core Indicators/ UNAIDS. - Geneva, 2002. http://www.unaids.org/UNGASS/docs/JC718-CoreIndic_en.pdf.

Сведения об авторах:

Кененбаева Р.М.

аспирант Научно-производственного объединения «Профилактическая медицина», ассистент кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии КГМА им. И.К. Ахунбаева
E-mail: nprmt@mail.ru

Байызбекова Джайнагуль Алчинбековна

д.м.н., профессор, заместитель директора по научной и клинической работе НПО «Проф. мед.»
E-mail: djauna2001@mail.ru

Касымова Рано Оморовна

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

Нурматов А.З.

м.н.с. РНПЦВИ ВНТК НПО «Профилактическая медицина»



Кожжахметова А.Н.

Казахская академия питания, г. Алматы, Республика Казахстан

МЕКТЕП ЖАШЫНДАГЫ БАЛДАРДЫН ЖАНА ӨСПҮРҮМДӨРДҮН ТАМАКТАНУУСУН РАЦИОНАЛИЗАЦИЯЛООНУН ГИГИЕНАЛЫК НЕГИЗДЕРИ

Корутунду. Мектепте балдардын тамактануусун уюштуруу окуучулардын ден соолугун гана эмес, алардын окуусунун натыйжалуулугун дагы аныктоочу билим берүү уюмдарынын маанилүү багыттагы иш-аракеттери болуп саналат. Биздин изилдөөлөрдүн жыйынтыктары боюнча кыздарга салыштырмалуу 7-10 жаштагы эркек балдардын арасында антропометриялык индекстер боюнун өсүүсү/жашы, салмагы/жашы, салмагы/ боюнун өсүүсү боюнча жетишсиз тамактануусу кеңири таралган. 7-10 жаштагы (кыздардын жана эркек балдардын) окуучулардын бир күндүк энергочыгымы жакшы тамактанган эталондук популяциядагы балдарга караганда килокалорияда дененин килограммдык салмагында төмөн болгон. Чыныгы тамактануунун жыйынтыгы баардык жаш-тобунда витаминдер А, В₂, В₉ жана микроэлементтердин жетишсиздигин көрсөттү.

Негизги сөздөр: рационалдуу тамактануу, нутриционалдык статус, физикалык өсүүсү, оорулар, бир күндүк энергочыгымы, тамактанууну уюштуруу.

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ РАЦИОНАЛИЗАЦИИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Резюме. Организация питания учащихся в школе, является важным направлением деятельности образовательных организаций, определяющим не только здоровье школьников, но и эффективность их обучения. По результатам нашей исследований по сравнению с девочками среди мальчиков 7-10 летнего возраста была больше распространена недостаточность питания по антропометрическим индексам рост/возраст, вес/возраст, вес/рост. Суточные энергозатраты школьников обоих полов в 7-10 летнем возрасте в килокалориях на килограмм массы тела ниже, чем у детей эталонной популяции хорошо питающихся детей. Результаты фактического питания показывают во всех возрастных группах выявлен дефицит витаминов А, В₂, В₉, и микроэлементов.

Ключевые слова: Рациональное питание, нутрициональный статус, физическое развитие, заболеваемость, суточные энергозатраты, организация питания.

HYGIENIC BASIS FOR NUTRITION RATIONALIZATION OF CHILDREN AND ADOLESCENTS OF SCHOOL AGE

Abstract. Organizing meals for children in school is an important area of activity of educational establishments being a determinant not only of school-children's health but also their academic performance. It was found that compared with girls, 7 to 10 years old boys had higher rates of nutritional deficiency by anthropometric indices such as height/age, weight/age, weight/height. Daily energy expenditures per kilocalories/kg body mass in children aged 7-10 years, both sexes, were lower than in a reference population of children with good nutrition. Studies of nutritional status revealed deficiencies in vitamins A, B₂, B₉ and trace elements across all age groups.

Key words: rational nutrition, nutritional status, physical development, morbidity, daily energy expenditure, organizing feeding service.



Актуальность. Полноценное и безопасное питание детей и подростков является одним из важнейших условий, обеспечивающих их гармоничный рост, оптимальные параметры психомоторного и интеллектуального развития, высокую умственную и физическую работоспособность, устойчивость организма к действию инфекции и других неблагоприятных факторов [1-3].

Здоровое питание детей требуют повышенного внимания со стороны как родителей и общественности, так и государства. Насколько питание является здоровым настолько и зависит физическое развитие школьников в любом возрасте. Особенно важную роль в физическом развитии детей и подростков играет горячее питание. Так, горячее питание организовано в 84,6 % школ республики для 1,9 млн. детей (80,4%). В соответствии с Законом РК «Об образовании» от 27.07.2007 года (ст.48) здоровье школьников относится к приоритетным направлениям государственной политики в сфере образования[4].

В последние годы отмечается стойкая тенденция к ухудшению показателей здоровья детей школьного возраста [5]. Анализ результатов динамических наблюдений свидетельствует о том, что, в последние десятилетия наблюдается стремительное уменьшение количества здоровых первокурсников и увеличение численности учащихся, страдающих хроническими заболеваниями, а также в возникновении анемии и болезней обмена веществ, ряда алиментарных расстройств, получивших статус «школьных болезней» [6].

Вместе с тем недостаточно изученными и решенными на практике остаются проблемы оптимизации питания детей, характер их питания и суточные энергозатраты и др. Это обстоятельство диктует необходимость проведения выборочного популяционного исследования с охватом достаточного количества детей и подростков школьного

возраста в районах, отличающихся по уровню социально-экономического развития внесением соответствующих рекомендации по возобновлению горячего питания школьников.

Цель исследования.

На основе оценки внутришкольного статуса, фактического питания школьников общеобразовательных школ города Алматы разработать рекомендации по совершенствованию их питания.

Задачи:

1. Изучить особенности внутришкольного статуса школьников 7-18 летнего возраста проживающих в г. Алматы.
2. Изучить особенности заболеваемости школьников 7-18 летнего возраста проживающих в г. Алматы.
3. Уточнить потребность в энергии и пищевых веществах для детей и подростков школьного возраста проживающих в городе Алматы.
4. Установить адекватность фактического питания детей и подростков школьного возраста их суточным энергетическим затратам.
5. Разработать рекомендации по рационализации питания учащихся общеобразовательных школ г. Алматы.

Материал и методы исследования.

Объектами исследования являлись учащиеся общеобразовательных школ в возрасте 7-18 лет, отобранные методом двухступенчатой стратификации. Для формирования выборки учащихся сначала отбирались конкретные территориальные единицы (районы) в г. Алматы. На второй ступени от каждой из этих территориальных единиц в г. Алматы отбирались по 2 школы, причем вероятность их отбора была пропорциональна размеру школы, определяемому по расчетному количеству учащихся в соответствующих классах. С использованием такого методического подхода к выборке из 181 общеобразовательных школ в г. Алматы было отобрано 12



школ располагающихся в шести районах города.

В 12 школах г. Алматы были отобраны для исследования 11513 детей и подростков (табл.1).

В соответствии с требованиями ФАО/ВОЗ, каждая возрастная группа должна включать не менее 400 человек (200 мальчиков и 200 девочек).

Фактическое питание у 288 школьников изучалось методом 24-часового воспроизведения питания (24 hours recall-method) путем двукратного интервьюирования респондента. Суточные затраты энергии у 288 школьников оценивали методом непрямой калориметрии, анализа хронометража бюджета времени и выборочного определения энергоёмкости

отдельных видов физической активности (занятия спортом, выполнение умеренного труда вне школы и др.) с использованием пульсометра “Focus 30” (Англия) и “Polar 810i” (Финляндия).

Рост и масса тела у 11485 школьников оценивали по методике ВОЗ с точностью измерения массы тела на электронных весах до 0,1 кг, а роста - до 0,1 см при использовании портативного ростомера.

Отклонения в физическом развитии (дефицит и/или избыток массы тела) определяли по ростовесовому показателю – ИМТ. Индекс Кетля вычисляли по уравнению: масса тела (в килограммах) / рост (метр в квадрате).

Таблица 1.

Характеристика обследованных детей и подростков

| Район | № школы или гимназии | Всего | Пол | |
|---------------|----------------------|--------------|-------------|-------------|
| | | | мальчики | девочки |
| Алмалинский | №8 | 757 | 388 | 369 |
| | №58 | 1029 | 565 | 464 |
| Ауэзовский | №26 | 757 | 389 | 368 |
| | №116 | 948 | 500 | 448 |
| Бостандыкский | №81 | 936 | 448 | 488 |
| | Гимназия №70 | 886 | 453 | 433 |
| Жетысуйский | Гимназия №147 | 1121 | 599 | 522 |
| | №87 | 1679 | 881 | 798 |
| Медеуский | №64 | 811 | 415 | 396 |
| | Гимназия №159 | 1324 | 694 | 630 |
| Турксибский | №162 | 689 | 348 | 341 |
| | №59 | 576 | 310 | 266 |
| Всего | | 11513 | 5990 | 5523 |

Росто-весовые показатели алматинских школьников сопоставлялись со стандартами физического развития американских сверстников по материалам третьего национального исследования статуса питания в США (NCHS/WHO) с использованием специальной программы «ANTHRO Software» of the CDC, Atlanta, Ga., USA. [7]

Для характеристики здоровья школьников были изучены карты развития ребенка (уч. ф. 026) за последние три года,

предшествовавшие обследованию, проанализированы 10675 карт развития. Оценка здоровья осуществлялась по группам здоровья [1].

Статистическая обработка результатов исследований осуществлялась с использованием пакета компьютерной программы “SPSS v. 16”.

Результаты обсуждения. Характеристика состояния физического развития детей и подростков школьного возраста г. Алматы



можно резюмировать о том, что по показателям роста по данным рисунка 1. мальчики проживающие в городе Алматы во

всех возрастных периодах отставали от показателей эталонной популяции, кроме детей 7 - летнего возраста.

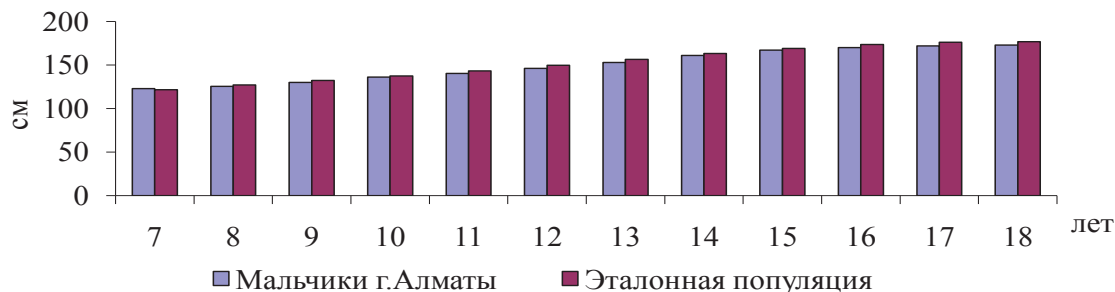


Рис. 1. Средние показатели роста (см) обследованных школьников г. Алматы и их сверстников из эталонной популяции

А показатели роста девочек отставали от эталонной популяции хорошо питающихся детей лишь до 14-летнего возраста, с

незначительным опережением начиная с 16-летнего возраста (рис. 2).

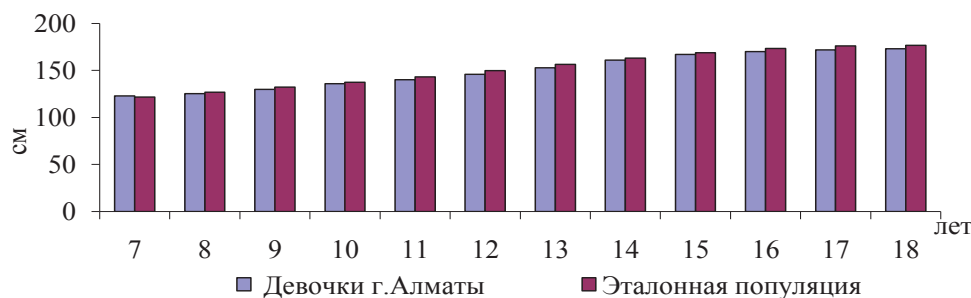


Рис. 2. Средние показатели роста (см) обследованных школьниц г. Алматы и их сверстниц из эталонной популяции

В отличие от роста, масса тела является лабильным показателем отражающее недавно возникшие нарушения физического развития.

При сравнении массы тела детей мужского пола со сверстниками из эталонной популяции ВОЗ выявлено, что

они по этому параметру также отстают во всех возрастных периодах, за исключением 7-лет.

Масса тела школьников г. Алматы также отставала от эталонных показателей ВОЗ во всех возрастных периодах, кроме 7-летнего возраста (рис. 3, 4).

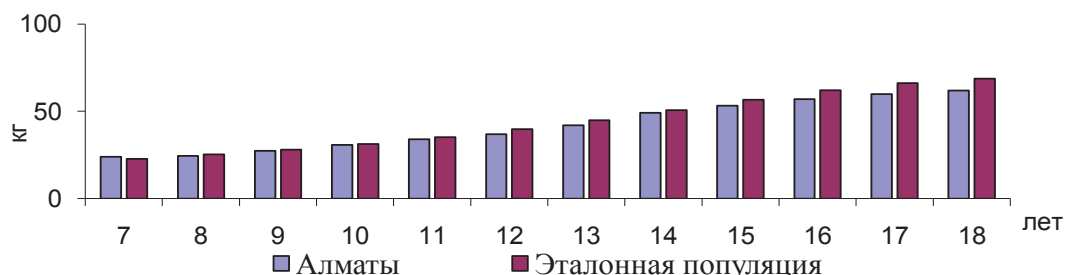


Рис. 3. Масса тела мальчиков г. Алматы и их сверстников из эталонной популяции

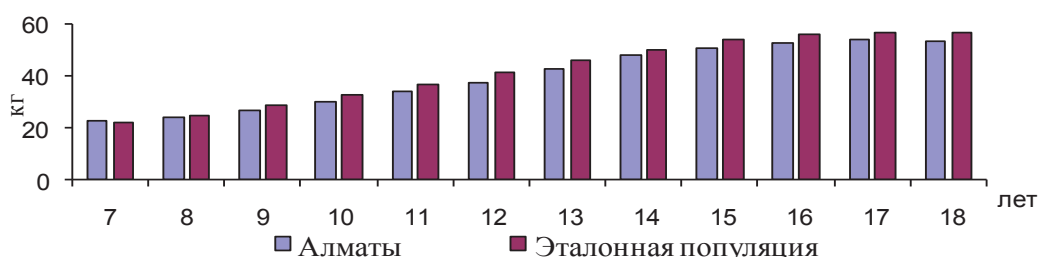


Рис. 4. Масса тела девочек г. Алматы и их сверстников из эталонной популяции

Относительное количество детей школьного возраста с недостаточным (-2СО) питанием с увеличением возраста возрастает с 8-летнего возраста по антропометрическим индексам рост/возраст, вес/возраст, вес/рост. Так, среди мальчиков 8-летнего возраста относительное количество индивидуумов с недостаточным (-2СО) питанием по индексу вес/возраст составляет 5,3%, а по индексу вес/рост таковых 7,4%. Среди мальчиков 9-летнего возраста распространенность школьников с нарушением питания по трем индексам составляет 4,2-5,7%. Нарушение питания по трем индексам среди мальчиков 10-летнего возраста составляет 4,6-7,1%.

Что касается девочек то, среди них процент школьниц с недостаточным питанием несколько ниже и составляет 3,2-3,4%. Относительное количество учащихся с избыточным (+ 2СО) питанием среди мальчиков и девочек 7-10 летнего возраста по антропометрическому индексу рост/возраст составляет в среднем 1,3%, по индексу вес/возраст в среднем -1,8%. По индексу вес/рост распространенность

избыточного питания среди мальчиков составляет - 3,1%, среди девочек - 1,9%. Распространенность детей с крайним недостаточным (-3СО) или крайним избыточным (+3СО) питанием является примерно одинаковым.

Таким образом, по сравнению с девочками среди мальчиков 7-10 летнего возраста была больше распространена недостаточность питания по антропометрическим индексам рост/возраст, вес/возраст, вес/рост.

Известно, что с приближением половой зрелости сдвиги в активности гормонов оказывают влияние на телосложение детей и подростков. По мнению экспертов ВОЗ, оценка внутринационального статуса у детей старше 10 лет должна осуществляться с использованием индекса массы тела (ИМТ). Сниженные показатели ИМТ больше были распространены у школьников мужского пола, чем у женского. С 13-летнего возраста до 18 лет относительное количество детей имеющих сниженные ИМТ закономерно снижается.



С увеличением возраста не только увеличивается количество детей с нормальной массой тела, но и с избыточной массой тела. В результате изучения распространенности нарушения ИМТ, можно сделать

обобщение о том, что не только школьники начальных классов, но учащиеся до 11-15 летнего возраста требуют организации горячего питания в школе (рис.5).

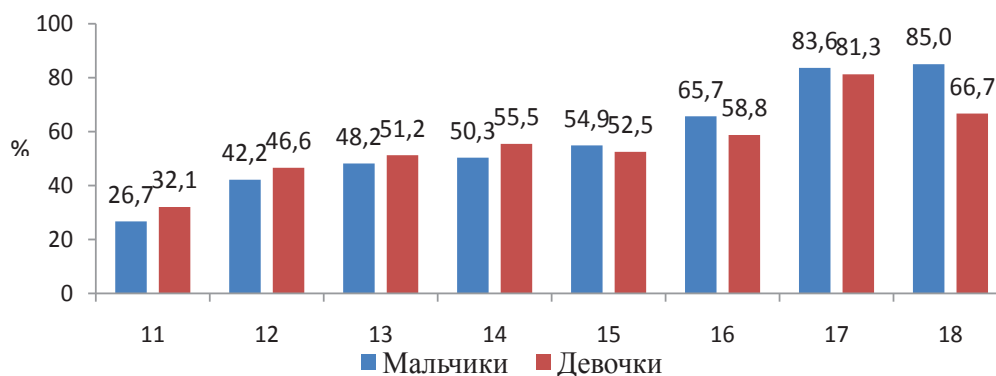


Рис. 5. Процентное распределение школьников 11-18-летнего возраста, имеющих нормальные показатели ИМТ (18,50 – 24,99)

С учетом этого и принимая во внимание опыт зарубежных стран, необходимо разработать меры для улучшения питания детей школьного возраста во всех образовательных учреждениях.

По данным нашего исследования, из 11485 учащихся 9719 детей школьного возраста относились к 1 группе здоровья, 1579 детей к 2 группе, 177 детей к 3 группе и 10 школьников к 4 группе. Практически здоровых детей было 84,6%. Больных детей 2-4 группы было 15,4%. Школьники 2 группы здоровья 7-11 летнего возраста чаще страдали заболеваниями ЦНС, ЖКТ, эндокринной системы. В 11-18 летнем возрасте больше были подвержены эндокринным заболеваниям, ЦНС и заболевания ЖКТ. Школьники 3 группы здоровья в 7-11 летнем возрасте чаще страдали заболеваниями ЦНС, ЖКТ, почек. В 11-14 летнем возрасте больше были подвержены ЖКТ, ЦНС, ЛОР и заболевания почек. Школьники 15-18 летнего возраста чаще страдали заболеваниями ЖКТ, зрения, эндокринной патологией.

Если взять общую заболеваемость то, наиболее часто страдающими различными

заболеваниями являются школьники 11-14 летнего возраста.

При сравнении величины суточных энергозатрат школьников г. Алматы с их сверстниками из эталонной популяции установлено, что суточные энергозатраты школьников в килокалориях обоих полов до 7-10 летнего возраста ниже, чем у эталонной популяции. Начиная уже с 11 летнего возраста суточные энергозатраты учащихся мужского пола соответствуют аналогичным показателям эталонной популяции ВОЗ и даже незначительно превышают. Напротив, энергозатраты девочек соответствуют затратам эталонной популяции в возрастном диапазоне 15-18 лет.

Данный тезис также, подтверждается сопоставлением суточных энергозатрат у школьников г. Алматы и их сверстников из эталонной популяции ВОЗ (в ккал. на кг. массы тела). Так, суточные энергозатраты школьников обоих полов в 7-10 летнем возрасте в килокалориях на килограмм массы тела ниже, чем у детей эталонной популяции хорошо питающихся детей (рис. 6).

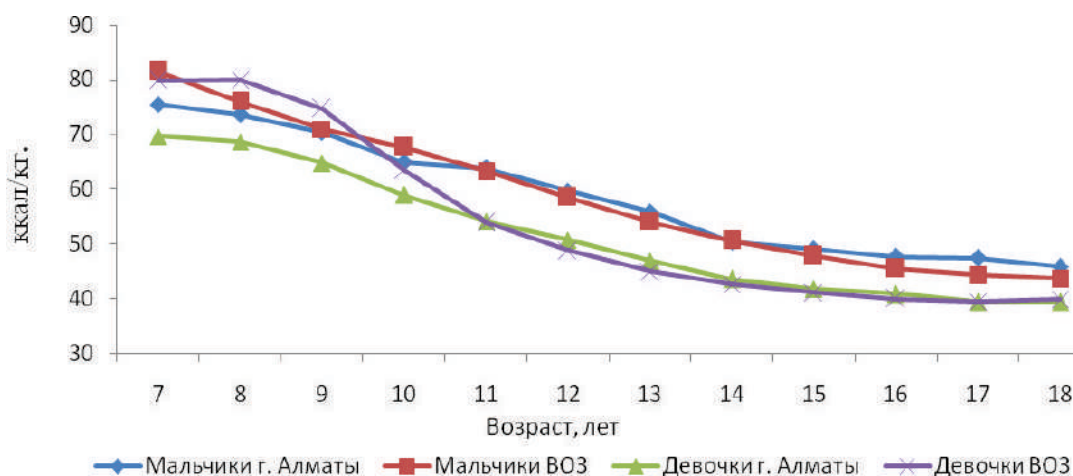


Рис. 6. Сопоставление суточных энергозатрат у школьников г. Алматы и их сверстников из эталонной популяции ВОЗ (в ккал.на кг. массы тела)

Поэтому, на наш взгляд, приведенные фактические данные являются подтверждением того, что рационы питания детей 7-11-летнего возраста необходимо дополнительно обеспечить энергетическими и пластическими материалами, необходимыми для их роста и развития. Важно то, что недостаточную массу тела школьников необходимо как можно быстрее адекватно компенсировать грамотно построенным рационом питания.

В связи с актуальностью изучения питания школьников, следующим этапом нашего исследования явилось изучение рационов фактического питания учащихся общеобразовательных школ.

Несбалансированность рационов питания школьников характеризовалась недостатком белков животного происхождения, полиненасыщенных жирных кислот и превышением содержания легкоусвояемых углеводов. В целом, рацион питания школьников состоял из продуктов содержащих преимущественно белки растительного происхождения, и легкоусвояемые углеводы. Причем, по результатам фактического питания во всех возрастных группах выявлен дефицит витаминов А, В₂, В₉, и микроэлементов (кальция, магния,

железа, цинка, йода) и пищевых волокон, что позволяют предположить о недостаточном потреблении продуктов животного происхождения, овощей и фруктов.

В связи с этим, одним из способов профилактики пищевых нарушений, связанных с дефицитами белков животного происхождения, витаминов и микроэлементов являются организация в общеобразовательных школах бесплатного «горячего питания» для детей в возрастной группе 7-10 лет и обогащение часто потребляемых ими продуктов питания.

При сравнении пищевой плотности рекомендуемого набора пищевых продуктов установлено, что их пищевая плотность выше по содержанию кальция, йода, витамина А, фолата, ниацина и витамина С. Содержание железа, тиамин, рибофлавин соответствуют рекомендованной ВОЗ плотности пищевых веществ.

На основании вышеизложенного можно утверждать, что при внедрении рекомендуемого набора пищевых продуктов в общеобразовательных школах г. Алматы снизится частота распространенности макро- и микронутриентной недостаточности. Рекомендуемый нами рацион питания несомненно, будет способствовать нормальному росту и развитию детей



школьного возраста, сохранению их здоровья и снижению риска во взрослой жизни хронических неинфекционных заболеваний. Оно необходимо также для обеспечения нормальной физической и умственной трудоспособности, повышения способности к обучению и улучшению успеваемости в школе.

Таким, образом, полученные данные по набору пищевых продуктов для детей школьного возраста и данные по химическому составу следовало бы внедрить в санитарные правила «Санитарно – эпидемиологические требования к объектам воспитания и образования детей и подростков», утверждаемые постановлением Правительства РК. Принимая во внимание всю важность обеспечения детей школьного возраста полноценным и сбалансированным питанием мы считаем необходимым принять на государственном уровне перечень мер для улучшения питания школьников.

ВЫВОДЫ

1. По показателям роста и массы тела школьники проживающие в г. Алматы во всех возрастных периодах отставали от показателей эталонной популяции, кроме детей 7 летнего возраста.
2. С увеличением возраста среди школьников 7-11 летнего возраста увеличивается относительное количество детей с недостаточным (- 2СО) питанием по трем антропометрическим индексам рост/возраст, вес/возраст, вес/рост. Сниженные показатели ИМТ (- 2СО, - 3СО) больше были распространены у школьников 11-15 летнего возраста мужского пола, чем у женского.
3. Школьники 2 группы здоровья 7-11 летнего возраста чаще страдали заболеваниями ЦНС, ЖКТ, эндокринной системы. В 11-18 летнем возрасте больше были подвержены эндокринным заболеваниям, заболеваниями ЦНС и заболе-

вания ЖКТ. Дети 3 группы 7-11 летнего возраста чаще страдали заболеваниями ЦНС, ЖКТ, почек. Если взять общую заболеваемость то, наиболее часто страдающими различными заболеваниями являются школьники 11-14 летнего возраста.

4. При сравнении величины суточных энергозатрат школьников г. Алматы с их сверстниками из эталонной популяции установлено, что суточные энергозатраты школьников в килокалориях обоих полов до 7-10 летнего возраста ниже, чем у эталонной популяции. Начиная уже с 11 летнего возраста суточные энергозатраты учащихся мужского пола соответствуют аналогичным показателям эталонной популяции ВОЗ и даже незначительно превышают. Напротив, энергозатраты девочек соответствуют затратам эталонной популяции только в возрастном диапазоне 15-18 лет.

Литература

1. Кучма В.Р. Гигиена детей и подростков // Учебная литература для студентов медицинских вузов. – М.: Медицина. – 2001. – 382 с.
2. Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Diseases: Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation // WHO Technical Report Series, 216. – Geneva, 2003.
3. Hendren R., Weisen R.B., Orley J. Mental Health Programmes in Schools // Division of Mental Health, WHO. – Geneva, 1994.
4. Закон Республики Казахстан от 27 июля 2007 года № 319-III «Об образовании» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 13.01.2015г.)
5. Михалюк Н.С. Возрастные особенности питания детей // Вопросы питания. – 2005. - №2. – С.33-35.
6. Шарманов Т.Ш. Питание – важнейший фактор здоровья человека. - Алматы: Асем-Систем, 2010. - 480с.
7. Потребности в энергии и белке. Доклад Объединенного консультативного совещания экспертов ФАО/ВОЗ/УООН // Серия тех. докл. 724. –Женева:ВОЗ,1987. – 208 с.

Сведения об авторе:

Кожяхметова Айгуль Нагайбековна

научный сотрудник Казахской академии питания, старший преподаватель кафедры нутрициологии КазНМУ им.С.Ж.Асфендиярова, эл.почта: koghahmetova@mail.ru



**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН
САЛАМАТТЫК САКТОО
МИНИСТРЛИГИ**



ГСП, 720040, Бишкек шаары
Москва көчөсү, 148
Факс: 0 (312) 660717, тел.: 621865
E-mail: mz@med.kg
ОКПО 00013014 ИНН 00610199210162
Регистр № СФКР 01-0009315
Биринчи май району МСИ 004
Биринчи Май КРБ
Бишкек ш., «Айыл банк» ААК
э/с 1350108015183485 БИК 135001

**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

ГСП, 720040, г. Бишкек
ул. Московская, 148
Факс: 0 (312) 660717, тел.: 621865
E-mail: mz@med.kg
ОКПО 00013014 ИНН 00610199210162
Регистр № СФКР 01-0009315
ГНИ Первомайского района 004
Первомайское РОК
ОАО «Айыл банк», г. Бишкек
р/с 1350108015183485 БИК 135001

04.11.16 № 401 **УКАЗАНИЕ**

на № _____ от _____

В целях регулярного обозрения и получения современной информации, а также ознакомления с новыми научными разработками, изданиями, трудами авторов и другими материалами в медицинской области республики

1.Руководителям организаций здравоохранения и медицинских образовательных организаций:

1.1.произвести подписку на научно- практический журнал «Здравоохранение Кыргызстана» на 2017 год (подписной индекс №77316. Стоимость одного номера журнала, согласно подписной цене по каталогу Государственного предприятия «Кыргыз почтасы», 600 сом 57 т.), согласно приложения данного указания.

1.2. о результатах подписки письменно сообщить ответственному секретарю журнала «Здравоохранение Кыргызстана» по тел. 0551- 351588; 0779- 165218 Усонкуловой Г.Б.

Срок - до 30 декабря 2016 года.

2.Контроль за исполнением настоящего указания возложить на начальника УКРиМО Ибраеву Г.А.

И.о министра

Т.А. Батыралиев



УКАЗАНИЕ *п 839 от 23.12.16г.*

В целях широкого освещения и обсуждения научным сообществом важнейших событий, проблем и достижений в области медицины и здравоохранения Кыргызской Республики

1. Руководителям организаций здравоохранения и медицинских образовательных организаций:

1.1. Подготовить статьи и предоставить для опубликования в научно – практическом журнале «Здравоохранение Кыргызстана» на 2017 год:

- посвященные вопросам истории, состояния и перспективы развития медицины и здравоохранения согласно направлений деятельности учреждения;

- по основным результатам докторских и кандидатских диссертаций, а также по завершённым темам финансируемых из республиканского бюджета (НИР).

1.2. Подготовленные научные статьи направлять в редакцию журнала «Здравоохранение Кыргызстана» по адресу: г. Бишкек, ул. Байтик Баатыра, 34 или на электронную почту: *E-mail: zdrav.kg@mail.ru*. Научно-практический журнал «Здравоохранение Кыргызстана» выходит 4 раза в год и представлен в Российском индексе научного цитирования (РИНЦ).

2. Утвердить прилагаемый график предоставления статей.

3. Контроль за исполнением настоящего указания возложить на начальника УКРиМО Ибраева Г. А.

Министр

Т.А. Батыралиев



Полное изложение приказа см. на сайте zdrav.kg



Приложение
к указанию МЗ КР
от «23» 12 2016 г.
№ 839

ГРАФИК
представления статей, информации для опубликования в журнале
«Здравоохранение Кыргызстана» на 2017 год

| № п/п | Наименование учреждения | Сроки предоставления | | | |
|-------|--|----------------------|------------|---------------|--------------|
| | | I квартал | II квартал | III квартал | IV квартал |
| 1. | ДПЗиГСЭН | до 15 февраля | до 15 мая | до 15 августа | до 15 ноября |
| 2. | Центр карантинных и особо опасных инфекций | до 15 февраля | до 15 мая | до 15 августа | до 15 ноября |
| 3. | ЦПЗ и ГСЭН г. Бишкек | до 15 февраля | до 15 мая | до 15 августа | до 15 ноября |
| 4. | ДЛОиМТ | до 15 февраля | до 15 мая | до 15 августа | до 15 ноября |
| 5. | Республиканская научная медицинская библиотека | до 15 февраля | до 15 мая | до 15 августа | до 15 ноября |
| 6. | Республиканские организации здравоохранения | до 15 февраля | до 15 мая | до 15 августа | до 15 ноября |
| 7. | НИИ и Национальные Центры | до 15 февраля | до 15 мая | до 15 августа | до 15 ноября |
| 8. | Департамент здравоохранения г. Бишкек | до 15 февраля | до 15 мая | до 15 августа | до 15 ноября |
| 9. | Образовательные организации | до 15 февраля | до 15 мая | до 15 августа | до 15 ноября |
| 10. | Чуйская область | до 15 февраля | до 15 мая | до 15 августа | до 15 ноября |
| 11. | Ысык-Кульская область | до 15 февраля | до 15 мая | до 15 августа | до 15 ноября |
| 12. | Нарынская область | до 15 февраля | до 15 мая | до 15 августа | до 15 ноября |
| 13. | Таласская область | до 15 февраля | до 15 мая | до 15 августа | до 15 ноября |
| 14. | Ошская область | до 15 февраля | до 15 мая | до 15 августа | до 15 ноября |
| 15. | г. Ош | до 15 февраля | до 15 мая | до 15 августа | до 15 ноября |
| 16. | Жалал-Абадская область | до 15 февраля | до 15 мая | до 15 августа | до 15 ноября |
| 17. | Баткенская область | до 15 февраля | до 15 мая | до 15 августа | до 15 ноября |

Примечание: Научные, образовательные и республиканские организации здравоохранения - не менее двух статей в квартал.

Полное изложение приказа см. на сайте zdrav.kg



БУЙРУК № 945

30.12.2016-ж.

**Кыргыз Республиканын Саламаттык сактоо министрлигинин 2016-жылдын
23-декабрындагы №9-3 «Кыргыз Республиканын Мамлекеттик тили жөнүндө» Мыйзамынын аткарылыш
абалы жөнүндө коллегиянын чечимин жүзөгө ашыруу жөнүндө**

2016-жылдын 23-декабрындагы №9-3 Кыргыз Республиканын Саламаттык сактоо министрлигинин «Кыргыз Республиканын Мамлекеттик тили жөнүндө» Мыйзамынын аткарылыш абалы жөнүндө коллегиянын чечимин жүзөгө ашыруу максатында

БУЙРУК КЫЛАМ:

1. БШССД жана Бишкек шаарынын АДУларында, Чүй, Ысык-Көл облустарындагы медициналык мекемелеринде жана Токмок, И.К. Ахунбаев атындагы Каракол медициналык колледждеринде “КР Мамлекеттик тили жөнүндө” Кыргыз Республикасынын мыйзамынын аткарылыш абалы “канааттандыраарлык” деп таанылсын.

2. Ысык-Көл райондук Тиш дарылоо бейтапканасынын башкы дарыгерине (К.Т.Тикибаев) КР Тил мыйзамын ишке ашыруу боюнча иш аракеттерин жүргүзсүн (2 айлык мөөнөт).

3. КР Билим берүү жана илим министрлиги менен макулдашып бекиттирүү жагы КИЖБББ башчысы (Г.А.Ибраева), Улуттук комиссиянын мүчөсү КР ССМнын мамлекеттик тил боюнча координатору (М.Жээналиев) КР Тил мыйзамын аткарууда Республиканын медициналык жогорку окуу жайларында жана колледждеринде орчундуу материалдарды талдап бирдейлештирүү максатында Ош жана Бишкек шаарларында аймактык жетектөөчү медициналык мекеменин статусун бекитүү жагы каралсын. Анын Жобосун иштеп чыгуу тапшырылсын.

Мөөнөтү: 2017-ж. 1-чейреги

4. МЖЖДДСБ, КИЖМБББ башчылары (С.Ш. Тойматов, Г.А. Ибраева), Илимий изилдөө жана илимий борборлордун, республикалык, облустук, шаардык, райондук медициналык мекемелердин жетекчилерине:

4.1. “Кыргыз Республиканын Мамлекеттик тили жөнүндө” Кыргыз Республикасынын Мыйзамын (02.04.2004-ж. №54) ишке ашыруу жакшыртылсын;

Мөөнөтү: туруктуу

4.2. Медициналык бланктарды (Бейтап баяны (мед. карта стац. больного), Төрөт баяны (история родов), Ымыркай баяны (история развития новорождённого), Бала баяны (история развития ребёнка), Саламаттык баяны (мед. карта амбулаторного больного), Кош бойлуунун жеке картасы (инд. карта беременных) толук мамлекеттик тилде толтуруу жагы 2017-жылдын 1-жарымынан толук киргизилсин;

4.3. Кыргыз Республикасынын Өкмөтүнүн токтомуна (15.11.2016, № 581) ылайык республиканын саламаттык сактоо (медицина, фармацевтика, билим берүү жана илим) тармагынын штаттарындагы кыргыз тили котормочу адиси лингвист-эксперт кызматкери болуп өзгөртүлсүн

Мөөнөтү: 2017-ж. 1-чейреги

4.4. КР Мамлекеттик тилин онуктуруу максатында тиешелуу денгээлде медициналык адистер арасында окутуу иштери жана семинарлар өткөрүлсүн;

Мөөнөтү: 2017-ж. ичинде.

4.5. Кадрлар бөлүмүнүн башчылары, инспекторлору, нускоочулары, документ жүргүзүүчүлөр, катчылар милдеттүү түрдө мамлекеттик жана расмий тилдерди билген жана иш жүргүзө алган адистерден болуусу милдеттенсин.

Мөөнөтү: 2017-ж. ичинде.

5. Ысык-Көл облустук саламаттык сактоо координатору (Э.А. Сатылганов), медициналык документтерди, иш кагаздарды толугу менен мамлекеттик тилге өткөрүү боюнча Ысык-Көл облустук саламаттык сактоо мекемелери базалык сынама (пилоттук) деп табылсын

Мөөнөтү: 2017-ж. 2- чейрегинен.

6. Бул коллегиянын чечиминин аткарылышын көзөмөлдөө КИЖМБББ башчысына (Г.А. Ибраева) жүктөлсүн

Министр

Т.А. Батыралиев

Полное изложение приказа см. на сайте zdrav.kg



БУЙРУК №22
12.01.2017 ж.

**Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин
коллегиясынын № 9-4 23.12. 2016-ж.
чечимдерин ишке ашыруу жөнүндө**

Өткөрүлүп жаткан иштерге карабастан, лабораториялык процесстердин стандарттары төмөнкү деңгээлде калып жатат жана өткөрүлүп жаткан изилдөөлөрдүн үстүнөн көзөмөл жок. Адистерди даярдоого жеткиликтүү көңүл бурулбайт, жабдууларды техникалык тейлөө жүргүзүлбөйт, пробаларды мамлекеттик деңгээлде транспорттук ташуу уюштурулган эмес, саламаттыкты сактоо министрлигинин талап кылган буйруктары толугу менен аткарылбайт. Бруцеллез жана В вирус гепатитине жүргүзүлгөн текшерүүнүн сапаты төмөнкү деңгээлде. АИВге жүргүзүлгөн диагностикадагы катачылыктар жана өз убагында дарылоо жана эпидемияга каршы иш-чаралардын жоктугу-АИВни тесстирлөө алгоритмин бузуу кесепеттери. Лабораторияларда иш жүктөмүнүн төмөндүгү байкалат. АИВни аныктоочу лабораториялар жабдылганына карабастан, текшерүүлөрдүн санын кеңейткен эмес.

“Кыргыз Республикасынын саламаттыкты сактоо мекемелеринде бруцеллез, вирустук гепатиттерин жана АИВни аныктоо сапатынын абалы жөнүндө”, жогоруда айтылган коллегиянын чечимин ишке ашыруу максатында

БУЙРУК КЫЛАМ

1. АИВни, вирустук гепатиттерди жана бруцеллезду аныктоо мекемелердин текшерүүнүн жыйынтыгы боюнча, иш-аракеттери өз деңгээлинде жүргүзүлбөйт деп табылсын.
2. АИВни аныктоонун алгоритмин бузгандыгы, лабораториялык процесстерди стандартизациялоонун бардык этаптарынын төмөн деңгээлде аткаргандыгы жана АИВни жана вирус гепатиттерин аныктоо иш-чараларынын үстүнөн сапаттык текшерүүнүн жоктугуна байланыштуу Талас СКАОБнын (Ниязалиев Б.К.), Кара-Буура ТОнын (Усупбеков Н.С.), Аксы ТОнын (Осмонов М.С.), Сузак ТОнын (Жолдошев А.С.), Ак-Талаа ТОнын (Бектуров Д), башкы дарыгерлерине сөгүш жарыялансын.
3. АИВни аныктоо алгоритми жетиштүү сакталбаганы үчүн, талаптарды жана изилдөөлөрдү жакшы көзөмөлгө албаган үчүн Жалалабад СКАОБ башкы дарыгерине (Сатарова Э.А.) эскертүү берилсин.
4. Бруцеллезду сапатуу аныктоо жургузуу үчүн керектүү шарттарды түзүп бербеген үчүн жана Кыргыз Республикасынын саламаттыкты сактоо министрлигинин №103 буйругун “Республиканын теритроиясында бруцеллезду эпидемиологиялык көзөмөлдөө жөнүнүндө” 24.02.2010 жылкы жана 27.09.2010 жылындагы №468 “Бруцеллезду лабораториялык аныктоого карата усулдук көкөрсөтмөлөрүн бекитүү” 07.03.2012 жылындагы №111 Кыргыз Республикасынын саламаттыкты сактоо тарабынан “Социалдык жактан белгилүү болгон жугуштуу ооруларды лаборатория шартында жургузулгөн изилдөөлөрдүн сапатынын жакшыртуу максатында жүргүзүлгөн талаптар жөнүндө”, деген буйруктарды так аткарылбаган үчүн Баткен ОАРБЖМСЭК башкы даргери Жунусалив Д.Ж, Өзгөн ОАРБЖМСЭК башкы даргери Каныбаев А.К. Алай ТО башкы даргери Белекбаев Т.М. эскертүү берилсин.
5. Бруцеллез, вирустук гепатит АИВге аныктоо жургузгөн мекемелер башчыларына милдеттендирилет
 - 5.1.Лабораториялык аныктоолордун бүт процесстерин стандартташтыруу
Мөөнөтү: дайыма.
 - 5.2.Лаборатория ичиндеги изилдөөлөрдүн сапатын текшерип туруу
Мөөнөтү: дайыма.



6. АИВни аныктоо үчүн жабдылган лабораторияларда иммуноферменттик анализ методунун пайдалануу спектрин кеңейтүү жагы ушул лабораториялар жайгашкан территориялык ооруканалардын жетечилерине милдеттендирилсин.

Мөөнөтү: 2017 жылдын I кварталы.

7. ООЗдун башчысы Исмаилова Б.А, Республикалык СПИД борборунун директору Кадырбеков У.К ге АИВни лабораториялык аныктоолорун оптимизациялоо боюнча комиссия түзүү милдеттендирилсин.

Мөөнөтү: 2017 жылдын I кварталы.

8. “Саламаттыкты сактоо автономиясы” аттуу проекттин алкагында пилоттук Тон, Жети-Өгүз, Түп райондорунда борбордошкон лабораторияларды киргизүү жөнүндө суроону иштеп чыгуу жагы УОМП и ЛП башчысы Тойматов С.Ш, ООЗдун башчысы Исмаилова Б.А. милдеттендирилсин.

Мөөнөтү: 2017 жылдын I кварталы.

9. Бруцеллезду сапаттуу аныктоо жагы, лабораториялык аныктоолордун сапатын текшерүү жагы үчүн көчмө семинарларын уюштуруу жагы КГМИиПК ректору Чубаков Т.Ч. жана РЦКиООИнин директору Абдукаримов С.Т милдеттендирилсин.

Мөөнөтү: 2017 жылдын IV кварталы

10. РЦКиООИнин директоруна (Абдукаримов С.Т.) милдеттендирилсин:

10.1 Кыргызстанга бруцеллезду аныктоого келген препараттарды текшерип туруу

Мөөнөтү: дайыма.

10.2 Бруцеллезду аныктоо үчүн жүргүзүлгөн эсеп-кысап документтерин стандарттык формаларын бекитүү жагы

Мөөнөтү: 2017 жылдын I кварталы.

10.3 Бруцеллезду лабораториялык аныктоо үчүн жүргүзүлгөн стандарттуу типтүү процедураларды иштеп чыгуу жана бекитүү.

Мөөнөтү: 2017 жылдын IV кварталы

11. Бруцеллез, вирустук гепатит, АИВни лабораториялык жактан аныктоо үчүн саламаттыкты сактоо мекемелерине практикалык жана усулдук жардам берүү жагы “Алдын алуу медицина” илимий уюмунун директоруна (Касымов О.Т.), Республикалык СПИД борборунун директоруна (Кадырбеков У.К.) жана РЦКиООИнин директоруна (Абдыкеримов С.Т.) милдеттендирилсин.

Мөөнөтү: дайыма.

12. Талас, Кара-Буура, Аксы, Сузак, Ак-Талаа, Жалалабад, Баткен, Өзгөн, Алай саламаттыкты сактоо уюмдарынын жетекчилерине бруцеллез, АИВни лаборатория шартында текшерүүдө жүргүзүлгөн кемчиликтерин жоюу боюнча текшерүү жагы “Алдын алуу медицина” илимий өндүрүтүк бирикменин директоруна (Касымов О.Т.) милдеттендирилет.

Мөөнөтү: 2017 жылдын апрель айы.

13. Бул буйруктун аткарылышынын текшерүү жагы саламаттыкты сактоо министринин орун басары Горин О.Вга милдеттендирилет.

Министр

Т.А. Батыралиев



МАЗМУНУ / СОДЕРЖАНИЕ / CONTENTS

- 3 **Джумагулов О.Д.** Кыргыз Республикасындагы офтальмологиялык кызматтын абалы жана өнүгүү келечектери / *Состояние и перспективы развития офтальмологической службы в Кыргызской Республике / Current State and Prospects for the Development of Ophthalmological Service in the Kyrgyz Republic*
- 9 **Китарова Г.С., Мамырбаева Т.Т., Асанова Ж.Ш.** Кыргыз Республикасынын Саламаттык Сактоо Министрлигине караштуу Республикалык илимий медициналык китепкананын 70 жылдыгына / *К 70-летию Республиканской научной медицинской библиотеки Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики / Approaching the 70th Anniversary of the Republican Scientific Medical Library of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic*
- 14 **Айтмурзаева Г.Т.** Кыргызстандагы ден-соолукту чыңдоо саясаты / *Политика укрепления здоровья в Кыргызстане / Health Promotion Policy in Kyrgyzstan*
- 20 **Алымбаев Р.С., Касымов О.Т., Чойбекова К.М.** Кыргыз Республикасындагы стоматологиялык кызматынын өнүгүүсү жана проблемалары / *Современное состояние стоматологической службы Кыргызской Республики / The Current State of the Stomatologic Service in the Kyrgyz Republic*
- 24 **Айбашов М.Н., Касымов О.Т., Байызбекова Д.А.** Кыргыз Республикасында андрологиялык кызматтын түзүү перспективасы / *Перспективы создания андрологической службы в Кыргызской Республике / Prospects for Establishing Andrologic Service in the Kyrgyz Republic*
- 28 **Ашымов Ж.Д.** Ортопедиялык стоматологиянын өнүгүшүнүн перспективалары, азыркы учурдагы абалы, чоң шаарлардын шартындагы аны жакшыртуу жолдору (Бишкек ш. мисалында) / *Современное состояние, перспективы развития ортопедической стоматологии в условиях крупного города (на примере г. Бишкек) и пути ее совершенствования / The Current State, the Prospects of Development of the Orthopedic Odontology in the Conditions of the Large city (on the Example of Bishkek) and ways of its Improvement*
- 34 **Дуденко Е.В., Сыдыкова С., Кожомкулов Дж.К., Кожомкулов М.Дж.** Кургак учук оорусуна каршы дарыларга аллергия учурунда лизис лейкоциттеринин көрсөткүчтөрү / *Уровень лизиса лейкоцитов при лекарственной аллергии на противотуберкулезные препараты / The Level of Lysis of Leukocytes to Drug Allergy to tb Drugs*
- 37 **Кененбаева Р.М., Байызбекова Д.А., Касымова Р.О., Нурматов А.З.** Жаштар арасындагы социалдык маанидеги парентералдык инфекцияны алдын алуу / *Профилактика социально-значимых парентеральных инфекций у молодежи / Prevention of Socially Significant Parenteral Infections in young People*
- 43 **Кожажметова А.Н.** Мектеп жашындагы балдардын жана өспүрүмдөрдүн тамактануусун рационализациялоонун гигиеналык негиздери / *Гигиеническое обоснование рационализации питания детей и подростков школьного возраста / Hygienic Basis for Nutrition Rationalization of Children and Adolescents of School age*
- 51 **ИНСТРУКЦИИ, ПОЛОЖЕНИЯ, ПРИКАЗЫ,**



Если Вам требуется изготовить малые тиражи печатной продукции быстро, качественно и недорого наша оперативная полиграфия поможет Вам в этом.

Мы изготовим Ваш заказ в самые кратчайшие сроки. Например, изготовление визиток занимает у нас всего 15 минут.

Обладая современным оборудованием цифровой лазерной печати и автоматизированным комплексом послепечатного оборудования, мы способны решить самые сложные задачи!

Вы предоставляете файл и получаете продукцию высокого качества, такую как:

- Визитки
- Фирменные бланки, конверты и папки
- Корпоративные блокноты
- Сертификаты и дипломы
- Календари (карманные, настольные, настенные)
- Индивидуализированную продукцию (письма, бейджи, приглашения)
- Флаера, листовки и лифлеты
- Буклеты рекламные и информационные
- Брошюры и презентации
- Каталоги
- Наклейки из самоклеющейся бумаги или пленки ORACAL
- Наклейки на компакт-диски
- Объемные наклейки (шильды)
- Стикеры
- Пломбы на саморазрушающейся пленке
- Ресторанные меню

Также мы предоставляем услуги:

- Горячая ламинация
- Сшивка на пружину
- Сшивка на скобу
- Брошюровка

Оперативная полиграфия - это работа с Заказчиком в режиме реального времени.
Звоните!



г. Бишкек
ул. Исанова 20
+996 312 314 905

office.ucolor@gmail.com