

КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Медицинский факультет



**ПРОБЛЕМЫ И ВЫЗОВЫ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ
И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ В XXI ВЕКЕ**

**Сборник статей
республиканской научной конференции с международным
участием, посвященной 25-летию Кыргызско-Российского
Славянского университета им. первого Президента
Российской Федерации Б.Н. Ельцина**

ВЫПУСК 18

БИШКЕК – 2018

инике «biodent» клинические ординаторы знакомятся с методами изготовления конструкций при помощи CAD/CAM системы (Sirona, Германия). Разбираются основы выбора ортопедических конструкций и материалов для их изготовления при помощи CAD/CAM системы в зависимости от клинической ситуации. Проводится ознакомление с интерфейсом пользователя системы (Sirona), виртуальным инструментом конструирования. Клинические ординаторы, студенты обучаются авиалам подготовки и демонстрации полученного оптического слепка утрированной камерой, а также учатся построению виртуальной модели душой ортопедической конструкции. Трехмерное моделирование делает очень наглядной. Они учатся моделированию окклюзионной поверхности с учетом зубов-антагонистов. Процесс компьютерного моделирования ортопедических конструкций, проводимый клиническими ординаторами, проходит под непосредственным наблюдением преподавателя. Клинические ординаторы знакомятся с процессом изготовления конструкции и основам работы шлифовального блока [3].

Выводы: Цифровые технологии на сегодняшний день применяются на всех этапах оказания стоматологической помощи. Своевременная подготовка специалистов, в полной мере владеющих такими технологиями, является важным условием развития современной стоматологии. Наши наблюдения показали заинтересованность клинических ординаторов и студентов старших курсов в изучении и освоении цифровых технологий. Мы считаем, что внедрение цифровых технологий в их обучение – это важный шаг в получении знаний и их применении в дальнейшей профессиональной деятельности.

Литература

- Бородин, С.В. Современные информационные технологии в медицине на пути к совершенству / С.В. Бородин // Инновационно – технологическое развитие науки: Сб. стат. мед. научно-практич. конф. – 2017. – Вып. 3. – С. 237-243.
- Наумович, С.С. Конусно-лучевая компьютерная томография современные возможности и перспективы в стоматологии / С.С. Наумович, С.А. Наумович Современная стоматология. – 2012. – С. 125.
- Пономоренко, И.Н. Внедрение компьютерных технологий / И.Н. Пономоренко, Н.В. Лапина, Ю.В. Скориков // Междунар. ж. экспериментал. образования. – 2013. № 4. – С. 233-235.
- Серова, Н.С. Эндодонтия / Н.С. Серова. – 2010. – С. 21-25.
- Тимофеев, А.А. Компьютерные технологии в обучении студентов и врачей / А.А. Тимофеев // МЕДЭксперт. – 2010. – Т. 2, № 23. – С. 35-49.

МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ В ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО- САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ЖАЛАЛ-АБАДСКОЙ ОБЛАСТИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Н.М. Темиров¹, Н.О. Соромбаева², Ж.Т. Урбаева²,
Р.С. Розыева³, А.С. Сыдыков³,

¹Жалал - Абадский государственный университет, ²НПО
«Профилактическая медицина» МЗ КР, КРСУ им. первого Президента РФ
Б.Н. Ельцина, г. Бишкек, Кыргызстан

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи ИСМП (внутрибольничные, нозокомиальные инфекции) представляют очень острую проблему для лечебных учреждений во всем мире, в том числе и в Кыргызской Республике, поскольку, наслаиваясь на основное заболевание, они увеличивают показатели заболеваемости и смертности пациентов и снижают качество медицинской помощи в целом.

Эти категории инфекций имеют свои особенности эпидемиологии, отличающие их от так называемых «классических» инфекций. Они выражаются в своеобразии механизмов и факторов передачи, особенностей течения эпидемического и инфекционного процессов, а также и в том, что в возникновении, поддержании и распространении ИСМП важную роль играет медицинский персонал [2,3].

Примерно половина всех внутрибольничных инфекций связана с проведением инвазивных диагностических и терапевтических процедур (например, с постановкой мочевыводящих и внутрисосудистых катетеров, с подключением аппаратов искусственной вентиляции легких, инъекций и др.) [1].

Внедренная система инфекционного контроля позволит предотвратить развитие и распространение большинства инфекций путем выполнения достаточно простых мероприятий.

Инфекционный контроль – это система эффективных организационных, профилактических и противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний в организациях здравоохранения. Инфекционный контроль является одним из стандартов качества медицинской помощи и неотъемлемой частью безопасности и благополучия, как пациентов, так и медицинского персонала.

В связи с этим Республиканским Центром Инфекционного Контроля НПО «Профилактическая медицина» МЗ КР были разработаны профилактические мероприятия, направленные на профилактику инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП). Одним из мероприятий является организация и внедрение инфекционного контроля

К) в систему здравоохранения КР. Для оценки эффективности мероприятий был проведен мониторинг с использованием оценочного инструмента (МиО) и определения динамики состояния инфекционного контроля (ИК) в ОЗ [4].

Проведение мониторинга и оценки (МиО) системы инфекционного контроля на регулярной основе является важным разделом работы любой организации здравоохранения (ОЗ). Это обусловлено необходимостью реакции существующих планов и оперативного принятия управленческих решений, целью которых служит предупреждение распространения ИСМП, снижение профессиональной заболеваемости медицинских работников и предотвращение перекрестной заболеваемости пациентов. Своевременное осеменение изменений в планы инфекционного контроля способствует мобилизации целевых средств финансирования путем перераспределения материальных ресурсов между приоритетными группами мероприятий [5].

Цель: Разработать профилактические мероприятия по предупреждению инфекций связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) и дальнейшего усовершенствования системы инфекционного контроля в организациях ПМСП.

Материалы и методы

Оценка и мониторинг проводилось с использованием оценочного инструмента методом прямого наблюдения, работа с нормативной документацией:

- истории болезни/родов;
- журналы регистрации ИСМП (инфекционных заболеваний персонала, аварийных ситуаций, постановки катетеров, перевязок, манипуляций, работы стерилизационного оборудования и т.д.);
- данные статистических отчетов организации здравоохранения;
- внутренние приказы и административная документация ОЗ (утвержденные планы работ, состав и положение о Комитете качества медицинской помощи, протоколы заседаний, семинарских занятий, тестирования уровня знаний медицинских работников, внутренние инструкции, акты проверок оборудования и т.д.);
- документация по закупкам изделий медицинского назначения (ИМН);
- отчеты по результатам ранее проведенных исследований.

Оценочный инструмент состоит из четырех граф, куда вводится информация об исполнении или неисполнении критерия ИК, по минимальному количеству отделений или кабинетов в одной организации здравоохранения. Каждый критерий содержит от двух до шести минимальных требований ИК. Напротив, каждого требования выставляется «А» или «+» если требование выполняется, «НЕТ» или «-» если требование не выполняется, а также н/п – «не применимо» если для исполнения данного требования необходимы условия, которых в данном отделении нет, с последующим выведением общей оценки. Если хоть одно

требование, включенное в критерий, не исполняется, то весь критерий оценивается как не исполненное. По окончании оценки для подведения итогов подсчитывают процент выполняемых критериев по подразделениям (блокам) и в целом по ОЗ путем деления количества исполняемых критериев (n) на общее число наблюдаемых критериев (N). Процент (%) исполнения ИК = n/N . Индикатор значение от 0% до 100%. Чем больше значение данного показателя, тем полнее и качественнее проводятся мероприятия по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи среди пациентов и медицинского персонала ОЗ.

С помощью оценочного инструмента собираются данные для подсчета индикаторов:

1. «Процент медицинского персонала, прошедшего специальное обучение в рамках сертифицированных программ»;
2. «Процент специалистов/медсестер инфекционного контроля, прошедшего специальное обучение в рамках сертифицированных программ»;
3. «Процент обеспеченности одноразовыми перчатками»;
4. «Процент организаций здравоохранения внедривших безопасную систему обращения с медицинскими отходами (технология автоклавирования медицинских отходов)».

Для оценки состояния ИК в ПМСП использовался «Оценочный лист состояния ИК в организациях здравоохранения», утвержденный приказом МЗ КР от 28.03.2016 № 214, который включал 41 оценочных критерия по 7 функциональным и клиническим подразделениям организации здравоохранения (таблица 1). Каждый критерий состоял из 3-6 минимальных требований ИК.

Таблица 1 – Количество оценочных критериев состояния ИК в ЦСМ

№	Отделения/функции организации здравоохранения	Количество критериев
1.	Административные меры	6
2.	Больничная гигиена	5
3.	Системы изоляции	2
4.	Безопасность медицинских процедур	9
5.	Управление медицинскими отходами	7
6.	Централизованное стерилизационное отделение	8
7.	Прачечные	4
Общее количество критериев		41

По результатам проведенной базовой и 2-й МиО системы ИК в 10 ПМСП Жалал-Абадской области общий процент исполнения требований ИК вырос в 1,8 раза, или на 76,3% (рисунок 1.). По функциональным блокам ИК наибольший рост отмечался по разделам «Система изоляции» в 2,0 раз, «ЦСО» - в 2,7 раз. УМО (65,1%) и административным мерам ИК

3,3%). Наименьший рост был выявлен по разделам «Больничная гигиена» в 1,1 раза, «УМО» - в 1,4 раза. Самыми слабо исполняемыми являлись зачечные (2,5%), больничная гигиена (18,0%).

В 90,0% структурных подразделениях ПМСП области не организована зачечная, не выделены штаты, нет помещения и оборудования, (кроме СМ Аксыйского района (процент исполнения требований ИК прачечная 1,0%). В результате, во всех ПМСП области контаминированные биологическими субстратами белье не дезинфицируется, постельное белье в дневного стационара, физиотерапевтического кабинета и спец. одежда персонала, стирается на дому.

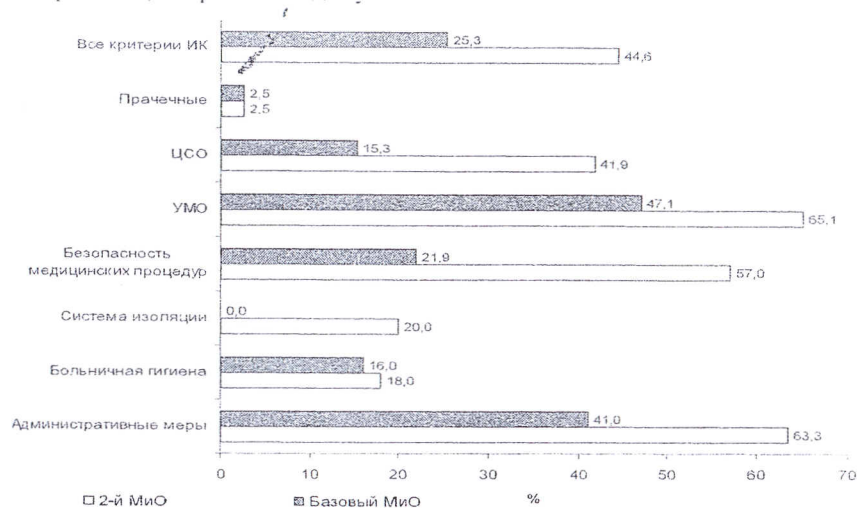


Рисунок 1. Средние значения процента исполнения критериев ИК по функциональным блокам, выявленные во всех ЦСМ области

По результатам проведенного базового и 2-го МиО процент выполнения требований ИК по ЦСМ районам и городам области (рисунок 2). В ЦСМ Жалал-Абадской области наибольший процент исполнения критериев ИК был выявлено по Сузакскому (58,6%), Базар-Коргонскому (57,8%) и ЦСМ города Жалал-Абад (55,6%). Наименьший процент выполнения критериев ИК в ЦСМ Ала-Букинской (32,4%), Токтогульской и г. Кочкор-Ата (по 33,3%). В ЦСМ среди районов и городов Жалал-Абадской области наибольший процент исполнения требований ИК вырос в 1,4 раза Аксыйском, на 3,2 раза в Ноокенском и в 3,0 раза в Токтогульском ЦСМ.

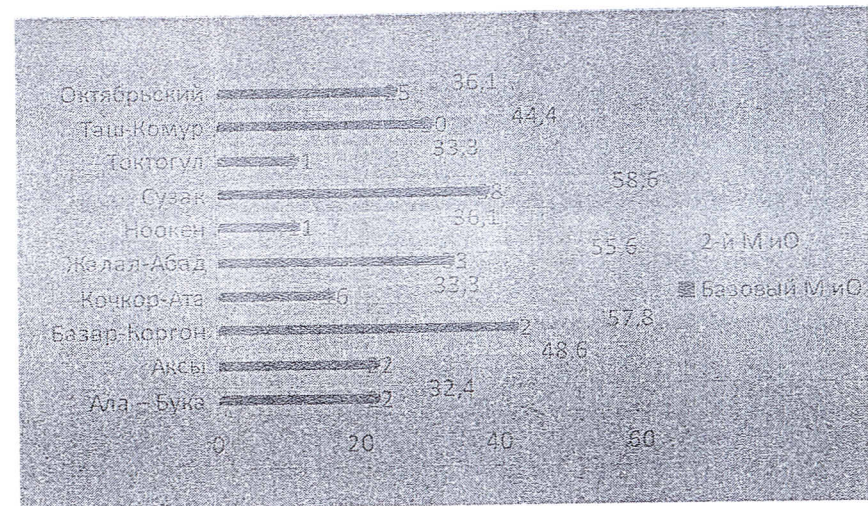


Рисунок 2. Общий процент исполнения критериев ИК в ЦСМ в зависимости территориального расположения

По блоку ЦСО (рисунок 3) высокий процент исполнения требований ИК в городе Жалал-Абад (75,0%) и Базар-Коргонском ЦСМ (75,0%).

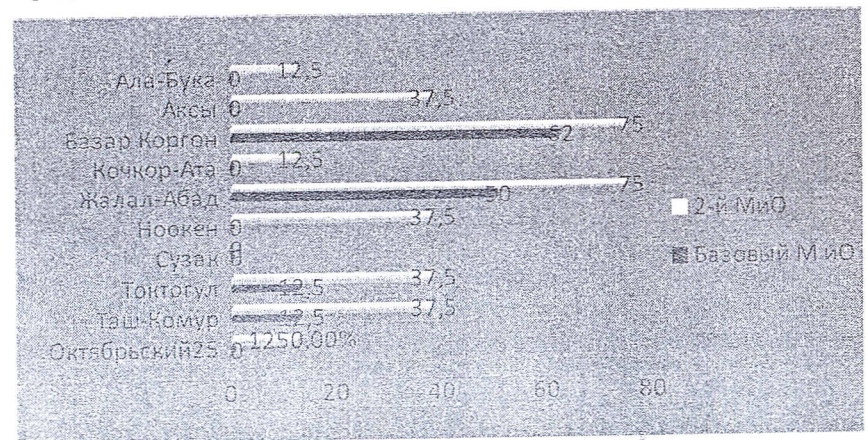


Рисунок 3. Процент исполнения требования ИК по ЦСМ районам и городам области функциональному блоку ЦСО

Наибольший рост отмечался по результатам базового и 2-го МиО (с %-до 37,5%) Аксыйском и Ноокенском ЦСМ, в г. Кочкор-Ата, Октябрьском и Ала-Букинском ЦСМ (с 0%-до 12,5%) и в Зраза в ЦСМ Гаш-Комур и Токтогул и 0% исполнения требований ИК остается в узакской ЦСМ.

Во многих ОЗ стерилизацию медицинского инструментария и перевязочного материала производят в сухожаровых шкафах в кабинетах структурных подразделений (Ала-Букинский, Октябрьский, Сузакский, Ноокенский и пгт. Кочкор-Ата) не организованы ЦСО или СК. В действующих ЦСО, СК (Токтогульский, Аксыйский, и г.Таш-Комур) нет достаточного количества помещений, площади имеющихся комнат не отвечают нормативам и не соблюдена поточность.

По области ЦСМ процент исполнения требований ИК по блоку «больничная гигиена» (рисунок 4) остается самыми слабо исполняемыми, следом блока «Прачечная».

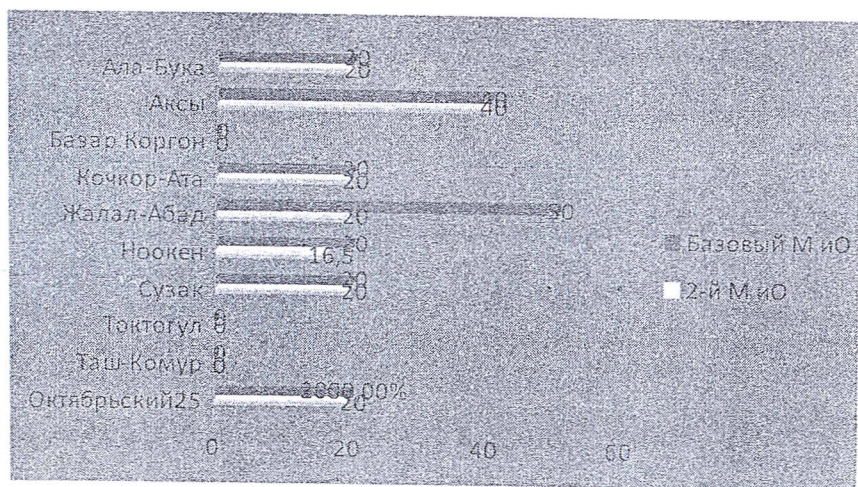


Рисунок 4. Процент исполнения требований ИК по ЦСМ районам и одам области по функциональному блоку «больничная гигиена»

Нет исполнения требований ИК в ЦСМ Базар-Коргонской, тогульской и ЦСМ г. Таш-Комур (0%). Нет роста и низкий процент исполнения ИК был выявлен в Ала-Букинском, пгт. Кочкор-Ата, акском, Октябрьском и г. Жалал-абадпо (20,0%). Отмечен незначительный рост (с 16,5-20,0%) в Ноокенском ЦСМ.

Процент исполнения требований ИК по ЦСМ районам и городам области по функциональному блоку «система изоляция» остается низким

после блока «больничная гигиена». Наибольший рост и % исполнение отмечался ЦСМ Базар-Коргонскому району (100,0%) в остальных ЦСМ области рост и процент исполнения нет (0%).

Таким образом, проведенная оценка показала, что показатели исполнения требований ИК в ОЗ оказывающих первичную медико-санитарную медицинскую помощь значительно выросли в сравнении с данными полученными в базовом МиО системы ИК. При этом по многим функциональным блокам системы ИК они являются очень низкими, что указывает на необходимость дальнейшей работы по улучшению системы ИК. Основные причины неисполнения ОЗ оказывающих ПМСП, требований ИК как и в базовом МиО, являлись однотипными. При этом многие причины неисполнения требований ИК не были устранены.

Так основными причинами несоответствия критериев ИК являлись:

По административным мерам ИК (стационары, ЦОВП, ЦСМ):

1. Отсутствие во многих ЦСМ отдела управления качеством медицинской помощи.
2. Отсутствие плана заседаний Комитета качества медицинской помощи (ККМП).
3. При наличии плана работы ККМП, в том числе и по ИК он являлся формальным, и содержит перечисление должностных обязанностей, не имеет индикаторов оценки процесса и бюджета на реализацию мероприятий.
4. Во многих ОЗ не проводится внутренний мониторинг и оценка системы ИК с использованием оценочного инструмента, отсутствуют отчеты по результатам его проведения, в связи с чем не проводится анализ состояния ИК, и соответственно не предпринимаются меры по его усовершенствованию.
5. Многие ОЗ в той или иной степени недостаточно обеспечены средствами индивидуальной защиты (респираторами, щитки, спецодежды, обувь – закупаются за счет средств медперсонала).
6. Во многих ОЗ антисептики, дезинфектанты и мыло-моющие средства закупаются в недостаточном количестве.
7. Во многих ОЗ отсутствует система эпидемиологического наблюдения за ИСМП), нет журналов регистрации ИСМП среди персонала и пациентов, нет журнала регистрации заноса инфекций. Персонал не знает и не пользуется стандартными определениями случаев для выявления ИСМП, в связи, с чем нет выявления, учета случаев и соответственно анализа данных.
8. Отсутствует система регистрации и подачи экстренных извещений о случаях инфекций по ИНТЕРНЕТУ в режиме он-лайн.
9. Во многих ОЗ нет специалистов ИК на выделенной штатной единице, а только медсестры ИК или специалист с высшим образованием

на 0,25 ставки. Отсутствуют утвержденные должностные инструкции специалистов ИК.

10. Журналы регистрации биоаварий в отделениях не заполняются, т.е. отсутствуют записи случаев уколов и порезов.

11. Отсутствует иммуноглобулин против ВГВ для проведения постконтактной профилактики (ПКП).

12. При проведении обучения персонала ОЗ по ИК на рабочем месте не проводится тестирования уровня знаний до и после тренинга с целью определения эффективности обучения.

По больничной гигиене:

1. Во многих ОЗ отсутствуют водонагревательные приборы на случай отключения горячей воды.

2. Во многих палатах отсутствует водоснабжение (умывальники) для гигиены рук.

3. Во многих ЦСМ отсутствуют отдельные санузлы для медицинского персонала и пациентов, в санузлах отсутствуют рукомойники (нет возможности помыть руки).

4. Нет приточно-вытяжной вентиляции или не в исправном состоянии, отверстия вентиляционных шахт забиты.

5. Во многих ОЗ в помещениях светильники открытого типа, т.е. лампы не закрыты рассеивающими световыми плафонами.

6. Во многих ОЗ, в зданиях и помещениях структурных подразделений требуется проведение капитального ремонта.

По изоляционно-ограничительным мерам (стационары, ЦОВП, ЦСМ)

1. В ЦСМ отсутствует прием пациентов по записи, что создает скопление людей и соответственно высокий риск передачи респираторных инфекций.

2. Не проводится скрининг/опрос на выявление ТБ и других респираторных инфекций среди пациентов, обращающихся в регистратуру и ожидающих в очереди (нет стульев, кресел для пациентов, ожидающих очереди). Отсутствует врач кабинет.

3. В ГСВ нет боксов со шлюзами для изоляции пациентов с респираторными инфекциями, ТБ или другими особо опасными инфекциями.

4. Персонал зачастую не знает меры профилактики ИСМП в зависимости от путей их передачи.

5. Во многих ОЗ отсутствуют респираторы и медперсонал не знает показаний (в каких ситуациях) для их использования.

По безопасности медицинских процедур (стационары, ЦОВП, ЦСМ)

1. Медперсонал не знает показаний для мытья и антисептики рук.

2. Персонал пользуется карманными дозаторами с пульверизатором, конструкция которого не позволяет набрать необходимое количество

антисептика для обработки рук и соответственно не соблюдается алгоритм обработки рук.

3. Медперсонал не использует защитные очки/щитки и респираторы при выполнении манипуляций, требующих использования средств индивидуальной защиты.

4. При заборе крови не используются вакутейнеры (игла, держатель), используются только обычные стеклянные пробирки.

5. Отсутствуют индивидуальные наборы для забора общего анализа крови.

6. При катетеризации мочевого пузыря не используют одноразовые стерильные расфасовки смазочного материала. Отсутствует регистрация постановки мочевого катетера в медицинской карте пациента.

По ЦСО:

Во многих ОЗ нет ЦСО или СК, предстерилизационной очистки и стерилизации медицинских инструментария проводится в помещениях структурных подразделений.

1. Во многих ЦСО нет достаточного количества помещений, вследствие чего нарушается зонирование (стерильная зона не отделена от чистой и грязной зон) и поточности, а площади имеющихся комнат не соответствуют нормативам.

2. Так же поточность не соблюдается из-за отсутствия передаточных окон из грязной зоны, в чистую зону, и из чистой зоны в стерильную.

3. Во многих ОЗ ЦСО оборудованы старым с истекшим сроком эксплуатации стерилизационным оборудованием (1987, 1989 г.), внутренние поверхности которых покрыты коррозией, а уплотнительные прокладки истончены.

4. Во многих ОЗ для контроля процесса стерилизации используются дефектные термо-тесты.

5. Для стерилизации медицинского инструментария/материалов используются биксы с просроченными/изношенными фильтрами либо вообще отсутствуют фильтры.

6. Во многих ОЗ из-за нехватки стерилизационных короб не соблюдаются правила укладки в них стерилизуемого материала и инструментария.

7. При стерилизации, в автоклаве между биксами и стенками камеры не соблюдается свободное пространство.

По УМО:

1. Во многих ОЗ отсутствуют компостные ямы для растительных отходов.

2. При транспортировке МО в пункт автоклавирования медицинских отходов (ПАМО) персонал не использует средства индивидуальной защиты.

3. Персонал не знает порядок действий при разливе/россыпи опасных медицинских отходов.

4. Во многих ОЗ отсутствуют договора на вывоз мусора и переработку отходов.

5. Во многих ОЗ отсутствуют условия для мытья емкостей; нет аптечки для оказания первой помощи при аварийных ситуациях; нет разбрызгивателя воды под давлением.

По прачечным (стационары, ЦОВП, ЦСМ)

1. Во всех ЦСМ отсутствуют прачечные соответствующие требованиям СанПин. Не выделены штаты, нет помещения и оборудования.

2. Во многих ОЗ спецодежда персонала, постельные белье стирается на дому.

3. Спецодежда и обувь для персонала прачечной закупается за собственный счет работников.

ВЫВОДЫ:

В ходе проведенного 2-го МиО были выявлены определенные достижения в развитии системы инфекционного контроля. В частности, выявлено, что во всех ЦСМ имеются медсестры ИК – 100%, во всех ЦСМ созданы Комитеты качества (с функциями по ИК) и планы, большая часть ОЗ обеспечены полным пакетом нормативных документов по ИК, обеспеченность ЦСМ одноразовыми изделиями медицинского назначения (перчатки, шприцы, системы для в/в вливаний и др.) выросла более чем на 8 раз. Обеспеченность ЦСМ антисептиком также значительно выросла. Во многих ЦСМ начата вакцинация сотрудников против ВГВ. Улучшилось соблюдение мероприятий по гигиене рук и безопасности медицинских процедур. Улучшился процесс дезинфекции, стерилизации медицинского оборудования, инструментария и системы управления медицинскими отходами. Медицинские работники во многих ОЗ стали соблюдать безопасные алгоритмы при выполнении медицинских манипуляций и процедур.

Однако, наряду с отмеченными достижениями имеются проблемы. Так общий процент соответствия требованиям ИК ЦСМ области включенных в МиО составляет 44,6%.

При анализе причин несоответствия критериям инфекционного контроля, было выявлено, что основными причинами неисполнения требований ИК являются:

1. Недостаточное финансирование и как следствие, отсутствие возможности администраторов ОЗ привести в соответствие с требованиями ИК санитарно-гигиеническое состояние, обеспечить персонал одноразовыми изделиями медицинского назначения (стерильными, смотровыми и хоз. перчатками, системами, шприцами и т.д.), средствами индивидуальной защиты (спецодежда, обувь, штитки, маски), мыло-моющими средствами и антисептиками, оборудованием (стерилизаторы,

стиральные машины, водонагревательные приборы) и мебелью. В ОЗ нет средств на ремонт помещений и вентиляционных систем.

2. В отдельных ОЗ нет централизованного водопровода и канализации, что отражается на соблюдении гигиены рук, дезинфекции и стерилизации, обращения с УМО, бельем.

3. Во многих ОЗ отсутствует возможность организации отдельных санузлов для медицинского персонала и пациентов, нет раковин для мытья рук в санузлах и т.д.

4. Загруженность и нехватка медицинского персонала. В отдельных ОЗ нагрузка на одного врача составляет 35-45 пациентов/день, т.е. на прием одного пациента приходится по 10-15 минут, при норме на одного участкового врача - 300 пациентов/мес. или 15 пациентов/день, т.е. по 30 мин. на пациента. Из-за загруженности, процедурные медсестры вынуждена проводить инъекции за 2-3 минуты, тогда как для соблюдения мер ИК в среднем на одну инъекцию должно уходить не менее 10 минут.

5. Недостаточные знания персонала и/или отсутствие практических навыков по безопасности процедур и ИК. Трудности обучения персонала из-за сформировавшихся привычек к устаревшим практикам.

6. Во всех ОЗ эффективная система учета и регистрации ИСМП. Специалисты ИК не проводят анализ распространенности ИСМП, а также не все ОЗ проводят внутренний МиО системы ИК.

7. Во многих ОЗ специалисты ИК и администраторы не имеют опыта в планировании мероприятий по ИК с определением необходимых финансовых средств для их реализации.

Литература

1. Покровский, В.И. Национальная Концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи и информационный материал по ее положениям / В.И. Покровский, В.Г. Акимкин, Н.И. Брико и др. / Н. Новгород: Изд-во Ремедиум Приволжье, 2012. – 84 с.
2. Суранбаева, Г.С. Вирусные гепатиты в Кыргызстане. Международный дом «Ламберт», -Германия. –Берлин, 2015.
3. Джумалиева, Г.А. Руководство по эпидемиологическому надзору за гемоконтактными инфекциями в организациях здравоохранения / Г.А. Джумалиева, А.А. Кравцов, Н.О. Соромбаева и др. – Бишкек, 2015. – 97 с.
4. Мазуренко, О.А. Стандартизация подходов к проведению мониторинга инфекционной безопасности в ЛПУ / О.А. Мазуренко, И.Н. Старухина, А.Е. Бутакова, В.А. Аксютин // Дальневосточный журнал инфекционной патологии. - 2008. - № 12. - С. 138-142.
5. Джумалиева, Г.А. Экономическая эффективность программ инфекционного контроля / Г.А. Джумалиева // Медицина Кыргызстана. – 2007. - № 3. – С. 71-74.

**ПРОБЛЕМЫ И ВЫЗОВЫ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ
И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ В XXI ВЕКЕ**

Сборник статей
республиканской научной конференции
с международным участием,
посвященной 25-летию Кыргызско-Российского Славянского
университета им. первого Президента Российской Федерации
Б.Н. Ельцина

(выпуск 18)

Редактор – Атыканов А.О.
Компьютерная верстка – Борисова И.Л.

Подписано к печати 04.06.2018 г. Формат 60x84 ¹/₁₆
Офсетная печать. Объем 20,25 печ. л.
Тираж 200 экз. Заказ 245.

Типографии ОсОО «Алтын принт»
720000, г. Бишкек, ул. Орозбекова, 44
Тел.: (+996 312) 62-13-10
e-mail: altyntamga@mail.ru