

УДК 614.2(1-87+575.2):616.379-008.64

<https://doi.org/10.33619/2414-2948/100/52>

## ОБ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В МИРЕ И В КЫРГЫЗСТАНЕ

©Султаналиева Р. Б., ORCID: 0000-0002-4567-4215, SPIN-код: 2554-2441,

д-р мед. наук, Кыргызско-Российский славянский университет,  
г. Бишкек, Кыргызстан, [sultanalieva\\_r@mail.ru](mailto:sultanalieva_r@mail.ru)

©Абылова Н. К., ORCID: 0000-0003-4694-582X, SPIN-код: 6726-2184,

Эндокринологический центр Министерства здравоохранения Кыргызской Республики,  
г. Бишкек, Кыргызстан, [nazgul.abylova@mail.ru](mailto:nazgul.abylova@mail.ru)

## ON THE ORGANIZATION OF MEDICAL CARE FOR PERSONS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS IN THE WORLD AND IN KYRGYZSTAN

©Sultanalieva R., ORCID: 0000-0002-4567-4215, SPIN-code: 2554-2441,

Dr. habil., Kyrgyz-Russian Slavic University, Bishkek, Kyrgyzstan, [sultanalieva\\_r@mail.ru](mailto:sultanalieva_r@mail.ru)

©Abylova N., ORCID: 0000-0003-4694-582X, SPIN-code: 6726-2184,

Endocrinological Center of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic,  
Bishkek, Kyrgyzstan, [nazgul.abylova@mail.ru](mailto:nazgul.abylova@mail.ru)

*Аннотация.* Представлен анализ работы по организации медицинской помощи больным с сахарным диабетом 2 типа в мире и Кыргызстане. Особый акцент сделан на первичную медико-санитарную помощь. Отмечено, что в Кыргызстане реализуется ряд государственных программ, направленных на повышение качества услуг здравоохранения. Указаны некоторые существующие проблемы при оказании диабетологической помощи.

*Abstract.* An analysis of the work on organizing medical care for patients with type 2 diabetes in the world and in Kyrgyzstan is presented. Emphasis is placed on primary health care. It was noted that in Kyrgyzstan there were a few government programs aimed at improving the quality of healthcare services. Some existing problems in diabetes care are indicated.

*Ключевые слова:* сахарный диабет 2 типа, первичная медико-санитарная помощь, государственные программы, эндокринологическая служба.

*Keywords:* type 2 diabetes mellitus, primary health care, program consequences, endocrinology service.

Сахарный диабет (СД) стал глобальной проблемой для здравоохранения всех стран мира. Приобретая характер «неинфекционной эпидемии», он продолжает разрастаться вне зависимости от расовой принадлежности людей, затрагивает лиц любого возраста и приводит к длительной утрате здоровья и ранней смерти больных.

По данным экспертов IDF (*International Diabetes Federation — Международная диабетическая федерация*) в настоящее время на нашей планете насчитывается 537 млн больных СД, по прогнозам к 2045 г. их количество достигнет 784 млн человек. Еще более стремительно увеличивается доля населения с предиабетом (нарушением толерантности к глюкозе), их численность в 2021 году составило 541 млн человек или 10,6% взрослых во всем мире, а к 2045 г. этот показатель увеличится до 730 млн человек (<https://diabetesatlas.org/>).

Количество пациентов, страдающих СД типа 2 в мире таково, что специалисты-эндокринологи не могут оказать помощь всем пациентам. В связи с этим существует необходимость их ведения врачами общей практики на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Около 80% всех проблем, связанных со здоровьем, в развитых странах мира сегодня решаются на этапе общей врачебной практики. И сегодня в большинстве стран мира система семейной медицины является основой национального здравоохранения, а в университетах активно создаются программы (кафедры) для подготовки семейных врачей. Численность врачей общей практики в мире на 1000 жителей в 2019–2020 годах составляла в странах с высоким доходам — 3,6, средним доходам — 1,3, а с низким доходом — 0,4 (<https://kurl.ru/roIGh>).

Первой международной декларацией, в которой подчеркивалась важность первичной медико-санитарной помощи, была Алма-Атинской декларация (<https://kurl.ru/PsuJV>).

С середины 70-х годов концепция первичной медико-санитарной помощи стала объектом пристального внимания со стороны международного сообщества и медико-санитарных служб, но признание и реализация концепция ПМСП получила с сентября 1978 года на Международной конференции, организованной в Алма-Ате ВОЗ и ЮНИСЕФ. Активное участие в ней приняли 134 страны-члены ВОЗ и представители 67 основных неправительственных и межправительственных организаций, впервые мировые лидеры подтвердили свое намерение укреплять систему ПМСП. Как было определено в Алма-Атинской декларации, ПМСП является основой действенной, эффективной и справедливой работы всех систем здравоохранения. В ней было заявлено о необходимости незамедлительных действий со стороны всех правительств, всех работников здравоохранения и мирового сообщества по защите и укреплению здоровья всех людей. Поддержка трех основных принципов стали важными итогами данной конференции: ПМСП должна быть неотъемлемой частью функционирования национального здравоохранения, уделить внимание в странах на социально-экономическое развитие и обеспечить доступность ПМСП населению (<https://kurl.ru/PsuJV>).

В октябре 2018 года в столице Казахстана Астане прошла Глобальная конференция, организованная ВОЗ, ЮНИСЕФ, которая была посвящена 40-летию развития ПМСП и подписания Алма-Атинской Декларации. Целью форума было вновь подтвердить обязательства по укреплению системы ПМСП для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения [1].

Астанинская декларация, единогласно одобренная всеми государствами-членами ВОЗ, содержала обязательства в четырех ключевых областях: принимать смелые политические решения в интересах здоровья во всех секторах; выстраивать устойчивую ПМСП; расширять права и возможности отдельных людей и сообществ; и ориентировать поддержку, оказываемую заинтересованными сторонами, на национальные меры политики, стратегии и планы.

Как указано выше, в большинстве стран Европы и мира ведение пациентов с СД 2, первичная и вторичная профилактика этого заболевания обеспечивается исключительно врачами общей практики (семейными врачами), это приводит к значительному уменьшению расходов системы здравоохранения. Семейный врач ведет лиц с СД в тесном сотрудничестве с другими специалистами, в хорошо скоординированной команде, состав которой может быть различным, в зависимости от особенностей системы здравоохранения. В центре команды всегда стоит пациент для обеспечения принципа пациент-центрированной помощи. Главным координатором такой мультидисциплинарной команды является семейный врач, помощь которому осуществляет медицинская сестра в проведении наблюдения и обучения пациентов

с диабетом. Такая организация помощи больным СД носит название структурированной программы и существует во Франции, Финляндии, Бельгии, Испании, Литве, Дании, Швейцарии, Австрии, США и Нидерландах [2–8].

ПМСП является неотъемлемой частью любой системы здравоохранения в мире, это первая инстанция помощи, первый контакт человека с работником здравоохранения, это комплексная забота о здоровье человека на протяжении всей его жизни, а не лечение отдельных заболеваний. Этот подход включает в себя все аспекты — от укрепления здоровья и профилактики болезней до лечения, реабилитации и паллиативного ухода. В функциональные обязанности семейных врачей за границей входит: осуществление профилактических мер по предотвращению СД 2 типа у членов семей пациентов; профилактика развития и прогрессирования осложнений у пациентов с СД 2 типа; обучение больных самоконтролю заболевания, коррекция образа жизни; назначение пероральных сахароснижающих препаратов, коррекция их доз, а в некоторых странах назначение инсулинов в соответствии с международными и национальными рекомендациями; своевременное направление к узким специалистам (эндокринологу, окулисту, невропатологу, специалисту по диабетической стопе) и на обязательное ежегодное обследование в соответствии с международными и национальными рекомендациями.

В Нидерландах и США проводились исследования по сравнению качества и эффективности ведения СД врачами общей практики и эндокринологами. Данные показали, что пациенты, которые лечились по поводу диабета у семейного врача, имели лучшие показатели компенсации по сравнению с пациентами, которые лечились у эндокринологов [4].

Пациенты, которые наблюдались в семейных врачах, были в основном на диете и таблетированных сахароснижающих препаратах, меньше на инсулине.

В Кыргызстане возникла необходимость кардинального переустройства системы здравоохранения. Реформирование системы здравоохранения и повышение качества медико-санитарных услуг осуществлялась в рамках ряда государственных программ. При содействии ВОЗ в 1994–1996 годах была разработана Национальная программа реформы системы здравоохранения Кыргызской Республики (КР) «Манас» (1996–2006) (<https://kurl.ru/NUJui>).

В секторе здравоохранения был взят курс на переориентацию системы здравоохранения от практики предоставления дорогостоящей медицинской помощи, оказываемой узкими специалистами и ориентированной на стационарное лечение, к практике оказания менее затратной, ориентированной на профилактику медицинской помощи, на уровне первичного звена здравоохранения.

Приоритетами были признаны развитие первичного здравоохранения, формирование института семейной медицины, обеспечение доступности медицинских услуг для населения в рамках Программы государственных гарантий. Сформированы группы семейных врачей и Центры семейной медицины (ЦСМ). К началу 2005 года создано 85 ЦСМ, в составе которых развернуто 673 групп семейных врачей (ГСВ). Проведена подготовка и переподготовка врачей и медсестер по семейной медицине.

В КР во время советского периода из-за чрезмерной специализации служб здравоохранения и преобладания больничного сектора оказание помощи лицам с СД проводилось в основном эндокринологами и количество больных с СД, официально зарегистрированных в стране было не столь велико (менее 10 тыс. чел). В связи с ростом количества больных СД, и невозможностью оказать им адекватную медицинскую помощь, согласно приказу МЗКР больные СД 2-го типа были переданы врачам первичного звена здравоохранения. А в ЦСМ были дополнительно введены должности врачей-эндокринологов

в зависимости от количества населения от 0,25 ставок до 1,0 из расчета 0,2 ставки на 10 000 населения. На должности эндокринологов были зачислены врачи-терапевты, часть из которых прошла краткосрочное (2-недельное обучение) по вопросам эндокринологии в Республиканском Центре непрерывной подготовки медицинских и фармацевтических работников. К сожалению, на этом этапе в 1990 г. был ликвидирован Республиканский эндокринологический диспансер (РЭД), которые долгие годы был координирующим организационно-методическим, лечебно-консультативным центром Республики, а его функция была передана маломощному городскому Бишкекскому эндокринологическому диспансеру.

В КР была разработана новая программа реформирования здравоохранения «Манас таалими» на 2006–2010 годы. В процессе структурных преобразований формируется интегрированная система предоставления медицинских услуг с приоритетным развитием первичного здравоохранения и семейной медицины. Особый акцент был сделан на охрану здоровья матери и ребенка, первичную медико-санитарную помощь и сердечно-сосудистые заболевания.

Следующая Национальная программа реформирования системы здравоохранения КР «Ден соолук» (2011–2018) продолжила реализацию принципа ориентированности системы здравоохранения на потребности людей, усилила акцент на достижение конкретных результатов в улучшении показателей здоровья населения по следующим направлениям: сердечно-сосудистые заболевания, охрана здоровья матери ребенка, туберкулез и ВИЧ-инфекция. Во всех существовавших и существующих республиканских программах, включая «Ден Соолук», приоритетное внимание уделялось только сердечно-сосудистым заболеваниям (ОИМ, инсульт и др.), так смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) составляло 48,8% в структуре общей смертности населения.

Во всех указанных Программах КР внимание к проблеме сахарного диабета внимание было снижено, несмотря на то, что количество больных СД прогрессивно увеличивалось. А при проведении массовых скрининговых обследований жителей КР, проведенных ДЭАК (Диабетическая и эндокринологическая ассоциация Кыргызстана) в Иссык-Кульской, Баткенской областях и г. Бишкек, число выявленных больных составило 5,6%, а у лиц, имеющих факторы риска, СД 2 тип был выявлен у 14,8% обследованных.

По данным регистра от 01.01.2022 общее количество больных СД по обращаемости уже достигло более 78 тыс человек. Как и во всех странах мира, преимущественно увеличение распространенности СД отмечается за счет диабета 2 типа. Официальный показатель распространенности СД по регистру на 01.01.2022 г. составил всего 1,12% населения КР, хотя по прогнозам должно было быть более 6% (<https://kurl.ru/WLeJK>).

Во всем мире начиная с 2010 годов национальные политические лидеры, представители здравоохранения, бизнеса все глубже стали понимать какие масштабы принимает эпидемия диабета и каковы могут быть ее последствия. В 2011 году Совецание высокого уровня ООН по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний (НИЗ) поместило СД на повестку дня мирового здравоохранения (<https://kurl.ru/WLeJK>).

А в 2016 году ВОЗ подготовил первый Глобальный доклад по диабету, который внес важный вклад в осмысление СД и его последствий для разных стран мира (<https://kurl.ru/WLeJK>). Отмечено, что самыми опасными последствиями глобальной эпидемии СД являются его системные сосудистые осложнения — нефропатия, ретинопатия, поражение магистральных сосудов сердца, головного мозга, периферических сосудов нижних конечностей. Увеличение заболеваемости СД 2 типа, соответственно,

сопровождается ростом смертности из-за сосудистых осложнений, которые являются трудноизлечимыми и дорогостоящими.

Несмотря на масштабные реформы системы финансирования здравоохранения КР и повышение доли финансирования, выделяемого на первичный уровень, внедрение соответствующие законодательных изменений прогресс по оказанию первичной медико-санитарной помощи лицам с сахарным диабетом остается недостаточным, финансирование СД в КР гораздо ниже, чем в других странах, о чем указывают данные, приведенные в официальных источниках [11].

В Республике не было, и нет даже на современном этапе крупного эндокринологического учреждения, которое бы определяло стратегию и развитие эндокринологической службы страны, проводило бы приоритетные научные исследования и инновационные высокоспециализированные мероприятия по лечению и реабилитации больных с эндокринными заболеваниями. Хотя по всем остальным службам в стране есть ведущие учреждения, такие как Национальные Центры кардиологии и терапии, онкологии, хирургии, педиатрии, туберкулеза, центры урологии, гематологии, травматологии, репродукции, оказывающие специализированную помощь населению страны. Маломощный Эндокринологический центр (ЭЦ) при МЗКР, который является специализированным поликлиническим учреждением Бишкека, пока еще не способен реализовать цели стратегических программ по эндокринологической службе Кыргызстана. Оказание специализированной медицинской помощи больным СД в республике осуществляется этим ЭЦ в г. Бишкек и эндокринологическими кабинетами в ЦСМ.

Стационарная медицинская помощь осуществляется эндокринологическими отделениями Национального Госпиталя (НГ) — 40 коек, Городской клинической больницы №1 (ГКБ №1) — 40 коек, Ошской межобластной объединенной клинической больницы (ОМОКБ) — 30 коек, Национального Центра охраны материнства и детства (НЦОМ и Д) — 30 детских коек.

Существующая система оказания эндокринологической помощи имеет ряд существенных недостатков и требует принятия неотложных мер и серьезных корректив по организации и совершенствованию с целью оказания современной инновационной специализированной медицинской помощи населению республики по диагностике, лечению и предупреждению социально значимых последствий эндокринных заболеваний. Недостаточно уделяется внимание другим эндокринным заболеваниям: нет возможности проводить современные радиоизотопные методы диагностики и лечения многих заболеваний щитовидной железы, гипоталамо-гипофизарной системы, нет возможности лечить низкорослость у детей и подростков и т. д.

В учреждениях, оказывающих ПМСП, отмечается низкий уровень профилактической работы, результатом чего является выявление заболеваний эндокринной системы в запущенных стадиях, слабо проводится работа по раннему выявлению больных диабетом из группы лиц с факторами риска, при лечении лиц с СД 2 типа нет адекватной компенсации заболевания. Ограниченные ресурсы, выделяемые системой здравоохранения на диабетологическую помощь, привели к ограничению самоконтроля уровня глюкозы пациентами (не все лица СД 2 типа могут покупать глюкометры на собственные средства). Врачи-эндокринологи многих ЦСМ не стали координирующим центром по вопросам профилактики и раннего выявления эндокринной патологии и оказания помощи при ней. Имеющиеся в ЦСМ ставки эндокринологов (от 0,25 до 0,75) в большинстве случаев заняты врачами-совместителями. В течение 17 лет не работали многие статьи закона «О сахарном диабете в Кыргызской Республике» принятого еще в 2006 году.

В Республике нет широкой сети школ обучения больных СД самоконтролю и управлению своим заболеванием, которым на современном этапе отдается приоритет в изменившихся во всем мире подходах к лечению диабета. Правильно организованное и проведенное обучение, настоятельно рекомендуемое ВОЗ и Международной Диабетической Федерацией (МДФ), позволяет значительно уменьшить ущерб от диабета в масштабе государства путем снижения расходов на дорогостоящее лечение, медицинскую реабилитацию, социальные выплаты по пенсиям, пособиям, больничным листам, повышается ответственность самих пациентов за свое здоровье.

Требует безотлагательной доработки Национальный регистр СД и его осложнений, который предназначена для мониторинга заболеваемости населения КР сахарным диабетом с целью обеспечения возможности планирования объемов требуемой медицинской помощи. Как отметили эксперты ВОЗ, слабая материально-техническая оснащенность, устаревшая инфраструктура, ограниченная доступность технологий здравоохранения не позволяют пока обеспечивать обслуживаемое население КР комплексными, качественными медицинскими услугами [11].

Тем не менее, важно отметить, что ряд стратегических планов МЗ позволили повысить эффективность работы медицинских учреждений и усилить внимание к потребностям пациентов. Все нуждающиеся лица с СД в Кыргызстане бесплатно обеспечиваются современными инсулинами, а также получают бесплатное стационарное лечение по поводу диабета. Всем лицам с СД 2 типа по Программе госгарантий на 50% возмещается стоимость 600 таблеток метформина, одного из важных препаратов для лечения данного типа диабета. В ЦСМ один раз в год определяют важный показатель углеводного обмена — гликированный гемоглобин, а для тех лиц, кто получает инсулинотерапию на 40% возмещается стоимость 500 тест-полосок в год для самоконтроля глюкозы глюкометрами.

С 2015 года при Кыргызском государственном медицинском институте переподготовки и повышения квалификации (КГМИПиПК) работает самостоятельный профессорский курс эндокринологии. Цель данного курса: дать врачам новые теоретические знания и совершенствовать профессиональные умения и навыки, необходимые для оказания квалифицированной медицинской помощи пациентам с различными эндокринными заболеваниями, в том числе СД, в соответствии с современными подходами к диагностике и лечению. Большую помощь пациентам с СД оказывает ДЭАК, которая с 2000 года является официальным членом IDF.

В целях повышения квалификации эндокринологов, врачей первичного звена, а также для врачей всех других специальностей, занимающихся проблемами эндокринологии, ежегодно ДЭАК проводит научно-практические конференции, семинары и тематические усовершенствования врачей по разным вопросам диабетологии. Важно отметить, что ДЭАК работает в тесном контакте МЗКР, согласно реализуемым программам.

В конце 2018 года утверждена Программа Правительства Кыргызской Республики по охране здоровья населения и развитию системы здравоохранения на 2019–2030 годы «Здоровый человек — процветающая страна» (<https://kurl.ru/Mammi>).

В настоящее время в Республике уже четко прослеживаются почти все компоненты этой эффективной государственной программы по улучшению оказания медицинской помощи лицам с диабетом.

Воплощение данной Программы в жизнь даст возможность выполнить ее глобальную цель: укрепление ориентированных на нужды людей систем, обеспечивающих здоровье населения, и предоставление качественных услуг на протяжении всей жизни, нацеленных на

максимальное улучшение показателей здоровья населения, сокращение неравенства в отношении здоровья, обеспечение финансовой защиты.

*Список литературы:*

1. Diseases T. L. I. The Astana Declaration: time to focus on primary health care // *The Lancet. Infectious diseases*. 2018. V. 18. №12. P. 1289. [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(18\)30679-0](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(18)30679-0)
2. Valk G. D., Renders C. M., Kriegsman D. M., Newton K. M., Twisk J. W., van Eijk J. T. M., Wagner E. H. Quality of care for patients with type 2 diabetes mellitus in the Netherlands and the United States: a comparison of two quality improvement programs // *Health services research*. 2004. V. 39. №4p1. P. 709-726. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2004.00254.x>
3. Gaubeca V. B., Zazworsky D. (ed.). *Handbook of Diabetes Management*. Springer, 2005.
4. Gulliford M. C., Naithani S., Morgan M. Measuring continuity of care in diabetes mellitus: an experience-based measure // *The Annals of Family Medicine*. 2006. V. 4. №6. P. 548-555. <https://doi.org/10.1370/afm.578>
5. Fokkens S. A. *Structured diabetes care in general practice: effects on organization of care and clinical outcomes*. 2011.
6. Hall G. *Providing diabetes care in general practice: a practical guide to integrated care*. Class Publishing Ltd, 2007.
7. Unger J. Educating patients about hypoglycemia prevention and self-management // *Clinical Diabetes*. 2013. V. 31. №4. P. 179-189.
8. Renders C. M., Valk G. D., De Sonnaville J. J. J., Twisk J., Kriegsman D. M. W., Heine R. J., Van Der Wal G. Quality of care for patients with Type 2 diabetes mellitus — a long-term comparison of two quality improvement programmes in the Netherlands // *Diabetic medicine*. 2003. V. 20. №10. P. 846-852. <https://doi.org/10.1046/j.1464-5491.2003.01009.x>
9. Мейманалиев Т. С., Калиев М. Т. История здравоохранения Кыргызской Республики (часть 2). Бишкек, 2016. 152 с.
10. *Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики в 2016 году*. Бишкек, 2017.
11. Султаналиева Р. Б., Аманова Л. К. О сахарном диабете в мире и Кыргызстане // *Медицина Кыргызстана*. 2013. №4. С. 140-144.

*References:*

1. Diseases, T. L. I. (2018). The Astana Declaration: time to focus on primary health care. *The Lancet. Infectious diseases*, 18(12), 1289. [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(18\)30679-0](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(18)30679-0)
2. Valk, G. D., Renders, C. M., Kriegsman, D. M., Newton, K. M., Twisk, J. W., van Eijk, J. T. M., ... & Wagner, E. H. (2004). Quality of care for patients with type 2 diabetes mellitus in the Netherlands and the United States: a comparison of two quality improvement programs. *Health services research*, 39(4p1), 709-726. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2004.00254.x>
3. Gaubeca, V. B., & Zazworsky, D. (Eds.). (2005). *Handbook of Diabetes Management*. Springer.
4. Gulliford, M. C., Naithani, S., & Morgan, M. (2006). Measuring continuity of care in diabetes mellitus: an experience-based measure. *The Annals of Family Medicine*, 4(6), 548-555. <https://doi.org/10.1370/afm.578>
5. Fokkens, S. A. (2011). *Structured diabetes care in general practice: effects on organization of care and clinical outcomes*.

6. Hall, G. (2007). *Providing diabetes care in general practice: a practical guide to integrated care*. Class Publishing Ltd.
7. Unger, J. (2013). Educating patients about hypoglycemia prevention and self-management. *Clinical Diabetes*, 31(4), 179-189.
8. Renders, C. M., Valk, G. D., De Sonnaville, J. J. J., Twisk, J., Kriegsman, D. M. W., Heine, R. J., ... & Van Der Wal, G. (2003). Quality of care for patients with Type 2 diabetes mellitus—a long-term comparison of two quality improvement programmes in the Netherlands. *Diabetic medicine*, 20(10), 846-852. <https://doi.org/10.1046/j.1464-5491.2003.01009.x>
9. Meimanaliev, T. S., & Kaliev, M. T. (2016). Istoriya zdravookhraneniya Kyrgyzskoi Respubliki (ch. 2). Bishkek. (in Russian).
10. Zdorov'e naseleniya i deyatel'nost' uchrezhdenii zdravookhraneniya Kyrgyzskoi Respubliki v 2016 godu (2017). Bishkek. (in Russian).
11. Sultanalieva, R. B., & Amanova, L. K. (2013). O sakharnom diabete v mire i Kyrgyzstane. *Meditsina Kyrgyzstana*, (4), 140-144. (in Russian).

Работа поступила  
в редакцию 02.02.2024 г.

Принята к публикации  
11.02.2024 г.

*Ссылка для цитирования:*

Султаналиева Р. Б., Абылова Н. К. Об организации медицинской помощи лицам с сахарным диабетом 2 типа в мире и в Кыргызстане // Бюллетень науки и практики. 2024. Т. 10. №3. С. 420-427. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/100/52>

*Cite as (APA):*

Sultanalieva, R., & Abylova, N. (2024). On the Organization of Medical Care for Persons With Type 2 Diabetes Mellitus in the World and in Kyrgyzstan. *Bulletin of Science and Practice*, 10(3), 420-427. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/100/52>