

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

“Кыргызстандын саламаттык сактоосу”

илимий-практикалык журналы

“Здравоохранение Кыргызстана”

научно-практический журнал

“Health care of Kyrgyzstan”

research and practice journal

№3
2017

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. Сви-
детельство 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.

Журнал Орус индексинин илимий шилтемесине киргизилген (ОИИШ)

Журнал включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ)

The journal is included in the Russian Science Citation Index (RSCI)

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;

Бримкулов Н.Н. - м.и.д., проф., башкы редакт. орун басары • д.м.н., проф. (зам. главного редактора • dr. med. sci., prof. deputy editor-in-chief;

Осмонов Д.А. • Osmonov D.A. - башкы редакт. орун басары • (зам. 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. КРУИА • акад. НАН КР • acad. of NAS KR;

Батыралиев Т.А. • Baturaliev T.A. - РАЕ мүчө – корр. • чл. – корр. РАЕ • SM 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. КРУИА • 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. КРУИА • акад. НАН КР • acad. of NAS KR;

Мамытов М.М. • Mamytov M.M. - акад. КРУИА • акад. НАН КР • acad. of NAS KR;

Мурзалиев А.М. • Murzaliev A.M. - акад. КРУИА • 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. КРУИА • акад. НАН КР • acad. of NAS KR;

Сагымбаев М.А. • Sagymbaev M.A. - КРУИА мүчө – корр. • чл. – корр. НАН КР • SM of NAS KR;

Тухватшин Р.Р. • Tukhvatshin R.R. - м.и.д., проф. • д.м.н., проф. • dr. med. sci., prof.;

Чубаков Т.Ч. • Chubakov T.Ch., - м.и.д., проф. • д.м.н., проф. • dr. med. sci., prof.;

Шаршеннова А.А. • Sharshenova A.A. - м.и.д., проф. • д.м.н., проф. • dr. med. sci., prof.;

Редакциялык кеңеши / Редакционный совет / Editorial Council

Алиаскаров М.А. • Aliaskarov M.A. (Нарын обл.) • (Naryn oblast);

Асылбеков Э.С. • Asylbekov E.S. - м.и.к. (Чүй обл.) • к.м.н. • cand. med. sci. (Chui oblast);

Байызбекова Ж.А. • Bayizbekova D.A. - м.и.д. (Бишкек ш.) • д.м.н. • dr. med. sci. (Bishkek);

Жусупбекова Н.Э. • Jusupbekova N.E. - м.и.к., (Бишкек ш.) • к.м.н. • cand. med. (Bishkek);

Кадыров А.С. • Kadyrov A.S. - м.и.д. - (Бишкек ш.) • д.м.н. • dr. med. sci. (Bishkek);

Кулбатыров К.Д. • Kulbatyrov K.D. - (Бишкек ш.) • (Bishkek);

Миянов М.О. • Mijanov 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. - д.м.н. (Ош ш. жана Ош обл.) • (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.

Уважаемые коллеги!

Позвольте от имени Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и от себя лично поздравить Вас с 60-летним юбилеем Кыргызского научно-исследовательского института куртологии и восстановительного лечения. Как известно, мы обладаем значительным курортным потенциалом, основу которого составляет природно рекреационные ресурсы, направленные на сохранение здоровья населения нашей страны. На протяжении этих лет Ваша научная организация осуществляла развитие санаторно-курортной и медико-реабилитационной служб в республике.

К настоящему времени имеются определенные положительные сдвиги в организационном и методическом плане. Так, осуществляется программа этапной медицинской реабилитации больных, перенесших острый инфаркт миокарда, и больных с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения и др. В 2016 г. принят Закон о природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах. Следует отметить, что современное развитие системы здравоохранения в нашем государстве характеризуется новыми задачами, направленными на повышение качества, эффективности оказания медицинской помощи населению. Улучшение показателей здоровья населения невозможно без научно обоснованной политики профилактики и основ реабилитационного лечения.

В связи с этим, организация юбилейного научного форума, обмен новейшими достижениями и технологиями в сохранении и восстановлении здоровья людей имеет важное значение для нашей республики с участием специалистов дальнего и ближнего зарубежья.

В этот славный день искренне желаем сотрудникам и ветеранам Кыргызского НИИ куртологии и восстановительного лечения, а также участникам конференции доброго здоровья, личного счастья и успехов в курортно-оздоровительной профилактике и охране здоровья людей.



**Министр здравоохранения
Кыргызской Республики
Батыралиев Т.**

A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized, cursive letters that appear to be 'Т. Батыралиев'.

Султанмуратов М.Т., Буларкиева Э.А., Белов Г.В.

*Кыргызский научно-исследовательский институт куртологии и восстановительного лечения,
Бишкек, Кыргызская Республика*

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ И СТАНОВЛЕНИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ И РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ СЛУЖБ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

1.1. История изучения курортных ресурсов Кыргызстана.

Исследование курортных ресурсов Кыргызстана и разработка рекомендаций по их рациональному использованию, всегда имели большое народно-хозяйственное значение для Республики, определяющие перспективы развития курортного дела.

Первые анализы минеральных вод, обнаруженных на территории современного Кыргызстана и впервые описанных в научной литературе 70-80 годах девятнадцатого века, были выполнены Николаем Богдановичем Тейхом, роль которого в развитии курортного дела в Туркестане невозможно переоценить. Тейх Н.Б. родился 17 июля 1839 году в г.Ревеле (ныне Таллин), в 1863 году в Дерптском университете получил звание провизора, а в 1868 году в Медико-хирургической академии Санкт-Петербурга защитил диссертацию и получил ученую степень магистра фармации. В 1869 году он был назначен химиком по горной части при Туркестанском генерал-губернаторстве, и через полгода создал в Ташкенте химическую лабораторию, ставшей научным центром края. Химическая лаборатория занимала 10 комнат, имела музей и библиотеку. Это было первое и долгое время единственное научное учреждение в Туркестане. В 1872 году при лаборатории была создана метеорологическая станция. Услугами Ташкентской лаборатории и результатами ее работ пользовались видные деятели науки и специалисты того времени (Мушкетов Д.И., Бунин И., Андреевский А.И. и др.). Не было почти ни одного источника, колодца или озера, представлявших какой-либо интерес для медицинских, научных или промышленных целей, чтобы пробы его не присылались в лабораторию Тейха Н.Б.

Он впервые сделал химические анализы Ак-Суйских (Каракольский уезд) ключей в 1874 году, Джалал-Абадских в 1879 году и Иссык-Атинских источников в 1880 году, а также множество анализов по другим источникам Семиреченской области: Бергагайский, Аршан-Цогайский, Боро-Хорский, Аршанский, которые нам сегодня трудно идентифицировать, в связи происшедшими историческими переименованиями местностей и изменениями административно - территориального деления. Результаты своей деятельности Тейх Н.Б. обобщил в монографии «Исторический очерк устройства Ташкентской химической лаборатории

и двадцатилетней ее деятельности».

Первые научные описания курортных местностей Киргизии в девятнадцатом веке выполнили:

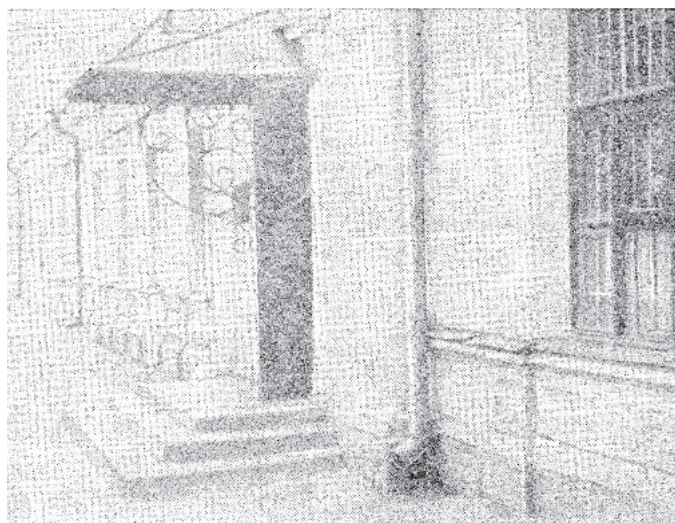
- П.П.Семенов-Тяньшанский [5] – краткое описание Ак-Су и Алтын-арасана, 1858,
- А.В.Каульбарс [6] – описание источников Ак-Су, Алтын-арасана, Керегеташ, 1875,
- А.И.Андреевский [7] – описание Иссык-Атинских источников, 1882,
- И.Бунин [8] – химический состав Джелаль-Абад-Аюбских терм, 1883,
- Д.И.Мушкетов [9] – описание Иссык-Ата, Ак-Су, Гульчинские источники, 1874-1886, 1912,
- К.И. Аргентов [10] – описание терм Джеты-Огуз, Ак-Су, Алтын-Арасан, Кызыл-Су, Тон, Алабуга-Нарын, Безбельчир-Арасан, 1909-1915 и многие, многие другие географы, геологи, врачи.

Статьи публиковались в «Туркестанских ведомостях», «Известиях Туркестанского отделения русского географического общества», «Военно-медицинском журнале», «Горном журнале». В 1901 году был выпущен сборник «Минеральные воды Семиреченской области». Первая карта минеральных источников и лечебных грязей Средней Азии, включая территорию современного Кыргызстана, была составлена Вебером В. в 1912 г. Мировая, затем гражданская война приостановила изучение и развитие курортов. В двадцатых годах XX века исследованиями климатических условий и курортных ресурсов на территории современного Кыргызстана занялось Среднеазиатское курортное управление. В этот период накоплено много данных о гидрогеологических характеристиках, химическом составе, радиоактивности многих источников, о климатологии лечебных местностей. Систематизировали научную литературу о курортах Средней Азии Петросьянц А.Я. и Евсеев Р.И. В 1931 году вышла монография Александра В.А. «Киргизия и ее курортные богатства. Киргизская Швейцария», очень обширный труд, имеющий научное значение и по сей день.

В 1931 году курорты Киргизии были переданы в Киргизское курортное управление при Народном комиссариате Здравоохранения Киргизской АССР. В 1932-1934 годах были введены в строй три дома отдыха в городе Ош, в селах Тамга и Воронцовка. В 1938 году организованы детские климатические санатории «Чолпон-Ата» и «Чон-



Н.Б.Тейх (1839-1910)



Лаборатория на ул. Воронцовской

впервые были выполнены анализы торфяных грязей Джалал-Абадского месторождения в 1932 году и иловой грязи санатория «Тамга» в 1933 году, и множество анализов минеральных вод. В 1938-1939 годах исследования минеральных вод проводила Кыргызская гидрогеологическая экспедиция Центрального института курортологии. Результаты исследований, проведенных в довоенные годы, обобщены в монографии «Курорты Киргизии». В 1940 году при курортном управлении Наркомздрава Кыргызской ССР был создан научно-курортный совет.

В 1947 году исследования возобновлены Группой курортных ресурсов Института химии Кыргызского филиала Академии наук СССР. Возглавил группу профессор В.М. Левченко, автор более 100 научных работ, в том числе труда «Геохимическая классификация подземных минеральных вод и ее применение к минеральным источникам Киргизии». Сотрудники этой лаборатории, Кадыров В.К., Денисов П.В. занимались изучением минеральных вод соответственно на юге и севере Киргизии.

После создания в 1955 году Академии наук Кыргызской ССР гидрохимическая лаборатория перешла в состав института энергетики и водного хозяйства АН Кыргызской ССР, без выделения «группы курортных ресурсов». В 1955 году в составе НИИ краевой медицины Академии наук Кыргызской ССР был создан сектор курортологии. Возглавляла сектор к.м.н. Исабаева В.А. Научные исследования сектора курортологии были посвящены изучению перспектив использования в лечебных целях источников Юга Киргизии, северного побережья Иссык-Куля и разработке рекомендаций по использованию радоновых ванн, климатотерапии на курорте «Джеты-Огуз». Клини-

ческие исследования проводились совместно с сотрудниками кафедры факультетской терапии Кыргызского медицинского института, возглавляемого профессором Вольским М.Е. Подполковник Брейдо В.А. опубликовал десятки статей по лечению основных заболеваний и последствий огнестрельных ранений в условиях среднегорного климатобальнеологического санатория.

Курортология в силу богатейших, разнообразных природных лечебных ресурсов и комфортных климатических условий многих территорий Киргизии становилась в мирной жизни приоритетным направлением здравоохранения Республики. Поэтому было логичным решением объединить научный потенциал врачей, физиологов, гидрогеологов, климатологов, занимающихся вопросами курортологии и физиотерапии.

Для более широкого внедрения физиотерапевтических методик в практику здравоохранения, подготовке специализированных врачей и медсестер в 1954 году была организована Республиканская больница физических методов лечения, которую возглавил доцент Бабаханов Б.В., воспитанник Ташкентской школы физиотерапевтов. За три года он показал себя великолепным клиницистом, энергичным и требовательным руководителем, способным решать самые смелые актуальные проблемы. Республиканская больница физических методов лечения была размещена в историческом центре Фрунзе по ул. Сталина (затем переименованной в ул. XXII партсъезда, сейчас - проспект Чуй) и оснащена новейшей по тому времени аппаратурой, что свидетельствовало о полном понимании руководства Киргизии важности развития физиотерапии и курортологии в Республике.

Важнейшим этапом развития курортного дела в Кыргызстане стала организация в 1957 году

научно-исследовательского института курортологии и физиотерапии. Многие Союзные Республики не имели профильного института курортологии. Для Кыргызстана, обладающего наибольшими курортными богатствами, по сравнению с другими среднеазиатскими Республиками, курортная медицина стала приоритетным направлением здравоохранения. Важную роль в продвижении вопроса о создании института в Совете Министров СССР сыграл тогдашний Министр здравоохранения Кыргызской ССР Данилов Ю.Е. Крупнейший ученый и организатор курортного дела Данилов Ю.Е., работая затем заместителем министра здравоохранения СССР, возглавлял с 1972 по 1983 год Центральный институт курортологии и физиотерапии, при этом он всегда с большим интересом и заботой относился к Киргизскому НИИ курортологии и физиотерапии. Организатором института и его первым директором стал доцент Бабаханов Б.В.

Институт создавался на базе республиканской больницы физических методов лечения, научные кадры были сформированы за счет сектора курортологии НИИ краевой медицины, других подразделений Академии наук и медицинского института. Одновременно в 1957 году была создана кафедра физиотерапии и лечебной физкультуры, которая расположилась в том же здании.

Заместителем директора по научной работе была назначена к.м.н. Исабаева В.А. Валентина Абдылдаевна оставила крупный след в истории медицины Кыргызстана. Ее научные труды по физиологии и патологии высокогорья, по саногенному влиянию горного климата, имеющие непреходящее значение, были по достоинству оценены государством и научной общественностью. После нескольких лет успешной работы в нашем институте она возглавила Киргизский медицинский институт, воспитав целую плеяду врачей и научных сотрудников, затем возглавляла НИИ физиологии и патологии высокогорья, была избрана член - корреспондентом Академии наук Киргизской ССР.

Первоначально штат научных сотрудников института был небольшим – 9 человек, не считая врачей, лаборантов и технического персонала, часть специалистов работали по совместительству. В структуре института, кроме клинических подразделений были выделены сектор гидрогеологии (зав. сектором гидрогеолог с.н.с. Пашенко А.И.), лаборатория климатологии (зав. лабораторией с.н.с., к.г.н. Рязанцева З.А.), лаборатория физиологии и патологической физиологии (зав. лаб. к.м.н. Султаналиев А.С.).

По изучению курортных ресурсов проводилась НИР по теме «Гидрохимическое изучение минеральных вод и лечебных грязей Киргизии».

Под руководством к.х.н. Кадырова В.К. работали к.х.н. Зиновьев А.А., Мельникова З.И. Изучение минеральных вод велось совместно с профессором Левченко В.М. из гидрохимической лаборатории института энергетики и водного хозяйства АН Киргизской ССР. Хотелось бы отметить большой вклад Кадырова В.К. в дело изучения природных вод Кыргызстана.

Кадыров В.К., в 1934 году окончив мелиоративный техникум, поступил Киргизский педагогический институт по специальности естествоведа, в 1939 году поступил в аспирантуру, но был направлен на финскую войну, все годы Великой Отечественной войны был в действующей армии. В 1946 году после возвращения из Румынии сразу же стал научным сотрудником Группы курортных ресурсов Института химии Киргизского филиала Академии наук СССР.

В 1954 году защитил кандидатскую и в 1971 году – докторскую диссертации, в 1975 году получил ученое звание профессора. Под его руководством защищена одна докторская и шесть кандидатских диссертаций. Многие сотрудники нашего института считают его своим учителем. Кадыров В.К. был неутомимым тружеником, до 75 лет руководил лабораторией, выезжал в экспедиции, является автором 120 научных работ, среди которых 2 монографии.

По теме «Бальнеологические курорты и климатосанатории Киргизии» исполнителями были гидрогеолог с.н.с. Пашенко А.И. и климатолог, кандидат геологических наук Рязанцева З.А. В результате исследования обнаружены богатейшие залежи грязи в районе Чолпон-Ата, Долинки, Тюпа, Койсары, изучены их физико-химические свойства, и даны рекомендации к их дальнейшему использованию. Штатными климатологами в дальнейшем были приняты Фомин В.М., Федулова В.В., однако З.А. Рязанцева, являясь авторитетнейшим климатологом, продолжала тесно сотрудничать с нашим институтом. Под ее редакцией выпущено руководство «Климат Киргизской ССР». Исабаева В.А., Султаналиев А.С. вели экспериментальные исследования по теме «Обоснование механизмов действия курортных и физиотерапевтических факторов».

В 1959-60 годах были расширены штаты института по науке, что позволило принять новых сотрудников, также изменилась структура научных подразделений. Сектор гидрогеологии и лаборатория климатологии были объединены в отдел курортных ресурсов. Лаборатория физиологии и патологической физиологии была преобразована в лабораторию экспериментальной курортологии и физиотерапии. Из клинического отдела выделена клиничко-биохимическая лаборатория и отдел функциональной диагностики, расширился на-

учно-организационный отдел и научная библиотека.

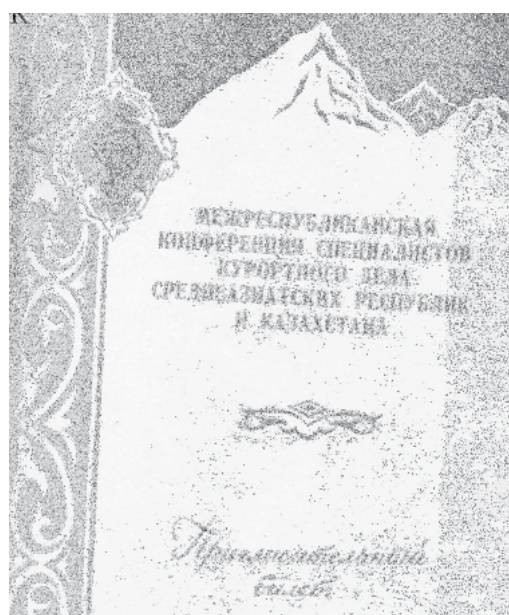
Отдел курортных ресурсов (зав. отд. к.г.н. Фомин В.М.) вместе с лабораторией экспериментальной курортологии физиотерапии (зав. лаб. к.м.н. Султаналиев А.С.) за первые десять лет выполнили 25 научных тем и подтем, при этом сотрудники отдела курортных ресурсов исследовали несколько десятков месторождений минеральных вод, почти десяток месторождений лечебных грязей, климат 46 местностей, пригодных для рекреационной деятельности. Защитили свои диссертации сотрудники отдела Фомин В.М. «Климат и метеорологические условия климатолечения на важнейших курортах и санаториях Кыргызской ССР» (1964 г.), Шогина П.И. «Микрофлора, антибактериальные и адсорбционные свойства лечебных грязей Киргизии» (1969 г.), Катаева Н.И. «Типы термальных вод Киргизии и структурные условия их формирования» (1970 г.), Мельникова З.И. «Химическая характеристика и формирование состава основных типов минеральных вод Киргизии» (1970 г.), Хмырова Л.А. «Физико-химическая характеристика лечебных грязей Кыргызской ССР» (1970 г.), Федулова В.В. «Условия формирования погоды и курортно-климатические ресурсы горного обрамления Ферганской долины» (1973 г.). Данные научных исследований были обобщены в монографии «Подземные минеральные воды Кыргызской ССР» и тематическом сборнике трудов института «Лечебные грязи Кыргызской ССР».

Проведенные исследования послужили научным основанием для принятия Постановления Совета Министров ССР №723 от 28 августа 1970

года об отнесении Иссык-Кульского курортного района к курортам общесоюзного значения и Постановления Совета Министров Кыргызской ССР №407 от 30 октября 1970 года об утверждении 46 территорий лечебными местностями республиканского и местного значения.

Экспериментальные и клинические обоснования эффективности действия природных лечебных факторов проводились на высоком методическом уровне. В составе отдела курортных ресурсов на базе лаборатории экспериментальной курортологии была в 1969 г. создано отделение высокогорной климатофизиологии, климатобальнео- и физиотерапии, которую в течение 10 лет возглавлял Яковлев В.М.

Период 1970-1985 гг. характеризовался бурным курортным строительством. В рамках программы превращения Иссык-Кульского курортного района во Всесоюзную здравницу строились десятки пансионатов и санаториев – таких как «Аврора», «Кыргызское взморье», новый корпус санатория «Голубой Иссык-Куль». В районе Чоктал, Чон-Сары-Ой выросли современные пионерские лагеря. В это время пробурено около 40 глубоких (более 1000 м) скважин, давшие термальные минеральные воды. Отдел курортных ресурсов участвовал в исследовании новых скважин, разрабатывал рекомендации по их охране и рациональному использованию, сотрудники постоянно выезжали на места и следили за правильностью отпуска бальнеопроцедур, талассотерапии, климатотерапии. Это было не простым повторением в условиях горного климата методик, разработанных в центральном институте. Результаты свидетель-



ствовавали об уникальности Иссык-Кульского курортного района, не имеющего аналогов на территории огромного Советского Союза. Эффективность лечения больных детей и взрослых была очень высокой. Этот период также характеризовался высокой продуктивностью научных публикаций и выступлений на Всесоюзных съездах, конференциях, симпозиумах, совещаниях. Киргизские курорты перестали быть экзотикой, о них заговорили во всех уголках Союза. Поток больных и отдыхающих возрастал.

Результатом работ отдела курортных ресурсов стало налаживание промышленного розлива лечебно-столовых минеральных вод. Если до 1970 года был налажен промышленный розлив только двух вод – «Джалалабад №27» и «Ак-суу» (Джарташское месторождение), то в Республиканский стандарт РСТ -252:83 кроме них вошло еще 7 видов продукции – «Арашан» (Беш-Бельчирское месторождение в Ат-Башинском районе), «Чатыркуль», «Кара-Шоро-2», «Кара-Шоро-5», «Фрунзенская», «Барбулак» (Тонский район). Жители Киргизии получили возможность выбора бутылочных минеральных вод, врачи широко включали в комплекс лечебных мероприятий питье лечебно-столовых минеральных вод, и в этом большая заслуга сотрудников КНИИКиФ: Мельниковой З.И., Катаевой Н.И. и других.

В восьмидесятые годы появилось новое направление климатотерапии – спелеотерапия, в продвижении которой ученые Киргизии приняли самое активное участие. В нашем институте была разработана методика высокогорной спелеотерапии бронхиальной астмы, и других аллергических

заболеваний взрослых и детей, также были разработаны проекты галокамер. Совместно с НИИ акушерства и педиатрии проводилась большая организационная и научная работа, в результате защищены несколько докторских и кандидатских диссертаций. Галокамеры, облицованные каменной солью «Чон-Туз» стали оборудоваться в санаториях и профилакториях. Во второй половине восьмидесятых годов КНИИКиФ освоил опытное производство лечебно-профилактических средств на основе минерального, растительного сырья, продуктов пчеловодства и мумие.

После объединения КНИИКиФ, КНИИ туберкулеза и КНИИ эпидемиологии, гигиены и инфекционных болезней в институт экологии, из последнего выделился хозрасчетный отдел, ставший Республиканским центром народной медицины (РЦНМ) «Бейиш». В РЦНМ долгое время сохранялся отдел курортных ресурсов, возглавляемый гидрогеологом Иманкуловым Б.И., который является автором ряда изобретений и 5 монографий. После восстановления института в 1991 году отдел курортных ресурсов возглавил кандидат геолого-минералогических наук Есипов Ю.М. В отделе были организованы отделения: лечебно-грязевых ресурсов, возглавляемое к.х.н. Цой Е.П., гидроминеральных ресурсов, возглавляемое Леоновой Л.Б., затем Тороповой Л.П., и лаборатория медицинской климатологии, которой руководил к.м.н. Рогозин О.Н. (ныне профессор Ханты-мансийского медицинского института), затем Поважная Е.Л. (ныне руководитель управления санаторно-курортного лечения Минздрава Российской Федерации).



Истоки курортного дела Кыргызстана берут начало еще в XIX веке. До 1919 года в Кыргызстане насчитывалось всего 125 санаторных коек. До образования в 1924 году Кара-Кыргызской автономной области республика располагала старейшими бальнеологическими курортами: «Джалал-Абад» (1887г.), «Иссык-Ата» (1891г.), «Джети-Огуз» (1910г.).

Начало развития курортов в Кыргызстане связано с организацией в 1923 г. в г. Ташкент курортного управления Туркестанской республики. В 1925-27 гг. местные курорты находились в ведении акционерного общества «Средазкурорт». С целью развития и эксплуатации курортов, расположенных на территории Кыргызстана, в 1937 году учреждаются находящиеся в ведении Наркомздрава Кыргызской АССР управления курортами, сокращенно именуемые «Кыргызкуруплением».

На курортное управление были возложены следующие задачи:

- Развитие и использование курортов и всех курортных местностей Кыргызской Республики для нужд широких слоев трудящихся.
- Развитие физиотерапевтической помощи для лечения, реабилитации больных с подострыми и хроническими заболеваниями.

В Кыргызской Республике начало физиотерапевтического лечения связано с открытием в 1929г. электролечебницы. К 1937 году в столице и на периферии открывается 15 физиотерапевтических кабинетов, к 1941 году физиотерапевтическая сеть республики возросла до 36 кабинетов, укомплектованных врачами-физиотерапевтами и средними медицинскими кадрами.

Кыргызский научно-исследовательский институт курортологии и физиотерапии (КНИИ-КиФ) Министерства здравоохранения Кыргызской Республики был организован на основании Постановления Совета Министров Кыргызской Республики №239 от 23 июля 1957 года и приказа Министерства здравоохранения Кыргызской Республики №311 от 12 октября 1957 года на базе существующей больницы физических методов лечения Кыргызского НИИ курортологии и физиотерапии (КНИИКиФ).

Первым директором стал Бабаханов Б.В., руководивший институтом в течение 12 лет (1957-1969 гг.). В последующем институт возглавляли: Турусбеков Бейшен Турусбекович, д.м.н., профессор (1969-1973 гг.); Усманова Анвара Фатыховна, д.м.н., профессор (1973-1975 гг.); Алымкулов Добулбек Алымкулович, д.м.н., профессор (1975-1984, 1991-1997 гг.); Соловьева Людмила Ивановна, к.м.н., с.н.с. (и.о.) (1984-1985 гг.); Нарбеков Оморбай Нарбекович к.м.н., с.н.с. (1985-1988 гг.); Токтомушев Чоробек Тукешевич, к.м.н., с.н.с.

(1997-2003 гг.); Поважная Елена Леонидовна, д.м.н. (и.о.) (2003 г. май-июль); Султанмуратов Махмуд Темирбекович, д.м.н., профессор (с 23 июля 2003 по 2006 года); Молдогашев Ишенбай Курманович с 2006 г. по настоящее время.

С организацией Кыргызского научно-исследовательского института курортологии и физиотерапии на нее были возложены задачи выявления и исследования физико-химических свойств и лечебного действия курортных факторов, подготовка кадров для курортов, научно-методических руководств санаторно-курортными учреждениями и создание по всей республике физиотерапевтической службы. В 1957 году в институте работало всего 33 сотрудника, из них 4 кандидата медицинских наук и 2 старших научных сотрудника. В клиническом отделении на 35 коек, которые использовались для терапевтических, неврологических, хирургических и гинекологических больных, работали 4 врача.

Физиотерапевтическая сеть лечебно-профилактических учреждений и курортов в 1957 году состояла из 60 кабинетов, в том числе: г. Бишкек (Фрунзе) – 15, Чуйская долина – 17, Таласская долина – 3, Иссык-Кульская котловина – 8, Ошская область – 17. Кроме того, физиотерапевтические кабинеты имелись на курортах: «Ак-Суу», «Джалалабад», «Джети-Огуз», «Иссык-Ата», «Чолпон-Ата»; в тубсанаториях: «Иссык-Куль», «Ош», в домах отдыха «XX-летие Киргизии», «Дом отдыха Ош».

В эти годы проводилось комплексное изучение, разработка и внедрение методов и методик физиотерапевтического и санаторно-курортного лечения больных с различными заболеваниями. Широкое курортное строительство в Кыргызстане проводилось в основном с 1970 по 1984 гг. В 1982 году имелось 10 санаторно-курортных учреждений, домов отдыха с фондом 5 тыс. коек, на которых ежегодно поправляли свое здоровье и отдыхали более 75 тыс. человек. Начиная с 1984г. введены в эксплуатацию водолечебница на 20 ванн, грязевые кабинеты с поликлиникой на 250 посещений за смену на курорте «Иссык-Ата», водолечебница курорта «Джалалабад», водолечебница с поликлиникой курорта «Джети-Огуз», комплекс санатория «Голубой Иссык-Куль» на 500 коек.

Началом реабилитационной службы Кыргызской Республики явилось открытие в экологически чистом живописном регионе Кыргызского Ала-Тоо, на высоте 1200м над уровнем моря, в с.Таш-Дөбө Аламудунского района Чуйской области в 1982 году Кыргызского научно-исследовательского института курортологии и физиотерапии на базе Республиканской больницы восстановительного лечения, который в 1991 году Постанов-

лением Совета Министров Кыргызской республики от 1 июля 1991 года №322 был переименован в Кыргызский научно-исследовательский институт курортологии и восстановительного лечения (КНИИКиВЛ).

Основные направления научной деятельности института включают две взаимосвязанные стратегические линии по охране здоровья населения – курортное дело и медицинскую реабилитацию:

- Изучение курортных ресурсов республики и горного климата для использования в лечебных, реабилитационных и профилактических целях.
- Изучение механизмов действия природных и преформированных лечебных факторов (грязи, минеральные воды, микроклимат соляных шахт, физиотерапевтические методы и методики).
- Изучение вопросов медицинской реабилитации при различных заболеваниях.
- Научно-организационная и методическая помощь отделениям медицинской реабилитации лечебных организаций и санаторно-курортным учреждениям Кыргызской Республики.

Сотрудники КНИИК и ВЛ изучают механизм действия курортных факторов, определяют показания и противопоказания для санаторного лечения, оказывают научную, консультативную и методическую помощь врачам Кыргызкурорта, разрабатывают комплексные методики лечения, предусматривающие практическое использование на научной основе курортных факторов в сочетании с широким применением лечебной физкультуры, лечебного питания, физиотерапии, фитотерапии и оздоровительного режима, осуществляют специализацию медицинских кадров по курортологии, физиотерапии, лечебной физкультуре, массажу.

Научными сотрудниками проводились работы и по специализации санаториев в Кыргызской Республике. Курорт «Джалалабад» специализируется на лечении заболеваний органов пищеварения, опорно-двигательного аппарата, курорты «Иссык-Ата», «Джети-Огуз», «Джергалан» – на лечении болезней органов опорно-двигательного аппарата, нервной системы и гинекологических заболеваний, санаторий «Голубой Иссык-Куль» – на лечении заболеваний нервной системы, органов кровообращения и дыхания, санаторий «Кыргызстан» – на лечении заболеваний органов кровообращения, больных после перенесенного инфаркта миокарда.

В Кыргызской Республике изучено около 100 месторождений разнотипных минеральных вод с общим запасом около 50 тыс.м³/сут., 14 месторождений иловых и торфяно-иловых лечебных грязей с общим запасом более 3,5 млн.м³. Наиболее часто встречаются термальные азотные слабоминерали-

зованные воды. На базе основных минеральных источников функционируют такие курорты, как «Иссык-Ата», «Ак-Суу», «Джергалан», «Джалалабад», «Чолпон-Ата». Особую ценность представляют уникальные термальные радоновые воды с большой концентрацией, на базе которых функционирует курорт «Джети-Огуз».

В республике широко распространены углекислые воды. Исследования, проведенные сотрудниками КНИИКиВЛ, доказали высокую эффективность применения этих вод при заболеваниях желудочно-кишечного тракта. Однако расположение их выходов малоперспективно для строительства курортов из-за большой высоты расположения над уровнем моря, и они используются только для промышленного розлива (нарзана «Ак-Суу», «Чатыр-Куль», «Арашан», «Кара-Шоро»). В настоящее время организован розлив минеральных вод «Джалалабад», «Ак-Суу», «Иссык-Ата», «Кара-Шоро», «Арашан» для применения с лечебной целью при различных заболеваниях.

На территории Кыргызстана разведаны месторождения иловых и торфяно-иловых лечебных грязей, расположенных в Иссык-Кульской котловине, Чуйской долине и Нарынской области. На юге республики имеются месторождения: Арсланбобское, Кадамжайское, Джалал-Абадское и другие. Грязи, используемые с лечебной целью на курорте «Джалалабад», относятся к торфяно-иловым. В лечебных учреждениях г.Бишкек и Чуйской долины, на курорте «Иссык-Ата» и в КНИИКиВЛ используется торфяно-иловая грязь Камышановского месторождения.

В настоящее время КНИИКиВЛ является научным, лечебным, организационно-методическим центром Кыргызской Республики по реабилитационной медицине, физиотерапии и ЛФК, а также санаторно-курортным учреждением. В структуре института имеются научные отделы и лаборатории, 17 специализированных отделений, где трудятся 4 доктора медицинских наук и 15 кандидатов медицинских наук и другие.

КНИИКиВЛ оснащен современной диагностической и лечебной аппаратурой. Здесь проводятся научно-исследовательские работы по изучению механизма действия природных и преформированных физических факторов на больной и здоровый организм, исследуется эффективность их использования при самых различных заболеваниях, таких как хронические обструктивные заболевания легких, повреждения опорно-двигательного аппарата и позвоночника, после перенесенного ишемического инсульта, гинекологических, урологических и других заболеваниях.

Чудесный климат, чистый воздух, красота окружающей природы, а также широкие возможности лечебно-диагностической базы института –

все это позволяет осуществлять эффективную стационарную медицинскую реабилитацию детей и взрослых с хроническими и рецидивирующими заболеваниями. В институте проводятся немедикаментозные методы лечения: ультразвуковая терапия, ингаляции, иглорефлексотерапия, электро-, водо-, теплолечение, в том числе грязелечение, светолечение, лазеротерапия, ультрафиолетовое облучение аутокрови, лечебная физкультура, бассейн, массаж, психотерапия, занятия логопеда, механо- и трудотерапия, мануальная терапия, подводное и сухое вытяжение позвоночника и др. В отделениях имеются палаты с повышенной комфортностью.

Комплексное использование научно-основанных методов восстановительного лечения дает высокий положительный результат. Учитывая, что медицинская реабилитация имеет важное значение для улучшения здоровья населения, снижения заболеваемости и инвалидности, а также в целях преемственности, унификации медицинской

реабилитации, приближения высококвалифицированной (специализированной) реабилитационной помощи жителям отдаленных регионов республики, обеспечения ее доступности, в том числе для малообеспеченных граждан, специализированными реабилитационными учреждениями третичного уровня определены: Кыргызский НИИ курортологии и восстановительного лечения – для жителей Чуйской, Таласской областей и г.Бишкек; Кочкоратинская больница восстановительного лечения – для жителей Джалал-Абадской, Ошской и Баткенской областей; санаторий Минздрава «Ак-Суу» – для жителей Иссык-Кульской и Нарынской областей.

Таким образом, в системе здравоохранения республики сформирована новая структура оказания реабилитационной помощи населению, включающая специализированный стационарный, госпитальный и амбулаторный этапы, что дает возможность соблюдения основных принципов реабилитации, достижения качества и эффективности

Сведения об авторах:

- 1. Султанмуратов Махмуд Темирбекович, директор КНИИК и ВЛ, д.м.н., профессор;*
- 2. Буларкиева Элиза Алымкулова, к.м.н., ученый секретарь КНИИК и ВЛ. ebulakieva@mail.ru*
- 3. Белов Георгий Васильевич, д.м.н., профессор.*

УДК 615.838 (575.2)

Буларкиева Э.А., Султанмуратов М.Т.

Курортология жана калыбына келтирүүчү дарылоо Кыргыз илимий-изилдөө институту,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

КЫРГЫЗСТАНДЫН КУРОРТТОРУН ӨНҮКТҮРҮҮДӨГҮ УЧУР ТАЛАБЫНЫН КӨЙГӨЙЛӨРҮ

Корутунду. Курорттук ресурстарды изилдөө, дарылоо максатында аларды сарамжалдуу пайдалануу 1957-жылы түзүлгөндөн бери Кыргыз илим изилдөө жана калыбына келтирип дарылоо институтунун негизги иш-чараларынын бири болуп саналат. Илимий-изилдөө материалдары Ысык-Көл курорттук зонасында жана Кыргызстандын түштүгүндөгү курорттук ресурстарын пайдалануу үчүн республикалык жана жергиликтүү маанидеги техникалык-экономикалык негиздеменин курорттук аймактарында аныктоо жана бекитүү тизмеси үчүн негиз түзүлөт; иштеп чыгуу, дизайн жана курорттук дарылоо натыйжалуу ыкмаларын жүзөгө ашыруу, анын узак мөөнөттүү божомолдор жардамы менен, өлкөнүн калкынын муктаждыктарын аныктоо, курортторду, санаторийлерди жана эс алуу жайларынын иш-чараларын өнүктүрөт.

Негизги сөздөр: курортторду өнүктүрүү, санаториялык-курорттук дарылоо, эффективдүүлүк.

Буларкиева Э.А., Султанмуратов М.Т.

Кыргызский научно-исследовательский институт курортологии и восстановительного лечения,
Бишкек, Кыргызская Республика

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ КУРОРТНОЙ МЕДИЦИНЫ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Резюме. Вопросы изучения курортных ресурсов, их рационального использования в лечебно-оздоровительных целях формируют одно из основных направлений деятельности Кыргызского НИИ курортологии и восстановительного лечения с момента его организации в 1957 году. Материалы научных разработок института легли в основу определения и утверждения перечня курортных местностей республиканского и местного значения, технико-экономического обоснования использования курортных ресурсов Иссык-Кульского курортного района и юга Кыргызстана; развития курортов, санаториев и учреждений отдыха в республике, определения потребности населения республики в санаторно-курортной помощи с прогнозами ее перспективного развития, разработки и внедрения эффективных методов санаторно-курортного лечения.

Ключевые слова: развитие курортов, санаторно-курортное лечение, эффективность.

Bularkieva E.A., Sultanmuratov M.T.

Kyrgyz Research Institute of Health Resort Science and Rehabilitative Medicine, Bishkek, Kyrgyz Republic

MODERN PROBLEMS OF DEVELOPMENT OF SPA MEDICINE IN KYRGYZSTAN

Abstract. The study of resort resources and their rational use in health-improving purposes form one of the main activities of the Kyrgyz Research Institute of Balneology and Rehabilitation Treatment since its inception in 1957. Materials of scientific developments of the Institute formed the basis for the definition and approval of the list of resort areas of the republican and local significance, the feasibility study of resort resources of the Issyk-Kul resort area and the south of Kyrgyzstan; the development of resorts, sanatoriums and recreational facilities in the country, determining the needs of the republic's population in sanatorium-and-spa care with forecasts of its future development, development and implementation of effective methods of sanatorium treatment.

Key words: development of resorts, sanatorium treatment, efficiency.

Кыргызстан издавна славится своими природными ресурсами, занимая среди стран Центральной Азии ведущее место по их наличию и разнообразию: свыше 100 месторождений разнообразных минеральных вод с общими запасами около 50 тыс. м³/сут., 16 месторождений иловых и торфяно-иловых лечебных грязей с общими запасами более 3,5 млн. м³, горный климат [1]. В комплексе лечебно-профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья человека,

особое место занимает санаторно-курортное лечение и реабилитация. При этом особая роль принадлежит реабилитации больных после острого инфаркта миокарда, инсульта, пострадавших от несчастных случаев, после оперативных вмешательств, и т.д.

Санаторно-курортные учреждения Кыргызстана располагают практически всеми известными в мире типами лечебных вод, грязей и других природных ресурсов. В настоящее время на терри-

тории Кыргызской Республики, по данным Национального статистического комитета функционирует 143 лечебно-оздоровительных учреждения. Современная инфраструктура курортов с надлежащими бальнеотехническими сооружениями и средствами размещения отдыхающих, уровень сервиса требует желать наилучшего. При рациональном использовании ресурсов в санаторно-курортных учреждениях в условиях рыночной экономики, значительное сокращение финансирования, ослабление их координации со стороны государства привели к уменьшению их числа, числа коек в них, а также материально-технической базы, а самое главное уменьшение кадрового потенциала. Сложилась разница между потребностью в санаторно-курортных услугах и отсутствием возможности в их получении, из-за низкой платежеспособности населения Кыргызстана.

Закон Кыргызской Республики «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах», принятый в 2000 - году [3], остался во многом не реализован. Для того, чтобы широко пользоваться лечебными природными ресурсами нужно восстановить систему их охраны от преждевременного истощения, загрязнения, утраты лечебных свойств [4]. Проведенные КНИИКиВЛ исследования свидетельствуют, что в настоящее время эксплуатируется и лицензирована лишь часть скважин минеральных вод, ухудшился уход за пляжами и лесопарками курортов. Большинство месторождений лечебных грязей, лечебных глин, рапы остаются невостребованными [5]. Необходима разработка законодательной и нормативной – правовой базы деятельности санаторно-курортных учреждений, медико – экономических стандартов санаторно-курортных услуг и критериев лицензирования медицинской деятельности здравниц. В КНИИКиВЛ уже много лет успешно работает технический комитет по стандартизации ТК 18 «Санаторно-оздоровительные услуги и природные лечебные ресурсы», которым подготовлены 6 государственных стандартов Кыргызской республики по вопросам санаторно-оздоровительного обслуживания. В планах разработка еще нескольких КМС на такие виды услуг как саунотерапия, климатотерапия, теплолечение, диетическое питание, аппаратные физиотерапевтические процедуры, лечебная физкультура, массаж. Государственная политика в курортном деле должна быть направлена на содействие инвесторам, проводящим строительство и реконструкцию лечебной базы, что приведет к расширению санаторно-курортного сервиса.

Отдельным вопросом следует рассматривать проблемы детской курортологии. В Кыргызстане половину населения составляют дети. Система их оздоровления в лагерях, исправно работающая при социализме, в настоящее время ликвидируется.

Внимание к проблемам организации санаторно-курортной помощи населению во многом об-

условлено негативными тенденциями в состоянии здоровья населения, в том числе детей, высоким уровнем профессиональной заболеваемости и инвалидности граждан. К сожалению, в системе бюджетного финансирования не остается детских санаториев. Это не только не позволяет разрабатывать и апробировать новые методы санаторного оздоровления детей, но и лишает эту многочисленную социально необеспеченную категорию населения в специализированной медицинской помощи. Надо учитывать пример России, где самым многочисленным собственником санаториев является Министерство Здравоохранения, и доля детских санаториев в ее службе превышает 30%.

Таким образом, проблемы курортологии и медицинской реабилитации в Кыргызстане имеют значительный потенциал и могут внести существенный вклад в повышение уровня здоровья и улучшения качества жизни населения. Для этого нужно приложить все усилия, чтобы не утратить этот потенциал, а развить его, несмотря на все социально-экономические сложности.

Литература:

1. Алымкулов Д.А, Бикмухаметова Н.Г. *Рекреационные возможности и прогнозы развития курортов Киргизии.* - Фрунзе: Илим, 1985. -200 с.
2. *О концепция государственной политики развития курортного дела в Российской Федерации. Решение Коллегии от 24 июня 2003-года №11.*
3. *Закон Кыргызской Республики «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах».* Бишкек, 2000.
4. *Иванова Л.В. О состоянии курортного дела в Российской Федерации //Материалы Третьей международной научно-практической конференции «Инновационные технологии в области оздоровления и медицинской реабилитации».* -Алматы, 2003. - С. 11-16.
5. *Эсенаманова С.Т., Молдоисаев Р.Б., Азыкбекова Г.Р. и др. Современное состояние месторождений минеральных вод Иссык-Кульского курортного района // ЦАМЖ. - 2004. - Том X. Приложение 2. - С. 314-316.*
6. *Bodenheimer A. Industrial activity at the Dead Sea. Israel Journal of Medical Sciences 1996; 32 (Suppl): 35-37.*
7. *Even-Paz Z., Efron D. // Israel Journal of Medical Sciences 1996; 32 (Suppl): 4-8.*
8. *Grossi F. // Clinica Terapeutica 1997; 148 (11): 549-565.*
9. *Jobst A. // Orvosi Hetilap 1995; 136 (38): 2064-2067.*
10. *Tsankov N.K., Kamarashev J.A. // Clinics in Dermatology 1996; 14(6); 675-678.*

Сведения об авторах:

1. *Султанмуратов Махмуд Темирбекович, директор КНИИК и ВЛ, д.м.н., профессор;*
2. *Буларкиева Элиза Алымкулова, к.м.н., ученый секретарь КНИИК и ВЛ. ebulakieva@mail.ru*

Белов Г.В.

ЖЧК «Профессор Беловдун илимий мектеби», Бишкек, Кыргыз Республикасы

КЫРГЫЗСТАНДАГЫ КӨЙГӨЙЛӨР ЖАНА МЕДИЦИНАЛЫК КАЛЫБЫНА КЕЛТИРҮҮ ЖАНА КУРОРТОЛОГИЯНЫ ӨНҮКТҮРҮҮ КЕЛЕЧЕГИ

Корутунду. Талкулоо макалада, жазуучу анализдеп берет Кыргызстандагы көйгөйлөр жана медициналык калыбына келтирүү жана курортология өнүктүрүүнүн келечегин.

Негизги сөздөр: курортология жана калыбына келтирүүчү Кыргыз илимий-изилдөө институту, кадрларды даярдоо, диссертациялар, укуктук ченемдик документтер.

Белов Г.В.

ОсОО «Научная школа профессора Белова», Бишкек, Кыргызская Республика

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И КУРОРТОЛОГИИ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Резюме. Дискуссионная статья, в которой автор анализирует проблемы и перспективы развития медицинской реабилитации и курортологии в Кыргызстане.

Ключевые слова: Кыргызский НИИ курортологии и восстановительной медицины, подготовка кадров, диссертации, правовая нормативная документация.

Belov G.V.

OsOO “Professor Belov School of Sciences”, Bishkek, Kyrgyz Republik

PROBLEMS AND THE PROSPECTS OF MEDICAL REHABILITATION AND BALNEOLOGY IN KYRGYZSTAN

Abstract. Debatable article in which the author analyzes problems and the prospects of development of medical rehabilitation and balneology in Kyrgyzstan.

Key words: Kyrgyz Scientific Research Institute of Balneology and Rehabilitative Medicine, training, dissertations, legal standard documentation.

Курортология и восстановительное лечение (медицинская реабилитация) области медицины способны к большому развитию в Кыргызстане в силу его курортных богатств и появившемуся в последнее время спросу платежеспособного населения на немедикаментозные методы лечения.

В этом году отмечается 60-летие образования Кыргызского НИИ курортологии и восстановительного лечения (ранее НИИ курортологии и физиотерапии). Не каждая союзная республика имела условия для создания и работы института такого профиля. Кыргызский НИИ был одним из лучших. Нашими сотрудниками вместе со специалистами Центрального НИИ курортологии была разработана программа превращения Иссык-Кульского курортного района во Всесоюзную здравницу [1]. Институт обладал оснащенными лабораториями, бальнеолечебницей, уютными пала-

тами в центре города, а также загородный центр восстановительного лечения на 500 коек. Он имел тесные научные связи с однопрофильными институтами Союза. Оказывал организационную помощь санаториям, профилакториям, пансионатам, пионерским лагерям. Достижения КНИИКиВЛ хорошо описаны в книге «Прошлое, настоящее и будущее курортологии и восстановительной медицины» [13]. Там же описывались и радужные перспективы курортной и реабилитационной службы, к сожалению серьезных подвижек за последующие десять лет не произошло, проблемы наоборот накопились.

Цель работы. Выявить причины пробуксовки развития института и предложить решения для их устранения.

Материалы и методы исследования. Оценки сделаны экспертом МАК, Департамента лекарственного обеспечения и медицинской тех-

ники, Министерства экономики КР, а также экспертом Минздрава в нескольких межведомственных комиссиях и советах.

Заключения и рекомендации носят дискуссионный характер.

Результаты исследования и их обсуждение. Прежде всего, требуется определить современное состояние КНИИКиВЛ – организационного и методического центра курортной и реабилитационной службы.

Руководители любого медицинского учреждения все сложности своей работы стараются объяснить недостаточностью финансирования. КНИИКиВЛ этим не страдает, внебюджетная деятельность института в последние годы приносит около ста миллионов сомов ежегодно. Вопрос в умении первых руководителей института правильно направлять эти средства. К сожалению можно констатировать, что аппаратная база физиотерапевтического отделения, лабораторий давно устарела и аппаратов нового поколения не приобретено.

Директора института слишком усердно следят за денежными потоками, ни кому не доверяют, открыто перед коллективом не отчитываются. Единичные решения не могут быть правильными, особенно когда речь идет о больших суммах. Многочисленные ревизии прокуратуры, счетной палаты и других надзорных органов каждый год выявляют различные несоответствия и нарушения. На мой взгляд, надо изменить устав института и ввести в органы управления «Попечительский совет», который бы рассматривал планы на новый год, принимал отчеты, давал разрешение на крупные финансовые сделки. В состав попечительского совета должны входить независимые от дирекции лица – ведущие ученые курортологи, представители Минздрава, Министерства образования и науки.

Это не умоляет функции ученого совета института – по уставу совещательного органа при директоре. Я был членом ученого совета при 5 директорах и только при Д.А. Алымкулове ученый совет работал продуктивно, шло коллективное обсуждение вопросов, все высказывали свое мнение, не всегда лестное, но объективное. Последние 20 лет лишь не многие ученые могут спорить, доказывать свое. Директора не зависимо от конкретной фамилии всю власть берут на себя, требуют едино-

мыслия, но это наоборот создает напряженность, нерешенность проблем и, даже, раскол коллектива на своих для директора и не своих. «Несвои» оказываются в худшем финансовом положении, не имеют перспектив карьерного роста.

Дирекции надо делегировать часть своих функций членам ученого совета. Если член ученого совета будет учредителем или членом президиума Ассоциации курортологов, членом редакционного совета, диссертационного совета, главным специалистом (а их должно быть несколько: главный курортолог, главный физиотерапевт, главный специалист по спортивной медицине и ЛФК, главный реабилитолог, главный детский реабилитолог), экспертом различных комиссий (МАК, ВАК, научный совет при Минздраве и т.п.), или председателем технического комитета, издательского совета, заведующим кафедрой, заведующим испытательной лабораторией, то он будет решительнее выступать, не боясь преследований. Я был директором Ассоциации курортологов, специалистов восстановительной и спортивной медицины в 2006-2008 годах, и главным курортологом – физиотерапевтом, выступал не только на ученых советах института, но и различных других советах, совещаниях. Но пришедший в 2006 году директор поспешил меня сменить, и эти дела заглохли, а я, уйдя в образовательную сферу, продолжаю участвовать в экспертизе физиотерапевтической техники, аккредитации санаторно-курортных организаций, разработке технических регламентов, оставаясь просто специалистом, профессором. Другие члены ученого совета, видя, что даже профессора оттерли, стали еще тише. Что тут добавишь? Надо восстанавливать работу Ассоциации, давать дорогу молодым, менять стиль работы ученого совета института. Авторитет директора растет в дискуссиях с коллегами, надо уметь убеждать, а не заставлять слушаться.

Организационная работа института в курортной сфере и реабилитационной службе в настоящее время не поводится. Зачем директору, имеющему деньги и власть, проблемы регионов? Прямого подчинения нет, головной институт ничего не распределяет. Вникать в эти вопросы – только время тратить. Но это не правильный подход. Директор института должен быть стратегом. Рутинная работа по контролю финансовых потоков не должна отвлекать от сотрудничества с колле-

гами как внутри республики, так и зарубежными. Одно дело ты - царь в своем институте, а другое как интересы этого института ты отстаиваешь в министерстве, межминистерских встречах, в неправительственных форматах, на научных форумах. Давно уже не слышно голоса КНИИКиВЛ. А многие проблемы стоящие перед государством, связаны с профилем института. Например: туризм, медицинская климатология, производство бутылированных минеральных вод, других напитков и природных лечебных ресурсов. И от института ждут ответов опытных экспертов.

Министерство здравоохранения совместно с Европейским бюро ВОЗ разрабатывало стратегию адаптации сектора здравоохранения к глобальным изменениям климата [9, 11]. Межведомственная группа готовила второе национальное сообщение по изменению климата [5]. Были гранты, методическая и юридическая помощь, зарубежные командировки, обучающие семинары. КНИИКиВЛ единственное медицинское учреждение, имевшее специальное структурное подразделение – лабораторию медицинской климатологии отдела курортных ресурсов, из которого вышли 3 доктора наук (Рогозин О.В., Поважная Е.Л., Белов Г.В.) и несколько кандидатов, в этом проекте не участвовал, так как потерял кадры и лабораторию расформировал.

Сам бог велел КНИИКиВЛ участвовать в разработке государственных программ по туризму, развитию Иссык-Кульской области. Сотрудники института вместе с Минздравом работали над такими проектами [7]. В 2006 году была разработана Концепция развития курортов в Кыргызстане, обсуждена на коллегии Минздрава, опубликована [14], но сменился директор, а он автором работы не был, и концепция была заброшена. Вместо системной работы по концепции целой службы, была принята практика ежегодно устанавливать 10 шагов в комплексном плане института – однако все планы, начиная с 2007 года, оставались не выполненными. Прежде всего, подготовка для утверждений Правительством нормативно-правовых документов.

В принятую Концепцию устойчивого развития эколого-экономической системы “Иссык-Куль” на период до 2020 года [8], институт не вошел.

Десять лет назад институт имел тесные

связи с производителями бутылированных минеральных вод и государственными структурами, регулирующими их оборот. Были разработаны национальные стандарты КМС 252-2005, 943-2005 на бутылированные воды, в аккредитованной лаборатории гидроминеральных ресурсов проводилось около 50 полных анализов воды в год, соответственно отдел курортных ресурсов давал такое же количество бальнеологических заключений, технологических схем, программ развития месторождений. В 2016 году их количество свелось к нулю.

Далее, в 2008 году Кыргызстан взялся за разработку собственных Технических регламентов, в которой КНИИКиВЛ участия не принимал [11]. Упущенная прибыль громадна, еще более резкий спад произошел в уровне общественного и научного рейтинга института.

Лаборатория гидроминеральных ресурсов трижды проходила аккредитация на техническую компетентность, которая закончилась в 2007 году. Министерство экономики в связи с образованием ЕврАзЭС, затем ЕАЭС искала лаборатории, которые могли быть аккредитованные для испытаний по стандартам ЕврАзЭС, ТС, ЕАЭС, предлагались миллионы долларов под ремонт, оборудование, подготовку кадров. Все прошло мимо. Уволенный полгода назад зав. отделом курортных ресурсов, не имеющий соответствующего этому профилю образования, винит во всем действующего директора, мол, это чисто трайбализм, а не результат его деятельности.

То же самое касается методической работы. Несколько десятков отделений реабилитации, работающих на вторичном и третичном уровне остались по большому счету без работы. В стандарты, клинические протоколы, утвержденные Минздравом, физиотерапевтические процедуры не вошли ни при одной нозологии, в то время как в Российской Федерации почти при каждой они составляют 10-15 % объема лечебных назначений. Здесь сказалась позиция прежнего директора КНИИКиВЛ. Он рубил сук, на котором сидел, считая курортологию и физиотерапию наукой, имеющей минимальную доказательность. Современными исследованиями показана высокая доказательность медицинской реабилитации [10]. Так, например, у постинсультных больных лечебная физкультура относится к 1а классу доказательности, а электро-

стимуляция мозга и мышц к 2а классу. Нас же специалисты доказательной медицины много лет убеждают, что вся физиотерапия относится к 3 классу. Это значит, что имеются данные и/или всеобщее согласие, что конкретный метод лечения или процедура не являются полезной или эффективной, а в некоторых случаях могут приносить вред.

Другое дело, что наши собственные научные работы, вышедшие из института, игнорируют основные принципы доказательности. Лечим своими методами, при чем эффективно лечим, но не можем доказать, что получен положительный эффект. Здесь надо винить не современное физиооборудование, основанное на принципе обратной связи, не методы функциональной терапии и рефлексотерапии, не наши особые климатогеографические условия, а неправильный подход к планированию научной работы: использование несравнимых групп, некачественные статистические анализ, слабый информационный поиск, выход на заранее известные результаты и их подгонка.

К сожалению, институт потерял высококвалифицированные научные кадры, а новые не смог подготовить. Почему уходят научные кадры? В городе остепененные научные сотрудники совмещают на кафедрах медицинской академии и медицинских факультетах. В загородном НИИ такой возможности нет.

КНИИКиВЛ получает финансирование от Минздрава на клинику, от МОиН на науку, а также от внебюджетной деятельности. Любой специалист мог бы получать добавку из другого источника. Но сложилась неправильная практика, к научным сотрудникам относятся как к нахлебникам – мол, не создаете денег. А без науки не было бы института, была бы большая больница восстановительного лечения, лишённая бюджетного финансирования. Сейчас клиницисты – заведующие отделениями, заместители директора, получающие более высокую ставку по клинике, а также хорошие деньги от платных услуг, и кроме того совмещают в науке по 0,5 ставки, не отвечая за конечный научный результат. Научные сотрудники сидят на голой ставке, причем с низкими коэффициентами. Отсюда текучка кадров. А можно перераспределять деньги, вводить коэффициенты, рейтинги, основанные на публикационной активности, на индексах цитируемости работ, создавать

премиальный фонд для ученых.

Штаты научных сотрудников сокращаются сверху из-за слабой эффективности научных тем, а число вспомогательного персонала при этом не уменьшается, наоборот в процентном отношении растёт.

Институт слабо использует возможность подготовки кадров через клиническую ординатуру и аспирантуру. Обучающие программы существуют только на бумаге, к тому не отвечают современным стандартам. На деле клинический ординатор прикрепляется к какому-то одному отделению, ведет с куратором (или вместо куратора) больных только определенного профиля, а не глубоко изучает свою специальность.

К сожалению, мы перестали готовить высококвалифицированные кадры через целевую ординатуру, аспирантуру и докторантуру в университетах Российской Федерации. И уровень знаний наших врачей отстал от наших коллег. КНИИКиВЛ и Министерство здравоохранения должны наладить прямые связи с ведущими реабилитационными центрами РФ. Кстати оплата за контрактное обучение в клинической ординатуре по медицинской реабилитации в институте повышения квалификации ФМБА на 20% ниже, чем по кардиологии, гинекологии, общей хирургии. Но ни кто на контракт не едет, специальность потеряла у нас престиж.

В таблице приведена динамика подготовки диссертационных работ по специальности восстановительная медицина курортология и физиотерапия, ЛФК в Кыргызском НИИ курортологии и восстановительного лечения за 60 лет.

Сюда также включены диссертационные работы, выполненные нашими сотрудниками по тематике института, но защищенные в смежных диссертационных советах, например по патофизиологии, особенно для биологов, так как собственного диссертационного совета у нас не было. Практиковалась защита также по двум специальностям, когда в Диссертационный совет, например по педиатрии вводились для разовой защиты профессора курортологи. В последние пятилетие ВАК КР защиту диссертаций по двум специальностям не приветствует. Однако с 2012

Таблица 1. Динамика подготовки диссертационных работ

	1958- 1962	1963- 1967	1968- 1972	1973- 1977	1978- 1982	1983- 1987	1988- 1992	1993- 1997	1998- 2002	2003- 2007	2008- 2012	2012- 2017
Д	-	-	-	-	-	-	2	1	-	2	-	-
К	6	10	8	12	9	8	6	4	5	4	3	2

Примечание: Д – докторские диссертации; К – кандидатские диссертации.

года стал действовать кандидатский Диссертационный совет по неврологии и по восстановительной медицине, в котором КННИиВЛ выступал одним из учредителей. В настоящее время защититься по нашей специальности можно в Межведомственном Диссертационном совете при МУК, КГМА и институте горной медицины (специальности: физиология, патологическая физиология и восстановительная медицина). По специальности 14.03.11 – восстановительная медицина, лечебная физкультура и спортивная медицина, курортология и физиотерапия защищено за 60 лет только 3 докторские диссертации - Хамзамулин Р.К., Поважная Е.Л., Белов Г.В. Яковлев В.М. защитился по патологической физиологии, Джумабеков С.А. – по ортопедии и травматологии. Другие профессора защищались не от нашего института по другим специальностям, хотя звание профессора смогли получить уже в нашем институте по специальности курортология.

Кандидатские диссертации в первые тридцать лет института защищались больше, в среднем по 2 в год. Больше всего диссертантов: 1-доктора и 19 кандидатов подготовил профессор Дабулбек Алымкулович Алымкулов. Если рассматривать не по пятилетиям, а по отдельным годам то самым урожайным оказался 2005 год, когда было защищено 2 докторские и 4 кандидатские диссертации. Интересно, что сразу защитились три заместителя директора КНИИКиВЛ: Поважная Е.Л., Белов Г.В., Капаров М.М. Видно им дали дорогу, ранее сдерживаемую. За последние 10 лет в институте защитились 5 человек. Много это или мало? У меня за этот период защитились 15 учеников: 2 доктора медицинских наук, 4 доктора PhD, 9 кандидатов наук. Из них на КНИИКиВЛ пришлось 3,

на КРСУ – 4, на ОшГУ – 7, КГАФКиС – 1.

Утверждают темы кандидатских и докторских диссертаций многие. Это отрадно. Вопрос сколько аспирантов и соискателей дойдут до финиша.

Оценить эффективность научной работы института трудно. Наукометрические данные по большинству НИИ Кыргызстана медицинского профиля в системе РИНЦ отсутствуют. В их базе есть собственный анализ публикационной активности НИИ Кыргызстана, выполненный профессором Н.Н. Бримкуловым [3, 4]. Абсолютные данные свидетельствует, что КНИИКиВЛ является аутсайдером. Я несколько раз был рецензентом по годовым научным отчетам КНИИКиВЛ, давал конкретные замечания и предложения, к которым, наверное, стоило бы прислушаться. Однако на отчетах, вместо моей рецензии всплывала другая, предложения не учитывались, проблемы нарастали.

Закключение

В Кыргызстане имеются серьезные проблемы в деятельности санаторно-курортной и реабилитационной службы. Эти проблемы выпадают из текущих задач Минздрава, хотя имеют государственное значение, как в его финансовом, так и политическом имидже. Курортные богатства Кыргызстана позволяют оздоравливать население республики и отдыхающих из соседних стран за счет использования собственных условий и ресурсов. Однако кыргызские курортологи и реабилитологи не используют имеющихся возможностей.

В республике существует раздробленная система представления санаторно-курортных и медико-реабилитационных услуг. Головной институт – КНИИКиВЛ не достаточно регулирует эту область медицины. Расположенный в сельской местности вдали от курортных районов, он не-

плохо организовал предоставление платных лечебных услуг, в ущерб научной, организационной и методической деятельности.

Существуют различные варианты оптимизации санаторно-курортной и реабилитационной службы, и привлечения к этой программы курортов, санаториев, частных медицинских и оздоровительных центров. Сейчас они многочисленны и энергичны. Кроме КНИИКИВЛ, надо вспомнить научно-практический центр Бейиш и академию народной и экспериментальной медицины, зарегистрированную на его базе, центр реабилитации при КНИИКиВЛ, Южный и Иссык-Кульский центры медицинской реабилитации, заброшенный детский реабилитационный центр «Балалык», и многие другие. Сейчас они не могут активно внедриться в рынок медицинских и оздоровительных услуг ЕАЭС, хоть нормативно этому никто не мешает.

Туризм во многих европейских странах, например во Франции, входит в компетенцию министерства здравоохранения на правах департамента. До 1960 года все курорты СССР принадлежали Минздравам. И сейчас в курортном деле надо вести согласованную политику. Немедикаментозные методы лечения и поддержка здорового образа жизни (ЗОЖ) пользуются большим спросом у населения развитых стран. Разработка Концепции развития медицинской реабилитации и курортологии - это давно назревшая тема, способная принести большой эффект экономике и имиджу страны. Готов отдать все силы разработке такой концепции в качестве одного из авторов.

Литература:

1. Алымкулов Д.А., Бикмухаметова Н.Г. Рекреационные возможности и прогнозы развития курортов Киргизии. – Фрунзе: «Илим», 1985. — 200 с.
2. Белов Г.В., Капаров М.М., Султанмуратов М.Т., Сапыкова Н.А. О необходимости разработки межведомственной (национальной) программы развития санаторно-курортного дела в Кыргызской Республике // Медицина Кыргызстана. - 2010. – №3. - С.4-8.
3. Бримкулов Н.Н. Место медицинских организа-
- ций Кыргызстана в мировом научно-исследовательском рейтинге // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. - 2012. - № 1. - С.25-33.
4. Бримкулов Н.Н. Публикационная активность ученых-медиков Кыргызстана по данным российского индекса научного цитирования (РИНЦ) // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. - 2013. - №1. - С.9-15.
5. Второе национальное сообщение Кыргызской Республики по рамочной конвенции ООН об изменении климата. - Бишкек, 2009. – 214 с.
6. Закон Кыргызской Республики «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах». - Бишкек, 2000.
7. Каратаев М.М., Белов Г.В. О проекте стратегии развития туризма на озере Иссык-Куль // Медицина Кыргызстана. - 2007. - №4. — С.14-16.
8. Концепция устойчивого развития эколого-экономической системы “Иссык-Куль” на период до 2020 года. Утверждена Указом Президента Кыргызской Республики от 10 февраля 2009 года N 98.
9. Оценка влияния изменения климата на здоровье населения Кыргызской Республики (заключительный отчет) / О.Т. Касымов, А.А. Шаршенова, Г.В. Белов и др. - Бишкек, 2012. -127 с.
10. Пономаренко Г.Н. Доказательная физиотерапия. - Санкт-Петербург, 2011. - 176 с.
11. Постановление Правительства Кыргызской Республики от 24.08.07 г. №364 «О программе разработки технических регламентов на 2007-2009 годы».
12. Программа по сектору здравоохранения Кыргызской Республики по адаптации к изменению климата на период 2011- 2015 годы: Сборник рабочей группы МЗ КР/ О.Т.Касымов, А.А. Шаршенова, Г.В. Белов и др. - Бишкек, 2011. -75 с.
13. Прошлое, настоящее и будущее курортологии и восстановительной медицины/ Сост. Н.Т. Кудайбергенова, Г.В. Белов, М.Т. Султанмуратов и др.; под ред. проф. И.К. Молдоташева. - Б., 2007. – 148 с.
14. Султанмуратов М.Т., Белов Г.В., Капаров М.М. Основные принципы концепции развития курортов в Кыргызстане // Управление качества медицинской и санаторно-курортной помощи в современных условиях: Материалы Международного симпозиума. -Астана-Чолпон-Ата, 2005. - С. 191-197.

Сведения об авторе:

Белов Георгий Васильевич, д.м.н., профессор, bagdan1954@mail.ru.

УДК: 616.71-006.3.04-07

Алымкулов А.Т., Бабалаев А.А., Куликова А., Бейшембаев А.М.

Улуттук онкология борбору, Б.Н. Ельциндин атындагы Кыргыз-Россия Славян университети, Кайра даярдоо жана квалификациясын жогорулатуу Кыргыз мамлекеттик медициналык институту, Бишкек, Кыргыз Республикасы

АР ТҮРДҮҮ МЕДИЦИНАЛЫК ВИЗУАЛИЗАЦИЯ МЕТОДДОРУ СӨӨКТӨРДҮН ЖАНА ТКАНДАРДЫН САРКОМАСЫН ДИАГНОСТИКАСЫНДА

(Илимий адабияттар боюнча обзор)

Корутунду. Бул макалада сөөктүн жана жумшак эттин саркомасын негизги аныктоо жолдору жана аныктоодогу кемчиликтер айтылат. Ошондой эле саркома дартын айыктыруудагы ар түрдүү пландар, аларды туура колдонуу жана актуалдуу суроолорго жооп келтирилди. Медициналык визуализация саркома дартын аныктоодогу негиздигин жана үстөмдүгүн сүрөттөр менен мисал келтирдик.

Негизги сөздөр: медициналык визуализация, сөөктүн жана жумшак эттин саркомасы, дарт аныктоо.

Алымкулов А.Т., Бабалаев А.А., Куликова А., Бейшембаев А.М.

Национальный Центр онкологии, Кыргызско-Российский Славянский Университет им. Б.Н. Ельцина, Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации. Бишкек, Кыргызская Республика

РАЗЛИЧНЫЕ МЕТОДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ САРКОМ КОСТЕЙ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ

(Обзор литературы)

Резюме. В данной статье описываются основные методы диагностики при саркомах костей и мягких тканей, указаны основные преимущества и недостатки различных методов диагностики. Рассматриваются актуальные вопросы диагностики данной патологии, возможности различных методик в планировании тактики лечения сарком костей и мягких тканей. Описаны диагностические возможности и преимущества разных методов медицинской визуализации. Приведены показания и противопоказания эти методов диагностики.

Ключевые слова: медицинская визуализация, саркомы костей и мягких тканей, ранняя диагностика.

Alymkulova A.T., Babalaev A.A., Kulikova A., Beishembaev A.M.

National Centre of Oncology, B.N. Yeltsin Kyrgyz-Russian Slavic university, Kyrgyz State Medical Institute of Continuous Education, Bishkek, Kyrgyz Republic

DIFFERENT MEDICAL IMAGING METHODS IN THE DIAGNOSIS OF SARCOMAS OF BONE AND SOFT TISSUES

(Literature review)

Abstract. This article describes the basic methods of diagnostics of sarcomas of bones and soft tissues, the main advantages and disadvantages of different methods of diagnosis. The current issues of diagnostics of this pathology, the possibilities of various techniques in planning the tactics of treating sarcoma of bones and soft tissues are considered. Described diagnostic possibilities and advantages of different medical imaging technique. Given the indications and contraindications of these methods of diagnosis.

Key words: bone sarcomas and soft tissue, oncology, diagnosis

Актуальность. Саркомы костей и мягких тканей являются одними из редких заболеваний в структуре общей онкопатологии. Заболеваемость в различных географических регионах всего мира колеблется, но не превышает 1% от всех онкологических заболеваний. Так, заболеваемость сарко-

мами костей в среднем колеблется в пределах 0,5-2 случая на 100 тыс. населения [1].

Тем не менее, на сегодня известны более 20 видов сарком мягких тканей и приблизительно такое же количество первичных сарком костей. Малое количество описанных клинических наблюдений, отсутствие единой клинической картины заставляют искать новые методы дифференциальной диагностики [2].

Методы медицинской визуализации в дифференциальной диагностике сарком костей и мягких тканей.

- **Рентгенография**

Основным методом лучевой диагностики сарком костей является рентгенография. Долгое время рентгенография была практически единственным методом, устанавливающим диаг-

ноз саркомы костей. К сожалению, данный метод диагностики в первую очередь во многом зависит от квалификации лаборанта и врача рентгенолога [3].

Рентгенограмма стандартно проводится в двух проекциях: прямой и боковой. При проведении рентгенографии в первую очередь выявляется локализация и уровень поражения кости. Также рентгенологически можно определить величину очага деструкции, изменение кортикального слоя (истончение или разрушение), наличие зоны склероза, наличие периостальной реакции, его характеристику и выраженность проявления (рис. 1). В Кыргызской Республике входит в стандарт обследования всех пациентов с подозрением на саркомы костей скелета, доступность на территории страны достигает более 95% на областном уровне [3, 9].

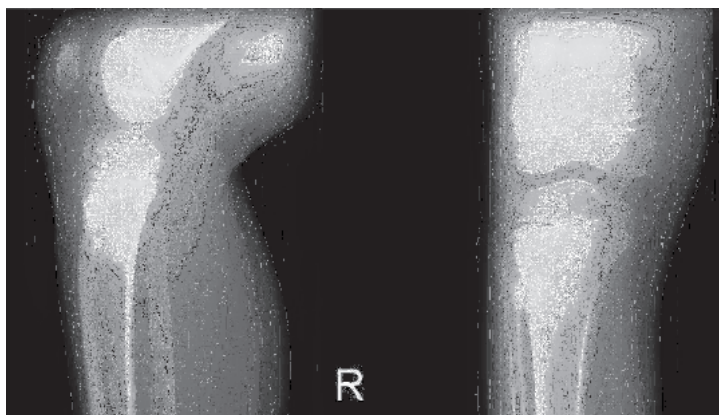


Рис. 1. Рентгенограммы правого коленного сустава. Остеосаркома правой большеберцовой кости.

- **Рентгеновская ангиография**

Ангиография — это инвазивный метод диагностики, заключающийся во введении под контролем рентгеновских лучей контрастного вещества с целью изучения сосудистого дерева исследуемого органа или части тела. Ангиография применяется при сарcomaх костей и мягких тканей для определения наличия либо отсутствия инвазии опухоли в магистральные сосуды. Для адекватного планирования хирургического вмешательства, необходимо выявить питающие сосуды опухоли [4]. Основная цель проведения ангиографии - это выявление сосуда, питающего опухоль. Точное определение питающего сосуда поможет спланировать операцию и избежать кровопотери. Однако, данный метод имеет свои четкие показания и проти-

вопоказания. В силу своей инвазивности и высокой лучевой нагрузки, метод ограничен в применении [9]. Также необходимо наличие современной рентгенологической установки, которая есть не во всех клиниках Кыргызской Республике. Данный метод доступен лишь в некоторых областях (г. Бишкек, г. Ош), в остальных регионах только планируется внедрение.

В настоящее время данная методика используется в основном для проведения регионарной, внутриаrтериальной химиотерапии и при изолированной регионарной перфузии конечностей. Из отечественных исследователей пионером применения внутриаrтериального введения препаратов является академик Трапезников Н.Н. Внутриаrтериальное введение проводилось при

остеосаркоме препаратами доксорубин и цисплатин с положительным эффектом [6].

- **Рентгеновская компьютерная томография**

Благодаря современной методике послойного получения изображений и высокой разрешающей способности рентгеновская компьютерная томография позволяет оценивать анатомические характеристики опухоли. Данная методика позволяет оценить некоторые характеристики опухолей, которые при обычной рентгенографии малодоступны. Так, например, компьютерная томография

позволяет определить степень изменения плотности опухоли, выявить четкие зоны некроза, кистозной дегенерации, более точно определить границы опухолевого поражения [3]. С помощью компьютерной томографии можно определить участки минерализации в опухолевой ткани, что в свою очередь дает возможность выявить костную деструкцию, распространенность опухолевого поражения, прорастание в мягкие ткани либо в костную ткань (рис. 2). Однако в силу своих физических свойств компьютерная томография более актуальна для опухолей костной системы [5].

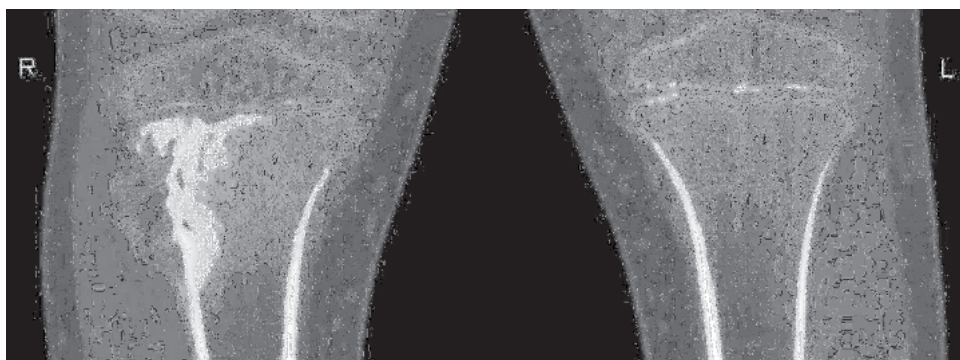


Рис.2. Компьютерная томография. Остеосаркома правой большеберцовой кости.

Необходимо отметить, что компьютерная томография имеет ряд особенностей, которые могут несколько снизить диагностическую ценность данного метода:

Малый критический объем опухоли – это размер опухоли при котором компьютерная томография не “видит” изменений. Зависит от шага среза при исследовании, и как правило, определяется индивидуально. Но, к сожалению, шаг обычно составляет около 0,5 см, поэтому, опухоли меньшего размера могут быть не замечены [9].

Длительная лучевая нагрузка на пациента. Тут создается интересная ситуация - компьютерная томография более современный метод диагностики чем рентгенография, диапазон разового облучения гораздо меньше, чем при рентгенографии. Но при компьютерной томографии, как правило используется несколько десятков срезов и, следовательно, пациент находится в аппарате дольше. Поэтому в конечном итоге больной получает большую дозу облучения, чем при рентгенографии.

Относительная доступность метода. Этот метод давно применяется в диагностики сарком ко-

стей и мягких тканей, имеется множество разновидностей томографов, стоимость данной аппаратуры с каждым годом становится доступнее.

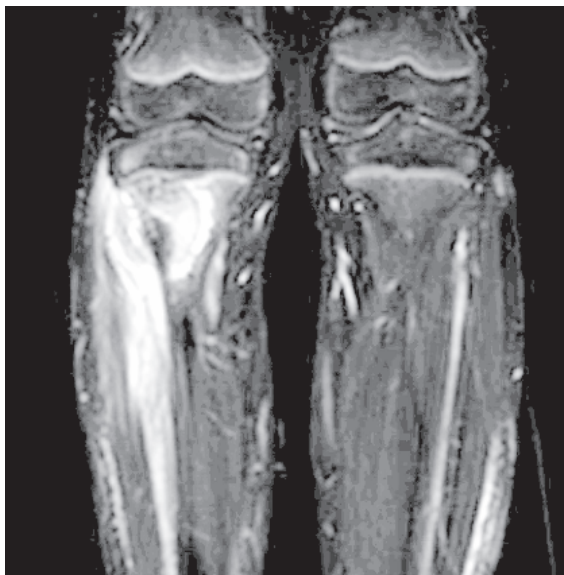
В Кыргызской Республике данный метод доступен населению лишь в крупных городах. Доступность не более 30% на территории страны. Поэтому можно считать метод относительно доступным.

- **Магнитно-резонансная томография (МРТ)**

Является самой быстро развивающейся среди радиологических методик обследования больного. Магнитно-резонансная томография позволяет оценить распространение опухоли по мягким тканям конечностей, что при компьютерной томографии весьма проблематично. В данном вопросе необходимо сразу объяснить следующее. На заре появления компьютерной томографии и затем магнитно-резонансной томографии, бытовало мнение, что компьютерная томография в большей степени лучше диагностирует поражения в костных структурах. В свою очередь магнитно-резонансная томография специализировалась на внекостных поражениях. Однако в последнее время для маг-

нитно-резонансной томографии эти ограничения стали не существенными [9]. На данном момент магнитно-резонансная томография одинаково хорошо диагностирует костные и внескостные поражения (рис. 3). Преимущества применения МРТ по

сравнению с другими методиками неосценимы. Точность, чувствительность, специфичность методики превышает показатели информативности компьютерной томографии от 1% до 40% [3].



*Рис. 3. Магнитно-резонансная томография.
Остеосаркома правой большеберцовой кости.*

Относительными недостатками можно считать зависимость от квалификации врача, описывающего снимки, более высокую стоимость исследования и аппаратов. В Кыргызской Республике всего в нескольких учреждениях применяются данные виды обследования. Это обусловлено большими финансовыми вложениями, высокими затратами на эксплуатацию и малым количеством высококвалифицированных врачей. Выполняется только в г. Бишкеке и г. Ош. В других регионах не выполняется, в ближайшее время только на стадии внедрения.

- **Ультразвуковое исследование (УЗИ)**

Ультразвуковое исследование в данный момент наиболее доступный и удобный метод диагностики. Входит в диагностический минимум при всех онкологических заболеваний. Не требует специальной подготовки больных и доступен на любом этапе оказания медицинской помощи. УЗИ давно вошло в арсенал лучевой диагностики. Метод основан на получении компьютерной картины от отраженного органами и тканями ультразвукового сигнала. В основе конструкции лежит пьезоэлектрический эффект. Поэтому, наверное,

правильнее будет называть ультразвуковой томографией. УЗИ считается недорогим, удобным в использовании неинвазивным методом. Данная методика наряду с рентгенографией применяется на первом этапе диагностического поиска. УЗИ позволяет определить размеры и локализацию опухоли. Однако у метода имеется существенный недостаток субъективизм врача-диагноста, а результаты в последующем не могут быть пересмотрены. Поэтому необходимо непрерывное обучение и повышение квалификации врача. Применение Доплер УЗИ увеличивает возможности метода, поскольку оценивает характер кровотока в опухоли и особенности его кровоснабжения. Чувствительность Доплер УЗИ может достигать 71-100%. Поскольку метод неинвазивный, то его можно проводить амбулаторным пациентам. В нашей стране является наиболее доступным методом диагностики. Доступен практически во всех областях Кыргызской Республики, но, к сожалению, очень зависим от квалификации врача (по данным анализа до 60% ошибок) [3, 9, 10].

Далее несколько слов о других методах диагностики у больных с саркомами костей и мяг-

ких тканях. К сожалению, они не используются в Кыргызской Республике в виду наличия объективных причин.

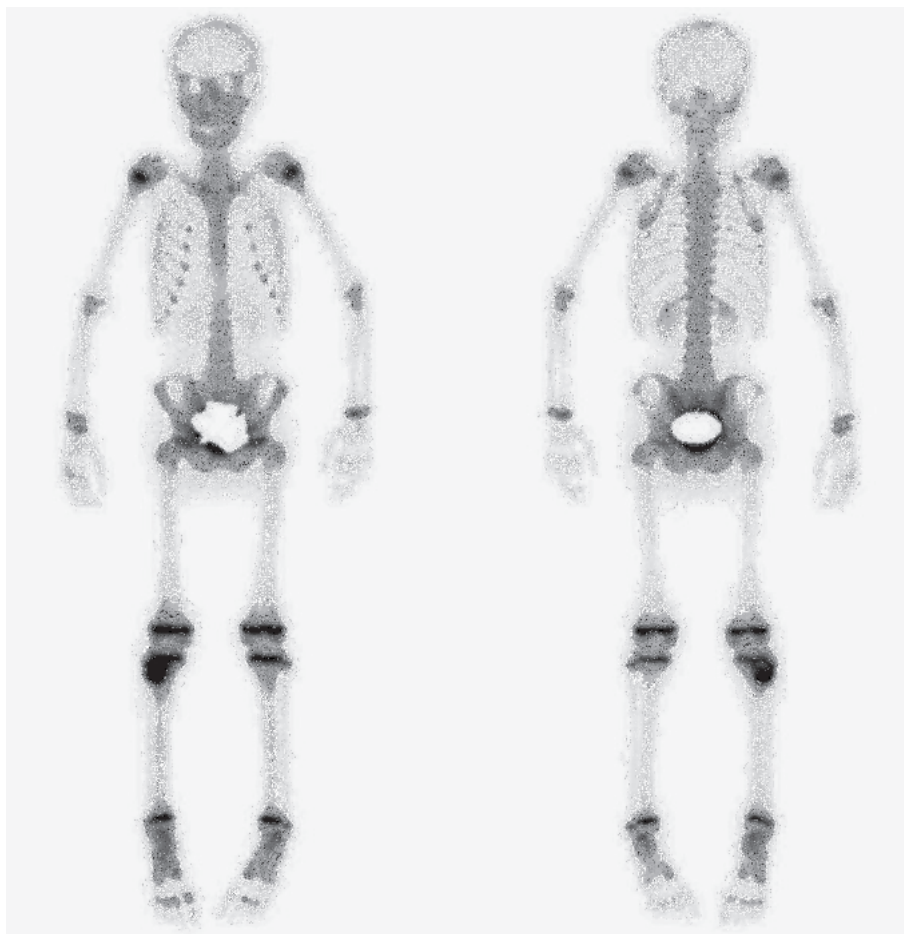
• **Радиоизотопная диагностика (РИД)**

Это методика, основанная на регистрации изображений от объектов, излучающих гамма-лучи, которые хорошо проникают через ткани. Для этого в организм человека вводятся радиофармпрепараты (РФП), содержащие в своем составе радионуклиды. Метод применяется для определения функциональной количественной оценки уровня биологической активности опухолевых очагов вследствие включения РФП при их введении в биологические процессы организма [8]. Методика позволяет выявлять не только первичную опухоль и её метастазы, но и позволяет оценить эффективность противоопухолевой терапии. Однако в силу его дороговизны, высокой энергии излучения и трудности доставки в настоящее время массовое применение данного метода ограничено. Тем не менее,

радиоизотопная диагностика является важным и эффективным методом диагностики сарком костей и мягких тканей которая может оценить эффективность предоперационного лечения [6].

Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ)

Метод основан на применении испускаемой радионуклидами позитронов. Позитроны в свою очередь метят различные биологически активные вещества - такие как моносахариды, жирные кислоты, аминокислоты, гормоны, антитела и т.д. тропных к тем или иным органам и системам. Кроме того, доказано, что уровень пролиферации опухолевых клеток пропорционален накоплению ^{18}F -ФДГ, что дает возможность не только выявить опухоль, но и оценить эффект противоопухолевой терапии (рис. 4). Однако в настоящее время методика еще прочно не вошла в практику общей онкологии. И поэтому ПЭТ является методом с еще не полностью раскрытыми возможностями и большим потенциалом [6, 7].



*Рис. 4. Позитронно-эмиссионная томография.
Остеосаркома правой большеберцовой кости.*

Исходя из вышеизложенного, становится очевидно то, что необходимо более широкое внедрение основных методов медицинской визуализации. Для этого необходимо наращивание в регионах парка диагностических высокотехнологичных аппаратов, улучшение кадрового потенциала. Внедрение принципов телемедицины и использование дистанционных информационных технологий для обучения медицинского персонала на местах существенно сократит финансовые затраты и сэкономит время. Становится очевидным, что настало время внедрять новые методы обучения и контроля квалифицированности медицинского персонала. Децентрализация использования кадрового потенциала залог качественной диагностики и лечения пациентов.

Литература:

- 1 Энциклопедия клинической онкологии / под ред. Давыдова М.И. // Москва, РЛС 2004.- 1456 с.
- 2 Хондросаркома кости. / Алиев М.Д., Соловьев Ю.Н., Харатишвили Т.К., и др. // Москва, ИНФРА-М, 2006. – 216 с.
- 3 Лучевая диагностика заболеваний костей и суставов / Национальное руководство / гл. ред. тома А.К. Морозов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 832 с.
- 4 Pant S, Tripathi S, Dandriyal R et al. Osteosarcoma: A Diagnostic Dilemma / *J Exp Ther Oncol*. 2017 May; 12(1): 61-65.
- 5 Stokes C.M., Elsewaisy O., Pang G. et al. Diagnostic accuracy of computed tomography-guided biopsy in pathological fractures / *ANZ J Surg*. 2017 Mar 17.
- 6 Selmic L.E., Griffin L.R., Nolan M.W. et al. Use of PET / CT and Stereotactic Radiation Therapy for the Diagnosis and Treatment of Osteosarcoma Metastases. / *J Am Anim Hosp Assoc*. 2017 Jan / Feb; 53 (1) : 52-58.
- 7 Even-Sapir E. PET / CT in malignant bone disease / *Semin Musculo skelet Radiol*. 2007 Dec; 11(4) : 312-21.
- 8 Andresen K.J., Sundaram M., Unni K.K. et al. Imaging features of low-grade central osteosarcoma of the long bones and pelvis / *Skeletal Radiol*. 2004 Jul; 33 (7) : 373-9.
- 9 William E. Brant, Clyde A. Helms et al. Fundamentals of diagnostic radiology / 4th ed. 2012, – 1471p.
- 10 Костно-мышечная система / М. Райзер, А. Баур-Мельник, К. Гласер; пер. с англ.; под общ. ред. Н.Б. Петровой. – М.: МЕД пресс-информ, 2001. – 384 с.

Сведения об авторах:

Алымкулов Андрей Турумович, заведующий отделением рентгенологии Национального Центра онкологии и гематологии МЗ КР, e-mail: trolex5@gmail.com;

Бабалаев Алмазбек Алтынбаевич, кандидат медицинских наук, научный сотрудник предопухолевого отделения Национального Центра онкологии и гематологии МЗ КР;

Куликова Анна Александровна, старший преподаватель кафедры лучевой диагностики Кыргызско-Российского Славянского Университета им. Б.Н. Ельцина, врач рентгенолог отделения рентгенологии Национального Центра онкологии и гематологии МЗ КР;

Бейшембаев Алмаз Мукашевич, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник Национального Центра онкологии и гематологии МЗ КР., заведующий кафедрой онкологии, лучевой диагностики и терапии с курсом маммологии ФУВ КГМИП и ПК.

oncology.fuv@gmail.com

Болоцких И.В., Чубаков Т.Ч.

Кайра даярдоо жана квалификациясын жогорулатуу Кыргыз мамлекеттик медициналык институту,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

ҮЙ-БҮЛӨӨЛҮК ДАРЫГЕРДИН ИШ ТАЖРЫЙБАСЫНА БЕЙТАПТЫН ЖЫНЫСТЫК ЖОЛ АРКЫЛУУ БЕРИЛҮҮЧҮ ЖУГУШТУУ ДАРТТАРЫН СИНДРОМДУК ЫК МЕНЕН АЛЫП БАРУУ МАСЕЛЕСИН КИРГИЗҮҮНҮ НЕГИЗДӨӨ

(Илимий адабияттар боюнча обзор)

Резюме. Каражаты чектелген шартта эмгектенип жаткан үй-бүлөлүк дарыгерлеринин алдында жыныстык жол аркылуу берилүүчү дарттардын көбөйүшү жана бул оорунун залакасынан көптөгөн бейтаптардын ден соолугуна зыян келиши, кээ бир учурда өлүмгө да дуушар болушу натыйжалуу ык колдонуу жана аталган дартты көзөмөлгө алуу маселесин туудурат. Бүткүл дүйнөлүк денсоолукту сактоо уюму сунуштаган жана көптөгөн өлкөлөрдө өзүнүн натыйжалуулугун көргөзгөн жыныстык жол аркылуу берилүүчү жугуштуу дартты аныктоодо жана дарылоодо колдонулуучу синдромдук ык Кыргызстан үчүн да алгылыктуу болуп саналат. Синдромдук ык – бейтап үчүн жеткиликтүү жана коопсуз болгонуна байланыштуу бейтапка көргөзүлгөн медициналык жардамды жакшыртууга оболго түзөт.

Негизги сөздөр: синдромдук ык, жугуштуу ылан, жыныстык жол аркылуу берилүү, каражатын чектелиши.

Болоцких И.В., Чубаков Т.Ч.

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации,
Бишкек, Кыргызская Республика

ОБОСНОВАНИЕ ВНЕДРЕНИЯ СИНДРОМНОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В ПРАКТИКУ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

(Обзор литературы)

Резюме. В связи с ростом заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), и вызванными ими серьезными осложнениями, приводящими к утрате здоровья и даже смерти, в условиях ограниченных ресурсов перед семейными врачами стоит задача применения эффективных подходов к контролю распространения указанных заболеваний. Предлагаемый Всемирной организацией здравоохранения и успешно доказавший свою эффективность во многих странах синдромный подход к диагностике и лечению ИППП, является приемлемым для Кыргызстана, безопасным и доступным для пациентов, позволит улучшить качество оказания медицинской помощи пациентам с подобными проблемами.

Ключевые слова: синдромный подход, инфекции, передаваемые половым путем, ограниченные ресурсы.

Bolockih I.V., Chubakov T.Ch. Kyrgyz State Medical Institute of Continuous Education,
Bishkek, Kyrgyz Republic

THE FEASIBILITY OF IMPLEMENTING SYNDROMIC MANAGEMENT OF PATIENTS WITH SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS, THE PRACTICE OF THE FAMILY DOCTOR

(Review of literature)

Abstract. In connection with the increase in the incidence of sexually transmitted infections (STIs) and resultant serious complications, leading to the loss of health and even death, in the face of limited resources, the family physicians face the challenge of applying effective approaches to control the spread of these diseases. The proposed world health organization and successfully proven in many countries, the syndromic approach to diagnosis and treatment of STIs is acceptable for Kyrgyzstan, safe and affordable for patients, improve the quality of medical care to patients with similar problems.

Key words: syndromic approach, sexually transmitted infections, limited resources.

За последние десятилетия во всем мире, инфекций, передающихся половым путем в том числе в Кыргызской Республике, отмечается (ИППП). По оценкам ВОЗ, ежегодно во всем мире рост уровня заболеваемости и распространения более 340 миллионов мужчин и женщин в возрасте

15-49 лет заболевают излечимыми ИППП (сифилис, гонорея, трихомониаз и др.) [1, 15]. Ежегодно миллионы человек также заражаются вирусными инфекциями, такими, как ВИЧ, вирус простого герпеса, вирус папилломы человека и вирус гепатита В [2].

ИППП могут привести к развитию серьезных осложнений, вызывая пять наиболее распространенных категорий заболеваний, при которых взрослые обращаются за медицинской помощью. Среди женщин детородного возраста ИППП стоят на втором месте среди заболеваний, которые являются причинами болезней, смертности и утраты здоровья, уступая при этом только факторам, связанным с деторождением [2]. Многие инфекции поражают органы репродуктивного тракта, вызывая развитие воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) и приводя к хроническим тазовым болям, бесплодию. У женщин, перенесших ВЗОМТ, в 6—10 раз повышается риск внематочной беременности [5]. Онкогенные типы вируса папилломы человека вызывают рак шейки матки, являющийся одной из наиболее распространенных причин смертности среди женщин.

Осложнения ИППП являются одной из основных причин материнской смертности. Они приводят к неблагоприятным исходам беременности (невынашивание, задержка внутриутробного развития плода, мертворождение), тяжелым врожденным инфекционным заболеваниям у детей [4]. Так, гонококковые инфекции глаз у новорожденных могут вызывать слепоту, хламидийные инфекции часто являются причиной развития пневмонии у детей младшего возраста. Сифилис у детей приводит к врожденным патологиям, а у взрослых может вызывать серьезные сердечные, неврологические и другие последствия, вплоть до смертельного исхода. Мягкий шанкр сопровождается калечащими болезненными язвами, которые при отсутствии лечения могут вызвать обширные разрушения тканей. Герпес половых органов вызывает значительные психосексуальные страдания в силу его повторяющегося и болезненного протекания.

Инфекции, передающиеся половым путем, способствуют передаче вируса иммунодефицита человека. Поражая гениталии, эти инфекции открывают «ворота» для внедрения ВИЧ, повышая вероятность заражения ВИЧ половым путем в 2-10 раз [3, 15]. С другой стороны, ВИЧ-инфицированный с ИППП выделяет больше вируса иммунодефицита человека, чем не имеющий ИППП. Резкое увеличение содержания ВИЧ во влагалищной и семенной жидкости при комбинации ВИЧ с гонококковой инфекцией подтверждено специальными исследованиями [13, 15]. Вероятность передачи ВИЧ половым путем от ВИЧ-ин-

фицированного с ИППП на порядок выше, чем от ВИЧ-инфицированного без ИППП.

Помимо физических проблем, ИППП имеют и социально-экономические последствия. К ним относятся значительные экономические издержки и падение производительности труда отдельных лиц и стран в целом. Такие издержки являются прямыми – как медицинскими, так и немедицинскими затратами на услуги и материалы – и косвенными в виде времени протекания болезни, когда человек не имеет возможности заниматься производительной деятельностью (совершает поездки для получения лечения, дожидается помощи в медицинских учреждениях и проходит такую процедуру, как сдача анализов). В мировом масштабе на долю ИППП, особенно в развивающихся странах, приходится 17% экономических потерь, обусловленных плохим состоянием здоровья [2].

Исследования в пилотных районах Нарынской области КР (2005 г.), изучающие мнение населения о влиянии ИППП, выявили такие негативные последствия, как психологический и эмоциональный стресс, страх бесплодия и смерти [7]. Многие респонденты-женщины отмечали наличие насилия и домашних ссор, вплоть до разводов, разлад в сексуальных супружеских отношениях, клеймо аморальности, экономические проблемы. Официальная статистика заболеваемости ИППП в Кыргызской Республике не отражает истинной картины, так как все большее количество пациентов с ИППП получают медицинское обслуживание в частных анонимных клиниках, занимаются самолечением либо следуют рекомендациям фармацевтов и др. [14].

В то же время в некоторых регионах республики существует ограничение доступа населения к эффективным службам профилактики и лечения ИППП. Все еще очень сильными остаются традиции, сводящиеся к необходимости постановки этиологического диагноза ИППП до начала лечения, а также к использованию лабораторной диагностики для оценки эффективности лечения. Однако на практике в большинстве случаев выполнить такое требование нереально. Это связано со следующими причинами:

- 1 Отсутствие или отдаленность качественной лабораторной диагностики ИППП в условиях первичного звена здравоохранения.
- 2 Ограниченные возможности стандартных методов лабораторной диагностики таких инфекций, как гонореи (исследование мазков, окрашенных по Граму), и хламидийной инфекции (люминесцентная микроскопия) позволяют выявить возбудителей в 50% и 70% соответственно [8]. В итоге, вероятность правильного лабораторного диагноза при смешанной инфекции не очень

- высока.
- 3 Высокая стоимость диагностических тестов, которые проводятся в частных лабораториях.
 - 4 Частое отсутствие симптомов ИППП. Так, до 70% случаев гонококковых и (или) хламидийных инфекций у женщин, протекают бессимптомно или торпидно [3].
 - 5 На практике возникают ситуации, когда имеются сомнения в том, что пациент придет еще раз для получения рекомендаций по лечению после того, как будут готовы результаты лабораторных исследований. В этом случае пациент «теряется» и, продолжая болеть, является источником инфекции.

В создавшейся ситуации для медицинских работников первичного звена здравоохранения целесообразным является применение синдромной диагностики и лечения пациентов с ИППП, основанной на рекомендациях ВОЗ, с использованием принципов доказательной медицины.

Внедрение синдромного подхода в ведении ИППП ВОЗ рассматривает в качестве первоосновы подхода общественного здравоохранения к

контролю ИППП. В десятках корректных рандомизированных исследований, выполненных во всем мире, доказано, что такой подход эффективен, безопасен, приемлем и доступен для самых разных категорий больных [5, 9-12, 15-18].

Синдромный подход заключается в следующем:

- 1 классификация основных возбудителей заболеваний в соответствии с вызываемыми ими синдромам;
- 2 использование полученных на основе указанной классификации алгоритмов для лечения определенного синдрома;
- 3 лечение всех основных причин синдрома;
- 4 начало лечения при первом же посещении пациента;
- 5 отсутствие потребности в применении дорогостоящих лабораторных процедур;
- 6 уведомление и лечение сексуальных партнеров;
- 7 консультирование и просвещение пациентов по вопросам безопасного секса и снижения риска повторного заражения.

В основе данного подхода лежит рекомендованная в 2005 году ВОЗ синдромная классифи-

Таблица 1. Синдромная классификация половых инфекций

Синдром	Симптомы	Признаки	Причины: инфекция (заболевание)
Вагинальные выделения	-необычные выделения; -вагинальный зуд; -дизурия; -диспареуния	-патологические вагинальные выделения	-Trichomonas vaginalis (трихомониаз) -Candida albicans (кандидоз) -бактериальный вагиноз -Neisseria gonorrhoeae (гонорея) -Chlamydia trachomatis (хламидиоз)
Уретральные выделения	-выделения из уретры; -дизурия; -учащенное мочеиспускание	-слизистогнойные или гнойные уретральные выделения; -гиперемия и отечность уретры	-Neisseria gonorrhoeae (гонорея) -Chlamydia trachomatis (хламидиоз)

Генитальные язвы	-язвы в области гениталий	эрозии/язвы	-Treponema pallidum (первичный период сифилиса) -Haemophilus ducreyi (шанкرويد) -Вирус простого герпеса (генитальный герпес)
Боль внизу живота	-боль внизу живота; -диспареуния	-вагинальные выделения; -болезненность в нижней части	-Neisseria gonorrhoeae -Chlamydia trachomatis -анаэробы

кация половых инфекций (Табл. 1), которая включает в себя наиболее часто встречающиеся группы и сочетания симптомов, характерных для определенных половых инфекций.

Позволяя проводить лечение ИППП без выполнения дорогостоящих лабораторных тестов, синдромный подход обеспечивает доступность и незамедлительное проведение лечения, являясь одновременно эффективным и надежным. Рекомендуются для лечения синдромов препараты обладают высокой эффективностью, безопасностью (отсутствие существенных побочных эффектов), удобной пероральной лекарственной формой, минимальной кратностью приема, доступностью по цене.

Исследования показали, что применение синдромного подхода при лечении ИППП с анализом алгоритмов является экономически более выгодным по сравнению с диагностикой на основе клинического осмотра или лабораторных тестов [2, 17]. В настоящее время этот подход является наилучшим альтернативным руководством при лечении ИППП, особенно, если ресурсы на проведение лабораторных тестов ограничены. Он дает хорошие результаты при лечении мужчин, имеющих симптоматические выделения из уретры, а также при лечении мужчин и женщин, страдающих язвенными процессами половых органов.

Недостатком синдромного подхода является излишнее лечение некоторых пациентов, в частности в случае вагинальных выделений, когда цервицит (вызванный гонореей и/или хламидией) не является доминирующей причиной выделений. Однако положительные стороны синдромного подхода во много раз перевешивают недостатки его применения.

Масштаб проблемы ИППП слишком широк для того, чтобы ее можно было решать

только в специализированных центрах лечения ИППП. Интеграция и расширение системы лечения этих болезней в учреждениях первичного здравоохранения, широкое привлечение к работе по профилактике ИППП семейных врачей, которые наиболее приближены к обслуживаемому населению, является эффективным подходом к контролю распространения указанных заболеваний.

Семейные врачи и другие медицинские работники организаций здравоохранения, особенно в отдаленных регионах страны, могут с успехом применять синдромное ведение ИППП, что будет способствовать улучшению качества оказания медицинской помощи больным с ИППП, снижению временной нетрудоспособности и повышению качества жизни больных в условиях ограниченных ресурсов.

Синдромный подход к диагностике и лечению половых инфекций позволяет избежать длительных по сроку и дорогих исследований и вовремя провести лечебные и эпидемиологические мероприятия, являясь экономически эффективным, приемлемым для Кыргызстана, безопасным и доступным для пациентов.

Литература:

- 1 Global prevalence and incidence of curable STIs. Geneva / World Health Organization // (WHO/CDS/CDR/EDC/2001.10). – 2001.
- 2 Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015: breaking the chain of transmission / WHO // - 2007
- 3 ЮНЭЙДС. Технический обзор. – 1998
- 4 Инфекции, передаваемые половым путем и иные инфекции репродуктивного тракта / Руководство по основам медицинской практики. //ВОЗ – 2004
- 5 Sexually transmitted diseases treatment. Guide-

- lines. – 2006. //MMWR – 2006; 55; RR-11: 94.
- 6 The World Health Report, 2004: Changing History. Geneva / World Health Organization// - 2004.
 - 7 Пфандер Б., Жамангулова Т., Шют Т. Отчет пилотного проекта по Инфекциям Репродуктивного тракта женщин в 7 селах Кочкорского района / Б.Пфандер и др. // КШППРЗ – 2005.
 - 8 Лосева О.Х., Бехало В.А., Сысолятина Е.В. Противодействие распространению инфекций, передаваемых половым путем, у подростков: знаем как, но не делаем / О.Х.Лосева, В.А.Бехало, Е.В.Сысолятина // ДЕРМАТОЛОГИЯ. CONSILIUM MEDICUM Медицинское маркетинговое агентство “МедиаМедика (Москва) – 2008. – С. 43-45.
 - 9 Mayaud P, Mosha F, Todd J, et al. Improved treatment services significantly reduce the prevalence of sexually transmitted diseases in rural Tanzania: results of a randomized controlled trial / Mayaud P et al. // AIDS 1997;11:1873–80. 12
 - 10 Kamali A, Quigley M, Kakiyingi J, et al. Syndromic management of sexually-transmitted infections and behaviour change interventions on transmission of HIV-1 in rural Uganda: a community randomised trial / Kamali A et al. // Lancet 2003;361:645–52.
 - 11 Steen R. Eradicating chancroid. Bull World Health Organ 2001;79:818–26.
 - 12 World Health Organization. Report of the consultation meeting on improving management of sexually transmitted diseases. Geneva: / WHO, 28–30 Nov, 2001.
 - 13 ВОЗ, пятьдесят девятая сессия А59/11 Всемирной ассамблеи здравоохранения 18 мая 2006 г.
 - 14 Перспективы внедрения принципов общественного здравоохранения в профилактику и лечение инфекций, передаваемых половым путем, в странах Восточной Европы и Центральной Азии / Отчет о совещании ВОЗ // - 2002.
 - 15 Management of sexually transmitted infections using syndromic management approach. / Guidelines for Service Providers // . Third Edition V1 – 2007.
 - 16 STI Global Update / Newsletter of International Union against Sexually transmitted Infections // - 2008.
 - 17 RG White, p Moodley, N McGrath / Low effectiveness of syndromic treatment services for curable sexually transmitted infections in rural South Africa // Department of Epidemiology and Population Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK, - 2009.
 - 18 Design and Evaluating Clinical Algorithms for STI Case Management, Francis J. NdowaWHO // - 2007.

Сведения об авторах:

Болоцких И. В. – ассистент кафедры семейной медицины Кыргызского Государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации, тел. 0(312) 30-10-14, сот.т. 0(550)107965
E-mail: inn-bolotskih@yandex.ru

Чубаков Т.Ч. – д.м.н., профессор, ректор Кыргызского Государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации, тел.: 0 (312) 30-10- 18, сот.т.0(772)633027
E-mail: t_53chubakov@mail.ru

Дженбаев Е.С.

Курортология жана калыбына келтирүүчү дарылоо Кыргыз илимий-изилдөө институту, Бишкек, Кыргыз Республикасы

ОМУРТКА ЖУЛУН ЖАРАКАТЫНЫН ООРЛОШУН КАЛЫБЫНА КЕЛТИРҮҮ ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

Корутунду. Жүлүн – омуртка зыянынын кесепеттеринен ооруган бейтаптарды, заманбап ыкмаларды жана рефлекс терапияны колдонуу менен, калыбына келтирип дарылоо учурундагы, клиникалык натыйжалуулуктун анализи. Курстук натыйжалуулукту көзөмөлдөө клиника-функционалдык динамика, анын ичинде биомеханикалык, рефлексодиагностикалык изилдөө менен ишке ашырылат.

Негизги сөздөр: жүлүн-омуртка жаракаты, калыбына келтирүү, нейрогендик табарсык, жаралар.

Дженбаев Е.С.

Кыргызский научно-исследовательский институт курортологии и восстановительного лечения, Бишкек, Кыргызская Республика

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Резюме. Проведен анализ клинической эффективности сочетания современных инновационных методов физио- и рефлексотерапии в процессе восстановительного лечения пациентов с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы. Контроль курсовой эффективности осуществлялся по динамике клинико-функциональных показателей, включая данные биомеханического обследования и рефлексодиагностики.

Ключевые слова: позвоночно-спинномозговая травма, реабилитация, нейрогенный мочевого пузыря, пролежни.

Djenbaev E.S.

Kyrgyz Research Institute of Health Resort Science and Rehabilitative Medicine, Bishkek, Kyrgyz Republic

PECULIARITIES OF REHABILITATION OF COMPLICATIONS SPINAL-SPIN TRAUMA

Abstract. In article modern methods of physiotherapy locomotors and pelvic disorders, decubitus at patients with spine cord injury are presented. The estimation of efficiency of artificial correction walking by means of programmable electrical stimulation of muscles, complex pathogenetic physiotherapy decubitus and neurogenic bladder dysfunction with use of known and author's techniques of diagnostics is given.

Key words: spine cord injury, rehabilitation, neurogenic bladder dysfunction, decubitus, electrical stimulation of muscles.

Введение. Пациенты с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы (ПСМТ) составляют один из тяжелейших контингентов в нейрореабилитации. В структуре общего травматизма повреждение позвоночника и спинного мозга встречается до 4% случаев, из которых 80% составляют лица молодого трудоспособного возраста, которые в большинстве случаев стойко утрачивают трудоспособность [1].

Последствия ПСМТ приводят к двигательному дефициту, ограничивающему мобильность и передвижение, поддержание вертикальной позы, выполнение социально-бытовых навыков и самообслуживания; к расстройству тазовых функций, поддерживающих инфекционно-воспалительные осложнения, сексуальную дисфункцию; к трофи-

ческим нарушениям.

Цель исследования. Целью исследования явилась разработка методологии комплексной этапной реабилитации осложнений спинальной травмы с применением современных инновационных методов физио- и рефлексотерапии у пациентов с ПСМТ.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 153 пациента (24 женщин и 139 мужчин) с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы, находившихся на реабилитации в КНИИ-КиВЛ в 2010-2013 гг. Средний возраст пострадавших составил 28,7±11 лет. По локализации травмы распределялись следующим образом: травма шейного отдела - 40,5% случаев, грудного - 34%, поясничного - 23%, двух сегментов - 2,5%

наблюдений. Все пациенты оперировались в Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии (БНИЦТО), НГМЗКР, а также в других регионах страны, где им осуществлялись передняя и задняя декомпрессия спинного мозга, передний спондилодез с фиксацией алло-, ауто-трансплантатами, металлическими конструкциями и транспедикулярная фиксация.

Принимая во внимание первоочередные задачи восстановления утраченных функций, возникших в результате ПСМТ, в настоящей работе мы уделили внимание современным инновационным методам коррекции двигательных расстройств и нарушения функции тазовых органов (в частности, нейрогенной дисфункции мочевого пузыря).

Лечение двигательных нарушений проводилось с учетом мышечного тонуса, поскольку высокая спастичность препятствует реализации сохранных и улучшению нарушенных функций, с другой стороны, при парезе повышение тонуса может иметь компенсаторное значение [2]. Для борьбы с гипертонусом применяли миорелаксирующие методики, ведущее значение среди которых принадлежит воздействию электромагнитным излучением крайне высокочастотного (КВЧ) диапазона [3]. В ряде случаев использовали седативные методики: электросонотерапию на гипногенные структуры головного мозга; амплипульстерапию (сегментарную и локальную); гальванизацию («воротник» по Щербак); лекарственный электрофорез седативных препаратов; трансцеребральную местную и сегментарную интерференцтерапию [4]. Для электростимуляции мышц активно применяли электрическую стимуляцию (ЭС) мышц, при которой происходит восстановление движений за счет подачи стимулирующего тока, что усиливает функции ослабленных мышц. При этом коррекция нарушенных движений происходит с формированием приближающегося к норме двигательного стереотипа [5].

Наиболее актуальной и сложной проблемой реабилитации пациентов с ПСМТ является нейрогенная дисфункция мочевого пузыря (НМП), что обусловлено как значительным числом причин, определяющих характер и выраженность расстройств мочеиспускания, так и разнообразием вариантов этих нарушений. Формирование различных вариантов НМП зависит от соотношения степени изменения тонуса детрузора и сфинктеров, согласованности их работы, степени пареза мышц брюшной стенки и тазового дна. На практике «чистые» формы дисфункции мочевого пузыря (гипо-, гиперрефлекторный) у спинальных больных встречаются не всегда [6]. В различные периоды позвоночно-спинномозговой травмы отмечается тот или иной вариант НМП, причем, как показали наши наблюдения, один вариант в течение

трауматической болезни может переходить в другой. В период спинального шока отмечается паралич мочевого пузыря, что соответствует атонии детрузора и повышенному тону сфинктеров. Возникает острая задержка мочи, требующая проведения неотложных мероприятий, причем длительность шока может составлять от нескольких дней до одного и даже двух лет. В случае повреждения спинального центра рефлекторная активность мочевого пузыря утрачивается, формируется «арефлекторный» мочевой пузырь [2]. Поэтому лечение нарушений функции тазовых органов проводилось нами с учетом типа нейрогенной дисфункции мочевого пузыря. При гиперактивном детрузоре использовали низкоинтенсивные электромагнитные излучения и поля соответствующего диапазона (крайне высокой, высокой или низкой частоты), дециметровые волны (ДМВ), наружную электростимуляцию мочевого пузыря синусоидальными модулированными токами, тепловые процедуры на область мочевого пузыря (парафиновые аппликации), электрофорез М-холинолитиков, рефлексотерапию по седативному методу [7]. Терапия атонического мочевого пузыря включала электрофорез прозерина, грязевые аппликации и гальванофорез грязи соответственно уровню травмы, рефлексотерапию по возбуждающему методу, электростимуляцию мочевого пузыря. При атонии кишечника назначали электрофорез прозерина, электростимуляцию, гидромассаж, рефлексотерапию, при спастическом запоре - электрофорез спазмолитиков, дарсонвализацию среднеискровым разрядом на сегментарную зону, иглорефлексотерапию.

Необходимо заметить, что проведению активной реабилитации препятствуют инфекционно-воспалительные осложнения, в первую очередь - пролежни. Выбор того или иного метода терапии пролежня зависит от стадии, степени и его локализации, а также от задач, поставленных на этапе реабилитации [8, 9]. Современные физические методы лечения и профилактики пролежней по патогенетическому механизму делятся на следующие группы: сосудорасширяющие, противовоспалительные и антиэкссудативные, бактерицидные, некролитические, иммуностимулирующие, репаративно-регенераторные и фибромодулирующие [1,7]. При пролежнях I степени мы отдавали предпочтение сосудорасширяющим и иммуномодулирующим методам (КВЧ, фото, магнитотерапия). Пролежни II степени требовали назначения противовоспалительных и антиэкссудативных, репаративно-регенеративных методов (КВЧ, фототерапия, УЗТ, УВЧ-терапия). При пролежнях III-IV степени применяли некролитические, репаративно-регенераторные, фибромодулирующие методы (КВЧ, УЗТ, теплолечение, грязелечение,

магнитотерапию в виде «бегущего» импульсного магнитного поля).

Результаты и их обсуждение. Оценку эффективности функциональной электростимуляции осуществляли по динамике показателей походки. Изучали основные биомеханические характеристики, а также электромиографический профиль мышц при ходьбе. Большая часть пациентов в начале лечения при ходьбе использовала ходунки, около 20% - костыли и трости, проходя расстояние от 60 до 200 метров с остановкой для отдыха. Из 24 пациентов, получавших курс ЭС в ходьбе, 13 пациентов получили по одному курсу продолжительностью от 8 до 10 процедур, 11 - по два и более курса.

По завершении лечения лишь один пациент передвигался с опорой на ходунки, девять перестали использовать средства дополнительной опоры, остальные пользовались тростью. При этом 60% больных научились без отдыха преодолевать расстояние не менее 1000 метров. Проведение курса ЭС сопровождалось возрастанием мышечной силы, нормализацией биомеханической и иннервационной структуры ходьбы. В частности, увеличились основные характеристики ходьбы (темп, длина шага, скорость передвижения); уменьшилось раскачивание туловища; улучшились опорная и толчковая функции нижних конечностей, а также временная структура шага; возросла биоэлектрическая активность паретичных мышц, а их ЭМГ-профиль приблизился к норме.

Эффективность лечения нейрогенной дисфункции мочевого пузыря оценивалась по степени компенсации мочеиспускания по О.А. Перльмуттер [10] и при помощи акупунктурного «Способа оценки нейрогенной дисфункции мочевого пузыря», который дает возможность как ранней оценки степени нейрогенной дисфункции мочевого пузыря, так и прогнозирование восстановления функции мочеиспускания. В начале реабилитационного курса оценивался исходный коэффициент (K1) соотношения средней электрокожной проводимости акупунктурного канала «мочевого пузыря» к суммарному показателю электрокожной проводимости пациента. Затем определялась его динамика после 10-дневного курса реабилитации (коэффициент восстановления - K2), и, если этот коэффициент находился или приближался к границам физиологического «коридора нормы», то делали вывод о способности к восстановлению функции мочеиспускания. На основании сравнения полученных результатов делали прогноз о степени восстановления мочеиспускания: если динамика значений была положительная, это свидетельствовало о нормализации вегетативной реактивности соответствующих сегментов спинного мозга, что давало основание для благоприятного прогноза восстановления функции мочеиспуска-

ния. В соответствии с полученными данными назначали ранее активное комплексное восстановительное лечение. При отсутствии положительной динамики прогнозировали незначительную способность к восстановлению функции мочеиспускания и назначали щадящий комплекс реабилитации.

Динамическая оценка коэффициента электрокожной проводимости проведена у 56 пациентов с НМП. Оптимальная степень компенсации мочеиспускания была достигнута у трех пациентов с гиперрефлекторным мочевым пузырем (ГРП) и у семи - с атоническим мочевым пузырем (АП). Удовлетворительная степень у шести больных с ГРП и у девяти - с АП, минимальная - у семи пациентов с ГРП, у шести - с АП и у четырех - с детрузор-сфинктерной диссинергией (ДСД). Динамики не отмечено (неудовлетворительная степень) - у двух пациентов с ГРП и у двух с детрузор-сфинктерной диссинергией. В отдаленные сроки, спустя 4 и более месяцев после ПСМТ, нарушения мочеиспускания были изучены у 16 пациентов, причем оптимальная компенсация мочеиспускания выявлена у 8, удовлетворительная у 6 и минимальная - у двух больных.

Эффективность лечения пролежней оценивали при помощи «индивидуальной карты динамической оценки состояния пролежневых ран». Из 42 пациентов с трофическими нарушениями крестца, седалищных бугров и больших вертелов пролежневые раны I-III степени имелись у 22, III и IV - у 20 пациентов. Оперативное лечение в комплексе физиотерапевтическим лечением было проведено двенадцати пациентам. Им было выполнено 24 операции, с отличными результатами у девяти, хорошими у двух, удовлетворительным у одного. Консервативное лечение заключалось в проведении физиотерапии перевязок и медикаментозного лечения. Физиолечение назначалось с учетом стадии, степени пролежня, и позволило достичь отличных результатов у 15, хороших у 11, удовлетворительных у четырех пациентов. Таким образом, отличные и хорошие результаты получены у 83%, удовлетворительные - у 12%, у 5% пациентов терапия не принесла эффекта.

Выводы:

1. Для индивидуального прогноза восстановления нормального мочеиспускания, а также оптимизации объема и сроков реабилитации пациентов с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы целесообразно использовать разработанный нами неинвазивный способ скрининговой диагностики нейрогенной дисфункции мочевого пузыря.

2. Активное использование инновационных методов физио- и рефлексотерапии, основанных на воздействии низкоинтенсивным электромагнитным излучением крайне высокоча-

стотного диапазона в комплексной реабилитации пациентов с последствиями позвоночно-спинно-мозговой травмы, позволяет достичь удовлетворительных результатов более, чем в 80% случаев.

Литература

- 1 Медицинская реабилитация. Под ред. Боголюбов В.М. М. 2007. Т. 2. С. 96-97; С. 459-462.
- 2 Белова А.Н. Нейрореабилитация: Руководство для врачей. М.: Антидор, 2003. С. 511-519.
- 3 Бойцов И.В. Динамическая сегментарная диагностика нейрофункционального статуса систем организма. Рефлексология. 2005. № 4 (8). С. 15-18.
- 4 Полякова А.Г. КВЧ - и лазеропунктура в комплексной медицинской реабилитации пациентов с патологией суставов и позвоночника (клинико-экспериментальное исследование): автореф. дисс... докт. мед. наук. Н. Новгород. 2004. 47 с.
- 5 Витензон А.С., Петрушанская К.А., Скворцов Д.В. Руководство по применению метода искусственной коррекции ходьбы и ритмических движений посредством программируемой электростимуляции мышц. М.: НМФ МБН, 2005. 299 с.
- 6 Крупин В.Н., Белова А.Н. Нейроурология. Руководство для врачей. Москва. 2005. 460 с.
- 7 Частная физиотерапия. Под ред. Пономаренко Г.Н. М.: Медицина, 2005. С. 547-548.
- 8 Гаркави А.В. Комплексное лечение пролежней у спинальных больных: автореф. дисс. канд. мед наук. Москва. 1991. 21 с.
- 9 Кайков А.К., Гринь А.А. Гнойно-септические осложнения у оперированных больных с позвоночно-спинальной травмой. Тез.докл. Всеросс. научн.-практ. конф. «Поленовские чтения». С.-Петербург. 2009. С. 89-90.
- 10 Перльмуттер О.А. Травма позвоночника и спинного мозга: руководство для врачей. Н. Новгород. 2000. 141 с.

Сведения об авторе:

Дженбаев Ербол Сармжинович, врач-ортопед Кыргызского научно-исследовательского института куртологии и восстановительного лечения, e-mail: kurortologii@mail.ru

УДК 616.24 +616.12

Исакова Г.Б., Мамбеталиева А.С.

И.К. Ахунбаевдин атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, Курортология жана калыбына келтирүүчү дарылоо Кыргыз илимий-изилдөө институту, Бишкек, Кыргыз Республикасы

ӨНӨКӨТ ӨПКӨ ООРУСУ МЕНЕН ӨРЧҮГӨН ЖҮРӨК-КАН ТАМЫР ООРУЛАРЫ

Корутунду. Өнөкөт өпкө оорусу адамзаттын кенири таралган ооруларына кирет. Бирок, бейтаптардын тез арада жаткыруу жана өлүмүнүн бирден-бир себептери – бул жүрөк-кан тамыр ооруларынын өрчүшү болуп саналат. Жүрөк-кан тамыр жана өнөкөт өпкө ооруларынын коркунуч шарттары бирдей болгондуктан, клиникалык көрсөткүч кескин төмөндөйт.

Негизги сөздөр: өнөкөт өпкө оорусу, жүрөк-кантамыр оорулары.

Исакова Г.Б., Мамбеталиева А.С.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Кыргызский научно-исследовательский институт курортологии и восстановительного лечения, Бишкек, Кыргызская Республика

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ И КОМОРБИДНЫЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Резюме. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) относится к числу наиболее распространенных заболеваний человека. При этом у лиц с документированной ХОБЛ основными причинами неотложных госпитализаций и наступления смертельного исхода являются сердечно-сосудистые заболевания, что отражает существование тесной взаимосвязи между патофизиологическими механизмами, опосредующими развитие этих коморбидных состояний. Факторы риска, являясь общими для хронической обструктивной болезни легких и сердечно-сосудистых заболеваний, обуславливают манифестацию коморбидных состояний, в свою очередь ухудшающих клиническую картину и прогноз ХОБЛ. При этом, снижение показателя $ОФВ_1$ является маркером высокого риска сердечно-сосудистой смертности.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, сердечно-сосудистые заболевания.

Isakova G.B., Mambetalieva A.S.

I/K/ Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Kyrgyz Research Institute of Health Resort Science and Rehabilitative Medicine, Bishkek, Kyrgyz Republic

CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE AND COMORBIDARY CARDIOVASCULAR DISEASES

Abstract. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is one of the most common human diseases. In people with documented COPD, the main causes of emergency hospitalizations and the onset of death are cardiovascular diseases, reflecting the existence of a close relationship between pathophysiological mechanisms mediating the development of these comorbid conditions. Risk factors, common to chronic obstructive pulmonary disease and cardiovascular diseases, cause the manifestation of comorbid conditions, which in turn worsen the clinical picture and the prognosis of COPD. In this case, a decrease in the FEV1 index is a marker of a high risk of cardiovascular mortality.

Key words: Chronic obstructive pulmonary disease, cardiovascular diseases.

Среди наиболее актуальных проблем практического здравоохранения на современном этапе одно из лидирующих мест занимают вопросы развития коморбидности. В последние годы практикующим врачам всё чаще приходится сталкиваться с проблемами выбора рациональной тактики ведения пациентов с сочетанной патологией. Это объясняется, в первую очередь, демографическим старением населения и увеличением числа заболеваний у одного пациента. Как известно, экс-

перты ВОЗ прогнозируют увеличение к 2050 году числа людей, достигших 80-летнего возраста, со 125 миллионов до 434 миллионов человек. При этом самыми распространенными заболеваниями на сегодняшний день являются заболевания сердечно-сосудистой и бронхолегочной систем. Соответственно, отмечается высокая частота встречаемости пациентов с сочетанной сердечно-легочной патологией (Коррейя Л.Л. с соавт., 2013), смертность и летальность от которой в развитых

странах мира прогрессивно возрастает по мере старения популяции (Hadley E.C. et al., 2005; Kirkwood T.V., 2005) и составляет от 25% до 50% всех случаев смерти в мире.

В настоящее время хроническая обструктивная болезнь легких рассматривается как системное заболевание с множественными внелегочными эффектами, которые в ряде случаев и определяют прогноз для пациентов. Как причина летальности ХОБЛ занимает 4-е место в мире в возрастной группе старше 45 лет и является единственным заболеванием, при котором этот показатель продолжает увеличиваться. Однако, согласно литературным данным, более чем в 50% случаев основной причиной смерти пациентов с документированной ХОБЛ являются не респираторные заболевания (Mannino D.M. et al., 2006; McGarvey L.P. et al., 2007). Наиболее часто пациенты с хронической обструктивной болезнью легких погибают от сердечно-сосудистых причин (в 25% случаев) (Jensen H.H. et al., 2006; McGarvey L.P. et al., 2007).

В крупном эпидемиологическом исследовании LungHealthStudy было показано, что заболевания сердечно-сосудистой системы являются основными причинами госпитализации пациентов с ХОБЛ в 42% случаев, тогда как респираторные осложнения - только в 14% (Anthonisen N.R. et al., 2002). В целом, риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у пациентов с ХОБЛ в 2-3 раза выше по сравнению с общей популяцией. Установлено, что пациенты с ХОБЛ значительно чаще, чем пациенты без этого заболевания, страдают ишемической болезнью сердца (ИБС), артериальной гипертензией (АГ), атеросклерозом сонных артерий, сердечной недостаточностью (СН), переносят ишемический инсульт (Schnell K. et al., 2012). Так, например, в структуре заболеваний сочетание ХОБЛ с ИБС достигает 60% (Holgwin F., Folch E., Redd S.C., Mannino D.M., 2005), а артериальная гипертензия выявляется у больных ХОБЛ в различных популяциях с частотой от 6,8% до 76,3%, составляя в среднем 34,3% (Кубышкин В.Ф. и соавт., 1985; Бобров В.А. и соавт., 1995; Задюченко В.С. и соавт., 2003). При этом АГ чаще встречается у пациентов с тяжелой обструкцией. В свою очередь, ХОБЛ выявляется у каждого четвертого пациента с АГ в возрасте от 25 до 64 лет. При этом наличие хронической обструктивной болезни легких по ряду клинических и лабораторных показателей усугубляет клиническое течение всех сердечно-сосудистых заболеваний.

На ежегодном конгрессе Европейского Респираторного Общества (ERS) в 2009 г. ученые из Великобритании J. Feary и N. Barnes представили результаты исследований компьютерной базы The Health Improvement Network, объединяющей

более 5 млн историй болезни пациентов. Согласно этому исследованию, у пациентов с ХОБЛ в 5 раз чаще встречаются сердечно-сосудистые заболевания; в группе от 35 до 45 лет у пациентов с ХОБЛ в 7,6 раза выше шансы наличия коморбидной сердечно-сосудистой патологии; у молодых пациентов с ХОБЛ риск развития инфаркта миокарда возрастает в 12 раз.

Не вызывает сомнений тот факт, что высокая частота сочетания хронической обструктивной болезни легких и сердечно-сосудистых заболеваний является результатом существования тесных взаимосвязей между этими заболеваниями, а именно - общих факторов риска, таких как курение, избыточный вес, низкая физическая активность, дисфункция сосудистого эндотелия и патофизиологических механизмов. Являясь общими для обеих групп заболеваний, они обуславливают манифестацию коморбидных состояний, что в свою очередь негативно влияет на течение и исходы данных патологий. В частности, универсальным фактором риска развития как ХОБЛ, так и сердечно-сосудистой патологии является курение. Существует тесная взаимосвязь между курением и возникновением системной воспалительной реакции, активацией оксидативного стресса, нарушением эндотелиальной функции и гиперкоагуляцией (van Eeden S.F., Hogg J.C., 2000; Celli B.R., MacNee W., 2004; Hansson G.K., 2005; MacCallum P.K., 2005; MacNee W., 2005; van Eeden S.F. et al., 2005; Fabbri L.M., Ferrari R., 2006).

Общеизвестно, что в основе ХОБЛ лежит длительно протекающий воспалительный процесс, охватывающий все структуры легочной ткани (bronхи, бронхиолы, альвеолы, легочные сосуды), при стабильном течении которого определяются такие показатели, как уровень циркулирующих лейкоцитов, С-реактивный белок (СРБ), интерлейкины (IL-6, IL-8), фактор некроза опухолей- α (tumour necrosis factor/TNF- α), фибриноген. Существует прямая корреляция между тяжестью ХОБЛ и концентрациями СРБ, ФНО- α , ИЛ-6 и ряда других провоспалительных цитокинов. При обострении ХОБЛ их уровни увеличиваются в 2,5–3 раза (Hurst J.R., Donaldson G.C., Perera W.R., 2006). Хронический воспалительный процесс при ХОБЛ в дальнейшем вызывает системную воспалительную реакцию, что не только способствует снижению функциональной способности легких, но и повышает риск развития внелегочных заболеваний (Jeffery P.K., 1998). Хроническое системное воспаление приводит к тотальной воспалительной реактивности эндотелиоцитов, плазменных и клеточных факторов крови, соединительной ткани, а на заключительных этапах – к генезу и микроциркуляторным расстройствам в жизненно важных органах и тканях (Черешнев В.А., Гусев Е.Ю.,

Юрченко Л.Н. 2004). Доказано, что существует прямая связь между величиной системного воспалительного ответа и жесткостью артерий (Oudijk E.J. et al., 2004, Sabit R. Et al., 2007), а каждое обострение ХОБЛ ассоциировано с повышенным риском развития новых сердечно-сосудистых событий. Так, у больных с ХОБЛ, имеющих 5 и более обострений в течение года, риск инфаркта миокарда увеличивается примерно в 5 раз (Donaldson G.C., Hurst J.R., Smith C.J., Hubbard R.B., Wedzicha J.A., 2010). Также получены убедительные данные взаимосвязи концентрации TNF- α с ремоделированием миокарда: толщиной стенки и диастолическим размером правого желудочка сердца, систолической функцией желудочков (Engström G., Hedblad B., Valind S., Janzon L., 2001). Таким образом, хроническое воспаление является связующим звеном между хронической обструктивной болезнью легких и заболеваниями сердечно-сосудистой системы и участвует в формировании клинических проявлений этих заболеваний.

В свою очередь, хроническая гипоксия, развивающаяся при ХОБЛ, как стрессовый фактор, утяжеляет течение заболевания и увеличивает функциональную активность всех основных систем и органов, и в первую очередь миокарда. На фоне гипоксии активируется синтез тромбосана A₂, что в сочетании с повышением показателей гематокрита у больных ХОБЛ вызывает микроциркуляторные нарушения в миокарде, способствует развитию коронарораспазма, дистрофии миокарда, сердечной недостаточности. (Eisner M.D., Yelin E.H., Trupin L., Blanc P.D., 2002). Кроме того, прогрессирование гипоксии способствует повышению порога болевой чувствительности и формированию безболевой ишемии миокарда, аналогичной таковой у пациентов, страдающих сахарным диабетом.

На сегодняшний день, согласно ряду проведенных исследований, установлена прямая взаимосвязь между степенью тяжести ХОБЛ и риском развития сердечно-сосудистых заболеваний. При этом, существует точка зрения, что объем форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ₁) может быть маркером будущего сердечно-сосудистого риска, т.е. прогрессирующее снижение ОФВ₁ приводит к развитию внелегочных заболеваний, негативно отражаясь на величине общей и сердечно-сосудистой смертности (Ryan G. et al., 1999; Engström G. et al., 2001; Truelsen T. et al., 2001). В ряде исследований доказана прямая связь между ХОБЛ и клиническими исходами ССЗ: смертностью от инфаркта миокарда и после проведенных процедур коронарной реваскуляризации (Behar S. et al., 1992), частотой тромбоэмболии легочной артерии (Poulsen S.H. et al., 2001), фибрил-

ляции предсердий (Buch P. et al., 2003). Исследование Antonelli-Incalzi R. и соавторов продемонстрировало, что уменьшение ОФВ₁ на 10% при ХОБЛ увеличивало прирост всех смертей на 14%, сердечно-сосудистых смертей – на 28%, риск развития ишемической болезни сердца – на 20% (Engström G., Hedblad B., Valind S., Janzon L., 2001).

Таким образом, проанализировав все вышеизложенное, можно сделать следующие выводы:

- существует прямая взаимосвязь между сердечно-сосудистой и бронхо-легочной патологиями;
- наличие сопутствующей сердечно-сосудистой патологии у больных ХОБЛ значительно ухудшает клиническую картину и функциональные показатели, тем самым увеличивая количество госпитализаций и смертность, независимо от ХОБЛ;
- ХОБЛ можно рассматривать как предиктор манифестации сердечно-сосудистых заболеваний;
- снижение показателя ОФВ₁ является маркером высокого риска сердечно-сосудистой смерти.

Следовательно, оценка коморбидности у больных хронической обструктивной болезнью легких является важной составляющей клинического прогноза. Кроме того, целенаправленное выявление сочетанной патологии позволит учитывать индивидуальные особенности при выборе фармакотерапии, что улучшит качество и продолжительность жизни больных. А модификация образа жизни и уменьшение числа факторов риска могут замедлить развитие заболеваний как до, так и после появления клинических симптомов.

Литература

- 1 Белялов Ф.И. Проблема коморбидности при заболеваниях внутренних органов // Вестник современной клинической медицины . 2010. №2. С.44-47
- 2 Бобров В.А., Фуштейн И.М., Боброва В.И. Системная артериальная гипертензия при хроническом обструктивном бронхите: современные взгляды и новые понимания. // Клин.мед. 1995; №3: 24.
- 3 Верткин А.Л., Румянцев М.А., Скотников А.С. Коморбидность // Клиническая медицина. 2012, № 10, стр. 4–11.
- 4 Задюченко В.С., Адашева Т.В., Шилова Е.В. и соавт. Клинико-функциональные особенности артериальной гипертензии у больных хроническими обструктивными болезнями легких. // РМЖ, 2003, 9, 535–538
- 5 Задюченко В.С., Погонченкова И.В., Адашева Т.В. Монография «Артериальная гипертензия и

- хроническая обструктивная болезнь легких». М., 2005.
- 6 Задионченко В.С., Адашева Т.В. Глава «Артериальная гипертензия у больных хронической обструктивной болезнью легких». Руководство по артериальной гипертензии под редакцией акад. Е.И. Чазова, проф. И.Е. Чазовой. М.: Медиа Медика, 2005.
 - 7 Карпов Ю.А., Сорокин Е.В. Особенности лечения артериальной гипертензии при хронических обструктивных заболеваниях легких. // РМЖ, 2003, 19 1048–1051
 - 8 Кароли Н.А. Хроническая обструктивная болезнь легких и кардиоваскулярная патология: клинико-функциональные взаимоотношения и прогнозирование течения. Дис. ... д-ра мед. наук. М., 2007.
 - 9 Коррейя Л.Л., Лебедев Т.Ю., Ефремова О.А., Процаев К.И., Литовченко Е.С. Проблема полиморбидности при сочетании хронической обструктивной болезни легких и сердечно-сосудистых заболеваний. // Научные ведомости. 2013. №4 (147), выпуск 21. - С. 12-17.
 - 10 Кубышкин В.Ф., Солдатченко С.С., Коновалов В.И. Особенности течения хронических обструктивных заболеваний легких в сочетании с системной артериальной гипертензией. // Тер. арх. 1985; 2 (57): 114–6.
 - 11 Куценко М.А., Чучалин А.Г. Парадигма коморбидности: синтропия ХОБЛ и ИБС. // РМЖ. 2014. №5, -С. 389.
 - 12 Черешнев В.А., Гусев Е.Ю., Юрченко Л.Н. Системное воспаление — миф или реальность? // Вестник Российской академии наук. 2004, т. 74, № 3, -С. 219–227.
 - 13 Agusti A. Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease: what we know and what we don't know (but should) // Proc Am Thorac Soc. 2007; 4: 522–525.
 - 14 Anthonisen N.R., Connett J.E., Enright P.L., Manfreda J. Lung Health Study Research Group. Hospitalizations and mortality in the Lung Health Study. Am J Respir. Crit Care Med 2002; 166: 333–9.
 - 15 Blake G.J., Ridker P.M. C-reactive protein and other inflammatory risk markers in acute coronary syndromes // J. Am. Coll. Cardiol. 2003; 41 (4, suppl. S): 37 S-42 S.
 - 16 Donaldson G.C., Hurst J.R., Smith C.J., Hubbard R.B., Wedzicha J.A. Increased risk of myocardial infarction and stroke following exacerbation of COPD // Chest. 2010, May; 137 (5): 1091–1097.
 - 17 Eisner M.D., Yelin E.H., Trupin L., Blanc P.D. The influence of chronic respiratory conditions on health status and work disability / Am. J. Public Health, 2002. 92(9): 1506–1513.
 - 18 Engström G., Hedblad B., Valind S., Janzon L. Increased incidence of myocardial infarction and stroke in hypertensive men with reduced lung function / J. Hypertens., 2001.19(2): 295–301.
 - 19 Holguin F., Folch E., Redd S.C., Mannino D.M. Comorbidity and mortality in COPD-related hospitalizations in the United States, 1979 to 2001 /Chest, 2005. 128(4): 2005–2011.
 - 20 Hurst J.R., Donaldson G.C., Perera W.R. Use of plasma biomarkers at exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease // Am J Respir Crit Care Med. 2006; 174: 867–874.
 - 21 Lopez A.D., Shibuya K., Rao C., Mathers C.D., Hansell A.L., Held L.S., et al. Chronic obstructive pulmonary disease: current burden and future projections. Eur Respir J 2006;27(2):397-412.
 - 22 Ng T.P., Niti M., Tan W.C., Cao Z., Ong K.C., Eng P. Depressive symptoms and chronic obstructive pulmonary disease: effect on mortality, hospital readmission, symptom burden, functional status, and quality of life. Arch Intern Med 2007 Jan 8; 167(1):60-7.
 - 23 Oudijk E.J., Lammers J.W., Koenderman L. Systemic inflammation in chronic obstructive pulmonary disease. Eur. Respir. J. Suppl., 2003, 46:5s–13s.
 - 24 Sabit R., Bolton C. E., Edwards P. H. et al. Arterial stiffness and osteoporosis in chronic obstructive pulmonary disease. Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2007. – 175 (12):1259–1265.
 - 25 Sin D.D., Anthonisen N.R., Soriano J.B., Agusti A.G. (2006) Mortality in COPD: role of comorbidities. Eur. Respir. J., 28 (6):1245–1257.
 - 26 Stavem K., Aaser E., Sandvik L., Bjornholt J.V., Erikssen G., Thaulow E., et al. Lung function, smoking and mortality in a 26 year follow up of healthy middleaged males. EurRespirJ 2005; 25(4):618-25.
 - 27 World Health Report. Geneva: World Health Organization. Available from URL: <http://www.who.int/whr/2000/en/statistics.htm>; 2000.

Сведения об авторах:

1. **Исакова Ажидахан Кошуевна**, врач терапевт Кыргызского научно-исследовательского института куртологии и восстановительного лечения.
2. **Мамбеталиева Анара Сариевна**, заведующая отделением пульмонологии Кыргызского научно-исследовательского института куртологии и восстановительного лечения, e-mail: kurortologii@mail.ru

УДК 616.613-003.7:615.838

Каскеев Д.М., Сулайманов А.Э.

*Курортология жана калыбына келтирүүчү дарылоо Кыргыз илимий-изилдөө институту,
Бишкек, Кыргыз Республикасы*

ЫСЫК-АТА КУРОРТУНУН МИНЕРАЛДЫК СУУЛАРЫН ПАЙДАЛАНУУ МЕНЕН ЗААРА ТАШ ООРУСУ МЕНЕН ООРУГАНДАРДЫ РЕЦИДИВГЕ КАРШЫ ДАРЫЛОО МЕТОДДОРУ

Корутунду. Изилдөөнүн максаты: Рецидивге каршы методдорду иштеп чыгуу аркылуу заара таш оорусу менен ооругандарды дарылоонун жана реабилитациялоонун натыйжалуулугун жогорулатуу. **Изилдөө материалы жана методдору:** иште заара таш оорусу менен ооруган 175 адамды изилдөөнүн жыйынтыктары баяндалды. **Алынган жыйынтыктар:** Байкоо тобунун 62 ооруюу адамдарынын ичинен, изилдөө алыскы мөөнөттөрдө 1 жылдан кийин заара таш оорусунун рецидивин бирөөндө (1,6%), 2 жылдан кийин – дагы 3 ооруюуда (4,8%) аныкталганын көрсөттү. Жалпысынан рецидив 4 ооруюу адамда орун алган (6,4%). Тузсуз сууну ичкен ооругандардын тобунда, 51 изилденген адамдын ичинен бир жылдан кийин рецидив 3 адамда (5,9%), ал эми 2 жылдан кийин дагы 9 ооруган адамда (17,6%) аныкталган. Жалпысынан рецидив 12 ооруган адамда орун алган, бул 23,5%ды түздү. Ысык-Ата курортунун шарттарында дарыланган ооруюулардагы рецидив жыштыгын салыштырууда, тузсуз сууну ичкен ооругандарга салыштырмалуу рецидивдин жыштыгын 3,5 эсе төмөндөтүүгө мүмкүн болду. Изилденген ичегинин дисбактериозу менен өнөкөт калькулездук пиелонефрит менен ооруган 24 адамдын ичинен дарылангандан соң бир жылдан кийин жана эки жылдан кийин оорунун рецидивин бир да ооруюуда аныкталган жок.

Негизги сөздөр: заара таш оорусу, минералдык суу, өнөкөт калькулездук пиелонефрит, пробиотик, ичегинин дисбактериозу.

Каскеев Д.М., Сулайманов А.Э.

*Кыргызский научно-исследовательский институт курортологии и восстановительного лечения,
Бишкек, Кыргызская Республика*

ПРОТИВОРЕЦИДИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЮ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ КУРОРТА ИССЫК-АТА

Резюме. Цель исследования. Повысить эффективность лечения и реабилитации больных мочекаменной болезнью путем разработки противорецидивных методов. **Материалы и методы.** В работе изложены результаты исследований 175 больных мочекаменной болезнью. **Результаты.** Из 62 больных группы наблюдения, исследования в отдаленные сроки показали, что через 1 год рецидив мочекаменной болезни выявлен у одного (1,6%), через 2 года – еще у 3-х больных (4,8%). Всего рецидив имел место у 4-х больных (6,4%). В группе больных, принимавших пресную воду, из 51 обследованного через один год рецидив выявлен у 3 (5,9%), а через 2 года еще у 9 больных (17,6%). Всего рецидив имел место у 12 больных, что составило 23,5%. При сопоставлении частоты рецидива у больных, получавших лечение в условиях курорта Иссык-Ата, частоту рецидива удалось снизить в 3,5 раза в сравнении с больными, принимавшими пресную воду. Из обследованных 24 больных хроническим калькулезным пиелонефритом с дисбактериозом кишечника через год и через два года после лечения рецидив болезни не выявлен ни у одного больного.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, минеральная вода, хронический калькулезный пиелонефрит, пробиотик, рецидив, дисбактериоз кишечника.

Kaskeev D.M., Sulaimanov A.E.

Kyrgyz Research Institute of Health Resort Science and Rehabilitative Medicine, Bishkek, Kyrgyz Republic

METHODS OF ANTI-RELAPSE TREATMENT OF PATIENTS WITH UROLITHIASIS USING ISSYK-ATA MINERAL WATER

Abstract. Goal of research. To improve effectiveness of treatment and rehabilitation of patients with urolithiasis by working out anti-relapse methods. **Material and methods.** Research results of 175 patients with urolithiasis are set out in the work. **Results.** Research in 62-patient study group in long dates has shown that in a year one patient (1,6 %) had a relapse of urolithiasis, in two years 3 more patients (4,8 %) had a relapse of urolithiasis. Totally 4 patients (6,4 %) had the relapse of urolithiasis. In a group of 51 patients who drank fresh water 3 patients (5,9 %) had relapse in a year, and 9 more patients (17,6 %) in two years. Totally 12 patients had a relapse that is 23,5 %. During comparison of relapse rate in patients who were treated in Issyk-Ata resort,

the relapse rate was decreased in 3,5 times in comparison with patients who drank fresh water. Among 24 patients examined with chronic calculous pyelonephritis with bowel dysbacteriosis no one has a relapse in one and two years after treatment.

Key words: urolithiasis, mineral water, chronic calculous pyelonephritis, probiotic, relapse, bowel dysbacteriosis.

Актуальность проблемы. Мочекаменная болезнь (МКБ) была и остается одной из актуальных проблем современной урологии. Доля этой патологии среди всех урологических заболеваний составляет около 40% [1]. Преимущественное поражение лиц молодого и наиболее трудоспособного возраста, рост заболеваемости, частое рецидивирование выдвигают вопросы лечения МКБ в ряд важнейших проблем медицины [2]. У 70% пациентов МКБ диагностируется в возрасте 30-60 лет, преимущественно у мужчин [3]. В общей структуре причин первичной инвалидности среди больных урологического профиля нефролитиаз составляет от 6,0 до 14,4% [4].

Кыргызстан относится к регионам, где данная патология входит в разряд эндемических заболеваний [5,6].

Из-за отсутствия эффективных методов лечения и метафилактики уролитиаза в 35-75% заболевание носит рецидивирующий характер. Даже после первого эпизода спорадического отхождения камня из почки вероятность его рецидива в течение последних 5 лет составляет от 27 до 5-% [7,8]. Суммарный показатель рецидива первичного камня находится на уровне 14% на первом году, 35% - на 5-м, к 10 годам вероятность рецидива достигает 52% [9,10].

Приведенные выше обстоятельства послужили основанием для поиска новых подходов к противорецидивному лечению МКБ.

На этом фоне совершенно новое звучание приобретает санаторно-курортное лечение. Основным природным фактором, применяемым для профилактики и лечения больных МКБ на курортах, является питье минеральной воды [11].

МКБ считается полиэтиологичным заболеванием, связанным со сложными физико-химическими процессами врожденного и приобретенного характера, происходящими как в организме, так и на уровне мочевыводящей системы, обязательно приводящими к нарушению обменных процессов в организме [12,13,14]. Доказано, что прием воды минеральных источников приводит к восстановлению нарушений минерального обмена [15,16]. Также после удаления конкрементов в почке часто остаются мелкие фрагменты камней, кристаллы мочевых солей, сгустки крови, слизь, что способствует рецидиву камнеобразования [17,18]. При приеме минеральной воды устанавливается выработка защитных коллоидов, повышается растворимость солей в моче и прекращается

их выпадение в осадок [19]. При этом устраняется одно из условий камнеобразования или дальнейшего роста уже имеющихся камней.

В Кыргызстане имеется минеральная вода «Иссык-Ата» на курорте Иссык-Ата, широко используемая при лечении больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, центральной и периферической нервной систем, гинекологической патологией и с заболеваниями пищеварительного тракта [20,21].

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные результатам применения минеральной воды «Иссык-Ата» при многих заболеваниях, использование ее для профилактики рецидива МКБ остается нерешенной задачей, что послужило основанием для выполнения данного исследования.

Цель исследования. Повысить эффективность лечения и реабилитации больных мочекаменной болезнью путем разработки противорецидивных методов.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 175 больных, которые лечились в условиях санатория Иссык-Ата и КНИИКиВЛ.

Первичные камни верхних мочевых путей диагностированы у 158 (90,3%), рецидивные – у 17 (9,7%), из них первый рецидив был у 14 и повторные рецидивы – у 3. Одиночные камни выявлены у 152 (86,9%), а у 23 (13,1%) – множественные. С одиночными камнями верхних мочевых путей у 24 конкременты локализовались в чашечках почки, в лоханке у 82 и в мочеточнике – у 46 больных. С множественными камнями конкременты в чашечках и лоханке обнаружены у 11, в почке и мочеточнике – у 7, двухсторонние камни почек были у 5 пациентов. Из числа поступивших ДУВЛ выполнен у 109 (62,3%), открытые операции – у 14 (8,0%) и консервативная камнеизгоняющая терапия – у 52 (29,7%) больных. Это лечение они получили на кафедре урологии.

Из 175 больных были выделены три группы: первую группу составили 89 больных, из которых 51 получали традиционную медикаментозную терапию и питье пресной воды, а 38 медикаментозную терапию сочетали с питьем бутилированной воды «Иссык-ата»; во вторую группу вошли 62 больных, которые лечение получали в условиях санатория Иссык-Ата. Они получали минеральную воду «Иссык-Ата», минеральные ванны и традиционную медикамен-

тозную терапию на протяжении 21 дня. И третью группу составили больные, которые, наряду с медикаментозным лечением, получали национальный напиток максым с бактисубтил (24 больных).

До лечения и после окончания курса лечения, а также в отдаленные сроки обследование включало клинико-лабораторные, инструментальные, рентгенологические методы исследования.

Необходимо отметить, что рассматриваемые группы по половому, возрастному и по характеру заболевания были равнозначны, небольшие колебания не носили достоверный характер.

Результаты и их обсуждение. При анализе крови и мочи у больных с хроническим пиелонефритом и МКБ наблюдалось повышенное содержание СОЭ в сыворотке крови, мочевой кислоты. Уровень электролитов у большинства не превышал нормальных величин. В анализах мочи имело место повышение кальция, мочевой кислоты и оксалатов. В процессе лечения выполняли исследования до лечения и при выписке, а так же в отдаленные сроки.

В первой группе, которая получала медикаментозное лечение и прием пресной воды было установлено, что при хроническом пиелонефрите и МКБ имело место повышение трансаминаз, уровня кальция и мочевой кислоты в сыворотке крови, а в суточном количестве мочи повышение кальция, мочевой кислоты и оксалатов.

В оценке лечения мы выделили больных с оксалурией и уратурией. При оксалурии до и после лечения в сыворотке крови достоверных сдвигов не отмечено. В анализе мочи наблюдалось снижение кальция, а все остальные показатели не изменились, лишь повысился суточный диурез мочи.

При уратурии после лечения отмечено снижение СОЭ, трансаминаз, а со стороны мочи – достоверно увеличился диурез. Остальные показатели остались на прежнем уровне. В отдаленные сроки обследованы 51 больной, и рецидив заболевания обнаружен у 12 больных (23,5%), причем через 1 год – у 3-х больных (5,9%) и через 3 года рецидив выявлен у 9 больных (17,6%). Рецидив чаще возникал при уратурии (8 чел. 0 15,7%) и реже – при оксалурии (4 чел. – 7,8%).

В группе больных, получавших лечение в условиях КНИИКиВЛ в количестве 38 человек получали традиционную медикаментозную терапию и физиолечение, и в комплекс лечения включена бутилированная минеральная вода по 200-250 мл за 25 минут до еды, а в течение суток больные принимали 1,5-2 литра воды на протяжении 21 дня. В результате проведенных исследований было установлено, что до лечения, как при хроническом пиелонефрите, так и при МКБ имело место повышение мочевины, трансаминаз в сыво-

ротке крови, а в моче – повышенное содержание мочевой кислоты. После лечения при хроническом пиелонефрите отмечено снижение СОЭ и трансаминаз, калия и мочевой кислоты, а со стороны мочи – достоверное увеличение диуреза, кальция и достоверное снижение оксалатов.

При МКБ под влиянием этого комплексного лечения также отмечено понижение СОЭ, трансаминаз, а остальные показатели оставались на уровне дооперационных величин. Изучение частоты рецидива в отдаленные сроки показало, что через год рецидив возник у одного больного (2,6%), а через 4 года рецидив установлен еще у 4-х больных (10,6%). Следовательно, в этой группе больных рецидив имел место у 5 больных (13,2%). При сопоставлении частоты рецидива с группой больных, которые получали пресную воду, при применении бутилированной минеральной воды частоту рецидива удалось снизить в 1,7 раза.

Следующей группой были больные (62 чел.), которые лечение получали в условиях санатория Иссык-Ата. Эта группа больных помимо традиционной медикаментозной терапии получала минеральную воду «Иссык-Ата» и минеральные ванны.

До лечения при хроническом пиелонефрите отмечалось повышение уровня мочевины, трансаминаз, кальция и мочевой кислоты, а в моче наблюдалось повышение кальция, мочевой кислоты и оксалатов. Влияние минеральной воды рассматривали при оксалурии и уратурии. При этом установлено, что при оксалурии наблюдается снижение мочевины, остаточного азота и креатинина, а также трансаминаз. снижение кальция, повышение магния и снижение мочевой кислоты в крови.

В моче при оксалурии отмечено достоверное повышение pH, увеличение диуреза, повышение выделения с мочой калия и снижение выделения кальция и оксалатов.

При уратурии в результате проведенного лечения наблюдалось снижение СОЭ, креатинина, трансаминаз и мочевой кислоты в крови, а со стороны мочи – увеличение pH, диуреза, снижение уровня мочевой кислоты и оксалатов.

Исследования в отдаленные сроки показали, что через 1 год рецидив МКБ выявлен у одного (1,6%), через 3 года – еще у 3-х больных (4,8%). Всего рецидив имел место у 4-х больных (6,4%). При сопоставлении частоты рецидива у больных, получавших лечение в условиях санатория Иссык-Ата, частоту рецидива удалось снизить в 3,5 раза в сравнении с традиционной метафилактикой МКБ.

У 24 больных с целью метафилактики МКБ был использован национальный напиток с добавлением бактисубтила, содержащего штамм *Baccillbs cereus*, напиток, приготовленный по раз-

работанному нами способу (патент). Его мы использовали при сочетании дисбактериоза кишечника с хроническим пиелонефритом и при этом отметили хорошие результаты. Исчезли проявления дисбактериоза кишечника, отмечены существенные сдвиги в содержании электролитов крови и мочи, отмечено существенное снижение трансаминаз крови, что указывало на улучшение функции печени.

Рассматривая все методики метафилактики МКБ, нужно отметить, что реабилитация больных в условиях КНИИК и ВЛ с включением в комплекс лечения простой воды улучшает общее состояние больных, а лабораторные показатели крови и мочи изменились незначительно, достоверно увеличился диурез.

Включение бутилированной минеральной воды «Иссык-Ата» оказало существенное влияние не только на общее состояние больных, но отмечены и положительные сдвиги со стороны показателей крови и мочи, снизилась частота рецидива в сравнении с первой группой. Следовательно, использование бутилированной воды в условиях стационара КНИИК и ВЛ целесообразно в метафилактике рецидива МКБ.

Использование национального напитка в условиях КНИИК и ВЛ подтвердило высокую эффективность в лечении дисбактериоза кишечника в сочетании с хроническим пиелонефритом.

Высокая эффективность в условиях санатория Иссык-Ата обусловлен воздействием комплекса мер метафилактики МКБ и для повышения результативности необходимо повторение курса лечения для закрепления полученных результатов.

Таким образом, результаты наших исследований показали, что снижение рецидивов МКБ можно добиться при использовании минеральных вод в комплексном лечении и метафилактике МКБ.

Литература

- 1 Яненко Э.К., Меринов Д.С., Константинова О.В. Современные тенденции в эпидемиологии, диагностике и лечении мочекаменной болезни. *Экспериментальная и клиническая урология*. 2012; 3: - С. 19-24.
- 2 Полиенко А.К., Севостьянова О.А., Мосеев В.А. Эпидемиология мочекаменной болезни. *Урология*. 2005; 5: - С. 68-71.
- 3 Теодорович О.В., Забродина Н.Б., Драгуца И.М. Некоторые особенности течения мочекаменной болезни в различных возрастных группах. *Современные проблемы науки и образования*. 2012; 6: 240.
- 4 Аполихин О.И., Сивков А.В., Бешлиев Д.А. Анализ урологической заболеваемости в Российской Федерации в 2002-2009 годах по данным официальной статистики. *Экспериментальная и клиническая урология*. 2011; 1: 4-10.
- 5 Тыналиев, М.Т. Почечнокаменная болезнь (избранные проблемы нефролитиаза в Киргизии). Фрунзе: Мектен, 1990: 213.
- 6 Усупбаев А.Ч., Маматбеков Р.А., Маматов К.М. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия на литотрипторе модулит-SLK. *Центрально-Азиатский медицинский журнал*. 2007; 13 (2): 35-38.
- 7 Kocvara, R. A prospective study of nonmedical prophylaxis after a first kidney stone. *Br. J. Urol. Int.* 1999; 4: 393-398.
- 8 Яненко Э.К., Меринов Д.С., Константинова О.В. Мочекаменная болезнь: пути совершенствования противорецидивного лечения. *Экспериментальная и клиническая урология*. 2013; 1: 13-16.
- 9 Borghi L., Meschi T., Amato F. Urinary volume, water and recurrences in idiopathic calcium nephrolithiasis: a 5 year randomized prospective study. *Urol. (Baltimore)*. 1996; 155: 839-843.
- 10 Siener, R., Laube N., Strohmaier L. Recurrence prevention of urolithiasis with respect to economic aspects. *Urologe*. 2011; 50: 1278-1282.
- 11 Карпухин И.В., Ли А.А. Санаторно-курортное лечение больных мочекаменной болезнью и мочекаменными диатезами. *Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры*. 2007; 2: 49-53.
- 12 Ниткин Д.М., Гресь А.А. Метаболические нарушения в генезе мочекаменной болезни. *Здравоохранение*. 2005; 5: 2-4.
- 13 Дзеранов Н.К., Бешлиев Д.А. Влияние минеральной воды «ТИБ-2» на обменные процессы у больных мочекаменной болезнью. *Урология*. 2000; 3: 15-17.
- 14 Туровецкий В.Б., Голованов С.А., Евдокимов В.В. Влияние минеральной воды на обменные процессы. *Клиническая лабораторная диагностика*. 2006; 3: 9-12.
- 15 Габчак, Р.В. Состояние почечного кровотока и функции почек при лечении минеральной водой «Нафтуса» больных мочекаменной болезнью после устранения продолжительной окклюзии мочеточником камней. *Медицинская реабилитация, курортология, физиотерапия*. 2012; 3: 35-37.
- 16 Гильмутдинов А.Р., Хасанов А.Г., Манапов Р.Р. Эффективность минеральной воды в санаторной реабилитации больных, перенесших нефрэктомии. *Медицинский вестник Башкортостана*. 2010; 5: 58-60.
- 17 Пронкин Е.А. Профилактика рецидивов мочекаменной болезни. *Фарматека*. 2012; 7: 114-119.
- 18 Разумов А.Н., Карпухин И.В., Ли А.А. При-

- менение физических факторов в восстановительном лечении больных с фрагментами камня верхних мочевыводящих путей после дистанционной ударно-волновой литотрипсии. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. 2000; 4: 22-25.
- 19 Иванов Е.М., Вязова А.В. Применение слабо-минерализованной кремнисто-железистой гидрокарбонатной питьевой воды у больных уролитиазом. Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2006; 1: 40-42.
- 20 Токтомушев Ч.Т., Шаменова Ш.И. Использо-
- вание природных факторов курорта «Иссык-Ата» в реабилитации больных с заболеваниями органов пищеварения. Актуальные вопросы физиотерапии и восстановительного лечения: Материалы республиканской научно-практ. конф. Бишкек. 2001: 69-76.
- 21 Хорошко Е.Б., Третьяков А.А. Реабилитация больных мочекаменной болезнью на курортах кавказских минеральных вод. Саратовский научно-медицинский журнал. 2011; 2: 95-98.

Сведения об авторах:

- 1. Каскеев Данияр Мамбеталиевич**, к.м.н., заведующий отделением урогинекологии Кыргызского научно-исследовательского института курортологии и восстановительного лечения.
- 2. Сулайманов Аваз Эшпалотович**, врач-уролог Кыргызского научно-исследовательского института курортологии и восстановительного лечения, e-mail: kurortologii@mail.ru

Качкынбаев К.А., Султанмуратов М.Т., Матисаков А.

Кыргызский научно-исследовательский институт курортологии и восстановительного лечения,
Бишкек, Кыргызская Республика

СОСТОЯНИЕ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ КОБЫЛЬИМ МОЛОКОМ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРНОГО КЛИМАТА

Резюме. Цель исследования. Изучения показателей кардиореспираторной системы у соматических больных в процессе приема кобыльего молока, в условиях высокогорья. **Материалы и методы.** Клиническое обследование с заполнением анкет, электрокардиограмма в 12 стандартных отведениях, жизненная емкость легких, скорость форсированного выдоха, уровень насыщения крови, нагрузочная проба с задержкой дыхания. **Результаты.** Отобраны 42 пациента, практически здоровых. К концу лечения улучшилось общее состояние по клинико-функциональным данным у 40 (95,2%) Достоверно возросло время задержки дыхания с $24,8 \pm 1,65$ сек. до $33,4 \pm 2,73$ сек. ($P < 0,02$), при этом уменьшилась кислородная задолженность, уменьшился уровень насыщения организма кислородом с $92,48 \pm 0,38\%$ до $90,26 \pm 0,27$ ($P < 0,01$), нормализовалось повышенное артериальное давление систолическое, в целом произошло снижение АД диастолическое с $84,9 \pm 1,69$ до $77,8 \pm 1,52$ ($P < 0,01$) мм.рт ст. Нормализовалась частота дыхания и сократился темп сердечных сокращений.

Ключевые слова: кардио респираторная система, кобылье молоко, высокогорная гипоксия.

Kachkynbaev K.A., Sultanmuratov M.T., Matisakov A.

Kyrgyz Research Institute of Health Resort Science and Rehabilitative Medicine, Bishkek, Kyrgyz Republic

CARDIORESPIRATORY RESPONSE AS A RESULT OF TREATMENT OF SOMATIC PATIENTS WITH MARE'S MILK AT HIGH ALTITUDE

Abstract. Research aim. Studies of indexes of the cardio-respiratory system for somatic patients in the process of reception of **HORSE** milk, in terms highland. **Materials and methods.** Clinical inspection with filling of questionnaires, electrocardiogram in a 12 standard taking, vital capacity of lungs, speed of a force exhalation, level of satiation of blood, loading test time-lagged breathing. **Results.** 42 patients are investigational. By the end of treatment the common state became better from **To clinical and functional** data at 40 (95,2%) For certain time of breath-holding grew with a $24,8 \pm 1,65$ sec. a to $33,4 \pm 2,73$ sec. ($P < 0,02$), at it the difference of oxygen requirement diminished, a level diminished oxigenating of organism from $92,48 \pm 0,38\%$ to $90,26 \pm 0,27$ ($P < 0,01$). normalized enhanceable arteriotony a systole, on the whole a decline bloodened HELL systole from $163,3 \pm 1,25$ to $124,9 \pm 3,35$ ($P < 0,001$), and HELL diastole rose, from $76,0 \pm 2,49$ to $84,4 \pm 1,59$ ($P < 0,05$) мм.рт item, Normalized frequency breathing 37 cases and the rate of heart-throbs grew short. As a result of treatment allows to draw conclusion about including adaptive mechanisms of the cardio-respiratory system, related to the protector affecting KILOMETRE metabolism of liver; link and by the action of alpine hypoxia.

Key words: chronic hepatitis, cardio-respiratory system, **HORSE** milk, alpine hypoxia.

Введение. Имеются многочисленные фундаментальные публикации по применению кумысотерапии при многих тяжелых соматических заболеваниях, даже при онкологической патологии [2,3,4,12,13]. Профессор М.Н. Карнаухов, много лет изучавший кобылье молоко (КМ), кумыс указывает, что действие их на организм человека настолько многообразно, что нельзя поставить с ним в ряд ни одно фармацевтическое средство.

Наши исследования посвящены применению (КМ) в качестве оздоровление здоровых в условиях высокогорного климата.

Популярность КМ распространена в странах Европы. Так, КМ производят в Германии, Австрии, Голландии, Италии, Бельгии, где также

проявляется интерес медицины к кобыльему молоку.

По своему составу и биологическим свойствам КМ близко к женскому и **переваривается в несколько раз быстрее, чем женское.**

Кобылье молоко (КМ) служить основой для создания адаптированных молочных смесей для питания, как здоровых детей, так и чувствительных к белкам коровьего молока (5, 7, 10).

КМ — секреторная жидкость, вырабатываемая молочными железами кобылы в период лактации для выкармливания жеребенка. По белковому составу оно считается альбуминовым молоком, так доли казеиновой и альбуминовой фракций в нем примерно одинаковы /51% - казеин,

49% - альбумин/, в то время как в коровьем молоке отношение казеина к альбумину 5:1. В целом, доля общего белка составляет в среднем 1,2-2%. В сывороточных белках доля альфа-лактоглобулина и альфа-лактоальбумина составляет 77%, фракции альфа, бета-казеина 86,7%, и гамма-казеина - 13,3%.

Особенностью КМ является большое содержание в нем молочного сахара, доля которого может находиться в пределах от 5,5 до 8%. В состав молока кобылицы входит не менее сорока полезных биологически активных веществ, которые являются необходимыми для нормального функционирования человеческого организма. КМ содержит белки: альфа-лактальбумин, бета-лактальбумин, лизоцим, иммуноглобулин. Лизоцим и лактоферрин, являющиеся компонентами иммунной системы организма, защищают от патогенных микроорганизмов и разрушают их в самом молоке и пищеварительной системе. В особенности лизоцим, составляющий 5 % от общего количества протеина, играет решающую роль в бактерицидном действии кобыльего КМ. Содержание лизоцима (мг/100 мл): кобылье молоко — 80, женское — 50, коровье — 13. Помимо своего ферментативного действия лизоцим имеет антивирусные, иммуностимулирующие, свойства.

Количество полинасыщенных жирных кислот в КМ почти в 10 раз выше, чем в коровьем. Жира в кобыльем молоке меньше, чем в коровьем, но достоинство его в том, что он богат линолевой, линоленовой и арахидоновой кислотами, которые тормозят развитие туберкулезных бактерий в то время как, в жире коровьего молока они энергично развиваются, доказано профессором П.Ю. Берлин. В КМ много водо- и жирорастворимых витаминов: витамина А до 300 мкг/л, витамина С до 135 (больше, чем в любом другом продукте животного происхождения), витамина Е 650-1000, пантотеновой кислоты 1600, витаминов В1 и В2 по 370-390, витамина В12- 2,52, биотина 11,2 мкг/л.

Таким образом, КМ как сбалансированный пищевой и терапевтический продукт хорошо усваивается организмом, разгружает печень - синтез и расщепление, что ведет улучшению функции всех систем.

Значение горной гипоксии в реабилитации и оздоровления, лечение соматически больных в санаторно-курортных здравницах.

Использование высокогорного климата с лечебно-профилактической целью, приоритетны по сути уникальны в мировой практике дали исследования М.М. Миррахимова, Исабаевой В.И. в области клинической физиологии [1,6].

Доказано, гипоксия стимулирует гипофизнонадпочечниковой системы и инсулярного аппарата поджелудочной железы, что сопровождается повы-

шением секреции инсулина (А.Д. Джумалиев, 1987, 1991; К.А. Бозумова, 1987; К.С. Султанова, 1991). Было, также установлено в условиях высокогорья, появляются эмбриональные формы гемоглобина. Гемоглобин F обладает способностью связывать кислород при более низком его содержании в плазме крови. Доказано, что основную роль основную регуляторную в молекулярных перестройках играет кислород чувствительный протеиновый комплекс, реализующий активацию транскрипции и воздействующий на большую группу генов (Semenza 1992). Показано также, что гипоксическая стимуляция активизирует экспрессию генов гепатоцитов человека в клеточной культуре, а в эксперименте на животных стимулирует физиологическую регенерацию паренхимы печени (Янко Р.В., 2010).

Особое значение имеет растительный покров и экологическое состояние пастбищ. В этом отношении Республика располагает широким спектром растений и чистыми альпийскими лугами. Высокогорье предъявляет организму повышенные адаптационные требования в первую очередь сердечнососудистой, респираторной систем, затем включаются другие системы по мере пребывания на высокогорье. Это определила цель данной работы - изучение кардио-респираторной системы в условиях высокогорья при лечении КМ.

Материалы и методы исследования.

Нами исследовано состояние кардио - респираторной системы больных и здоровых в условиях высокогорья – кумысолечебница «Байтур», расположена на 2200 м. над ур. моря. Эта здравница представляет флагман кумысолечебниц в нашей Республике.

Прием КМ осуществлялся 5 раз в день, начиная с 50 мл (100мл) по нарастающей методике, доводя 1500 мл в сутки по разработанной КНИИ-КиВЛ методической рекомендацией (9). Прием КМ осуществлялся сразу после дойки кобыл. Среднее пребывание на кумысолечебницах составило 10,2 дней.

Обработку данных проводили с использованием пакета статистических программ SPSS 16 (США). При анализе определяли средние значения признака (M), стандартные ошибки среднего (m), среднеквадратическое отклонение. Различие групп расценивали как статистически значимые при $p > 0,05$ или высоко значимые при $P > 0,001$.

Исследование включало оценка объективного, субъективного – (анкетирование) состояния, измерение артериального давления (АД), регистрация ЭКГ, а также функций внешнего дыхания: минутный объем дыхания (МОД), жизненную емкость легких (ЖЕЛ) и форсированный показатель выдоха – пикфлоуметрия (ПФМ). Кроме того, проводились нагрузочные тесты с задержкой дыхания,

при этом оценивалось содержание кислорода в организме.

Исследовано 42 отдыхающих, практически здоровых. Средний возраст составил 44,9 лет, среди них женщин 17, мужчин -25. Проживающие в городах 36 (85,7%) остальные в сельской местности. Пациенты из-за рубежа (СНГ) 12 (28,6%) человек. К концу лечения улучшилось общее состояние, по клинико-функциональным и субъективному анкетированию у 40 пациентов (95,2%). В целом показатели ЭКГ в процессе пребывания в лечебнице оставались стабильными.

Уровень АД систолическое существенно не изменился $126,2 \pm 2,61$ до $121,4 \pm 1,74$ мм.рт. ст., произошло снижение АД диастолическое с $84,9 \pm 1,69$ до $77,8 \pm 1,52$ ($P < 0,001$) мм.рт. ст

Снижение показателя максимальной скорости выдоха, регистрируемый пикфлоуметром выявлено у 14 (33,3%) пациентов в первые сутки, в конце курса лечения сохранялось только у 6 (14,2%), что по критерию знаков значимо ($P < 0,05$). Нормализация учащенного дыхания в конце пребывания в лечебнице отмечено у 39 (92,8%) пациентов ($P < 0,001$). Показатели минутного объема легких, минутный объем легких практически не изменился к концу пребывания в лечебнице.

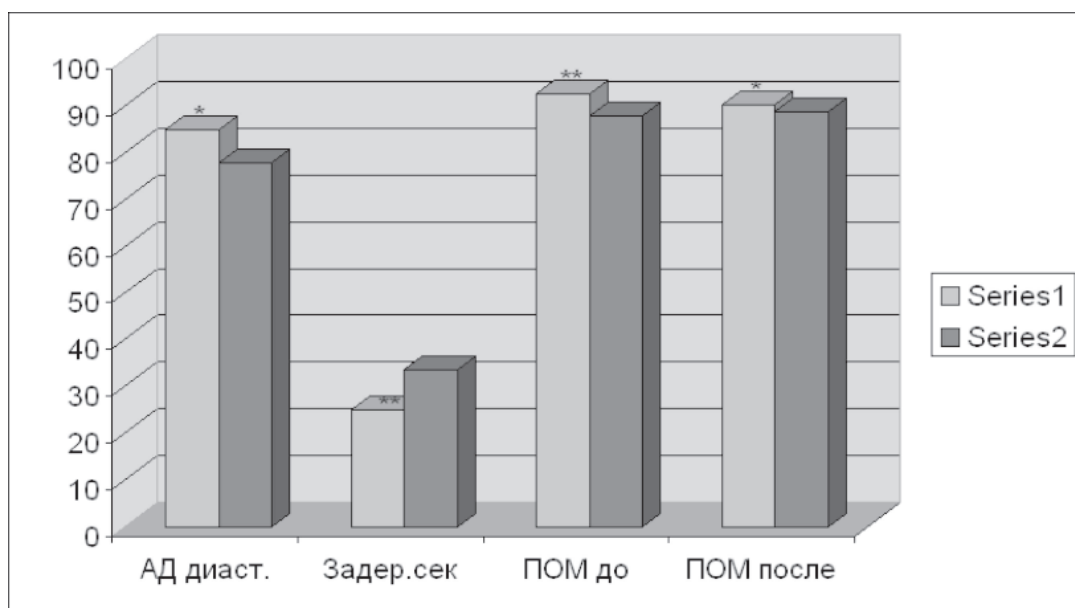
Для исследования функционального состояния системы органов дыхания, выявления ее функциональных резервов и скрытых патологических нарушений использовали функциональные пробы с нагрузкой (проба Генчи). Чем продолжительнее время задержки дыхания, тем выше способность сердечно-сосудистой и дыхательных

систем обеспечивать удаление из организма образующийся углекислый газ.

SpO₂ - насыщение артериальной крови кислородом, измерялось методом пульсоксиметрии (ПОМ). Пульсометр отражает на дисплее уровень сатурации с задержкой в пределах от 10 сек до 1,5 мин. В наших исследованиях время задержания дыхания исследуемых колебалась от 15 до 105 сек. и составил в среднем $24,8 \pm 1,65$ сек. к концу лечения увеличилась до $33,4 \pm 2,73$ сек. ($P < 0,01$). Концентрация кислорода организма в исходе у исследуемых было понижено по сравнению с равнинной местностью и составила $92,48 \pm 0,38\%$. Эти показатели объясняются низким содержанием парциального кислорода в атмосфере в условиях высокогорья.

К концу лечения насыщение организма кислородом на задержку дыхания с $90,26 \pm 0,27$ до $88,57 \pm 0,48\%$, при увеличении времени. Снижение уровня кислорода при задержке дыхания к концу курса лечения произошло менее значительно, чем в начале, при увеличении времени это объясняется «сработали» адаптивные механизмы в частности кардио - респираторной и гуморальной системы, выразившиеся в более экономной затрате на нагрузочный дыхательный тест. Как видно из рис. 1, в покое концентрация кислорода в крови снизилась ($P < 0,001$).

Результаты и обсуждение полученных данных. Прием КМ в условиях высокогорного климата оказывает благоприятное действие на состояние кардио-респираторной системы у здоровых и соматических больных. Терапевтический эффект



Примечание: * - достоверность $P < 0,05$, ** - 0,001

Рис. 1. Показатели кардио-респираторной системы до и после лечения КМ в условиях высокогорья.

приема КМ в этих условиях достигается многофакторным действием на все системы организма, главным образом через протекторное воздействие на функции печени, адаптивную регуляцию кардиореспираторной, гуморальной системы. Снижение концентрации кислорода в условиях высокогорья объясняется, как уже было сказано, появлением эмбриональной формы гемоглобина F, который обладает способностью связывать кислород при более низком его содержании в плазме и включением адаптивных механизмов кардиореспираторной системы.

Показано, что гипоксическая стимуляция активизирует экспрессию генов гепатоцитов человека в клеточной культуре, а в эксперименте на животных стимулирует физиологическую регенерацию паренхимы печени (Янко Р.В., 2010). Кроме того, «включилась и гуморальное звено на высокогорную гипоксию: повысилось число эритроцитов и уровень гемоглобина. Эти адаптивные изменения можно расценить, как экономные затраты организма в этих условиях при приеме КМ и высокогорной гипоксии, которые снижают энергические затраты на синтез метаболитов и ресинтез в печени. Также, нами показано улучшение, нормализация функции печени при приеме КМ.

Комбинированное воздействие горного климата и курсовой прием КМ в итоге – это не двойной эффект, а гораздо обширней, включая флористый состав КР, экологическое состояние пастбищных территорий. После пребывания на кумысолечебнице, благодаря нашей методике улучшилось общее состояние, возросло время задержки дыхания, при этом насыщение организма кислородом снизилось, повысился показатель форсированного выдоха, нормализовалась повышенное артериальное давление в начале пребывания высокогорья и частота дыхания, снизился темп сердечных сокращений, что позволяет аргументировать о стимуляции адаптивных механизмах в первую очередь на высокогорную гипоксию кардиореспираторную систему.

Заключение. Данный не медикаментозной метод терапии и оздоровления КМ в условиях высокогорного климата оказывает благоприятное (тренирующее) действие на кардиоваскулярную, респираторную систему организма при курсовом приеме КМ у здоровых (оздоровление здоровых).

Литература:

1 Агаджанян Н.А., Миррахимов М.М. Горы и резистентность организма. Москва, 1970, 184 с.

- //Физиология человека, 2007, т.33, №2, -С.81-89.
- 2 Батыришина Э.А. Метаболические эффекты кумысолечения больных ишемической болезнью сердца / Э.А. Батыришина, В.М. Вагапов // Курортные ведомости. №1 (16), 2003. -С. 35.
- 3 Валиев А.Г. Особенности вторичного иммунного ответа и состояние неспецифической резистентности организма крыс, получавших рацион с кобыльим молоком, богатых эссенциальными жирными кислотами // Вопросы питания.-2001. -№5. -С. 10-13.
- 4 Гладкова Е.Е. Состав молока кобыл и медико-биологические требования к продуктам детского питания / Е.Е. Гладкова, М.В. Андрияшина // Коневодство на пороге XXI в. – Дивово, 2001. – С. 79–82.
- 5 Гильмутдинова Л.Т, Кудаярова Р.Р., Ямалетдинов К.С., Габдалханова Л.Т., Камелетдинов С.Х. Применение кумыса в коррекции липидного обмена у лиц с риском развития атеросклероза. // Медицина Кыргызстана 2010. №5. –С. 31-33.
- 6 Исабаева В.А. Система свертывания крови и адаптация к природной гипоксии. Л.: Наука, 1983. - 151 с.
- 7 Каллиала и др. Использование кобыльего молока для кормления грудных детей. Пер. с англ. - ВНИИК, 1972 - 12 с. - (П-23)
- 8 Нойхауз У. Эксперименты по исследованию производства, свойств и состава кобыльего молока для кормления грудных детей. Пер. с англ. - ВНИИК, 1971 - 11 с. (П-3).
- 9 Султанмуратов М.Т. Кумысолечение/ (методические рекомендации)/.с. 30. 2013.
- 10 Фройденберг. О кормлении грудных детей кобыльим молоком. Пер. с нем. - ВНИИК, 1971 - 20 с. (П-19).
- 11 Химический состав грудного молока у женщин (на примере РС (Я) и Ямало-Ненецкого автономного округа) / Т.Е. Бурцева, В.Г. Часных, К.М. Степанов [и др.] // Якутский медицинский журнал. – 2008. – № 3. – С. 42–43.
- 12 Шторх Г. Исследование некоторых веществ и особенностей состава кобыльего молока и кумыса, с учетом их диетических качеств. Пер. с нем. - ВНИИК, 1987 - 16 с. (П-637) молока и кумыса, с учетом их диетических качеств. Пер. с нем. - ВНИИК, 1987 - 16 с.
- 13 Nikkhan A. Equidae milk promises substitutes for cow and human breast milk// Turk .1 Vet Anim Sci Tnbitak - 2012.-vol.36(5).- P. 470-475.

Сведения об авторах:

1. **Качкынбаев Кубаныч Абыкович**, к.м.н., научный сотрудник Кыргызского научно-исследовательского института куртологии и восстановительного лечения;
2. **Султанмуратов Махмуд Темирбекович**, директор Кыргызского научно-исследовательского института куртологии и восстановительного лечения, д.м.н., профессор. E-mail: kurortologii@mail.ru

УДК [616.711+616.832]:615.862

Койчубеков А.А., Рысбаев К.С.

Кыргызский научно-исследовательский институт курортологии и восстановительного лечения,
Бишкек, Кыргызская Республика

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Резюме. Проведено исследование эффективности медицинской реабилитации 149 больных с позвоночно-спинномозговой травмой (ПСМТ) на основе применения современных реабилитационных мероприятий. Все больные были распределены по полу, возрасту, по койкам дней пребывания больного в стационаре, по уровню поражения позвоночника и спинного мозга, по виду лечения, характеру травмы, по сопутствующим заболеваниям, по неврологическому дефициту. Следует отметить, что заболевание основной части пациентов пришлось на наиболее работоспособный возраст, что подчеркивает актуальность изучаемых вопросов и преобладание лиц мужского пола

Контроль эффективности осуществлялся следующими функциональными методами: выраженность болевого синдрома изучали с использованием визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), качество жизни оценивали по опроснику Освестри, неврологический дефицит изучался по шкале Френкеля, для оценки некоторых психологических показателей использовалась госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии (HADS).

В реабилитационные программы включались следующие методы: медикаментозная терапия (НПВС, миорелаксанты, хондропротекторы, ингибиторы холинэстеразы, вазодилататоры, нейропротекторы, антидепрессанты, витамины и др.), различные виды кинезотерапии, различные виды массажа, гидрокинезотерапия, бальнеотерапия, аппаратная физиотерапия, теплотечение, иглорефлексотерапия.

В работе доказано, что применённый комплекс реабилитации для больных с позвоночно-спинномозговой травмой улучшает функциональные результаты за счет ранней двигательной активизации.

Ключевые слова: позвоночно-спинномозговая травма, перелом позвоночника, двигательное нарушение, реабилитация.

Koichubekov A.A., Rysbaev K.S.

Kyrgyz Research Institute of Health Resort Science and Rehabilitative Medicine, Bishkek, Kyrgyz Republic

ANALYSIS OF RESULTS OF REHABILITATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH VERTEBRAL-SPINAL TRAUMA

Abstract. Effectiveness of medical rehabilitation of 149 patients with vertebral-spinal trauma based on modern rehabilitative measures was studied. All patients were divided by gender, age, bed days of patients in hospital, degree of lesion of the vertebral column and spinal cord, type of treatment, type of trauma, comorbidity, neurologic deficit. It should be noted that the major part of patients were in in the most productive age which stresses the importance of this problem and predominance of male patients.

Effectiveness was assessed by the following functional methods: pain syndrome was measured with visual analog scale (VAS), quality of life by Osvestri's questionnaire, neurologic deficit by Frenkel's scale, some psychological parameters by Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Rehabilitation programs included the following methods: medicamentous therapy (NSAIDs, myorrelaxants, cartilage protectors, cholinesterase inhibitors, vasodilators, neuroprotectants, antidepressants, vitamins, etc.), various kinds of kinesitherapy, various kinds of massage, hydrokinesitherapy, balneotherapy, instrumental physiotherapy, thermotherapy, acupuncture.

Our study demonstrates that the complex rehabilitation treatment used by us for patients with vertebral-spinal trauma improves functional results related to early motor activation.

Key words: vertebral-spinal trauma, spinal fracture, motor disturbance, rehabilitation

Актуальность. Пациенты с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы составляют один из тяжелейших контингентов в нейрореабилитации. В структуре общего травматизма повреждение позвоночника и спинного мозга встречается до 4% случаев, из которых 80%

составляют лица молодого трудоспособного возраста, которые в большинстве случаев стойко утрачивают трудоспособность [1].

Тяжесть повреждений зависит от таких факторов, как выраженность клиновидности и компрессии тела позвонка, степень разрушения и дис-

локации его фрагментов при взрывных переломах, одновременное повреждение двух и более позвоночных сегментов, характер нестабильности при повреждении всех колонн позвоночника, величина осевой, кифотической деформации, сужение позвоночного канала, наличие компрессии спинного мозга и спинномозговых корешков, общее состояние пострадавшего, которое может быть существенно отягощено сочетанными повреждениями и серьезными сопутствующими заболеваниями [3, 4].

Пациенты с позвоночно-спинномозговой травмой в последние десятилетия углубленно изучаются неврологами, нейрохирургами, травматологами, нейрофизиологами, психологами и другими специалистами. Благодаря достижениям фармакологии, реаниматологии, нейрохирургии в

последние годы существенно увеличилась продолжительности изменилось качество жизни спинальных больных. Однако на данный момент работа с ними нацелена прежде всего на обучение пользованию сохранившимися функциями. Восстановление утраченных функций является второстепенной задачей в лечении таких больных и адаптации их к новым условиям [2, 5, 6].

Цель исследования: анализ результатов реабилитационного лечения ПСМТ выполненных по разным методикам.

Материалы исследования. В отделении нейроортопедии и реабилитационной ортопедии КНИИКиВЛ с 2014 по 2015гг было обследовано и пролечено 149 больных с последствиями ПСМТ.

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту

Возраст	Мужчины		Женщины		Всего	
	числ	%	числ	%	числ	%
До 20	2	12,7	7	5,1	15	10,1
20-30	27	49,1	33	41,8	70	47,0
30-40	16	21,3	18	20,3	31	20,9
40 и старше	14	18,7	17	23,1	31	20,9
Всего	75	100,0	74		149	100,0

По данным, приведенным в таблице 1, следует отметить, что травма позвоночника основной части пациентов пришлось на наиболее рабо-

тоспособный возраст, что подчеркивает актуальность изучаемых вопросов и преобладание лиц мужского пола.

Таблица 2. Распределение больных по койкам дней пребывания больного в стационаре.

№	Койка дней		Количество
1	Без операции	8-12 койка дней	67 (45,0%)
2	После операций	13-18 койка дней	82 (55,0%)
3	Всего:		149 (100%)

Таблица 3. Распределение больных по уровню поражения позвоночника и спинного мозга

№	Уровень поражения	Количество
1	Шейный отдел	26 (17,4%)
2	Грудной отдел	63 (42,3%)
3	Поясничная отдел	60 (40,3%)
4	Всего:	149 (100%)

Согласно данным представленной таблицы 3, среди обследованных пациентов преоблада-

ли повреждения грудного и поясничного отдела позвоночника.

Таблица 4. Распределение больных по виду лечения

№	Вид лечения	Количество
1	После оперативного вмешательства	75 (50,3%)
2	Без оперативного вмешательства	74 (49,7%)
3	Всего:	149 (100%)

В таблице 4 показано, что более 50% больные ранее были оперированы с повреждениями позво-

ночника и спинного мозга.

Таблица 5. Распределение больных по виду операций.

№	Вид операции	Количество
1	После вентральной декомпрессии со стабилизацией позвоночника	39 (52%)
2	После дорзальной фиксации позвоночника	36 (48%)
3	Всего:	75 (100%)

Больные с ПСМТ ранее были оперированы в БНИЦТО, НГМЗКР и КНИИКиВЛ. Им прове-

дены оперативные вмешательства, как на передних, так и на задних отделах позвоночника.

Таблица 6. Распределение больных по характеру травмы.

№	Характер травмы	Количество
1	Падение с высоты (катастрофа)	90 (60,4%)
2	ДТП (авто-авария)	59 (39,6%)
3	Всего:	149 (100%)

Таблица 7. Распределение больных по сопутствующим заболеваниям.

№	Сопутствующие патологии по нозологиям	Количество
1.	Гинекологические	21 (16,8%)
2.	Терапевтические	13 (10,4%)
3.	Неврологические	55 (44,0%)
4.	Урологические	36 (28,8%)
5.	Всего:	125 (100%)

Таблица 8. Распределение больных по неврологическому дефициту.

№		Количество
1	С нарушением функции спинного мозга	79 (53,0%)
2	Без нарушения функций спинного мозга	70 (47,0%)
3	Всего:	149 (100%)

Комплексное клиническое обследование включало жалобы и анамнез заболевания, соматический и неврологический статусы. Выраженность болевого синдрома изучали с использованием визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). Качество жизни оценивали по опроснику Освестри. Неврологический дефицит изучался по шкале Френкеля. Для оценки некоторых психологических показателей использовалась госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии (HADS).

Методы лечения. Реабилитация проводится с применением индивидуальных реабилитационных программ, составленных с учетом периода заболевания, характера травмы и направлена на коррекцию болевого синдрома, двигательных нарушений, нарушений функции тазовых органов, восстановление походки и коррекцию патологического двигательного стереотипа, выработку нового двигательного поведения.

Важное значение имеет индивидуальные занятия ЛФК (статические и динамические дыхательные упражнения, упражнения для мелких и средних мышечных групп верхних и нижних конечностей). Лечебная гимнастика проводится в положении лежа на спине с приподнятым головным концом кровати. Используются упражнения для дистальных отделов конечности, затем активные движения для ног в облегченных условиях. Кроме того, применяются упражнения для статического напряжения мышц спины. С 8 дня используется упражнения с исходным положением на животе.

Реабилитационная программа также включала в себя борьбу с осложнениями (пролежни, нейрогенный мочевого пузырь, уроинфекция, пневмония и др.). После травмы позвоночника реабилитационные мероприятия следует начать в первые дни. Организовать тщательный уход за пациентом. В результате уже в раннем периоде начинают формироваться основные проблемы позднего периода ПСМТ: хроническое воспаление органов мочевого выделения (до 80 %), контрактуры, гетеротопические оссификации и деформации (до 40 %), пролежневый процесс. Осложнения, возникающие при лечении спинальных больных отягощают течение болезни, увеличивают сроки пребывания в стационаре.

В реабилитационные программы включались следующие методы:

Медикаментозная терапия (НПВС, миоре-

лаксанты, хондропротекторы, ингибиторы холинэстеразы, вазодилататоры, нейропротекторы, антидепрессанты, витамины, и др.) у 100 % больных;

- Различные виды кинезотерапии (100%);
- Различные виды массажа (100%);
- Гидрокинезотерапия (24,3%);
- Бальнеотерапия (81,4%);
- Аппаратная физиотерапия (100%);
- Теплелечение (22,8%);
- Иглорефлексотерапия (48,6%).

Выводы:

- Медицинскую реабилитацию следует считать обязательным звеном этапного лечения больных после хирургических вмешательств с ПСМТ.
- От своевременности и качества реабилитационных мероприятий зависит дальнейший прогноз восстановления функций организма и значительно улучшит качество жизни пациентов, облегчает уход за ними и обеспечивает раннюю вертикализацию больных, что в свою очередь, повышает их реабилитационный потенциал.
- Следует подходить к выбору метода реабилитационного лечения комплексно и дифференцированно.
- Курс восстановительного лечения в условиях КНИИКиВЛ является эффективным и имеет все возможности устранения патологических симптомокомплексов.

Литература:

- 1 *Медицинская реабилитация. Под ред. Боголюбов В.М. М. 2007. Т. 2. С. 96-97; С. 459-462.*
- 2 *Белова А. Н. Нейрореабилитация: Руководство для врачей. - М., 2000. - 566 с.*
- 3 *Беляев В. И. Травма спинного мозга (диагностика, электростимуляционное и восстановительное лечение). - М.: Владмо, 2001. - 240 с.*
- 4 *Горбешко Г. А., Кочетков А. В., Усольцева Н. И. Сочетанное применение ФПЭС и реабилитационного велотренажера у пациентов с ПСМТ // Медицинский алфавит. - 2008. - № 1. - С. 6-7.*
- 5 *Jezernek S., Schärer R., Colombo G. et al. Adaptive robotic rehabilitation of locomotion: a clinical study in spinally injured individuals // Spinal Cord., 2003; 41: 657-666.*
- 6 *Lam T., Anderschitz M., Dietz V. Contribution of Feedback and Feedforward Strategies to Locomotor Adaptations // J. Neurophysiol., 2006; 95: 766-773.*

Сведения об авторах:

1. **Койчубеков Алмаз Азизбекович**, к.м.н., заведующий отделением нейроортопедии Кыргызского научно-исследовательского института куртологии и восстановительного лечения;
2. **Рысбаев Курсант Салайдинович**, врач ортопед Кыргызского научно-исследовательского института куртологии и восстановительного лечения, e-mail: kurortologii@mail.ru

УДК:547.466.64:547.436.1(575.2)(04)

**Матаипова А., Джуманазарова А.З., Кадыралиев Т.К., Райымбеков Ж., Курамаева Т.Э.,
Кундашев У.К., Маметова А.С.**

*Кыргыз Республикасынын улуттук илимдер академиясы, Ош мамлекеттик университети.
И.К. Ахунбаевдин атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы*

ГЛИЦИРАМДЫН НЕГИЗИНДЕ L-ГЛУТАМИН ЖАНА D-АСПАРАГИН КИСЛОТАЛАРДЫН КОМПЛЕКСТЕРИН БИЙИК ТОО ШАРТТАРЫНДА БИОЛОГИЯЛЫК ТЕКШЕРҮҮ

Корутунду. Гипоксия, б.а. бийик тоо шарттарында биз синтездеген компоненттеринин катышы 1:1 глицирам менен L-глутамин жана D-аспарагин кислоталардын комплекстеринин биологиялык текшерүүлөрү жүргүзүлдү. Текшерүүлөр биринчи 15 күндүн аралыгында, б.а. организмдин гипоксия шарттарына адаптациялануу учурунда аткарылган. Эксперименттин натыйжасын иликтөөнүн негизинде жогоруда аталган аминокислоталар глицирамдын катышы менен даана нейропротективдик касиеттерине ээ экени далилденди.

Негизги сөздөр: глицирам, L-глутамин кислотасы, D-аспарагин кислотасы, супрамолекулалык комплекс, биологиялык текшерүүлөр, гипоксия, нейропротективдик активдүүлүк.

**Матаипова А., Джуманазарова А.З., Кадыралиев Т.К., Райымбеков Ж., Курамаева Т.Э.,
Кундашев У.К., Маметова А.С.**

*Национальная академия наук Кыргызской Республики, Ошский государственный университет.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Бишкек, Кыргызская Республика*

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИСПЫТАНИЯ КОМПЛЕКСОВ ГЛИЦИРАМА С L-ГЛУТАМИНОВОЙ И D-АСПАРАГИНОВОЙ КИСЛОТАМИ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ

Резюме. Проведены биологические испытания синтезированных нами комплексов на основе моноаммонийной соли глицирризиновой кислоты – глициррама с L-глутаминовой и D-аспарагиновой кислотами в соотношении 1:1 в условиях гипоксии, т.е. в высокогорных условиях. Испытания были проведены впервые 15 дней в высокогорных условиях, т.е. в период адаптации организма к условиям гипоксии. Анализ результатов эксперимента показал, что вышеуказанные аминокислоты в сочетании с глицирамом обладают выраженными нейропротекторными свойствами.

Ключевые слова: глицирам, L-глутаминовая кислота, D-аспарагиновая кислота, супрамолекулярный комплекс, биологические испытания, гипоксия, нейропротекторная активность.

Mataipova A., Jumanazarova A.Z. Kadiraliev T.K. Raiymbekov J., Kuramaeva T.E., Kundashev U.K., Mametova A.S.
NAS KR, Osh State university, I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyz Republic

BIOLOGICAL TESTS OF THE COMPLEXES ON THE BASIS GLICIRAM WITH L-GLUTAMIC AND D-ASPARTIC ACIDS IN HIGH MOUNTAIN CONDISIONS

Abstract. The biological tests of synthesized complexes on the basis monoammonium salt of glycyrrhizic acid – gliciram with L-glutamic and D-aspartic acids in ratio 1:1 in hypoxia conditions, i.e. in mountains conditions, were conducted. Tests were conducted in the first 15 days in the high mountains conditions i.e. in the period of adaption organisms to hypoxia. Analysis of the experiment results showed that the above mentioned amino acids in combination with gliciram have explicit neuroprotective properties.

Key words: gliciram, L-glutamic acid, D-aspartic acid, supermolecular complex, biological tests, hypoxia, neuroprotective activity.

Супрамолекулярные комплексы на основе глицирризиновой кислоты (ГК) и аминокислот, изученные в последнее время, проявляли полезные биологические свойства и представляют большой интерес с точки зрения применения их в медицине.

Так, в клинике хронических гепатитов об-

надеживающие результаты получены при внутривенных инъекциях ГК в комплексе с аминокислотами [1].

В работе [2] комплекс ГК с цистеином предложен в качестве антидота против гистамина, никотина и сулемы.

Известны соли ГК с аминокислотами (аргинин, орнитин, гистидин) с лечебным эффектом выше, чем у глицирама [3].

Запатентовано средство от инфаркта головного мозга, которое содержит глицирризин и/или фармацевтически приемлемую его соль в качестве активного ингредиента [4].

Исходя из вышесказанного, нами синтезированы комплексы на основе моноаммонийной соли глицирризиновой кислоты – глициррама и двух аминокислот – L-глутаминовой и D-аспарагиновой кислот в соотношении 1:1. L-глутаминовая кислота является энергетическим материалом для ткани мозга. Это связано с ее способностью окисляться в митохондриях через стадию образования кетоглутаровой кислоты с выходом энергии, запаасаемой в виде АТФ. L-глутаминовая кислота обладает хорошими нейропротекторными свойствами. D-аспарагиновая кислота играет важную роль в функционировании и развитии нервной системы. Она также является хорошим нейромедиатором.

Глицирам же является сильным противовоспалительным средством, поэтому сочетание таких свойств исходных соединений в одной супрамолекулярной системе представляло практический интерес. Кроме того в работе [5], показано, что глицирам стимулирует восстановление как гранулоцитарного, так и эритроидного ростка костномозгового кроветворения. Стимулирующий эффект глицирама связан с его активирующим влиянием на функцию клеток кроветворного микроокружения.

Строение и соотношение компонентов синтезированных комплексов установлено с помощью ИК-Фурье- и УФ-спектроскопии.

Испытание синтезированных комплексов на биологическую активность решено было провести на высокогорном полигоне Туя-Ашуу (3200 м.над.ур.м.) в условиях гипоксии.

Гипоксия представляет собой универсальный патологический процесс, сопровождающий и определяющий развитие различной патологии.

Наиболее чувствительны к дефициту кислорода головной мозг, эндотелий сосудов, миокард, почки, клетки крови – т.е. ткани, менее приспособленные к анаэробному способу получения энергии.

Биологические испытания

Опыты проводились на половозрелых крысах-самцах весом 220-260 гр. в количестве 36 крыс. Экспериментальные животные были разделены на 3 группы, каждая группа была дополнительно разделена на 2 подгруппы

Все препараты вводили перорально с помощью катетера в течение 15 дней в условиях высокогорья (Туя-Ашуу, Кыргызская Республика, 3200 м над уровнем моря). Параллельно введению препарата проводили визуальное наблюдение за состоянием экспериментальных крыс.

При выполнении работы использовались гистологические и гематологические методы исследования. При гистологических методах исследования проводилась фиксация материалов в 10 % нейтральном формалине. Дегидратацию проводили в спиртах восходящей концентрации, заливали в парафин и готовились полутонкие срезы толщиной 5-6 мкм на санном микротоме. Также готовились полутонкие срезы из блоков залитых в эпоксидную смолу. Срезы окрашивались гематоксилин-эозином. Для гематологических исследований готовились мазки с фиксацией в 96⁰ спирте. Далее окрашивались по Романовскому-Гимза. Готовые срезы просматривались под микроскопом с разным увеличением.

После проведения декапитации явных патологий внутренних органов не обнаружено. Отмечается увеличение массы тела от исходного; после проведения опытов вес составил 340-360 гр. Для исследований были отобраны внутренние органы и кровь. Для исследования клеточного состава крови экспериментальных животных были исследованы следующие показатели: гемоглобин, лейкоцитарная формула и др.

Кровь, как жидкая соединительная ткань организма, не только обеспечивает взаимо-

Группа	Подгруппа	Испытуемый препарат	Дозировка препарата	Кол-во крыс
1 группа, контроль, аминокислоты	1 п/гр	L-глутаминовая к-та	0,15 гр.	6
	2 п/гр	D-аспарагиновая к-та	0,12 гр.	6
2 группа, комплекс	1 п/гр	Комплексе глицирам + L-глутаминовая к-та	1,7 гр.	6
	2 п/гр	Комплексе глицирам + L-глутаминовая к-та	0,4 гр.	6
3 группа комплекс	1 п/гр	Комплексе глицирам + D-аспарагиновая к-та	1,9 гр.	6
	2 п/гр	Комплексе глицирам + D-аспарагиновая к-та	0,4 гр.	6

связь всех органов и систем, являясь индикатором состояния организма, но и сама непосредственно реагирует на дефицит кислорода. Форменные элементы периферической крови: эритроциты, тромбоциты, гранулоциты, лимфоциты, плазматические клетки и моноциты являются интересным объектом для изучения при гипоксии, т.к. они отличаются друг от друга не только по выполняемым функциям, но и по характеру обменных процессов, степени использования кислорода, способности к генерации АФК (активные формы кислорода) и устойчивости к ним. Эритроциты уникальны тем, что они не используют кислород для себя, но постоянно контактируют с кислородом, осуществляя его транспорт ко всем тканям. Эритроциты характеризуются исключительно анаэробным метаболизмом, не содержат основных кислород-потребляющих систем: митохондрий и эндоплазматической сети, образование энергии в них происходит путем субстратного фосфорилирования АДФ в реакциях гликолиза, они не способны к синтезу белков и не имеют ДНК. С другой стороны, эритроциты – это клетки, постоянно содержащие кислород в составе гемоглобина и максимально устойчивые к повреждающему действию его активных форм. Антимикробная функция нейтрофилов обусловлена продукцией супероксиданиона, который является предшественником других АФК в митохондриях и стимулятором синтеза антимикробных пептидов и белков.

С повышенной активностью лейкоцитов к генерации активных форм кислорода связано влияние лейкоцитов на реологические свойства крови. Возможный механизм влияния лейкоцитов на процессы агрегации, дезагрегации клеток эритроидного ряда связан с индукцией АФК и образования гуморальных факторов (в том числе интерлейкинов), а также способностью лейкоцитов сорбировать на своей поверхности компоненты крови, способствующие адгезии и агрегации эритроцитов [4,5].

Тромбоциты отличаются своей высокой чувствительностью к различным повреждающим факторам, а система эндотелий – тромбоциты в первую очередь реагирует на изменения внутренней среды. Именно капиллярный эндотелий является главной мишенью действия АФК как при кислородном голодании, так и при «реперфузионном шоке», когда образование АФК резко возрастает после восстановления кислородо-обеспечения ткани. В функционировании тромбоцитов важное значение имеют структурно-функциональные

характеристики их мембран – от состояния поверхности тромбоцита зависит участие его в гемостазе. Тромбоциты, имеющие дискоидную форму (дискоциты) с округлой, гладкой, либо рифленой поверхностью относятся к «формам покоя» и составляют 75% от всей популяции тромбоцитов. Клетки с внешними признаками функциональной активности характеризуются появлением отростков (псевдоподий) – выростами поверхностной мембраны, которая играет решающую роль во взаимодействии тромбоцитов с эндотелием и другими молекулами, обеспечивая способность тромбоцитов к адгезии и агрегации. Эти процессы также неразрывно связаны с генерацией АФК. Тромбоциты, моноциты, нейтрофилы и макрофаги, а также эндотелий сосудов при различных состояниях сами могут стать источниками экзогенных АФК, однако действие АФК непосредственно на количественные и качественные изменения в периферической крови мало изучены. Несомненно, форменные элементы крови активно участвуют в ответной реакции организма на общую гипоксию. При этом основным фактором, регулирующим клеточный гомеостаз, является количественная концентрация клеток [14,15,16].

Результаты исследования и их об- суждения. Кровь, как одна из интегрирующих функциональных систем организма подвергается приспособительной перестройке одной из первых. Со стороны периферической крови отмечается повышение гемоглобина во всех экспериментальных группах. Увеличивается количество эритроцитов и развивается умеренно выраженный лейкоцитоз (таб.1). При анализе форменных элементов крови отмечается эозинопения (таб.1.), лимфоциты оставались без особых изменений. Отмеченные изменения со стороны периферической крови отражают реакцию организма на высокогорную гипоксию. Показатели крови экспериментальных животных приведены в таблице 1.

В коре головного мозга отмечаются увеличение размеров нейронов и количества нейроглии. Со стороны других внутренних органов особых изменений не выявлено (в контроле $6 \pm 0,06$ мкм, $8,2 \pm 0,002$ мкм в условиях высокогорья). Отмечается увеличение ядер пирамидальных клеток и хорошо развитая цитоплазма. Клетки нейроглии и астроциты увеличены в размерах в опытных группах. В сердечной ткани наблюдается гипертрофия кардиомиоцитов с выраженными ядрами и ядрышками. Миофибриллы отчетливо выражены.

Таблица 1. Показатели крови экспериментальных животных соответственно группам.

№	г/г	Показатели крови									
		Гемоглобин (г/мл)	Тромбоциты (10х9)	Эритроциты (10 мм3)	Лейкоциты (10/ мм3)	нейтрофилы		Лимфоциты %	Моноциты %	Эозинофилы %	Базофилы %
						Сегментояд. %	Палочковая пер. %				
№1	1	92,1±1,3	120±1,2	7,1±0,01*	15±1,3*	26±1,4*	4,0±0,01	68±2,6	3±0,2	0,9±0,001*	0
	2	97,3±0,1*	217±2,3	7,3±0,03*	18±1,2*	27,7±1,6*	3,0±0,002	65±2,4	4±0,3	1±0,003*	0,1
№2	1	110,8±0,2*	297±0,9	7,9±0,02*	16±1,3*	28,6±1,8*	2,6±0,001	64±2,1	4±0,4	1±0,003*	0
	2	110±0,3*	213±2,6	7,2±0,04*	13±0,9*	25,14±2,3*	1,8±0,01	64±2,5	2,1±0,08	1,1±0,004*	0
№3	1	105,4±0,1*	226±2,3	7,6±0,05*	15±0,8*	26±2,4*	1,5±0,02	65±2,6	3,5±0,05	2,1±0,003*	0
	1	115,8±0,4*	302±2,1	8,6±0,03	17±0,6*	28,2±2,7*	1,4±0,01	69±2,5	0,3±0,04	0,8±0,001*	0
контроль		81±0,1	311±1,2	13,6±0,04	10±1,7	19,1±1,2	2,4±0,06	69±1,1	4,3±0,03	2,4±0,002	

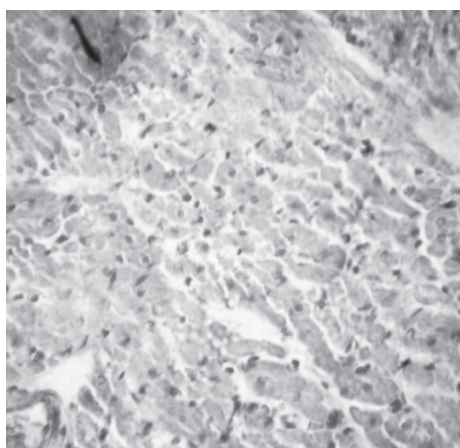


Рис.1. Миокард кролика в условиях низкогорья. Видны кардиомиоциты обычного строения. Окраска гематоксилин-эозином. Ув. х 480.

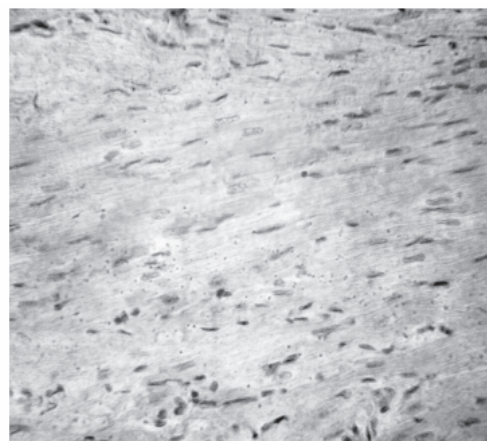


Рис.2. Миокард кролика в условиях высокогорья. Глицирам+L-глутаминовая кислота. Видны кардиомиоциты, содержащие ядро с хорошо выраженными ядрышками и миофибриллами. Гематоксилин-эозин. Ув. х 480.

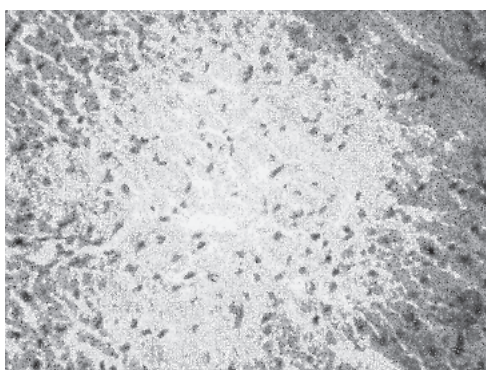


Рис.3. Контроль Миокард кролика в условиях низкогорья. Видны кардиомиоциты обычного строения. Окраска гематоксилином-эозином. Ув. х 480.

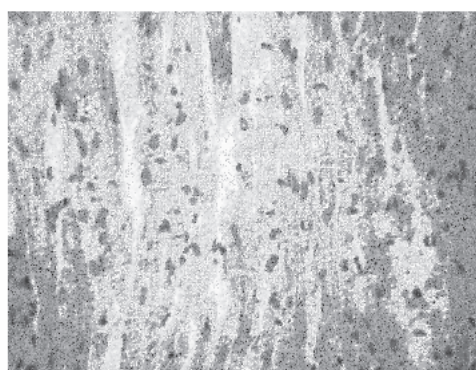


Рис.4. Опыт. Комплекс глицирам + D-аспарагиновая кислота. Миокард кролика. Кардиомиоциты увеличены в размере, ядро с хорошо выраженными ядрышками. В миофибриллах хорошо выражена поперечная исчерченность. Окраска гематоксилин-эозином. Ув. х 480.

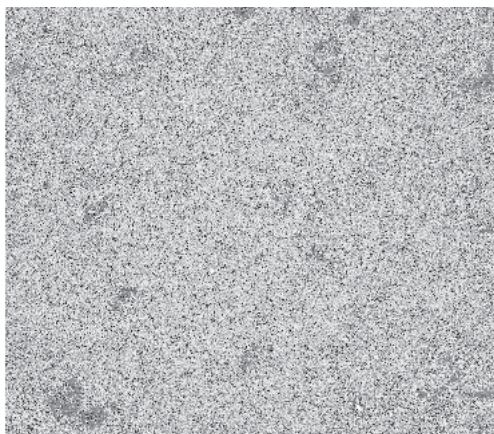


Рис. 5. Кора головного мозга Прием L-глутаминовой кислоты в условиях низкогогорья. Видны пирамидные клетки коры головного мозга и нейроглия. Нейроны уменьшены в размере по сравнению с нейронами в условиях низкогогорья. Окраска гематоксилин-эозином. Ув. х 480.

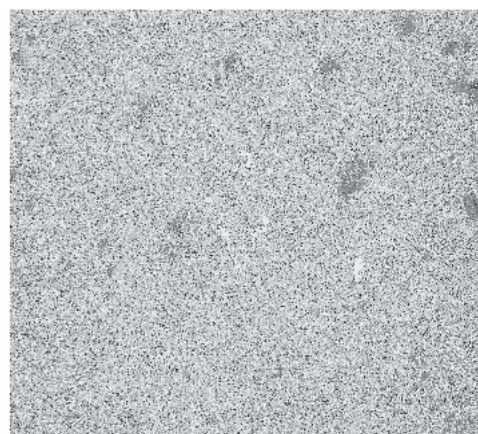


Рис. 6. Кора головного мозга. 15 сутки в условиях высокогорья. После приема комплекса глицирам+L-глутаминовой кислоты. Видны пирамидные клетки с увеличенными ядрами и выраженной цитоплазмой. Окраска гематоксилин-эозином. Ув. х480.

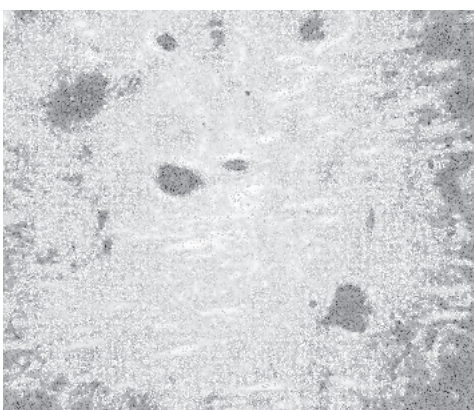


Рис. 7. Кора головного мозга в условиях низкогогорья. D-аспарагиновая кислота. Видны пирамидные клетки коры головного мозга и нейроглия без особых изменений. Окраска гематоксилин-эозином. Ув. х 480.

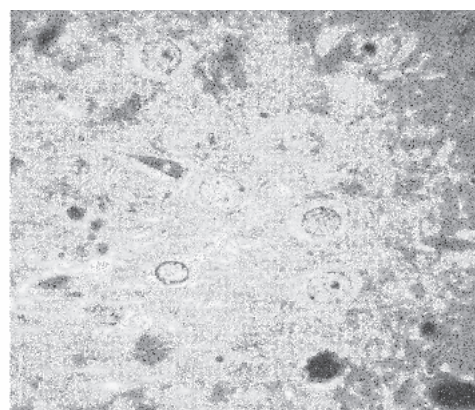


Рис. 8. Кора головного мозга. 15 сутки в условиях высокогорья (комплекс глицирам + D-аспарагиновая кислота). В коре головного мозга видны пирамидные клетки с хорошо выраженными ядрами и развитыми клетками нейроглии. Ув. х480.

Заключение.

Выявленные структурные изменения нейронов коры головного мозга, нейроглии и кардиомиоцитов отражают их повышенную морфофункциональную активность, которые возможно обеспечиваются митохондриальной активностью и аккумулярованием АТФ при приеме препаратов L-глутаминовой и D-аспарагиновой кислот в условиях высокогорной гипоксии.

**Работа выполнена при финансовой поддержке
Министерства образования и науки Кыргызской Республики.**

Литература

- 1 Fujisawa K., Watanabe Y., Kimura K. // *Asian Med. J.* 1980. V.23. P.745-756).
- 2 Nagao K. Patent 700290. *JpH.* 1970 (C.A. V.72. 101094 f.
- 3 Attardi C., Schatz C. T. *The biogenesis of mitochondria, Ann. Rev. Cell. Biol.*, 1988, 4, p.289-333.
- 4 Barja G., Cadenas S., Rojas C. et al. *Low mitochondrial free radical production mitochondrial per unit O2 consumption can explain the simultaneous presence of high longevity and high aerobic metabolic rate in birds*, *Free Rad. Res.*, 1994, 21, p. 317-328.

- 5 Boudreault F., Grygorczyk R. Cell swelling-induced ATP release is tightly dependent on intracellular calcium elevations. *J. Physiol.*, 2004, 197, p. 205-213.
- 6 Davey G.P., Peuchen S., Clark J.B. Energy threshold in brain mitochondria, *J. Biol. Chem.*, 1998, v. 273, p. 12753-12757.
- 7 Davis R.I. Signal transduction by the c-Jun N-terminal kinase (JNK) from inflammation to development, *Cell. Biol.*, 1998, v. 10, p. 205-219.
- 8 Diehl N.L., Enslin H., Fortner K.A., Merritt C. et al. Activation of the p38 mitogen-activated protein kinase pathway arrests cell cycle progression and differentiation of immature thymocytes in vivo. *J. Exp. Med.*, 2000, v. 191, p. 324-334
- 9 Du C., Fang M., Li Y., Wang X. S mac, a mitochondrial protein that promotes cytochrome c-dependent caspase activation by eliminating IAP inhibition, *Cell*, 2000, v. 102, p. 33-42
- 10 Friberg H., Wieloch T. Mitochondrial permeability transition in acute neurodegeneration *Biochim.*, 2002, v. 84, p. 241-250.
- 11 Какегава К., и др. Патент. Соли глицирризиновой кислоты. Япония. Заявка 30.05.84. (Марудзэн фармац. Ко Лтд).
- 12 Патент. Междун. заявка 4.01.07. Средство от инфаркта мозга. [Антоку Ясунобу; Койке Фумихико; Танака Рио Минофаген Фармасьютикал Ко, ООО.
- 13 Дыгай А.М., Жданов В.В. и др. О возможности стимуляции глицирамом костномозгового кроветворения в условиях цитостатической гемодепрессии. // Эксп. и клин. фармакология. 1995. Т.58.-№2.-С.40-42.
- 14 Алмазов В. А. физиология лейкоцитов. л. 1986.
- 15 Раимжанов А. Р. Апластическая анемия и горный климат. Бишкек. 2003, 304 стр.
- 16 Миррахимов М. М. Болезни сердца и горы. Фрунзе. 1971

Сведения об авторах:

1. **Матаипова Анара Кусубековна**, ассистент кафедры биохимии Ошского государственного университета;
2. **Джуманазарова Асылкан Зулпукаровна**, доктор химических наук, профессор Инновационного центра фитотехнологий Национальной академии наук Кыргызской Республики;
3. **Кадыралиев Тургунбай Кадыралиевич**, доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник Межотраслевого учебно-научного центра биомедицинских исследований Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева;
4. **Райымбеков Жаныбек Кубанычбекович** научный сотрудник Межотраслевого учебно-научного центра биомедицинских исследований Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева;
5. **Курамаева Тинатин Эшенкуловна**, кандидат медицинских наук, доцент, ведущий научный сотрудник Межотраслевого учебно-научного центра биомедицинских исследований Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева;
6. **Кундашев Улан Кельгинович**, кандидат медицинских наук, доцент, директор Межотраслевого учебно-научного центра биомедицинских исследований Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева;
7. **Маметова Алтынай Сулаймановна**, доктор химических наук, заведующий кафедрой биохимии Ошского государственного университета, muntsbmi@mail.ru., конт. тел.: 546134.

УДК 616.36-002.2+616.379-008.64]:615.8

Матисаков А., Качкынбаев К.А., Султанмуратов М.Т.

Курортология жана калыбына келтирүүчү дарылоо Кыргыз илимий-изилдөө институту, Бишкек, Кыргыз Республикасы

2 ТИПКЕ КИРГЕН КАНТ ДИАБЕТИ ЖАНА ГИПЕРГЛИКЕМИЯ КОШТОГОН ӨНӨКӨТ ГЕПАТИТИНЕ БЭЭНИН СҮТҮН ПАЙДАЛУНУУ

Корутунду. Кант диабетинин (СД) 2 түрүнүн коштоосунда өнөкөт гепатит (ХГ) жана гипергликемияда бейтаптардын углеводдорунун алмашуусун изилдөө. Өнөкөт гепатит менен 34. гипергликемия менен 34 бейтап курска чейин (10-12 күн) жана андан кийин тоолуу климатта бээнин сүтү менен дарылангышып текшерүүдөн өтүшкөн. Изилдөөлөр биохимиялык анализдерди, клиникалык кародогу сурамжыламаларды (анкета) толтурууну камтыйт. Дарылануу курсунан кийин өнөкөт гепатиттин гипергликемиянын коштоосундагы бейтаптардын 31 (91,2%) клиникалык лабораториялык маалыматтары жакшырган. Глюкоза канында ылдыйлады. Аны менен катар систоликалык жана диастоликалык ($P < 0,001$) артериалдык кан басымынын төмөндөшү байкалган. Тоолуу климаттык шартта бир курс бээнин сүтү ичүү өнөкөт гепатиттин кант диабетинин 2 түрүнүн коштоосундагы бейтаптарга натыйжалуу дарылоочу жана ооруну алдын-алуу ыкмасы болуп эсептелет.

Негизги сөздөр: өнөкөт гепатит, кант диабетти, бээнин сүтү, тоолуу климат.

Матисаков А., Качкынбаев К.А., Султанмуратов М.Т.

Кыргызский научно-исследовательский институт курортологии и восстановительного лечения, Бишкек, Кыргызская Республика

ПРИМЕНЕНИЕ КОБЫЛЬЕГО МОЛОКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ГО ТИПА И ГИПЕРГЛИКЕМИЕЙ

Резюме. Изучение углеводного обмена у больных с хроническим гепатитом (ХГ) с сопутствующим сахарным диабетом (СД) 2-го типа и гипергликемией. Выбрано 34 больных с ХГ из 103, сопутствующим сахарным диабетом и гипергликемией до и после курса (10-12 дней) лечения кобыльим молоком в условиях горного климата. Исследование включает клинический осмотр с заполнением анкет, биохимический анализ. После курса лечения клинико-лабораторные данные показали улучшение у 31 (91,2%) больных ХГ с СД 2-го типа и сопутствующим гипергликемией. Также произошло снижение артериального давления систолического и диастолического ($P < 0,001$). Снижился уровень глюкозы в общей группе, и значительней у больных с гипергликемией. Курсовой прием кобыльего молока в условиях горного климата является эффективным лечебным и профилактическим методом у больных с ХГ с сопутствующим сахарным диабетом 2-го типа.

Ключевые слова: хронический гепатит, сахарный диабет, гипергликемия, кобылье молоко, горный климат.

Matisakov A., Kachkynbaev K. A., Sultanmuratov M. T.

Kyrgyz Research Institute of Health Resort Science and Rehabilitative Medicine, Bishkek, Kyrgyz Republic

THE USE OF MARE'S MILK IN CHRONIC HEPATITIS WITH CONCOMITANT DIABETES MELLITUS TYPE II AND HYPERGLYCAEMIA

Abstract. Study of carbohydrate exchange for patients with chronic hepatitis (ХГ) with and by the diabetes mellitus of 2th type and hyperglycaemia. 34 is chosen patients with ХГ from 103, concomitant the hyperglycaemia of 34 patients before and after the course (10-12 days) of treatment. Horse milk in the conditions of mountain climate. Research includes clinical examination with filling of questionnaires, biochemical analysis. After the course of treatment Kliniko-laboratory data showed an improvement at 31 (91,2%) patients of ХГ with СД of 2th type and concomitant a hyperglycaemia. The decline of arteriotony a systole and diastole ($P < 0,001$) happened also. Conclusion. A course reception of horse milk in the conditions of mountain climate is an effective curative and prophylactic method for patients with ХГ with the concomitant diabetes mellitus of 2th type.

Key words: chronic hepatitis, diabetes mellitus, **HORSE** milk, mountain climate.

Хронический гепатит (ХГ) тяжелое, постоянно прогрессирующее заболевание, с тяже- лыми осложнениями, поражением гепатоцитов, функциональными метаболическими наруше-

ниями [12]. При наличии у больных ХГ сахарного диабета усугубляет течение заболевания, прогноз и лечение.

В Кыргызстане рост числа заболевших с вирусным гепатитом за 2013 по сравнению с 2012-м составил – 26 %. По данным Департамента профилактики заболеваний и государственного санитарно-эпидемиологического надзора, число больных ХВГ за отчетный период составило 11449 против 8874 случаев 2012 года. Из них 95,4 % составляет вирусный гепатит А.

Базисная терапия по времени предусматривает, как минимум полгода. Но для гарантии полного восстановления понадобится полтора года и более

Сахарный диабет в XXI веке сохраняет лидирующую позицию среди основных причин, приводящих к смерти от сердечно-сосудистых заболеваний [2, 7, 9].

Ранняя инвалидизация и высокая смертность сделали СД одним из главных приоритетов национальных систем здравоохранения всех без исключения стран (Аметов А.С. 2014).

Распространенность СД среди взрослого населения развитых стран достигает 4-6%, по обновленным данным уже 7%, имея тенденцию к удвоению каждые 15 лет. Число больных с СД в Кыргызской республике (КР) возросло на треть за последние 2 года. В Республике на учете 41 тыс. пациентов с СД. Риск развития СД увеличивается с возрастом, ожирением и недостаточной физической активностью. Длительное время СД 2-го типа считалось более легкой формой. При которой осложнения могут и не возникать. В настоящее время доказано, что СД 2-го типа является тяжелым, хроническим постоянно прогрессирующим заболеванием, при котором в момент установления диагноза более 50% больных уже имеют поздние осложнения СД (2,9). Сахарный диабет 2-го типа составляющий 90% всего СД – особое заболевание, имеющее несколько причин, а потому в настоящее время отсутствует специфическое, патогенетическое обоснованное лечение, кроме того, СД – независимый фактор риска развития ССЗ (Аметов А.С., Кулиджинян Н.К., 2012). Лечение и профилактика СД – одно из самых дорогостоящих [2].

В настоящее время настоятельно созрела необходимость в интеграции управления реабилитационным процессом с использованием не медикаментозных методов лечения и воздействием климатических природных факторов, получила развитие концепция охраны здоровья (Разумов А.Н., Пономаренко В.А., 2012 г., Разинкин С.М., 2012 г.).

Многочисленные публикации аргументируют лечебное действие кумыса на ряд заболе-

ваний [3,6,10,11], но нет данных применения КМ при хроническом гепатите тем более сопутствующим СД 2-го типа, хотя рекомендации имеются.

Кобылье молоко (КМ) представляет собой сложную биологическую жидкость, состоящую из воды и растворенных в ней веществ, таких, как белки, жиры, углеводы, минеральные вещества, ферменты, витамины, гормоны, иммунные тела, пигменты.

КМ, как и женское молоко [5,14] содержит большое количество иммуноглобулинов – до 9,5 %. Незаменимые аминокислоты белков кобыльего молока находятся в наиболее благоприятном соотношении. Жир кобыльего молока тонко диспергирован, жировые шарики более мелкие и лучше усваиваются, чем жировые шарики коровьего молока. Количество лактозы в кобыльем молоке в 1,5 раза больше, чем коровьем. Молочный сахар представляет собой дисахарид, состоящий из глюкозы и галактозы.

Значение горной гипоксии в реабилитации и оздоровления больных в санаторно-курортных здравницах. Горно-климатические курорты располагаются в красивейших, уникальных территориях по всему миру. Использование высокогорного климата с лечебно-профилактической целью, которые приоритетны, по сути уникальны в мировой практике дали исследования М.М. Миррахимова, Исабаевой В.И. в области клинической физиологии [1,7]. На основе комплексного изучения основных физиологических и биологических механизмов адаптации человека к высокогорным условиям доказал высокую эффективность высокогорной адаптации и разработал показания и противопоказания к горноклиматическому лечению больных бронхиальной астмой, различными цитопеническими синдромами, включая форму апластической анемии, а также гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, доказано целесообразность использования высотной гипоксии в качестве немедикаментозной коррекции и **профилактики атерогенных дислипотеинемий**. Гипоксия стимулирует гипофиз-надпочечниковую систему и инсулярного аппарата поджелудочной железы, что сопровождается повышением секреции инсулина (Д. Джумалиев, 1987, 1991; К. А. Бозумова, 1987; К. С. Султанова, 1991). Описанные сдвиги обеспечивают благоприятное течение в горных условиях ряда заболеваний.

Показано, что гипоксическая стимуляция активизирует экспрессию генов гепатоцитов человека в клеточной культуре, а в эксперименте на животных стимулирует физиологическую регенерацию паренхимы печени (Янко Р.В., 2010).

Цель нашей работы изучение углеводного обмена при ХГ, сопутствующим СД 2-го типа и гипергликемией в процессе курсового приема

КМ в условиях горного климата.

Материалы и методы исследования.

Кумысолечение проводилась на пастбищах и фермерских хозяйствах, в среднегорных местностях в летнее время.

Прием КМ осуществлялся 5 раз в день, начиная с 50 мл (100мл) по нарастающей методике, доводя 1500 мл в сутки по разработанной КНИИ-КиВЛ методической рекомендацией (9). Среднее пребывание на кумысолечебницах составило 10,3 дней.

После курса лечения повторно проводились исследование биохимию крови, мочи (Биоанализатор, производство Россия, 2008 г.) с заполнением научных анкетных (опросников) карт. Обработку данных проводили с использованием пакета статистических программ SPSS 16 (США) При анализе определяли средние значения признака (M), стандартные ошибки среднего (m), среднеквадратическое отклонение. Различие групп расценивали как статистически значимые при $p < 0,05$, или высоко значимые при $p < 0,001$.

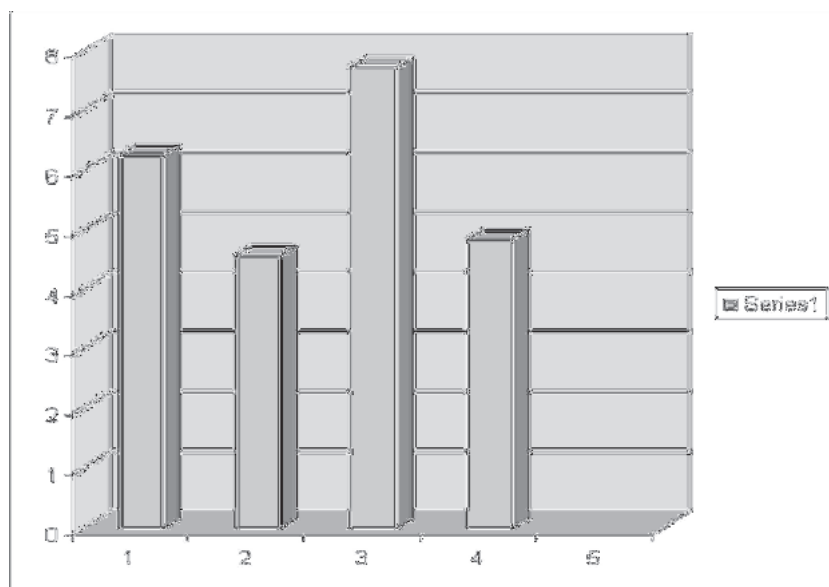
Результаты. В исследование были включены 34 (подгруппа А) из 103 обследованных (общая группа) больных с хроническим гепатитом, в стадии неактивного процесса. Всего мужчин – 14 и 20 женщин. Возраст больных от 25-го до 55 лет, средний возраст 41,2 лет. У 13 больных с ХГ до

лечения зарегистрировано гипергликемия (7ммоль/и более), причем СД 2-го типа раннее установлен только у 4 из них. В эту группу вошли также 21 больных с ХГ (итого 34 пациентов) у которых уровень глюкозы в крови превышал 6,4 ммоль/л, при более высоком уровне В-клетки перестают узнавать глюкозу, этим мы руководствовались, включив больных в этот контингент. Итого 27 исследованных

Из всех исследованных больных повышение веса тела, по индексу массы тела выше 25 отмечено у 10 лиц (29,4%).

Улучшение в подгруппе А по клинико-лабораторным данным, после проводимой терапии отмечено у 31 больных с ХГ (рис.1.) что меньше чем в общей группе. При поступлении на лечебницу в подгруппе А, у 4-х больных повышенное АД более 140/90 мм.рт.ст.

Уровень глюкозы к концу курса лечения не нормализовалось у 3-х пациентов, кроме того, у них имелось наличие повышенное масса тела. Артериальная гипертензия, а также возраст превышал 54 лет. Это можно расценить наличие метаболического синдрома. В общей группе снижение уровня глюкозы в крови составил $6,24 \pm 0,29$ до $4,57 \pm 0,11$ ($P < 0,05$). У больных ХГ в подгруппе А динамика уровня глюкозы произошло соответственно с $7,71 \pm 0,15$ до $4,83 \pm 0,12$ ммоль/л ($P < 0,001$).



Примечание: 1,2- общая группа, 3,4-больные с гипергликемией.

Рис. 2. Динамика уровня глюкозы в общей группе и в группе гипергликемией.

Обсуждение. Ранее нами показано – лечение КМ в условиях горного климата коррелирует белковый, липидный, пигментный обмен, оказывает гипотензивное действие, что отразилось на клиническом эффекте.

В этой работе лечение этим методом ока-

зывает выраженный гипогликемический эффект в обеих группах, более выраженное в группе А. высокогорная гипоксия вызывает стимуляцию гипофиз-надпочечниковой системы и инсулярного аппарата поджелудочной железы, что сопровождается повышением секреции инсулина. Показано на

эксперименте горный климат стимулирует физиологическую регенерацию паренхимы печени (Янко Р.В., 2010).

Благодаря сбалансированному составу кобыльего молока улучшается и стимулируется пищеварительная функция повышается усвояемость пищи и самого напитка, что приводит «облегчению» к разгрузке-синтезу и работы печени.

Больным с ХГ с наличием факторов риска т.е. метаболического синдрома направление на кумысолечение в средне и высокогорные пастбища противопоказано.

Заключение. Предлагаемый метод не медикаментозной терапии эффективно регулирует функции печени у больных с ХГ, что сказывается многопрофильно на органном и системном уровне. Рекомендуемый нами метод лечения позволяет широко применять для лечения и реабилитации с ХГ сопутствующим СД 2-го типа, при условии отсутствие противопоказаний.

Литература:

- 1 Агаджанян Н.А. Функциональные резервы организма и его адаптация к различным условиям / Н.А.Агаджанян, А.Т. Быков, А.И. Труханов // В кн. Современные технологии восстановительной медицины.- М., 2004.-С.8-26.
- 2 Аметов А.С. Вклад современных исследований в понимание природы сахарного диабета 2-типа и перспективы лечения.//Тер архив 2014. 1. 4-9.
- 3 Ахмадуллин Р.В. Значение кумысолечения в комплексной реабилитации больных хроническим бронхитом и пути его оптимизации: автореф. Дисс. канд. мед. наук. Уфа, 2000. - 25 с.
- 4 Батыршина Э.А. Метаболические эффекты кумысолечения больных ишемической болезнью сердца/Э.А. Батыршина, В.М. Вагапов // Курортные ведомости. №1 (16), 2003. -С. 35.
- 5 Валиев А.Г. Особенности вторичного иммунного ответа и состояние неспецифической резистентности организма крыс, получавших рацион с кобыльим молоком, богатых эссенциальными жирными кислотами // Вопросы питания.-2001. -№5. -С. 10-13.
- 6 Реабилитация и комплексное лечение больных в кумысолечебном санатории «Юматово» / под ред. Л.Т. Гильмутдиновой. Уфа-Юматово, 2004. -162с.
- 7 Исабаева В.А. Система свертывания крови и адаптация к природной гипоксии. Л.: Наука, 1983. - 151 с.
- 8 Лившиц В.М. Биохимические анализы в клинике//В.М.Лившиц, В.И. Сидельникова. М., 2006. - 304 с.
- 9 Соколов Е.И. Диабетическое сердце. Москва “Медицина” 2002.
- 10 Шамаев А.Г. Кумыс-доступный и надежный природный фактор здоровья //Природные факторы здоровья, профилактики и лечения болезней: сб.докл.Респ.межвед.научн.-практ.конф.-Уфа,2001.-С.77-84.277.
- 11 Кумысолечение (методические рекомендации)// под ред. М.Т. Султанмуратова. Кыргызский НИИ курортологии и восстановительного лечения. Бишкек – 2013.
- 12 Подзолков, В.И. Метаболический синдром: современные возможности лечения // Тер архив. 2014. -С. 34-38.
- 13 Ткаченко Л.И., Малеев В.В.,2014. Особенности течения хронического вирусного гепатита В на фонетметаболического синдрома и инсулинорезистентностью. Тер. архив.2014.с.- 18-22.
- 14 Nikkhan A. Equidae milk promises substitutes for cow and human breast milk// Turk .1 Vet Anim Sci Tnbitak - 2012. -vol. 36(5). - P. 470-475.
- 15 E.Salimei F. Fantuz. Composition and characteristics of composition ass’s milk // Anim. res.

Сведения об авторах:

1. **Качкынбаев Кабуныч Абыкович**, к.м.н., научный сотрудник Кыргызского научно-исследовательского института курортологии и восстановительного лечения;
2. **Султанмуратов Махмуд Темирбекович**, директор Кыргызского научно-исследовательского института курортологии и восстановительного лечения, д.м.н., профессор, e-mail: kurortologii@mail.ru

УДК 616.831-005.1]:616.895

Рысалиева Н.Т.

Б.Н. Ельцидин атындагы Кыргыз-Россия Славян университети, Бишкек, Кыргыз Республикасы

ИШЕМИЯЛЫК ИНСУЛЬТУ БАР ООРУЛУУЛАРДЫН КУРЧ МЕЗГИЛИНДЕГИ АФФЕКТИВДҮҮ БУЗУЛУУЛАРЫНЫН КӨРСӨТКҮЧТӨРҮ

Корутунду. Бул макалада ишемиялык инсульту бар оорудуулардын курч мезгилиндеги психоэмоционалдык бузулууларын изилдөөлөрүнүн жыйынтыктары берилген. 35 жаштан 75 жашка чейинки курактагы 100 бейтап текшерилген. Улгайган курактагы, аялдар жана жалгыз бой бейтаптарда тынчсыздануу жогорку деңгээлде белгиленген. Реактивдуу тынчсыздануу менен депрессия орто жаштагы жана никеде турбаган оорудууларда басымдуу болгон. Реактивдуу тынчсызданууга жана депрессияга инсульттун оордугу таасир эткен.

Негизги сөздөр: аффективдүү бузулуулар, ишемиялык инсульт, инсульттун оордугу.

Рысалиева Н.Т.

Кыргызско-Российский Славянский Университет им. Б.Н. Ельцина, Бишкек, Кыргызская Республика

ПОКАЗАТЕЛИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

Резюме. В статье представлены результаты исследования психоэмоциональных расстройств у больных с ишемическим инсультом в остром периоде. Обследованы 100 пациентов в возрасте от 35 до 75 лет. Отмечалась более высокая степень личностной тревожности у пациентов пожилого возраста, женщин и одиноких лиц. Реактивная тревожность и депрессивные расстройства преобладали у больных среднего возраста и не состоявших в браке. Тяжесть инсульта оказывала влияние на уровень реактивной тревожности и депрессии.

Ключевые слова: аффективные расстройства, ишемический инсульт, тяжесть инсульта.

Risalievа N.T.

B.N. Yeltsin Kyrgyz-Russian Slavic university, Bishkek, Kyrgyz Republic

INDICATORS OF AFFECTIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE IN THE ACUTE PERIOD.

Abstract. The article presents the research results of psycho-emotional disorders in patients with ischemic stroke in the acute period. We examined 100 patients aged 35 to 75 years. A higher degree of personal anxiety was in patients of advanced age, women and single individuals. Reactive anxiety and depressive disorders prevailed in patients of middle age and not married. The severity of the stroke influenced the level of reactive anxiety and depression.

Key words: affective disorders, ischemic stroke, severity of stroke.

Цереброваскулярные заболевания широко распространены и являются одной из основных причин инвалидизации больных. Среди последствий острых нарушений мозгового кровообращения выделяют двигательные, когнитивные, а также психоэмоциональные расстройства. Известно, что аффективные расстройства ухудшают восстановление моторных и высших мозговых функций, социальную и профессиональную адаптацию больных, а также повышают риск повторного инсульта [8]. На распространенность психоэмоциональных расстройств влияют параметры выборки пациентов, сроки наблюдения, методики исследования и др. Так, по данным исследований Шахпароновой Н.В., Diamond P.T. и др. распространенность психоэмоциональных нарушений после инсульта составляет 30-60%. [5,10,15,22]. Постинсультная депрессия (ПИД) развивается в 18-72% случаев, в среднем - в 33% [2,4,7,12,20,23], при этом симптомы

большого депрессивного расстройства выявляются у 10-32% больных, легкого - почти у 40% [17]. Тревога наблюдается у 74% пациентов, перенесших ОНМК [10,15].

К факторам, способствующим развитию аффективных нарушений, относят реакцию больного на возникший неврологический дефицит, риск потери трудоспособности, обострение преморбидных психологических свойств личности, психосоциальное положение пациента - одиночество, нахождение на пенсии на момент инсульта, пребывание в разводе и др. Выявлена значимая корреляция между тяжестью неврологических нарушений вследствие инсульта и уровнем депрессии [6,18,19]. Согласно работам Robinson R.G. и Morris P.L. депрессия превалирует у пациентов с инсультом в левом полушарии, в его дорсолатеральной части лобной доли и базальных ганглиях [21,24]. Однако, в других работах не выявлены до-

стоверные различия распространенности ПИД в зависимости от пораженного полушария мозга [13,25]. В связи со сложностью диагностики постинсультных аффективных расстройств и факторов, влияющих на их распространенность, необходимо их дальнейшее изучение.

Цель исследования. Изучить аффективные расстройства у больных с ишемическим инсультом в остром периоде.

Задачи.

- 1 Изучить тревожные и депрессивные расстройства у больных с ишемическим инсультом в остром периоде.
- 2 Исследовать тревожные и депрессивные нарушения у пациентов в зависимости от степени тяжести инсульта в остром периоде.

Материалы и методы исследования. Работа проводилась на базе реанимационного и неврологического отделений городской клинической больницы №1 и клиники «Меди», г. Бишкек. Всего обследовано 100 пациентов: 53 мужчин, 47 женщин. Возраст больных варьировал от 35 до 75 лет, в среднем - $56,36 \pm 0,8$ лет. Лица среднего возраста (35-59 лет) составили 56 человек, пожилого (60-75 лет) - 44. Критериями исключения явились грубые когнитивные, двигательные и речевые расстройства, нарушения зрения и слуха, препятствующие нейропсихологическому исследованию. Всем больным проведены лабораторно-инструментальная диагностика, неврологическое обследование, нейропсихологическое тестирование однократно в период 10 дней от дебюта ОНМК.

Артериальная гипертензия зафиксирована у 83 больных, атеросклеротический стеноз экстракраниальных артерий головы на 50% и более – у 56. Мерцательная аритмия, стенокардия и др. заболевания сердца выявлены у 23 обследованных, сахарный диабет - 15. Большая часть обследованных перенесли ишемический инсульт впервые - 70 человек, повторный - 30. Локализация очага в правом каротидном бассейне верифицирована у 35, левом - 43, в вертебробазилярной артериальной системе (ВБАС) - у 22 пациентов. В семейных отношениях состояли 71 человек, никогда не были женаты или замужем - 2, потеряли супруга/у 10, разведены - 3 пациента. Среди обследованных 57 жителей города и 43 - отдаленных районов.

Лабораторно-инструментальные методы включали общий анализ крови, общий анализ мочи, протромбиновый индекс, сахар крови, при необходимости другие исследования. Компьютерная томография (КТ) – проведена 5 больным, магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга – 62 больным. Также проводилась УЗДГ сосудов брахиоцефального ствола и магистральных сосудов шеи, электрокардиографическое исследование (ЭКГ), ЭХО-КГ. МРТ исследование проводилось на магнитно-резонансном томографе “HITACHI Echelon OVAL” со средней напряженностью 6W постоянного магнитного поля 1,5T в режимах FLAIR, T1-ВИ, T2-ВИ, DWI в сагиттальной, горизонтальной и фронтальной плоскостях;

КТ на аппарате HITACHI SCENARIA 64ch/ 128 slice.

Оценка неврологического статуса проводилась с использованием шкалы инсульта Национального института здоровья (National Institutes of Health Stroke Scale, по J. Biller et al., 1990; T. Brott et al. 1989). Согласно данной шкале инсульт считается легким при общем балле от 1 до 7, средней тяжести - от 8 до 15, и тяжелым - при 16 и более баллах [3]. Также применялась шкала оценки мышечной силы Британского совета медицинских исследований (HSMO, 1943): 5 баллов - норма, 4 балла - легкий гемипарез, 2-3 балла - умеренный гемипарез, 0-1 балл - глубокий гемипарез. Для оценки эмоционального состояния использовались тест самооценки личностной (ЛТ) и реактивной тревожности (РТ) (тест Ч.Д. Спилбергера, адаптированный Ю.Л. Ханиным, 1969) и депрессии (шкала Zung V., адаптированная Т.Н. Балашовой, 1965). Общая оценка когнитивных функций производилась при помощи краткой шкалы оценки психического статуса (КШОПС), или теста «Мини-Ментал» (Mini-Mental State Examination, надежность теста установлена Folstein M., Folstein S., et al., 1975). Средний балл по данной шкале от 28 до 30 говорит об отсутствии когнитивных расстройств, 27 и ниже - наличие нарушений когнитивных функций [1,9].

Статистическая обработка результатов проведена на ПК IBM Pentium 4 с использованием компьютерных программ для статистического расчета «SPSS 16.0 FULL» и Microsoft Excel-2010.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди обследованных больных средний балл по шкале личностной тревожности Спилбергера-Ханина составил $46,9 \pm 0,9$ баллов, реактивной тревожности - $43,6 \pm 0,9$, по шкале депрессии Цунга - $48,8 \pm 0,9$ баллов. Согласно результатам краткой шкалы оценки психического статуса степень когнитивных расстройств достигал $23,9 \pm 0,5$ баллов. По шкале инсульта Национального института здоровья легкий инсульт отмечался у 80, средней тяжести - у 20 больных. Большая часть обследованных страдала легким гемипарезом - 49 человек, умеренным - 17 и грубым - 14. Мышечная сила была в норме у 20 человек.

Среди лиц среднего возраста показатели личностной тревожности достигали $45,9 \pm 1,3$, реактивной тревожности - $43,8 \pm 1,3$ и депрессии - $49,0 \pm 1,2$ баллов. Соответственно у пациентов пожилого возраста - $48,2 \pm 1,5$; $43,3 \pm 1,3$ и $48,3 \pm 1,6$ баллов. У лиц мужского пола средний балл по ЛТ составил $46,2 \pm 1,2$, по РТ - $43,5 \pm 1,2$ и по депрессии - $47,4 \pm 1,4$ баллов, в то время как у представителей женского пола - $47,7 \pm 1,6$; $43,7 \pm 1,4$ и $50,3 \pm 1,3$ соответственно. Показатели по ЛТ у больных, состоявших в браке на момент возникновения ОНМК, составили $46,7 \pm 1,0$; по РТ - $43,2 \pm 0,9$ и по депрессивным состояниям - $48,0 \pm 1,2$ баллов. Одинокие пациенты набрали $50,0 \pm 2,5$; $41,6 \pm 1,5$ и $48,8 \pm 2,5$ баллов соответственно. Средние значения по шкале ЛТ у больных, проживавших в г. Бишкек, со-

ставили $46,2 \pm 1,2$, по РТ - $42,4 \pm 1,2$ и депрессивных расстройств - $47,7 \pm 1,3$ баллов. В то время как, у жителей отдаленных районов показатели аффек-

тивных расстройств достигали $47,8 \pm 1,5$; $45,3 \pm 1,4$ и $49,9 \pm 1,5$ баллов соответственно (Табл. 1).

Таблица 1. Характеристика постинсультных пациентов с разными аффективными расстройствами

Показатели	Личностная тревожность, баллы	Реактивная тревожность, баллы	Депрессивные расстройства, баллы
<i>Возраст</i>			
средний, n=56	$45,9 \pm 1,3$	$43,8 \pm 1,3$	$49,0 \pm 1,2$
пожилой, n=44	$48,2 \pm 1,5$	$43,3 \pm 1,3$	$48,3 \pm 1,6$
<i>Пол</i>			
мужской, n=53	$46,2 \pm 1,2$	$43,5 \pm 1,2$	$47,4 \pm 1,4$
женский, n=47	$47,7 \pm 1,6$	$43,7 \pm 1,4$	$50,3 \pm 1,3$
<i>Семейное положение</i>			
состоящие в браке, n=72	$46,7 \pm 1,0$	$43,2 \pm 0,9$	$48,0 \pm 1,2$
не состоящие в браке, n=28	$50,0 \pm 2,5$	$43,3 \pm 1,5$	$48,8 \pm 2,5$
<i>Место проживания</i>			
город Бишкек, n=57	$46,2 \pm 1,2$	$42,4 \pm 1,2$	$47,7 \pm 1,3$
отдаленные районы, n=43	$47,8 \pm 1,5$	$43,3 \pm 1,4$	$49,9 \pm 1,5$

Больные, впервые перенесшие ОНМК, набрали $46,4 \pm 1,0$ по ЛТ, $43,0 \pm 1,0$ по РТ и $47,8 \pm 1,1$ баллов по депрессивным расстройствам. Пациенты с повторным инсультом соответственно – $48,0 \pm 1,9$; $44,9 \pm 1,2$ и $50,9 \pm 1,9$ баллов. Значения по шкале ЛТ у больных без нарушения когнитивных функций достигали $44,2 \pm 2,2$; по шкале РТ $42,7 \pm 1,9$ и по депрессии - $46,6 \pm 1,7$ баллов. Соответственно у пациентов с когнитивными расстройствами различной степени - $47,6 \pm 1,0$; $43,8 \pm 1,0$ и $49,4 \pm 1,1$ баллов. Исследование аффективных расстройств у больных с локализацией очага в правом полушарии показало, что средний балл по шкале ЛТ составил $46,5 \pm 1,7$; по РТ - $42,9 \pm 1,6$ и по шкале депрессивных состояний - $47,9 \pm 1,7$. Средние значения у пациентов с левополушарным инсультом достигали $46,7 \pm 1,5$; $42,3 \pm 1,1$ и $48,6 \pm 1,5$ баллов соответственно.

В группе пациентов с легким инсультом показатели по личностной тревожности достигали $47,7 \pm 1,0$, по реактивной тревожности - $43,3 \pm 1,0$ и по депрессии - $48,6 \pm 1,1$. У больных с инсультом средней степени тяжести результаты по ЛТ, РТ и депрессивным состояниям составили $43,6 \pm 2,3$; $44,7 \pm 2,1$ и $49,1 \pm 2,3$ баллов соответственно. Среди обследованных с грубым и умеренным гемипарезом

средний балл по ЛТ равнялся $44,8 \pm 1,9$, по РТ - $44,6 \pm 1,7$ и по депрессивным признакам - $49,8 \pm 1,9$ баллов, при легкой степени гемипареза - $49,0 \pm 1,2$; $44,1 \pm 1,3$ и $49,0 \pm 1,3$ баллов соответственно. А при нормальной мышечной силе показатели ЛТ составили $44,8 \pm 2,0$, РТ - $40,9 \pm 1,6$ и депрессивных расстройств - $45,5 \pm 1,9$ баллов (Табл. 2).

Таким образом, тревожность, как черта характера, превалировала у лиц пожилого возраста ($48,2 \pm 1,5$), у женщин ($47,7 \pm 1,6$), а также не состоявших в браке ($50,0 \pm 2,5$) и у больных, проживающих в отдаленных районах ($47,8 \pm 1,5$). Вероятно, пожилые пациенты переживают по поводу других соматических заболеваний, а также имеют место доинсультные факторы, такие как пребывание в одиночестве, на пенсии, снижение социальной активности. В литературе неоднозначное отношение относительно влияния пола на аффективные расстройства. В одних работах женский пол считается фактором риска тревожности [14], в других это отрицается [19,11]. Видимо одинокие больные испытывают ЛТ в связи с низкой социальной и общественной активностью, дефицитом общения и поддержки близких людей. Высокая ЛТ наблюдалась у пациентов с повторным эпизодом ОНМК и составила $48,0 \pm 1,9$, а при первичном - $46,4 \pm 1,0$

Таблица 2. Показатели аффективных и когнитивных функций у больных в зависимости от степени тяжести ишемического инсульта

Показатели	Аффективные расстройства		
	Личностная тревожность, баллы	Реактивная тревожность, баллы	Депрессивные расстройства, баллы
<i>Тяжесть инсульта по NIHSS</i>			
Легкий инсульт, n=80	47,7±1,0	43,3±1,0	48,6±1,1
Инсульт средней тяжести, n=20	43,6±2,3	44,7±2,1	49,1±2,3
<i>Мышечная сила</i>			
0-3 баллов, n=31	44,8±1,9	44,6±1,7	49,8±1,9
4 балла, n=49	49,0±1,2	44,1±1,3	49,0±1,3
5 баллов, n=20	44,8±2,0	40,9±1,6	45,5±1,9

баллов. Возможно, это связано с влиянием повышенной личностной тревожности на риск возникновения повторного ОНМК, что требует дальнейшего более глубоко исследования. Тревожность, как черта характера, превалировала у больных с когнитивными расстройствами по сравнению с пациентами с нормальными познавательными функциями- 47,6±1,0 и 44,2±2,2 баллов соответственно. Личностная тревожность должна подталкивать человека к более ответственному отношению и более высоким показателям по заданиям. Однако, в данном случае, видимо на когнитивные функции оказывали влияние другие факторы.

Признаки реактивной тревожности и депрессивных расстройств преобладали у пациентов среднего возраста, что может быть обусловлено страхом потери работы и социального положения. Кроме этого, средние показатели по РТ и депрессивным состояниям были выше у больных, проживающих в отдаленных районах, что возможно, связано с риском утраты физической активности, возможности заниматься домашним хозяйством и др. Депрессивные нарушения превалировали у лиц женского пола - 50,3±1,3 и не состоявших в браке - 48,8±2,5 баллов. Повторный инсульт ассоциировался с повышенной РТ и депрессивными расстройствами - соответственно 44,9±1,2 и 50,9±1,9 баллов по сравнению с первичным- 43,0±1,0 и 47,8±1,1 баллов. У больных с более высокими показателями по РТ и депрессии отмечались выраженные когнитивные расстройства. Вышеуказанные аффективные нарушения снижают мотивацию, способность к концентрации внимания на информации, которая не связана с эмоциональными переживаниями пациента, что возможно и

привело к низким результатам по КШОПС. Уровень депрессивных расстройств оказался немного выше при левополушарной локализации очага - 48,6±1,5, чем при правополушарной - 47,9±1,7 баллов.

Среди больных с легким инсультом превалировала ЛТ по сравнению с больными с инсультом средней степени тяжести - 47,7±1,0 и 43,6±2,3 баллов соответственно. Также средний балл по ЛТ выше при легком гемипарезе. Видимо, тревожность, как черта характера, постоянно присутствует у данных больных независимо от тяжести инсульта. При инсульте средней тяжести реактивная тревожность была выше и составили 44,7±2,1, чем при легком инсульте - 43,3±1,0 баллов. Также у больных с гемипарезом разной выраженности отмечались высокие баллы по РТ. Уровень депрессивных расстройств был выше при выраженных неврологических нарушениях - 49,1±2,3 по сравнению с легкими - 48,6±1,1 баллов, что нашло подтверждение при оценке мышечной силы. Полученные результаты видимо, связаны с реакцией пациентов на более значимый неврологический дефицит, потерю трудоспособности, риск инвалидизации.

Выводы:

- Личностная тревожность превалировала у пациентов пожилого возраста, преимущественно у женщин, а также у одиноких лиц и жителей отдаленных районов. Реактивная тревожность преобладала у пациентов среднего возраста, жителей деревни. Вероятно РТ была связана со снижением когнитивных функций.
- Депрессивные расстройства наблюдались в основном у больных среднего возраста, женского пола, а также не состоявших в браке и проживав-

ших в отдаленных районах. Повторный инсульт ассоциировался с более высоким уровнем депрессивных состояний. Депрессивные расстройства приводят к снижению общего уровня активности, настроения и когнитивных функций.

• Тяжесть инсульта не оказывала влияния на личностную тревожность. В то время как, более выраженный неврологический дефицит у больных, перенесших ишемический инсульт в остром периоде, привел к повышению уровня реактивной тревожности и депрессивного состояния.

Литература

- 1 Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии // Москва, 2004. – 434 стр.
- 2 Гусев Е.И., Гехт А.Б., Боголепова А.Н. и др. Особенности депрессивного синдрома у больных, перенесших ишемический инсульт // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Приложение «Инсульт». 2001. № 3.- С.28–31.
- 3 Евтушенко О.С., Яновская Н.В., Сухонослова О.Ю. и др. Шкалы в общей и детской неврологии. Под ред. С.К. Евтушенко. - К.: Издатель Заславский А.Ю., 2015.- 104 стр.
- 4 Катаева Н.Г., Корнетов Н.А., Левина А.Ю. Клиника и реабилитация постинсультной депрессии // Бюллетень сибирской медицины, 2008. Приложение 1. - С. 234–237.
- 5 Концевой В.А., Скворцова В.И., Савина М.А. и др. Депрессия и коморбидные им расстройства в остром периоде инсульта. Вертеброневрология, 2004. № 3-4. — С. 19-20.
- 6 Савина М.А. Постинсультные психические нарушения: клиничко-статистические, клинические, клиничко-патогенетические, прогностические аспекты: автореф. дис... д-ра. мед. наук.- Москва, 2016.- 48 стр.
- 7 Сорокина И.Б. Депрессия у больных ишемическим инсультом: дис... канд. мед. наук. М., 2005. - 219 стр.
- 8 Усольцева Н.И. Динамика двигательных и нейропсихологических функций в остром и раннем восстановительном периоде ишемического инсульта: автореф. дис... канд. мед. наук. – Москва, 2011. - 25с
- 9 Хомская Е.Д. Нейропсихология: Учебник для вузов. 4-е изд. (+CD).- СПб.: Питер, 2010. - 496с.
- 10 Шапаронова Н.В. Постинсультные нарушения высших функций: феноменология, прогноз, реабилитация: автореф. д-ра мед. наук. – Москва, 2011. - 48с.
- 11 Astrom M. Generalized Anxiety Disorder in stroke patients. A 3-year longitudinal study. Stroke, 1996. Vol. 27.- P. 270-5.
- 12 Berg A., Palomäki H., Lehtihalmes M. et al. Post-stroke depression in acute phase after stroke // Cerebrovasc. Dis, 2001. Vol. 12. № 1.- P. 14–20.
- 13 Berg A., Palomaki H., Lehtihalmes M. et al. Post-stroke Depression. An 18-Month Follow-Up. Stroke, 2003. Vol.34, N1.-P.138—143.
- 14 Burwill P.W., Johnson G.A., Jamrosik K.D. et al. Anxiety disorders after stroke: results from the Perth community stroke study. Br. J. Psychiatry, 1995. Vol. 166(3).-P. 328-32.
- 15 Diamond P.T., Holroyd S., Macciocchi S.N. et al. Prevalence of depression and outcome on the geriatric rehabilitation unit// Am J Psys Med Rehabil.- 1995. Vol. 74, N3.- P. 214-217.
- 16 Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. “Minimal state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician// Journal of psychiatric research, 1975. Vol.12(3).- P.189-198.
- 17 Gaete J.M., Bogousslavsky J. Post-stroke depression. Exp Rev Neurother 2008;8:- P.75-92.
- 18 Hackett M. Depression after stroke and cerebrovascular disease // The behavioral and cognitive neurology of stroke / Ed. by O. Godefroy. Cambridge: Cambridge University Press, 2013.- P. 363–374.
- 19 Hackett M., Anderson C.S. Predictors of depression after stroke. A systematic review of observational studies. Stroke 2005;36:- P.2296-031.
- 20 Hackett M.L., Yapa C., Parag V. et al. The frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies // Stroke. 2005. Vol. 36. № 6.- P. 1330–1340.
- 21 Morris P.L., Robinson R.G., Andrzejewski P. et al. Association of depression with 10-year poststroke mortality // Am. J. Psychiatry. 1993. Vol. 150. № 1.- P. 124–129.
- 22 Nys G.M., van Zandvoort M.J., vanderWorp H.B. et al. Early depressive symptoms after stroke; neuropsychological correlates and lesion characteristics. J. Neurol. Sci.2005. Vol.228.- P.27-33.
- 23 Pohjasvaara T., Leppävuori A., Siira I. et al. Frequency and clinical determinants of poststroke depression // Stroke. 1998. Vol. 29. № 11.- P. 2311–2317.
- 24 Robinson R.G., Kubos K.L., Starr L.B. et al. Mood changes in stroke patients: relation to lesion location. Brain.1984.Vol. 107.- P.81-93.
- 25 Wade D.T., Legh-Smith J., Hewer R.A. Depressed mood after stroke. Br J Psychiat 1987. Vol.151.-P. 200—205.

Сведения об авторе:

Рысалиева Нургуль Темирбековна

преподаватель кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики

КРСУ им. Б.Н. Ельцина,

e-mail: nurgul_24@mail.ru

УДК 616.718.19-009.7-036.12:615.814.1/82

Каскеев Д.М., Сулайманов А.Э.

*Курортология жана калыбына келтирүүчү дарылоо Кыргыз илимий-изилдөө институту,
Таш-Дөбө айылы, Кыргыз Республикасы*

ӨНӨКӨТ ЖАМБАШ ООРУСУ СИНДРОМУ МЕНЕН ООРУГАНДАРДЫ РЕАБИЛИТАЦИЯЛООДО ДАРЫСЫЗ МЕТОДДОРДУ КОЛДОНУУ

Корутунду. *Өнөкөт жамбаш оорусу синдрому менен ооруган 21 ооруну комплекстүү аныктоо жана дарылоо жасалган. Натыйжада орточо группалык көрсөткүч ВАШ шкаласы боюнча $4,7 \pm 1,1$ ден $2,3 \pm 1,2$ балга кыскарды. Дизуриялык өнөкөтү менен оорулардын саны 61,9% дан 38,1% га кыскарды. Психологиялык изилдөөдө депрессия орточо группалык көрсөткүчтө $16,2 \pm 2,3$ ден $9,7 \pm 2,4$ балга азайды. Кабатырлык орточо группалык көрсөткүчтө $51,2 \pm 8,2$ ден $47,8 \pm 11,7$ балга кыскартылды.*

Негизги сөздөр. *Өнөкөт жамбаш оорусу синдрому, дарылоо, реабилитациялоо.*

Каскеев Д.М., Сулайманов А.Э.

*Кыргызский научно-исследовательский институт курортологии и восстановительного лечения,
с. Таш-Добо, Кыргызская Республика*

ПРИМЕНЕНИЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Резюме. *Проведено комплексное обследование и лечение 21 больных с синдромом хронической тазовой боли. В результате проведенной терапии среднегрупповой показатель интенсивности болевого синдрома по шкале ВАШ снизился с $4,7 \pm 1,1$ до $2,3 \pm 1,2$ баллов. Отмечено заметное снижение количества пациентов с 61,9% до 38,1%, с дизурическими расстройствами. При психологическом исследовании отмечено уменьшение среднегруппового уровня депрессии с $16,2 \pm 2,3$ до $9,7 \pm 2,4$ баллов. Среднегрупповой уровень личностной тревожности у обследованных достоверно снизился с $51,2 \pm 8,2$ до $47,8 \pm 11,7$ баллов.*

Ключевые слова: *синдром хронической тазовой боли, лечение, реабилитация.*

Kaskeev D.M., Sulaimanov A.E.

*Kyrgyz Research Institute of Health Resort Science and Rehabilitative Medicine,
Tash-Dobo, Kyrgyz Republic*

DRUG-FREE TREATMENT METHODS IN THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME

Abstract. *A comprehensive examination and treatment of 21 patients with chronic pelvic pain syndrome. Because of the treatment medium group rate pain intensity on a scale declined from $4,7 \pm 1,1$ to $2,3 \pm 1,2$ points. A marked decline in the number of patients with at 61,9% to 38,1%, with dysuric disorders. When a psychological study of the decrease in the medium group level of depression from $16,2 \pm 2,3$ to $9,7 \pm 2,4$ points. The group of medium level of personal anxiety patients significantly decreased from $51,2 \pm 8,2$ to $47,8 \pm 11,7$ points.*

Key words: *chronic pelvic pain syndrome, treatment, rehabilitation.*

Под синдромом тазовой боли понимается наличие постоянной или периодически повторяющейся эпизодической тазовой боли, связанной с симптомами, свидетельствующими о дисфункции нижнего мочевого тракта, нарушении половой функции, кишечной или гинекологической дисфункции при отсутствии доказательств инфекционного заболевания или какой-либо другой очевидной патологии [1].

В урологической практике синдром хронической тазовой боли (СХТБ) у мужчин ассоциирован с хроническим абактериальным простатитом, составляющим около 90% всех хронических простатитов [2], и являющимся самым частым урологическим заболеванием у мужчин до 50 лет [3]. В 20-30% случаев не выявляется признаков воспаления и конста-

тируется невоспалительный простатит или «простатодиния» т.е. невоспалительный СХТБ [4].

Вместе с тем, в современной научной литературе встречаются отдельные сообщения, предполагающие значительную роль хронического стресса и процессов дезадаптации, прежде всего на центральном уровне, в формировании невоспалительного синдрома хронической тазовой боли. В качестве возможных патогенетических механизмов рассматривается дисфункция гипоталамо-гипофизарной, а также усиление возбуждения ноцицептивной систем, что приводит к снижению порога болевой чувствительности и возникновению ощущения боли при наличии минимальных, подпороговых раздражителей. Некоторые исследователи указывают на возможное

участие в патогенезе заболевания интрапростатического протокового рефлюкса, обструкции нижних мочевых путей, активизации симпатического звена вегетативной тазовой иннервации, застойных явлений в области малого таза и на значимую роль рефлкторно-мышечных синдромов тазового дна и промежности [5,6,7]. Также, немаловажную роль могут играть психосоматические факторы. Отмечено, что СХТБ чаще возникает у людей определенного характерологического типа из-за «личностных нарушений и эмоционального стресса» и отличается высокой резистентностью к терапии [8,9].

Распространенность невоспалительного СХТБ, отсутствие достаточных знаний о его причинных факторах, социальная и экономическая значимость заболевания свидетельствуют об актуальности данной темы. Традиционная медикаментозная терапия при СХТБ далеко не всегда эффективна [10], что вынуждает исследователей искать альтернативные, в частности немедикаментозные, методы лечения. В этом отношении наиболее перспективны методы бальнео-физио- и рефлексотерапии, благодаря их интегральному воздействию на гомеостатические и адаптационные процессы макроорганизма [11].

Целью исследования было улучшение результатов восстановительного лечения больных СХТБ с применением физических факторов и игло-рефлексотерапии [ИРТ].

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели было проведено комплексное обследование и восстановительное лечение 21 больных СХТБ за период с 2013 г. по 2016 г. Критерием отбора являлось отсутствие в анамнезе у пациентов острой и хронической воспалительной урологической патологии, патологии прямой кишки, новообразований в малом тазу, хронических болевых синдромов другой локализации, травм копчика, вертеброгенной, ортопедической и психической патологии.

Возраст обследованных был в пределах от 22 до 46 лет. Среднегрупповой показатель возраста составил $35,1 \pm 4,4$ года. При распределении больных по возрасту было выявлено преобладание пациентов в возрасте 30 – 40 лет (71,4%). Длительность заболевания была в пределах от 1 до 5 лет (в среднем $3,3 \pm 1,6$ года). Контрольную группу, взятую для сравнения результатов исследований, составили 15 мужчин в возрасте от 30 до 40 лет (среднегрупповой показатель возраста - $35,7 \pm 3,3$ лет) с присутствием в анамнезе жалоб, характерных для синдрома хронической тазовой боли.

Изучение динамики формирования СХТБ показало, что для большинства пациентов было характерно наличие определенного временного периода трансформации заболевания от отдельных эпизодов боли до развернутых клинических проявлений болезни.

Проведенное нами комплексное клиничко-инструментальное обследование предусматривало: методы урологического обследования (пальцевое и ультразвуковое исследование предстательной железы, лабораторную диагностику, тестирование дизурических расстройств по International Prostate Symptom Score - IPSS и сексуальных расстройств по International Index of Erectile Function - ИИЭФ); исследование неврологического статуса с оценкой болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), психологическое исследование, включающее определение личностной и реактивной тревожности, определение уровня депрессии.

Результаты и их обсуждение. Как показало проведенное обследование, основной жалобой всех пациентов являлась боль в области таза (21 человек - 100,0%). Болевой синдром по шкале ВАШ находился в пределах от 3 до 7 баллов. Средний показатель составил $4,7 \pm 1,1$ балла.

Лабораторные методы, пальцевое и ультразвуковое исследование предстательной железы у всех пациентов не выявили характерных изменений для хронического воспалительного процесса, что подтверждает невоспалительный характер заболевания.

Дизурические расстройства по IPSS, разной степени выраженности наблюдались у 61,9% пациентов. Наиболее часто нарушения были в виде медленного, слабого мочевого потока и учащенного мочеиспускания. В контрольной группе расстройства мочеиспускания наблюдались в 53,3% в виде учащенных позывов. Сексуальные расстройства по ИИЭФ, в виде эректильной дисфункции, в основном, умеренные и легкие, наблюдались в 52,4%. В контрольной группе нарушения были в 46,7%.

Проведенное психологическое тестирование выявило у пациентов с СХТБ высокие среднегрупповые уровни личностной и реактивной тревожности – $51,2 \pm 8,2$ и $53,1 \pm 7,7$ баллов по шкалам Спилбергера соответственно, что достоверно превышало уровень в контрольной группе – $31,8 \pm 6,4$ и $33,5 \pm 7,2$ баллов. Среднегрупповой уровень депрессии у них также достоверно отличался от такового в контрольной группе – $16,2 \pm 2,3$ и $5,0 \pm 3,0$ баллов по шкале Бека соответственно. Тесная связь боли и депрессии объясняется, прежде всего, общими звеньями патогенеза. Таким образом, особенности формирования заболевания подтверждают значимость хронического стресса и психотравмирующих ситуаций, как важных провоцирующих факторов развития болезни.

В нашем исследовании выявлено превалирование выраженности тревожных расстройств над депрессивными. Возможно, этот факт связан с тем, что давность заболевания у наших пациентов не превышала 5 лет.

Принимая во внимание многофакторный характер патогенетических механизмов развития клинических проявлений невоспалительного СХТБ,

нами была предложена комплексная программа восстановительного лечения, позволяющая воздействовать на различные звенья патогенеза заболевания: Лазерная терапия №10; СМТ грязелечение по сакро-абдоминальной методике №8; Фонофорез с гидрокортизоновой мазью на низ живота №8; Иглорефлексотерапия №10; Массаж пояснично-крестцовой и шейно-воротниковой зоны №10; Лечебная гимнастика №10. Иглорефлексотерапию проводили по базисному рецепту с учетом индивидуальных клинических особенностей каждого больного. В основе базисного рецепта были следующие акупунктурные точки: 4IV, 6 IX, 23 VII s,d, 4 XIII, 3 VIII s,d, 6 IV, 3 XIV, 4 XIV, 4 VIII, 64 VII s,d. Курс ИРТ в среднем состоял из 10 процедур.

Анализ результатов курса лечения пациентов с невоспалительным СХТБ свидетельствовал об эффективности разработанной нами комплексной программы. После проведения полного курса восстановительного лечения стойкий положительный эффект отмечали 66,7% пациентов, у 23,8% пациентов – улучшение состояния, что проявлялось значительным снижением интенсивности боли.

В результате проведенной терапии среднегрупповой показатель интенсивности болевого синдрома по шкале ВАШ снизился с $4,7 \pm 1,1$ до $2,3 \pm 1,2$ баллов, т.е. на 51,06%.

Заметное снижение количества пациентов с 61,9% до 38,1%, ($p < 0,05$) с дизурическими расстройствами и степени выраженности последних может служить подтверждением эффективности лечения.

В результате лечения лишь у 33,3% пациентов сохранялись жалобы на дисфункцию в половой сфере. Причем, отмечалась прямая зависимость динамики сексуальных расстройств от динамики психоэмоциональных показателей, что подтверждает роль психологических факторов эректильной дисфункции при невоспалительном СХТБ.

При психологическом исследовании отмечено уменьшение среднегруппового уровня депрессии с $16,2 \pm 2,3$ до $9,7 \pm 2,4$ баллов. Данные изменения являлись достоверными ($p < 0,01$). Среднегрупповой уровень личностной тревожности у обследованных достоверно снизился с $51,2 \pm 8,2$ до $47,8 \pm 11,7$ баллов ($p < 0,05$), а реактивной тревожности достоверно снизился с $53,1 \pm 7,7$ до $38,4 \pm 9,4$ баллов ($p < 0,01$). Все пациенты отмечали улучшение самочувствия, нормализацию сна, повышение работоспособности.

Достигнутые в процессе лечения выраженные болеутоляющий и положительный психотропный эффекты подтверждают целесообразность пред-

ложенного нами подхода к лечению пациентов с невоспалительным СХТБ.

Таким образом, статистически достоверная положительная динамика клинических и инструментальных методов обследования больных с невоспалительным СХТБ, свидетельствует об эффективности разработанной нами комплексной программы восстановительного лечения, дифференцированной в зависимости от особенностей клинических проявлений и характера психоэмоциональных нарушений.

Литература

- 1 Bartoletti R., Debruyne F.M.J. Chronic nonbacterial prostatitis: A comprehensive review. *Urol. Int.* 2007; 88: 17-24.
- 2 Nickel J.C., Weidner W. Chronic prostatitis: current concepts and antimicrobial therapy. *Infect. Urol.* 2000; 13/5 A: 22-28.
- 3 Bajpayee, P., Kumar K., Sharma S., Maurya N., Kumar P., Singh R., Lal C. Prostatitis: prevalence, health impact and quality improvement strategies. *Acta Poloniae Pharmaceutica e Drug Research.* 2012; 69(4): 571-579.
- 4 Лоран О.Б., Сегал А.С. Воспалительные заболевания предстательной железы. *Урология.* 2003; 5: 9-10.
- 5 Лоран О.Б., Сегал А.С. К этиологии хронического абактериального простатита. М-лы пленума правления Российского об-ва урологов. — Саратов. 2004; 243.
- 6 Egan K.J., Krieger J.N. Psychological problems in chronic prostatitis patients with pain. *Clin. J. Pain.* 2004; 10: 218-226.
- 7 Аляев Ю.Г. Болезни предстательной железы. Библиотека врача специалиста. Москва, ГЭОТАР-Медиа. 2009: 56-87.
- 8 Мазо Е.Б., Степенский А.Б., Гамидов С.И. и др. Фармакотерапия хронических простатитов. *РМЖ.* 2001; 23: 24-43.
- 9 Mc Naughton Collins M., Mac Donald R., Wilt T.J. et. al. Diagnosis and treatment of chronic abacterial prostatitis: a systematic review. *Ann. Intern. Med.* 2007; 133 (5): 367-381.
- 10 Доста Н.И., Севостьянов Н.С. Простатит: Современные аспекты этиопатогенеза, диагностики и лечения. *Рецепт.* 2014; 93(1): 124-130.
- 11 Маннапова Г.Ф., Дарий Е.В. Физические факторы в лечении хронического абактериального простатита (синдрома хронической тазовой боли). *Урология.* 2012; 3: 74-78

Сведения об авторах:

1. Каскеев Данияр Мамбеталиевич, к.м.н., заведующий отделением урогинекологии Кыргызского научно-исследовательского института куртологии и восстановительного лечения;
2. Сулайманов Аваз Эшпалотович, врач-уролог Кыргызского научно-исследовательского института куртологии и восстановительного лечения, e-mail: kurortologii@mail.ru

УДК 616.831-005.1

Тургумбаев Д.Д.

*Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации,
Бишкек, Кыргызская Республика*

ПАТОМОРФОЛОГИЯ СОСУДИСТОГО РУСЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕМ ТЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Резюме. Изучалась патоморфология сосудистого русла головного мозга на всем протяжении, на стороне ишемического инсульта (ИИ) и на противоположной стороне по выяснению причины инфаркта и его прогрессирование у 106 умерших больных с прогрессирующим течением ишемического инсульта (ПИИ) и для сравнения у 63 больных того же возраста (контрольная группа), умерших от других причин. Результаты измерения показали, что у больных ПИИ существует не только статистически достоверное уменьшение внутреннего диаметра интракраниальных сосудов на стороне ишемического очага, и на противоположной, «здоровой» стороне, по сравнению с внутренним диаметром сосудов больных контрольной группы.

Turgumbaev D.D.

Kyrgyz State Medical Institute of Continuous Education, Bishkek, Kyrgyz Republic

PATHOMORPHOLOGY OF CEREBRAL VASCULATURE IN PROGRESSIVE ISCHAEMIC STROKE

Abstract. Pathomorphology of the cerebral vasculature was studied along all of its extension on the side of ischemic stroke and on the opposite site to elicit a cause of infarction and its progression in 106 patients who died from progressive ischaemic stroke in comparison with 63 patients of the same age with other causes of death (control group). Results of measurements showed that in patients with progressive ischaemic stroke there existed not only a statistically significant decrease in the internal diameter of intracranial vessels on the side of ischaemic area but also on the “healthy” side as compared to the internal diameter of vessels in the control group.

Патогенез ПИИ сложен и не полностью выяснен. Трудности его изучения связаны с тем, что ишемия мозга прогрессирует в результате взаимодействия многих местных и общих патогенетических факторов [1,2,3]. Поэтому среди исследователей нет единства мнения о них. При этом некоторые факторы патогенеза ПИИ в практической ангионеврологии почти не учитываются, прежде всего, такие конституционально-наследственные факторы, как особенности анатомического строения магистральных сосудов, которые обуславливают развитие недостаточности кровоснабжения [4,5]. Поэтому влияние комплекса причин на прогрессирование инфаркта мозга остается вне поля зрения, прежде всего из-за того, что нет всестороннего подхода к болезни и адекватной методики исследования поражения. Изучая лишь отдельные сегменты сосудистого русла, невозможно понять всю сложность возникших гемодинамических взаимоотношений в каждом отдельном случае и выявить комплекс главных и второстепенных факторов, способствующих развитию ПИИ. Поэтому эта работа посвящена изучению патоморфологии сосудистого русла головного мозга на всем протяжении, на стороне ИИ и на противоположной стороне, для выяснения причины инфаркта и его прогрессирования.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена на секционном материале с использованием морфометрического метода. Изучались структура сосудов и внутренний диаметр интракраниальных мозговых сосудов умерших больных от ПИИ. Вскрытие умерших проводилось спустя 6-12 часов после констатации смерти. Для извлечения внутрикостной части сонных артерий удалялись задние клиновидные отростки и верхняя часть пирамидки височной кости до уровня внутреннего костного канала. Затем дистальный сегмент внутренней сонной артерии выделялся из ложа сонного канала до наружного сонного отверстия в основании черепа. Чтобы не повредить артерию, вокруг нее осторожно удалялась часть кости основания черепа.

Для получения объективных данных о просвете этих сосудов мы измеряли их диаметр у 106 умерших больных с ПИИ и для сравнения у 63 больных того же возраста (контрольная группа), умерших от других причин (несчастный случай), исключая сосудистые болезни.

Результаты исследования. Результаты измерения показали, что в целом у больных ПИИ существует статистически достоверное уменьшение внутреннего диаметра интракраниальных сосудов, как на стороне ишемического очага, так и на

противоположной «здоровой» стороне. Разница между минимальными и максимальными величинами внутреннего диаметра сосудов у обследованных больных была большей, чем у больных контрольной группы. Наиболее заметной она была для среднечерепной артерии (СМА) больных ПИИ и контрольной группы ($P < 0,001$) (табл.1). У больных с ПИИ внутренний диаметр левой СМА был в пределах $2,25 \pm 0,06$ мм, а правой СМА – $2,22 \pm 0,07$ мм. Внутренний диаметр СМА меньше 2,5 мм определен у 65 (61,2%) больных. Причем у 21

(32,3%) из них внутренний диаметр сосудов не превышал 1 мм. И только у 38,8% (41 случай) больных он оказался больше 2,5 мм в диаметре. В то время у больных контрольной группы, диаметр левой СМА колебался в пределах $2,81 \pm 0,02$, правой СМА – $2,79 \pm 0,02$ мм. Максимальный внутренний диаметр этой артерии был равен 4,05 мм, минимальный диаметр – 1,7 мм. У большинства больных контрольной группы (19 больных, 82,6%) внутренний диаметр СМА был больше 2,5 мм.

Таблица 1. Сравнительные данные величины внутреннего диаметра сосудистых бассейнов у больных ПИИ и контрольных групп

Мозговые артерии	Больные ПИИ		Контрольная группа	
	Левая	правая	левая	правая
Средняя	$2,25 \pm 0,06$	$2,22 \pm 0,07$	$2,81 \pm 0,02$	$2,79 \pm 0,02$
Задняя	$1,86 \pm 0,06$	$1,81 \pm 0,08$	$2,09 \pm 0,02$	$2,1 \pm 0,02$
Передняя	$1,91 \pm 0,02$	$1,96 \pm 0,05$	$2,02 \pm 0,02$	$2,03 \pm 0,02$
Задняя соединительная	$0,86 \pm 0,06$	$0,95 \pm 0,05$	$1,07 \pm 0,01$	$1,23 \pm 0,02$
Передняя соединительная	$1,46 \pm 0,01$		$2,63 \pm 0,08$	
Основная	$3,09 \pm 0,07$		$3,32 \pm 0,03$	
Внутренняя сонная	$2,95 \pm 0,07$	$2,89 \pm 0,15$	$3,9 \pm 0,08$	$4,1 \pm 0,09$

Установлена статистически достоверная разность внутренних диаметров СМА ($P < 0,001$). Если у больных ПИИ внутренний диаметр левой задней соединительной артерии (ЗСА) был $0,86 \pm 0,06$ мм и правой ЗСА – $0,95 \pm 0,05$ мм, то у больных контрольной группы – соответственно $1,07 \pm 0,01$ и $1,23 \pm 0,02$ мм. Только у 4 (17,4%) больных контрольной группы диаметр этой артерии был меньше чем 1 мм, между тем как у больных ПИИ артерии такого диаметра обнаружены в 72 (67,9%) случаях. Кроме уменьшения диаметра артерий у 15 (14,2%) больных просвет сосудов превратился в фиброзные тяжи.

Средние колебания внутреннего диаметра заднечерепной артерии (ЗМА) у больных ПИИ достигли: левой артерии – $1,86 \pm 0,06$; правой – $1,81 \pm 0,08$ мм. У больных контрольной группы он был больше: соответственно $2,09 \pm 0,02$ и $2,1 \pm 0,02$ мм. Разность диаметров артерий статистически достоверна ($P < 0,01$). Наиболее часто (у 68 больных, 64,2%) у больных ПИИ ЗМА были с внутренним диаметром от 1 до 2 мм (многие из них оказались

стенозированными с минимальным внутренним диаметром меньше 0,5 мм), а у больных контрольной группы в 19 (82,6%) случаях – с диаметром от 1,3 до 2,5 мм.

Менее заметна, чем в СМА, ЗМА и ЗСА, разность внутренних диаметров передней соединительной артерии (ПСА) и переднечерепной артерии (ПМА). Средние колебания диаметра ПСА у больных ПИИ были $1,46 \pm 0,01$ мм ($P < 0,01$). У больных контрольной группы минимальный диаметр этой артерии равнялся 0,5 мм, максимальный достигал 3,25, а у 20 (86,9%) больных средний диаметр артерии был чуть больше 2 мм (2,-2,7). В то время, у больных ПИИ диаметр левой ПМА был в пределах $1,91 \pm 0,02$ мм и правой – $1,96 \pm 0,05$ мм, а у больных контрольной группы – соответственно $2,02 \pm 0,02$ ($P < 0,01$) и $2,03 \pm 0,02$ ($P < 0,1$).

Самым крупным сосудом основания мозга является основная артерия. У большинства больных ПИИ (у 83 или 78,3%) внутренний диаметр основной артерии колебался от 2,6 до 3,9, в среднем – $3,09 \pm 0,07$ мм, а у больных контрольной

группы – $3,32 \pm 0,03$ мм (минимальный диаметр – 2,2 мм, максимальный – 4,5 мм).

Для внутренней сонной артерии (ВСА) разность внутренних диаметров оказалась наибольшей в дистальных отделах ($P < 0,001$). У больных ПИИ диаметр ВСА в супраклиноидной части в среднем был справа – $2,89 \pm 0,15$ мм, слева – $2,95 \pm 0,07$ мм, а у больных контрольной группы он почти не различался – был соответственно $4,1 \pm 0,09$ и $3,9 \pm 0,08$ мм. У больных ПИИ минимальный внутренний диаметр проксимальных отделов ВСА был 2 мм и максимальный 6,5 мм, а в дистальных отделах – соответственно – 1,3 и 4,3 мм. У больных контрольной группы они были соответственно: 4,5 и 8 мм, 3 и 5,2 мм.

Результаты сравнения внутреннего диа-

метра магистральных сосудов мозга показывает, что чаще всего у больных ПИИ их внутренний диаметр сосудов на многих уровнях уменьшен с обеих сторон, вследствие атеросклеротического сужения просвета артерий по сравнению с внутренним диаметром сосудов больных контрольной группы. Но при сравнении внутреннего диаметра сосудов: у больных с ПИИ существует статистически достоверное уменьшение внутреннего диаметра на противоположной, «здоровой» стороне, чем на стороне инфаркта.

Наиболее заметной она была для СМА. У больных на стороне ПИИ внутренний диаметр СМА был в пределах $2,27 \pm 0,08$ мм, а на «здоровой» половине – $2,23 \pm 0,06$ мм (табл.2).

Таблица 2. Сравнительные данные величины внутреннего диаметра сосудистых бассейнов у больных ПИИ

Мозговые артерии	Сторона очага	«Здоровая» сторона
Средняя	$2,27 \pm 0,08$	$2,23 \pm 0,06$
Задняя	$1,93 \pm 0,07$	$1,81 \pm 0,07$
Передняя	$1,87 \pm 0,03$	$1,43 \pm 0,02$
Внутренняя сонная	$2,93 \pm 0,08$	$2,89 \pm 0,07$
Задняя соединительная	$0,89 \pm 0,07$	$0,77 \pm 0,05$

Внутренний диаметр СМА на здоровой стороне меньше 2,5 мм определен у 51 (67,1%) больных из 76 обследованных. Причем у 27 (35,5%) из них внутренний диаметр сосудов не превышал 1,2 мм. У 31 (40,8%) больных он оказался больше 2,5 мм в диаметре. В то время на стороне ПИИ диаметр СМА колебался в пределах $2,47 \pm 0,06$ мм. У большинства больных ПИИ (61 или 80,0%) на стороне очага внутренний диаметр СМА был больше 2,5 мм. Выявлена статистически достоверная разность внутренних диаметров ЗСА ($P < 0,05$). Если у больных ПИИ на здоровой стороне внутренний диаметр ЗСА был $0,77 \pm 0,05$ мм, то на стороне ПИИ – $0,89 \pm 0,07$ мм, и только у 17 (22,4%) больных диаметр этой артерии был меньше 1 мм. В то время на «здоровой» стороне у больных ПИИ артерии такого диаметра обнаружены в 52 (68,4%) случаях. Средние колебания внутреннего диаметра ЗМА у больных ПИИ на стороне очага были – $1,93 \pm 0,07$, на здоровой стороне – $1,81 \pm 0,07$ мм. Разность диаметров артерий статистически достоверна ($P < 0,05$). Наиболее часто у больных ПИИ (48 больных, 63,2%), на здоровой стороне ЗМА были с внутренним диаметром от 1 до 2 мм, а на стороне ИИ в 39 (51,3%) случаях.

Менее заметна, чем в СМА, ЗМА и ЗСА, разность внутренних диаметров ПСА и ПМА. Средние колебания диаметра ПМА у больных ПИИ на здоровой стороне были $1,43 \pm 0,02$ мм ($P < 0,01$), а на стороне ИИ – $1,87 \pm 0,03$ мм ($P < 0,01$). Для ВСА разность внутренних диаметров оказалась наименьшей. У больных ПИИ диаметр ВСА на здоровой стороне в супраклиноидной части в среднем был – $2,89 \pm 0,07$ мм, на стороне ИИ – $2,93 \pm 0,08$ мм, а в дистальных отделах соответственно – $2,4 \pm 0,05$ и $2,6 \pm 0,05$ мм.

Результаты исследования. Результаты измерения показали, что в целом у больных ПИИ существует статистически достоверное уменьшение внутреннего диаметра интракраниальных сосудов, как на стороне ишемического очага, так и на противоположной, «здоровой» стороне, вследствие атеросклеротического сужения просвета артерий по сравнению с внутренним диаметром сосудов больных контрольной группы. Однако выяснено, что при сравнении внутреннего диаметра сосудов у больных ПИИ существует статистически достоверное уменьшение внутреннего диаметра на противоположной «здоровой» стороне, чем на стороне инфаркта. Уменьшение просвета внутреннего диа-

метра сосудов на «здоровой» стороне является одной из основных причин прогрессирования ИИ. В течение длительного времени или периода жизни они остаются компенсированными. Однако в патологических условиях с присоединением стенозирующих и окклюзирующих поражений, требующих мобилизации коллатерального кровообращения, выявляется их несостоятельность. Лица с подобными неблагоприятными изменениями просвета артерий мозга являются предрасположенными к более тяжелому течению инсульта.

Литература

- 1 Шевченко О.П., Праскурничий Е.А., Яхно Н.Н., Парфенов В.А. Артериальная гипертензия и церебральный инсульт. – М., 2001.
- 2 Dietz A, Kerkefeld J, Theron J et al. Endovascular treatment of symptomatic carotid stenosis using stent placement: Long-term follow-up of patients with a balanced surgical risk/benefit ratio. *Stroke* 2001;32:1855-1859.
- 3 CAVATAS Investigators. Endovascular versus surgical treatment in patients with carotid stenosis in the Carotid and Vertebral Artery Transluminal Angioplasty Study (CAVATAS): a randomized trial. *Lancet* 2001;357:1729-1737.
- 4 Kern R, Steinke W, Daffertshofer M et al. Recurrences in patients with symptomatic versus asymptomatic middle cerebral artery disease. *Neurology* 2005 (in press)
- 5 Leonardi-Bee J, Bath P, Phillips S.J. et Sandercock P. Blood pressure and clinical outcomes in the International Stroke Trial // *Stroke*. – 2002. – 33. – P. 1315-1320.

Сведения об авторе:

Тургумбаев Джамал Джумадылович, к.м.н., доцент кафедры неврологии, нейрохирургии и психиатрии КГМИПиПК.

УДК: 616.6-036.12-036.82/85

Шаменова А.Я., Эрботоева Ш.Т.

*Курортология жана калыбына келтирүүчү дарылоо Кыргыз илимий-изилдөө институту,
Таи-Добо айылы, Кыргыз Республикасы*

НЕВРАСТЕНИЯЛЫК КӨРҮНҮШТӨР МЕНЕН АЯЛДАРДЫН КӨБӨЙҮҮ СИСТЕМАСЫНЫН ӨНӨКӨТ СЕЗГЕНҮҮ ООРУЛАРЫН ИШ-КАЛЫБЫНА КЕЛТИРҮҮ

Корутунду. Өнөкөт сальпингоофорит менен ооруган 25 аялды изилдөө жүргүзүлгөн. Сезгенүүгө каршы жана сиңирүүчү аракеттердин (лазеротерапия, баткак менен дарылоо) гана эмес седативдүү натыйжа көрсөтүүчү (бром-электроуйкусу, мелисса кошулган ванна, ИРТ, массаж) менен дагы болуучу физикалык факторлорду колдонуунун негизиндеги калыбына келтирүүчү иш-чаралар комплекси сунушталган.

Негизги сөздөр: жыныс системасы, өнөкөт сезгенүү, калыбына келтирүү.

Шаменова А.Я., Эрботоева Ш.Т.

*Кыргызский научно-исследовательский институт курортологии и восстановительного лечения,
с.Таи-Добо, Кыргызская Республика*

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕНЦИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ С НЕВРАСТЕНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

Резюме. Проведено обследование 25 женщин с хроническим сальпингоофоритом. Предложен комплекс реабилитационных мероприятий на основе использования физических факторов не только противовоспалительного и рассасывающего действия (лазеротерапия, грязелечение), но и оказывающие седативный эффект (бром-электросон, ванна с мелиссой, ИРТ, массаж).

Ключевые слова: придатки матки, хроническое воспаление, реабилитация.

Shamenova A., Erbotoeva Sh. T.

*Kyrgyz Research Institute of Health Resort Science and Rehabilitative Medicine,
Tash-Dobo, Kyrgyz Republic*

THE REHABILITATION OF WOMENS WITH CHRONIC INFLAMMATORY DISEASES OF THE GENITOURINARY SYSTEM AND NEUROTIC MANIFESTATIONS

Abstract. The study involved 25 womens with chronic salpingo-oophoritis. There was offered a complex of rehabilitation measures on the basis of the use of physical factors of not only anti-inflammatory and resolving action (laser therapy, mud therapy), but also having a sedative effect (bromide-electric sleep, bath with lemon balm, acupuncture, massage).

Key words: genitoary system, chronic inflammation, rehabilitation.

Введение. Хронические воспалительные заболевания органов малого таза оказывают выраженное влияние на здоровье женщин детородного возраста [3,2].

В последние годы отмечена тенденция к росту хронических воспалительных заболеваний органов малого таза, которые оказывают выраженное влияние на здоровье женщин детородного возраста [1,2]. Сравнительно раннее возникновение воспалительных заболеваний, первичная хронизация процесса, преобладание бессимптомных и субклинических форм заболеваний представляют собой реальную опасность репродуктивному здоровью, способствуют усугублению негативной демографической ситуации в обществе [3,5]. Удельный вес хронических неспецифических сальпингоофоритов в структуре гинекологических заболеваний составляет 65-70%. Лечение больных с данной па-

тологией продолжает оставаться одной из актуальных проблем в гинекологии. Несмотря на успехи в диагностике и терапии хронических воспалительных заболеваний, их частота не имеет тенденции к снижению, а положительный эффект от лечения достигается лишь у половины больных [4,7].

Изучению влияния психоэмоциональных факторов на репродуктивную систему женщин молодого возраста посвящена работа Н.В. Шевчик с соавторами [8]. Авторы указывают, что применение психотерапии и психофармотерапии на первом этапе лечения с учетом выявленных изменений в психоэмоциональной сфере дало стойкий положительный эффект и для успешного лечения больных с нарушением репродуктивной функции необходимо проведение комплексной терапии, направленной на устранение эмоциональных нарушений. При оценке отдаленных результатов на ряду с та-

кими критериями как болевой синдром, состояние менструальной и детородной функции учитывалось и состояние психоэмоциональной сферы [9].

В связи с этим физиотерапия является одним из перспективных направлений в лечении хронических воспалительных заболеваний органов малого таза, позволяющим оказывать целенаправленное воздействие на различные звенья патогенеза заболевания при минимальном риске развития побочных эффектов и аллергических реакций [6].

Целью настоящего исследования явилось научное обоснование целесообразности и эффективности применения реабилитационного комплекса при лечении больных с хроническим сальпингоофоритом с учетом психоэмоциональной сферы, что несомненно позволит снизить заболе-

ваемость и оказать влияние на улучшение качества жизни.

Материалы и методы исследования.

Проведено клинико-лабораторное обследование и лечение 25 женщин репродуктивного возраста с хроническим сальпингоофоритом. Длительность заболевания от 4 до 9 лет отмечался у 16 женщин (64%), а свыше 10 лет болели 9 пациенток (36%).

Ведущей жалобой больных с хроническим сальпингоофоритом были боли в нижних отделах живота (92%) и пояснично-крестцовой области (68%), не связанные с фазами менструального цикла. Именно болевой синдром оказывал крайне негативное влияние на психоэмоциональное состояние женщин и качество жизни.

Таблица 1. Клиническая характеристика больных хроническим сальпингоофоритом

№	Симптомы	N= 25	
		абс	%
1	боли в нижних отделах живота	23	92
2	боли в пояснично-крестцовой области	17	68
3	нарушение менструального цикла (альгодисменорея)	4	16
4	выделения из половых путей	19	76
5	Зуд, жжение, дискомфорт во влагалище	9	36

Результаты ультразвукового исследования органов малого таза подтверждали данные влагалищных исследований и показали признаки хронического воспаления придатков - тяжесть и болезненность придатков определена у 92% больных, а в 12,3% случаях были выявлены тазовые перитонеальные спайки. Кроме того, данные УЗИ позволили исключить наличие гиперпластических процессов и гормонально зависимых образований гениталий. Так, у 2-х пациенток были выявлены миома матки и полипы цервикального канала, что является противопоказанием к проведению тепловых процедур. В связи с этим данные больные были исключены из исследования.

При исследовании мазков на влагалищную флору у 16 (64%) больных были выявлены мазки III-IV степени чистоты, у остальных – мазки были I-II степени чистоты.

Длительная хронизация процесса и болевой синдром у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями гениталий оказывают влияние на психо-эмоциональное состояние. Астенизация выражалась в повышенной утомляемости, раздражительности, лабильности настроения, нарушении сна. Больные отмечали снижение физи-

ческой, интеллектуальной и социальной активности из-за симптомов хронического воспаления.

Полученные результаты. В результате исследования установлено, что применение предлагаемых комплексов реабилитационной терапии (лазеротерапия, грязелечение) повышает эффект лечения. По проведенному анализу полученных результатов отмечается положительная динамика: уменьшение степени выраженности воспалительных изменений, исчезновение или уменьшение болевого синдрома (87% больных) и патологических выделений из генитального тракта (89%). Повышение эластичности тазовых перитонеальных спаек, уменьшение пастозности придатков отмечалось в 72% случаях, нормализация мазков на флору с цервикального канала выявлена у 64% больных. Отмечалось также улучшение ультразвуковой картины: нормализация экзогенной структуры отмечена у 66,7% больных.

Особенно был замечен седативный эффект проведения лечебных комплексов (бром-электросон, ванны с мелиссой, ИРТ, массаж шейно-воротниковой зоны).

Анализ результатов медико-психологического тестирования по данным теста САН и по дан-

ным методики Ч.Спилбергера-Ю. Ханина показал положительные изменения в динамике психологического статуса больных: снижение тревожности, нормализация сна и фона настроения, уменьшение раздражительности.

Таким образом, в результате проведенных реабилитационных мероприятий установлено, что применение предлагаемых комплексов лечения больных с хроническим сальпингоофоритом с учетом психоэмоциональной сферы пациентов, несомненно позволила снизить заболеваемость и оказать влияние на улучшение качества жизни.

Литература.

- 1 Кулаков В.И. //Материалы XVI Международного конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в гинекологии». – М., 2003.
- 2 Кулаков В.И., Адамян Л.В. //Материалы XVI Международного конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в гинекологии». – М., 2003.- С. 3-6.
- 3 Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Вып. 2 / Под ред. В.И.Кулакова. – М., 2006.
- 4 Миорова А.Б. // Акуш. и гин. – 2005. – 2005. - №3. – С. 27-30.
- 5 Разумов А.Н. // Актуальные проблемы восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии: Материалы Международного конгресса «Здравницы-2003», 14-17 окт. 2003, Кисловодск. – М., 2003. – С. 5-8.
- 6 Стругацкий В.М., Евсеева М.М., Арсланян К.Н., Ткаченко Н.М. // Акуш. и гин. – 1999. - №6. – С. 12-16.
- 7 Цвелев Ю.В., Кира Е.В., Плеханов А.Н. и др. //Вестн. Рос. Ассоц. Акуш.-гин. – 1997. - №1. – С. 71-74.
- 8 Шевчик Н.В. с соавт. Влияние нервно-психического напряжения на репродуктивную функцию женщин молодого возраста //Акушерство и гинекология. – 2002. - №4. С.27-30.
- 9 Ярустовская О.В. с соавт. Сравнительная оценка различных методик криотерапии больных хроническим неспецифическим сальпингоофоритом // Вопросы курортологии. физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2000. - №4. С. 28-31.

Сведения об авторах:

1. **Шаменова Айгуль Анаровна**, научный сотрудник Кыргызского научно-исследовательского института курортологии и восстановительного лечения;
2. **Эрботоева Шааркан Таимаматовна**, врач-гинеколог Кыргызского научно-исследовательского института курортологии и восстановительного лечения, e-mail: kurortologii@mail.ru

УДК 616-055+616.69.

Эрботоева Ш.Т., Шаменова А.Я.

*Курортология жана калыбына келтирүүчү дарылоо Кыргыз илимий-изилдөө институту,
Таш-Дөбө айылы, Кыргыз Республикасы*

ТУКУМСУЗ АЯЛДАРДЫН ЖЫНЫСТЫК СФЕРАСЫНДАГЫ СЕЗГЕНГЕН ӨНӨКӨТ ООРУЛАРЫНЫН СТРУКТУРАСЫ

Корутунду. Жыныс системасынын сезгенген өнөкөт оорулары бар 53 тукумсуз аялдарды изилдөө жүргүзүлгөн. Алардын ичинен 36 бейтапка өнөкөт сальпингоофорит деген дарт аты коюлган, 14- ноонокот эндометрит, бардыгы өнөкөт жамбаш оорулары менен коштолгон (94,3%). Айыз алдын дагы кан көрүү 3,7%, айыздардын ортосундагы кан көрүү 1,8% аялдарды тынчсыздандырган. 19 аялдын сезгенүү процессин спецификалык дүүлүктүрүүчүлөр (хламидии, уреоплазма, микоплазма), 34 бейтаптыкын шарттуу-патогендүү бактериялык флора алып келген.

Негизги сөздөр: жыныстык система, өнөкөт сезгенүү, тукумсуздук.

Эрботоева Ш.Т., Шаменова А.Я.

*Кыргызский научно-исследовательский институт курортологии и восстановительного лечения,
с. Таш-Добо, Кыргызская Республика*

СТРУКТУРА ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

Резюме. Проведено обследование 53 бесплодных женщин с хроническими воспалительными заболеваниями гениталий. У 36 пациенток диагностирован хронический сальпингоофорит, у 14 - хронический эндометрит, которые сопровождались хроническими тазовыми болями (94,3%), перименструальными мажущими кровянистыми выделениями (3,7%), межменструальные кровяные выделения беспокоили 1,8 % женщин. Воспалительный процесс был вызван специфическими возбудителями (хламидии, уреоплазмы, микоплазмы) у 19, бактериальной условно-патогенной флорой – у 34.

Ключевые слова: генитальная система, хроническое воспаление, бесплодие.

Erbotoeva Sh. T., Shamenova A.,

*Kyrgyz Research Institute of Health Resort Science and Rehabilitative Medicine,
Tash-Dobo, Kyrgyz Republic*

THE STRUCTURE OF CHRONIC INFLAMMATORY DISEASES OF GENITAL SPHERE IN WOMEN WITH STERILITY

Abstract. We have examined 53 women with sterility and urogenital diseases. In 36 patients there were chronic salpingo-oophoritis, in 14 -chronic endometritis, accompanied with chronic pelvic pains, perimenstrual blood discharges (3,7%), intermenstrual blood discharges were in women (1,8%). The inflammatory process was caused by specific agents (chlamydia, ureplasma, mucoplasma) in 19, bacterial pathogenic flora in 34.

Key words: genitary system, chronic inflammation, sterility.

Введение. Хронические воспалительные заболевания органов малого таза (ХВЗОМТ) занимают одно из ведущих мест в структуре гинекологической патологии, играют существенную роль в этиологии бесплодия, и имеют социально значимый характер [1,2]. Они способствуют повышению риска развития гнойно-септических осложнений, внематочной беременности, синдрома хронической тазовой боли, неудачных попыток при проведении больным вспомогательной репродукции, а также частоты внутриутробного инфицирования плода [3].

Очевидно, что раннее адекватное лечение воспалительных заболеваний способно предот-

вратить многие тяжелые последствия для организма, особенно для репродуктивной функции. Из-за раннего инфицирования, многие уже не могут полноценно реализовать репродуктивную функцию, причиной чего становится длительно текущий хронический воспалительный процесс, подчас осложненный. В подобных случаях необходимо применение максимально эффективных лекарственных средств, избегая нерационального использования множества препаратов с учетом того, что пациентки прежде получали различные антибиотики.

Материалы и методы исследования. Объем исследования - 53 бесплодных женщин с

хроническими воспалительными заболеваниями половой системы.

Все больные прошли обследование по разработанной нами методике. Использовались следующие методы исследования: клинический осмотр больных с заполнением тематических карт; мазки на урогенитальную флору; УЗИ органов малого таза.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведенное обследование выявило у 36 пациенток хронический сальпингоофорит, у 14 больных – хронический эндометрит. Эти заболевания были в периоде стойкой ремиссии и характеризовались хроническими тазовыми болями (94,3%), перименструальными мажущими кровя-

ными выделениями (3,7%), стойкими запорами (20%). У 2,5 % пациенток были выявлены перитонеальные спайки в области малого таза. У 14,2 % обследованных была фиксированная, у 3,7 % - субфиксированная ретродевиация матки, у 9,4 % выявлено отклонение матки к боковой стенке таза с существенным ограничением ее подвижности при смещении.

Скудные кровяные выделения в течение 2-3 дней после менструации были более чем у трети больных, до менструации – у каждой четвертой; с такой же частотой были боли внизу живота, которые носили непостоянный характер и не имели связи с менструальным циклом. Межменструальные кровяные выделения беспокоили женщин.

Таблица 1. Клинические симптомы у больных с ХВЗОМТ (n= 53).

Симптом	Число больных	
	Абс	%
Хронические боли внизу живота	51	96,2
Наличие белей	41	77,3
Мажущие кровяные выделения до и после менструации	1	1,8
Зуд, жжение, дискомфорт во влагалище	17	32
Альгодисменорея	5	9,4
Слизисто- гнойные выделения из цервикального канала	2	4,1
Данные влагалищного исследования: болезненность при пальпации матки, придатков и при смещении шейки матки	49	92,4
Структурные изменения в матке по данным УЗИ:		
воспалительная инфильтрация эндометрия	2	3,7
селекты в полости матки	1	1,8
ретенционные кисты шейки матки	1	1,8

А.Н. Стрижаков и соавт. [4] считают, что при длительно текущем хроническом воспалении отмечаются выраженные склеротические и дистрофические изменения, затрагивающие все структурные компоненты придатков матки, что сопровождается их морфологическими и функциональными изменениями. Часто имеет место несоответствие между выраженностью жалоб, данными гинекологического исследования и морфологическими изменениями в придатках матки. Каждой пятой женщине, перенесшей сальпингоофорит, грозит бесплодие [5].

В последние годы отмечен рост хронических персистирующих и осложненных форм, устойчивых к традиционным методам терапии, возрастающие роли условно-патогенных микроорганизмов,

увеличение этиологической роли простейших, грибов и вирусов, а также снижение противоинфекционного иммунитета у пациентов [6].

В результате проведенного исследования определен видовой состав микрофлоры репродуктивных органов женщин.

При исследовании мазков на влагалищную флору у 30 женщин (64,1%) были выявлены мазки III-IV степени чистоты. У остальных – мазки были I-II степени чистоты, так как большинство из них получали амбулаторное противовоспалительное лечение.

При определении видового состава микрофлоры цервикального тракта и влагалища золотистый стафилококк выделен соответственно в

17,2+7,0 и 16,0+7,3% случаев. Преобладающим видом среди коагулазо отрицательных стафилококков является *S.epidermidis*, доля которого среди всех выделенных стафилококков составила 25,5+8,8 и 28,0+9,6%; с частотой 14,3+4,8% регистрировались *S. sapitis*, *S. haemolyticus*, *S.warneri*, кроме того, встречались и другие виды стафилококков. Грибы рода *Candida* были представлены видами *C.tropicalis*, *C. albicans*; стрептококки – *S.salivarius*, *S. asidominimus*, *S.vestibularis*; среди энтеробактерий в 26,5+3,1 % случаев определялась кишечная палочка. Анаэробные микроорганизмы были представлены грамположительными и грамотрицательными палочками, а также грамположительными кокками. Лактобактерии высевались в

45,5+4,0% случаев.

Методом ПЦР у обследованных пациенток было выявлено следующее: гарднереллы встречались в 66,6 % случаев, хламидийная инфекция встречалась в 26,3 % случаев, случаи выявления трихомонадной и уреоплазменной инфекции составили по 37,0 % от общего числа наблюдений, в 37,0% случаев выявлена микоплазменная инфекция. При этом, частота выявления микстинфекции составила: 6,1 % - *Chlamydia trachomatis* и условно-патогенная микрофлора (УПМ), 13,3 % - *Trichomonas vaginalis* и УПМ, сочетание *Trichomonas vaginalis* и *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis* и УПМ – по 4,1 % (Табл.2).

Таблица 2. Микробиологические показатели у больных с хроническими ВЗОМТ (n=53)

Микроорганизм	Число случаев выявления	
	Абс.	%
<i>Trichomonas vaginalis</i>	6	20,0
<i>Trichomonas vaginalis</i> + УПМ	4	13,3
<i>Chlamydia trachomatis</i>	5	26,3
<i>Chlamydia trachomatis</i> + УПМ	3	6,1
<i>Trichomonas vaginalis</i> + <i>Chlamydia trachomatis</i>	8	16,3
<i>Trichomonas vaginalis</i> + <i>Chlamydia trachomatis</i> + УПМ	2	4,1
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	7	36,8
<i>Mycoplasma hominis</i>	7	36,8
<i>Gardnerella vaginalis</i>	20	66,6

Таким образом, хронические воспалительные заболевания органов малого таза характеризуются восходящим инфицированием урогенитального тракта различными возбудителями. На современном этапе данный процесс ассоциируется с увеличением частоты микст инфекции и антибиотико-резистентных штаммов микроорганизмов. Определяется также наличие труднодоступных для терапевтического воздействия резервуаров («депо») инфекции, локализованных в криптах и на ботовых кистах шейки матки, нарушении микроциркуляции, развитие инфильтрированных и рубцово - дистрофических изменений в органах малого таза.

Литература

- 1 Кузьмин В.Н. Лечение воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин. // Лечащий врач, декабрь 2007, №10.

www.ivrach.ru

- 2 Guerra-infante F.M. et al // Rev.Invest. Clin, 2005, V. 57, №3: P. 406-14.
- 3 Сидорова И.С., Шешукова Н.А., Боровкова Е.И. //Акушерство и гинекология, 2003, №4: С. 61-65.
- 4 Стрижаков А.Н. и соавт. Клинические лекции по акушерству и гинекологии. – М.: Медицина, 2000. – 380с.
- 5 Кулаков В.И., Корнеева И.Е. // Акушерство и гинекология, 2002, №3: С.56-59.
- 6 Кузнецова Ю.Н. и соавт. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2008, т. 7, №6: С.10-13.
- 7 Чураков А.А. и соавт. //Акушерство и гинекология, 2008, №6: С. 57-61.

Анварбекова Ы.А., Алымкулов Р.Д., Сманова Дж.К.
И.К. Ахунбаевдин атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ СПОРТ МЕДИЦИНА ДАРЫГЕРЛЕРИН ДАЯРДООГО БОЛГОН СУРООГО МААЛЫМАТ

Корутунду. Макалада Кыргыз Республикасынын спорт медицина дарыгерлерин окутуу боюнча дипломдон кийинки билим берүү программасына кыскача түшүндүрмөлөр. Бул программа эл аралык жетишкендиктерин негизинде иштелип чыккан, бул 2 - жылдык окууга эсептелген жана спорттук медицинанын дарыгерлеринин ыйгарым бардык зарыл чөйрөсүн камтыйт.

Негизги сөздөр: спорт медицинасы, окуу планы, клиникалык ординаторлор, дарыгер.

Анварбекова Ы.А., Алымкулов Р.Д., Сманова Дж.К.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Бишкек, Кыргызская Республика

К ВОПРОСУ О ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕЙ СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Резюме. В статье представлено краткое изложение учебной программы постдипломного образования по подготовке врачей спортивной медицины в Кыргызской Республике. Данная программа разработана на основе международного опыта и последних достижений медицинской науки в области спортивной медицины, которая рассчитана на 2 года и содержит весь необходимый спектр компетенции врача спортивной медицины.

Ключевые слова: спортивная медицина, учебная программа, клинический ординатор, врач.

Anvarbekova Y.A., Alymkulov R.D., Smanova D.K.
I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyz Republic

TO THE QUESTION OF TRAINING OF DOCTORS OF SPORTS MEDICINE IN THE KYRGYZ REPUBLIC

Abstract. This paper presents a summary of the curriculum for post-graduate training of doctors of sports medicine in the Kyrgyz Republic. This program is developed on the basis of international experience and the latest achievements of medical science in the field of sports medicine, designed for 2 years and contains all the necessary range of competence, a doctor of sports medicine.

Key words: sports medicine, curriculum, clinical resident doctor.

Актуальность. Спортивная медицина, как отдельный и самостоятельный раздел клинической медицины, требует к подготовке врачей-специалистов этого профиля унифицированный, стандартный и системный подход на государственном уровне и предусматривает оказание специализированной медицинской помощи спортсменам и лицам, регулярно занимающимся физической культурой [3, 4, 6]. Спортивная медицина рассматривает механизмы адаптации организма к физическим нагрузкам, патологические состояния у спортсменов вследствие интенсивных занятий, а также заболевания и травмы [1, 2, 5].

В настоящее время в Кыргызстане практически отсутствует система подготовки спортивных врачей вследствие чего образовалась острая нехватка специалистов как в диспансерно-поликлинической службе, так и непосредственно в Государственном агентстве по физической культуре и спорту. Поэтому приоритеты государственной политики в сфере физической культуры и спорта

должны быть направлены на создание соответствующих условий для развития физической культуры и спорта, и реализации прав граждан и населения на сохранение и укрепление здоровья.

По заданию Правительства КР в декабре 2016 года состоялся круглый стол, где приняли участие представители министерства здравоохранения, образования и науки, Кыргызской государственной медицинской (КГМА) им. И.К Ахунбаева, КГМИПиПК и Государственного агентства по делам молодежи, физической культуры и спорта при Правительстве Кыргызской Республики. По словам участников заседания, состояние спортивной медицины и медицинское обеспечение тренировочного и соревновательного процесса в Кыргызстане – это один из наиболее актуальных и нерешенных вопросов в данное время. Резюме совещания было следующим: для достижения высоких результатов в спорте необходима хорошо организованная, научно обоснованная система организации службы и высококвалифицированные врачи по спортивной меди-

цине. Для достижения этой цели КГМА им. И.К. Ахунбаева получила Государственный заказ разработать двухгодичную учебную программу для клинических ординаторов по подготовке врачей специалистов спортивной медицины и спортивной реабилитации на основе современных достижений медицинской науки.

В марте 2017 года повторно проведен круглый стол, на котором была уже представлена образовательно-профессиональная программа подготовки в клинической ординатуре по специальности «Спортивная медицина», разработанная сотрудниками кафедры клинической реабилитологии и физиотерапии КГМА им. И.К. Ахунбаева [8].

Содержание образовательной программы последипломного профессионального медицинского образования (ППМО) по специальности «Спортивная медицина» соответствует требованиям министерств образования и науки и здравоохранения КР, предназначена для выпускников лечебного и педиатрического факультетов со сроком обучения 2 года и состоит из следующих разделов:

- 1 Введение с пояснением цели и задач обучения в клинической ординатуре.
- 2 Квалификационные требования к уровню подготовки специалиста – врача по спортивной медицине.
- 3 Тематическое содержание образовательной программы последипломного профессионального медицинского образования в клинической ординатуре по специальности «спортивная медицина».
- 4 Типовой учебный план и учебная программа подготовки клинического ординатора по специальности «спортивная медицина».
- 5 Клинические базы для подготовки врача по специальности «спортивная медицина».
- 6 Литература.
- 7 Тестовый контроль знаний – 1000 вопросов.

Цель послевузовского профессионального образования врача - ординатора по специальности «спортивная медицина» – это подготовка квалифицированного врача спортивной медицины и лечебной физкультуры, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности.

Задачи послевузовского профессионального образования врача - ординатора по специальности «спортивная медицина» - это обучить и дать глубокие теоретические знания по следующим направлениям:

- социально – экономические и медико-биологические основы организации практического здравоохранения по спортивной и реабилитационной службе, врачебному контролю, за состоянием здоровья занимающихся лечебной,

оздоровительной физической культурой и спортом, в том числе детей и инвалидов;

- оценка функционального состояния, адаптационных возможностей и физической работоспособности спортсменов на этапах подготовки, определение долгосрочной перспективности;
- освоение современных подходов в диагностике, лечении и профилактике патологических состояний при нерациональных занятиях спортом, новых методик восстановления спортивной работоспособности;
- освоение восстановительных мероприятий в различные периоды учебно - тренировочного процесса: восстановительном, подготовительном, специальном соревновательном и пост соревновательном.
- овладение принципов и практических навыков комплексного подхода в реабилитации спортсменов после перенесенных травм и заболеваний;
- реабилитация спортсменов физическими методами при различной патологических состояниях;
- вопросы антидопингового контроля;
- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;
- профессиональные решения на основе принципов доказательной медицины;
- привить потребности к непрерывному профессиональному обучению и совершенствованию своих знаний и навыков на протяжении всей профессиональной деятельности;
- представить базисный уровень гуманитарных знаний и обучить основам практического применения медицинской информатики, медицинской психологии и освоению иностранных языков.

Тематическое содержание образовательной программы послевузовского профессионального образования по специальности «спортивная медицина» (ординатура) представлено как единое целое, с максимальной полнотой, охватывающее следующие вопросы теории и практики [8]:

- Раздел «Общеклинические дисциплины» - физиология и анатомия человека, медицинская биохимия, педиатрия, терапия, неврология, травматология и ортопедия, физиотерапия.
- Раздел «Специальные дисциплины» - введение в специальность «спортивная медицина», медико-биологические проблемы отбора в спорте, оценка функционального состояния лиц, занимающихся физической культурой и спортом, спортивная анатомия человека и спортивная физиология, патологические состояния при нерациональных занятиях физической культурой и спортом, спортивная

травма, врачебный контроль и врачебно-педагогический контроль, медицинское обеспечение учебно-тренировочных сборов и соревнований, функциональные пробы в спорте, спортивная фармакология и антидопинговый контроль в спорте, медикаментозные методы реабилитации, особенности врачебного контроля в женском спорте и за состоянием здоровья юных спортсменов, врачебный контроль в параолимпийском спорте, реабилитация спортсменов, реабилитация физическими методами в травматологии и ортопедии, в неврологии, массаж и особенности физиотерапии в реабилитации спортсменов.

- Раздел «Гуманитарно - общеобразовательный блок» - педагогика и психология, иностранный язык, информатика и медицинская статистика, медицинское право.
- Всего программа рассчитана 96 недель и 4968 учебных часов.

Другой важной составной частью образовательной программы послевузовского профессионального образования по специальности «спортивная медицина» (ординатура) является учебный план, который определяет состав изучаемых дисциплин с указанием их трудоемкости, объема, последовательности и сроков изучения, устанавливает формы организации учебного процесса и их соотношение (лекции, семинарские и практические занятия), конкретизирует формы контроля знаний и умений обучающихся.

В процессе подготовки врача спортивной медицины в ординатуре обязательным является определение базисных знаний, умений и навыков, обучающихся перед началом обучения. По окончании изучения каждого модуля должен проводиться этапный (рубежный) контроль. При этом планируется использовать различные формы контроля: решение ситуационных задач, тестовый контроль, защита квалификационных работ и др.

Теоретическая подготовка врачей спортивной медицины в ординатуре предусматривает обязательное участие в семинарских занятиях, больничных научно-практических конференциях, а также самостоятельное изучение литературы по программе послевузовского профессионального образования врачей по спортивной медицине, написание рефератов используя для этого специальную медицинскую литературу.

По окончании обучения в ординатуре

должна проводиться государственная (итоговая) аттестация, осуществляемая посредством проведения экзамена. Цель государственной (итоговой) аттестации – выявление теоретической и практической подготовки обучающегося в соответствии с содержанием основной профессиональной программы послевузовского профессионального образования по специальности «спортивная медицина» (ординатура) [8]. При успешной аттестации обучающийся получит документ установленного образца.

Таким образом, за время обучения в ординатуре обучающиеся должны овладеть не только теорией, но и научиться применять свои знания в профессиональной деятельности.

Литература

- 1 Алдашев А.А., Бозумова К.А. и др. Биохимия человека. / Учебное пособие. – Бишкек, 2013. – 364 с.
- 2 Бутченко Л.А. Спортивное сердце. – СПб, 1993. – 48 с.
- 3 Журавлева А.И., Граевская Н.Д. Спортивная медицина и лечебная физкультура: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1993. – 432 с.
- 4 Дубровский В.И. «Спортивная медицина»: Учебник для студентов вузов - М. Изд. центр «ВЛАДОС», 1998. – 480 с.
- 5 Йегер Й.М. Мышцы в спорте. Анатомия. Физиология. Тренировки. Реабилитация / М., Издательство: «Практическая медицина», 2016. – 408 с.
- 6 Макарова Г.А. Спортивная медицина: Учебник. – М.: «Советский спорт», 2003. – 480 с.
- 7 Спортивная медицина: Национальная руководство / Под редакцией С.П Миронова и др. - М. ГЭЭТАР - медиа 2013-1184 с.
- 8 Типовой учебный план и образовательно - профессиональная программа подготовки в клинической ординатуре по специальности «Спортивная медицина», КГМА им. И.К. Ахунбаева. / Составители: Алымкулов Р.Д., Сманова Дж.К., Анварбекова Ы.А. - Бишкек, 2017. – 67 с.82
- 9 Тесты для аттестации клинических ординаторов по специальности «Спортивная медицина», КГМА им. И.К. Ахунбаева - 1000 шт. / Составители: Алымкулов Р.Д., Сманова Дж.К., Анварбекова Ы.А. - Бишкек, 2017. – 216 с.

Сведения об авторах:

1. **Анварбековна Ырыскуль Анварбековна**, к.м.н., ассистент кафедры клинической реабилитологии и физиотерапии КГМА им. Ахунбаева;
2. **Алымкулов Раушан Добулбекович**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой клинической реабилитологии и физиотерапии КГМА им. Ахунбаева;
3. **Сманова Джаныл Койчукеевна**, к.м.н, доцент.

Правила оформления статьи

Принимаются материалы по следующим рубрикам:

- Официальные материалы о состоянии здравоохранения;
 - Деятельность органов управления и организаций здравоохранения, неправительственных организаций системы здравоохранения;
 - О работниках здравоохранения, внесших значительный вклад в развитие здравоохранения;
 - Зарубежный опыт по вопросам здравоохранения;
 - Научные статьи, обладающие научной новизной, представляющие собой результаты исследований проблемного или научно-практического характера.
- Стоимость публикации статьи - 150 сом за одну страницу, оформленную согласно требованиям (см. ниже).
Минимальный объем статьи – 5 страниц. Стоимость авторского экземпляра – 500 сом.

Заявка на публикацию должна содержать:

1. Сведения об авторе(ах) в отдельном файле:
 - 1.1 Фамилия, имя, отчество
 - 1.2 Ученая степень (при наличии)
 - 1.3 Ученое звание (при наличии)
 - 1.4 Место работы
 - 1.5 Занимаемая должность
 - 1.6 Почтовый адрес с индексом (для пересылки авторского экземпляра журнала)
 - 1.7 Адрес электронной почты (e-mail) (для переписки с автором по вопросам публикации)
 - 1.8 Контактный телефон (обязательно! для выяснения срочных вопросов)
 - 1.9 Название статьи

Требования к оформлению статей

Текстовый редактор –Microsoft Word.

Формат – А4.

Поля – 2 см со всех сторон.

Шрифт – Times New Roman (при необходимости – другой, если шрифт не входит в список общепринятых, его нужно прислать отдельным файлом).

Размер шрифта – 14.

Межстрочный интервал – 1,5.

Абзацный отступ – 1,25.

Ориентация – книжная, без простановки страниц, без переносов, желательно без постраничных сносок. Редакторформул – пакет Microsoft Office (MathType).

Графики, таблицы и рисунки – черно-белые, без цветной заливки. Допускается штриховка.

УДК.

Краткая аннотация статьи на кыргызском, русском и английском языках (курсивом). Аннотация содержит характеристику основной темы, цели работы и ее результаты. В аннотации указывают, что нового несет в себе данная статья по сравнению с другими, родственными по тематике. Рекомендуемый средний объем аннотации – 500 печатных знаков.

Ключевые слова и фразы (не менее 5-7).

Фамилия, имя, отчество автора(ов) (жирным шрифтом), полное название представляемой организации (вуза), email (курсивом) – по левому краю, строчными буквами.

Название статьи – по центру, без отступа, прописными буквами.

Текст статьи – выравнивание по ширине.

Фамилии и инициалы.

Ссылки в тексте статьи заключаются в квадратные скобки

Список использованной литературы приводится в алфавитном порядке в конце статьи в виде нумерованного списка.

Дополнительную информацию о научно-практическом журнале «Здравоохранение Кыргызстана» можно получить по адресу: г. Бишкек, ул. Байтик Баатыра, 34, НПО «Профилактическая медицина», 2 этаж, редакция журнала

"Здравоохранение Кыргызстана"

Конт. тел.: 0558 12 07 55; 0779 16 52 18; 0551 35 15 88

e-mail: zdrav.kg@mail.ru

МАЗМУНУ / СОДЕРЖАНИЕ / CONTENTS

ТАРЫХТАН / ИЗ ИСТОРИИ

- 4 - История развития и становления санаторно-курортной и реабилитационной служб в Кыргызской Республике.

КЕЛЕЧЕГИ / ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

- 12- Буларкиева Э.А., Султанмуратов М.Т. Кыргызстандын курортторун өнүктүрүүдөгү учур талабынын көйгөйлөрү / Современные проблемы развития курортной медицины в Кыргызстане / *Odern problems of development of spa medicine in Kyrgyzstan*
- 14 - Белов Г.В. Кыргызстандагы көйгөйлөр жана медициналык калыбына келтирүү жана курортологияны өнүктүрүү келечеги / Проблемы и перспективы медицинской реабилитации и курортологии в Кыргызстане / *Problems and the Prospects of Medical Rehabilitation and Balneology in Kyrgyzstan*

ОБЗОРНАЯ / СЕРЕПТИК

- 20 - Алымкулов А.Т, Бабалаев А.А., Куликова А., Бейшембаев А.М. Ар түрдүү медициналык визуализация методдору сөөктөрдүн жана ткандардын саркомасын диагностикасында / Различные методы медицинской визуализации в диагностике сарком костей и мягких тканей / *Different Medical Imaging Methods in the Diagnosis of Sarcomas of Bone and Soft Tissues*
- 26 - Болотских И.В., Чубаков Т.Ч. Уй-бүлөөлүк дарыгердин иши тажрыйбасына бейтаптын жыныстык жол аркылуу берилүүчү жугуштуу дарттарын синдромдук ык менен алып баруу маселесин киргизүүнү негиздөө / Обоснование внедрения синдромного ведения пациентов с инфекциями, передающимися половым путем, в практику семейного врача / *The Feasibility of Implementing syndromic management of patients with sexually Transmitted infections, the Practice of the Family Doctor*

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ / ОРИГИНАЛДУУ ИЗИЛДӨӨЛӨР

- 31 - Дженбаев Е.С. Омуртка жүлүн жаракатынын оорлошун калыбына келтирүү өзгөчөлүктөрү / Особенности реабилитации осложнений позвоночно-спинномозговой травмы / *Peculiarities of rehabilitation of complications Spinal-spinal trauma*
- 35 - Исакова Г.Б., Мамбеталиева А.С. Өнөкөт өпкө оорусу менен өрчүгөн жүрөккан тамыр оорулары / Хроническая обструктивная болезнь легких и коморбидные сердечно-сосудистые заболевания / *Chronic Obstructive lung disease and Comorbidity Cardiovascular diseases.*
- 39 - Каскеев Д.М., Сулайманов А.Э. Ысык-Ата курортунун минералдык сууларын пайдалануу менен заара таши оорусу менен ооругандарды рецидивге каршы дарылоо методдору / Противорецидивные методы лечения больных мочекаменной болезнью с использованием минеральной воды курорта Ыссык-Ата / *Methods of Anti-relapse Treatment of Patients with Urolithiasis using Issyk-Ata Mineral water.*
- 44 - Качкынбаев К.А., Султанмуратов М.Т., Матисаков А. Состояние кардиореспираторной системы в процессе лечения соматических больных кобыльим молоком в условиях высокогорного климата / *Cardiorespiratory Response as a result of Treatment of Somatic Patients with mare's milk at high altitud*
- 48 - Койчубеков А.А., Рысбаев К.С. Анализ результатов реабилитационного лечения пациентов с последствиями позвоночно-спинномозговой травмой / *Analysis of Results of Rehabilitative Treatment of Patients with vertebral-spinal trauma.*

- 52 - **Матаипова А., Джуманазарова А.З., Кадыралиев Т.К., Райымбеков Ж., Курамаева Т.Э., Кундашев У.К., Маметова А.С.** Глицирамдын негизинде l-глутамин жана d-аспарагин кислоталардын комплекстерин бийик тоо шарттарында биологиялык текшерии / Биологические испытания комплексов глицирама с l-глутаминовой и d-аспарагиновой кислотами в условиях высокогорья / *Biological tests of the Complexes on the basis gliciram with l-glutamic and d-aspartic acids in high mountain condisions*
- 58 - **Матисаков А., Качкынбаев К.А., Султанмуратов М.Т.** 2 типке кирген кант диабетти жана гипергликемия коштогон өнөкөт гепатитине бээнин сүтүн пайдалунуу / Применение кобыльеого молока при хроническом гепатите сопутствующим сахарным диабетом 2 го типа и гипергликемией / *The use of mare's milk in chronic hepatitis with concomitant diabetes mellitus type II and hyperglycaemia*
- 62 - **Рысалиева Н.Т.** Ишемиялык инсульту бар оорудуулардын курч мезгилиндеги аффективдүү бузулууларынын көрсөткүчтөрү / Показатели аффективных расстройств у пациентов с ишемическим инсультом в остром периоде / *Indicators of affective disorders in patients with ischemic stroke in the acute period*
- 67 - **Каскеев Д.М., Сулайманов А.Э.** Өнөкөт жамбаш оорусу синдрому менен ооругандарды реабилитациялоодо дарысыз методдорду колдонуу / Применение немедикаментозных методов лечения в реабилитации больных с синдромом хронической тазовой боли / *Drug-free Treatment Methods in the Rehabilitation of Patients with Chronic Pelvic pain Syndrome.*
- 70 - **Тургумбаев Д.Д.** Патоморфология сосудистого русла головного мозга при прогрессирующем течении ишемического инсульта / *Pathomorphology of cerebral vasculature in progressive ischaemic Stroke*
- 74 - **Эрботоева Ш.Т., Шаменова А.Я.** Неврастениялык көрүнүштөр менен аялдардын көбөйүү системасынын өнөкөт сезгенүү ооруларын иш-калыбына келтирүү / Реабилитация женицин с хроническими воспалительными заболеваниями половой системы с неврастеническими проявлениями / *The Rehabilitation of womens with chronic Inflammatory diseases of the genitourinary system and neurotic manifestations*
- 77 - **Шаменова А.Я., Эрботоева Ш.Т.** Тукумсуз аялдардын жыныстык сферасындагы неврастениялык сезгенген өнөкөт ооруларынын структурасы / Реабилитация женицин с хроническими воспалительными заболеваниями половой системы с неврастеническими проявлениями / *The rehabilitation of womens with chronic inflammatory diseases of the Genitourinary System and Neurotic Manifestations*

О ПОДГОТОВКЕ КАДРОВ / КАДРЛАРДЫ ДАЯРДОО ЖӨНҮНДӨ

- 80 - **Анварбекова Ы.А., Алымкулов Р.Д., Сманова Дж.К.** Кыргыз Республикадагы спорт медицина дарыгерлерин даярдоого болгон суроого маалымат / К вопросу о подготовке врачей спортивной медицины в Кыргызской Республике / *To the Question of Training of Doctors of Sports Medicine in the Kyrgyz Republic*

Научно-практический журнал
“Здравоохранение Кыргызстана”
№3 2017, июль-сентябрь
Издается с 1938 года

Адрес редакции:
720005, Кыргызская Республика
г. Бишкек, ул. Байтик-Баатыра, 34
Ежеквартальный тираж: 200 экз.
Заказ №3

Заказ №3
Отпечатано в
ИП Джолдошев А А,
720005, Кыргызская Республика,
г. Бишкек, ГК 47, номер 814

Руководителям медицинских учреждений Кыргызской Республики.
Подписка на научно-практический журнал “Здравоохранение Кыргызстана” осуществляется во всех отделениях Кыргыз почтасы.

Периодичность издания - ежеквартальная.
Выходит четыре выпуска в год.
Подписной индекс - 77316

Подписная цена одного номера - **600** (шестьсот) сом **47** (сорок семь) тыйын.
Подписка за одно полугодие - **1200** (одна тысяча двести) сом **94** (девяносто четыре) тыйын.
Годовая подписка составляет **2401** (две тысячи четыреста один) сом **88** (восемьдесят восемь) тыйын.

Распоряжение от 14.11.16 № 0109/4842.