

«O‘zbekiston harbiy tibbiyoti» илмий-амалий журнали
Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, Фан ва инновациялар вазирлиги
хузуридаги Олий аттестация комиссиясининг 2023 йил 29 августдаги
№ 01-07/1410/33 сонли маълумотномасига асосан, тиббиёт фанлари буйича
диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган миллий
илмий нашрлар руйхатига киритилган.

Муассис:
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ҚУРОЛЛИ КҲЧЛАРИ
ҲАРБІЙ ТИББИЁТ
АКАДЕМИЯСИ

Бош муҳаррир:
т/х полковниги
ФОЗИЛОВ Носиржон Хошимович

Бош муҳаррир ўринбосари:
PhD, т/х полковниги
АБДУЛАХАТОВ
Баходир Шарифжонович

Масъул котиб:
PhD ГАНИЕВ Б.С.

«O‘zbekiston harbiy tibbiyoti»
илмий-амалий журнали Ўзбекистон
Республикаси Президенти
Администрацияси хузуридаги Ахборот
ва оммавий коммуникациялар
агентлигида 2022 йил 5 августдаги
1691-сонли гувоҳнома билан рўйхатга
олинган.

Таҳририят манзили:
Тошкент шаҳри,
Зиёлилар кўчаси, 4-уй
Телефон: (71) 262-42-41

Таҳрир хайъати:

Т.ф.д, профессор Муяссар
Гафурджановна Мухамедова
Т.ф.д., доц. Миррахимова С.Ш.
Т.ф.д., проф. Валиев Э.Ю.
Т.ф.д., проф. Каюмов У.К.
Т.ф.д., проф. Ибрагимов А.Ю.
Т.ф.д., доц Хидоятова М.Р.
Т.ф.д., Бозорова С.А.
Т.ф.д., доц. Расулова З.Д.
Т.ф.д. доц. Куртиева Ш.А.
Т.ф.д., доц. Талипова Ю.Ш.
Т.ф.д. доц. Раимкулова Н.Р.
Т.ф.н., Мирзаев Д.А.
PhD, доц. Файзиева Д.Б.
PhD, Буранкулова Н.М.
PhD, доц. Азизова Ф.Ф.
PhD, доц. т/х подполковниги
Қутлиев Ж.А.
PhD, доц. Нуралиева Д.М.
PhD, т/х., полковниги Расулов У.А.
PhD, Рустамов А.А.
Т.ф.н., Ибрагимова Н.Х.
Т.ф.н., Рахимов А.Ф.
Т.ф.н., Атамуродов Ш.И.
Катта ўқитувчи Пўлатова З.А.
Халимов Б.Х.

Дизайнер:
Фахриддин РАҲИМОВ

Таҳририятига юборилган
мақола ва қўлёзмаларда берилган
маълумотларнинг ҳаққонийлиги ва
ишончлилиги учун
тўлиқ жавобгарликни муаллифлар
ўз зиммасига олади.

Журнал 5/1 24.02.2024 йилда босмахонага
топширилди.
Қоғоз бичими 60x84 1/8.
Офсет усулида босилди.
Шартли 6,75 босма табок.



ЗДОРОВЬЕ СОТРУДНИКОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ – ОСНОВА БЕЗОПАСНОСТИ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ И ЭПИДЕМИЯХ

(современные представления)

Алламбергенова Н.Г., д.м.н. Анварова Л.У., к.м.н. Мухамедалиева Н.М.
Поликлиника медицинского отдела ГУВД Ташкентской области. Медицинское управление МВД РУз Министерство Внутренних Дел Республики Узбекистан

В статье на основании литературных данных описывается, что профессиональное здоровье сотрудников системы внутренних дел является ведущим принципом при разработке мер по обеспечению их профессиональной надежности. Охрана здоровья сотрудников внутренних дел является важнейшей задачей военной медицины, которая связана, прежде всего, с чрезвычайными ситуациями и эпидемиями, возникшими сегодня в мире, в том числе и в нашей республике.

Ключевые слова: сотрудник, профессиональная деятельность, военно-врачебная экспертиза, психический стресс, стрессовый фактор, экстремальная ситуация, психо-физиологические ресурсы, осложнения.

Мақолада адабиётлардан олинган маълумотлар асосида, Ички ишлар тизими ходимларининг саломатлиги уларнинг мамлакат мудофааси билан боғлиқ касбий ишончлилигини таъминлаш чораларини ишлаб чиқишда етакчи тамоил эканлиги тасвирланган. Ички ишлар ходимларининг соғлиғини сақлаш ҳарбий тиббиётнинг энг долзарб вазифасидир, бу биринчи навбатда бугунги кунда дунёда, шу жумладан республикамизда бўлиб ўтган фавқулотда вазиятлар ва эпидемия билан боғлиқ.

Калит сўзлар: ходим, хизмат фаолияти, ҳарбий-тиббий экспертиза, рухий қаттиқ ҳаяжон, қаттиқ ҳаяжон оқибатидаги омил, экстремал вазият, психо-физиологик манбаалар, асоратлар.

On the basis of literature data, the article describes that the professional health of representatives of power structures is the leading principle in the development of measures to ensure their professional reliability. Maintaining the health of military personnel of power structures is the most urgent task of military medicine, which, first of all, is associated with emergencies and epidemics in the world today, including our republic

Key words: employee, professional activity, military medical examination, mental stress, stress factor, extreme situation, psycho-physiological resources, complications.

Концепция профессионального здоровья представителей силовых структур является ведущим принципом разработки мероприятий по обеспечению их профессиональной надежности [3,12]. Профессия сотрудника внутренних дел связана с повышенными психоэмоциональными нагрузками, особенно при выполнении оперативных задач в зонах с особыми условиями службы, что требует совершенствования системы профотбора и медикопсихологического сопровождения лиц, работающих в особых и экстремальных условиях [5, 6, 13, 15].

Сохранение здоровья у сотрудников силовых структур является наиболее актуальной задачей ведомственной и гражданской медицины, что, в первую очередь, связано с ростом количества вооруженных конфликтов в мире, в том числе и на европейском континенте [5, 6, 13]. На первый план по своей социальной значимости выходят вопросы психопрофилактики деструктивного поведения у военнослужащих: суицидальных действий и антисоциальных поступков, употребление наркотиков и злоупотребление алкоголем [1, 7].

Психическое здоровье у комбатантов, в совокупности с влияющими на него социально-служебными факторами: мотивационными, политическими, семейно бытовыми, определяется как ментальная экология личности [8]. Это подразумевает не только отсутствие психического заболевания, но и психосо-

циальное благополучие человека, которое позволяет ему реализовать собственный потенциал, помогает противостоять стрессу, продуктивно работать и вносить свой вклад в развитие общества [2,14].

Некоторые авторы отмечают неразрывную связь понятий психического и физического здоровья «единство тела и разума» [3, 11]. По мнению О.В. Лебедевой, здоровье обеспечивает согласованность всех психических функций личности, чувство психического комфорта, целенаправленно осмысленную деятельность и поведение адекватное этнокультурным критериям [10]. Психическое здоровье важная составная часть здоровья человека, физическое и психическое здоровье связаны самым тесным образом, и это важнейший элемент общественного здоровья, во многом определяющий экономическое и социальное благополучие нации [10, 14].

Важность разработки методологии и прикладных медико-психологических проблем профессионализма деятельности и личности специалистов опасных профессий и лиц, работающих в особых и экстремальных условиях, подчеркивается многими современными исследователями [9, 11]. В целом психическое здоровье, это динамическая совокупность психических свойств личности и стабильный баланс между различными составляющими, которые обеспечивают гармонию личности и ориентацию на выполнение повседневных бытовых задач [10, 13].



С позиций Ю.А. Александровского, переход от состояния здоровья к состоянию болезни происходит постепенно и является обратимым состоянием [8]. Одним из проявлений этой скрытой перестройки может быть возникновение нервно-психических расстройств, состояний выходящих за рамки нормы, но при которых невозможно диагностировать какое-либо из известных заболеваний ввиду отсутствия необходимых для этого всех клинических составляющих [3,4, 8].

По данным Г.В. Шутко, наиболее распространёнными у полицейских комбатантов являются состояния функциональной дезадаптации, которые проявляются транзиторными изменениями в форме аффективных реакций на фоне выраженной акцентуации характера [12]. Многие исследователи отмечают необходимость оценки динамики данных состояний, сопоставляя данные исходного и текущего обследования [8]. Это необходимо для определения уровня здоровья и профессионально-психологической пригодности, а также профилактики различных форм девиантного поведения [10].

Необходимость проведения системного мониторинга среди сотрудников, участвовавших в служебно-боевых операциях, экстремальных ситуациях направленного на выявление патологии одна из основных задач ведомственной медицины [12]. Для этого необходимо оценивать состояние здоровья военнослужащих с анализом структуры до болезненных форм патологии [5, 13].

Во время гражданской войны на Украине в 2014 г. подтверждена широкая распространенность у комбатантов девиантного поведения со злоупотреблением алкоголем и ПАВ. По данным Управления по работе с личным составом Вооруженных сил Украины, каждая шестая смерть в украинской армии от чрезмерного употребления алкоголя, описаны случаи психозов с бессвязной речью и агрессивностью с последующей амнезией у бойцов «правого сектора» на фоне состояния необычного опьянения [14]. В работах А.В. Метелева отмечено, что в период возвращения в места постоянной дислокации, после участия в боевых операциях у сотрудников МВД часто встречаются психические состояния, которые характеризуются повышенной агрессивностью, кон-

фликтностью, с применением оружия и физической силы против граждан, злоупотреблением алкоголем, нарушениями дисциплины, хулиганскими поступками и другими противоправными действиями [11]. В публикациях некоторых авторов наличие у комбатантов девиантного поведения с употреблением наркотиков обозначается как социальный феномен, связанный с умышленным потреблением НС [11,15]. Данное понятие включает совокупность опасных для общества противоправных действий, выражающихся в незаконном обороте НС и ПАВ [3, 12]. Наркотизм приводит к негативным медицинским, социальным и правовым последствиям [15]. По данным социологических исследований, проведенных в Российской Армии, основными причинами потребления наркотиков комбатантами послужили: любопытство – более 50%, подражание – 30%, стрессовые ситуации вследствие участия в боевых действиях –15%. Наркотизм как социальное явление представляет угрозу для вооруженных сил РФ [15]. А.Г. Караяни предложил общую классификацию девиаций военного времени, которая включает три группы девиантных поступков: первая ориентирована на получение комбатантами личной выгоды (предательство, добровольная сдача в плен, мародерство); вторая группа – это поступки, направленные на уклонение от участия в боевых действиях в целях сохранения жизни, здоровья (дезертирство, симуляция неспособности участия в бою, членовредительство, пьянство, наркотизм и самоубийство); третья – агрессивное поведение, жестокость по отношению к мирному населению [9]. У комбатантов в рамках аддикции обнаруживаются резкие колебания настроения, поведенческие реакции (суицидальные попытки, злоупотребление ПАВ). По данным многих исследователей [1, 15], к наиболее опасным девиациям поведения относятся суицидальные попытки. К сожалению, в доступных источниках, найти свежих статистических данных о суицидах у полицейских нам не удалось.

Таким образом, понятие здоровья сотрудников внутренних дел включает не только отсутствие психических заболеваний, но и динамические личностно-типологические характеристики, которые определяют качество социальной адаптации (служебной, семейной, бытовой) в мирной жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абриталин Е.Ю. Клинико-психологические аспекты диагностики расстройств адаптации у военнослужащих / Е. Ю. Абриталин, В.В. Юсупов., Д.В. Костин., Е.В. Жовнерчук., О.В. Палехова., А.В. Брюханов // Медицинский вестник МВД. – 2016. – Т. 80, № 1 (80). – С. 63–68.
2. Аксенов М.М. Посттравматическое стрессовое расстройство при некоторых видах профессиональной деятельности: постановка проблемы / М.М. Аксёнов., Н.В. Жигинас., Ю.В. Петрова //Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2014. – № 5 (146). – С. 117–122.
3. Актуальные проблемы психологии здоровья сотрудников органов внутренних дел: программа межвузовского научно-практического круглого стола. Санкт-Петербург, 26 декабря 2013 года / сост. М.В. Пряхина, Ю.Ю. Голубихина. – СПб. : Изд-во СПб ун-та МВД России, 2013. – С. 6–7.
4. Александровский Ю. А. Психогении в экстремальных условиях / Ю. А. Александровский., О.С. Лобастов., Л.И. Спивак. – М. : Медицина, 1991. – 96 с.



5. Аналитический обзор деятельности военно-врачебных комиссий МВД по субъектам Российской Федерации. – М., 2014. – С. 26.
6. Андреев Н.В. Боевая психическая травма: от расстройства адаптации к посттравматическому стрессовому расстройству / Н.В. Андреев., С.Л. Заковряшина., А.А. Козлов // Психiatr. и психофармакотер. журн. им. П.Б. Ганнушкина. – 2008. – Т. 8, № 1. – С. 12–15.
7. Бакиров Р.С. Особенности эмоционально-мотивационной сферы личности сотрудников МЧС на этапе поступления в реабилитационный центр / Р. С. Бакиров // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 1. – С. 413.
8. Безчастный К. В. Особенности психотерапии в реабилитации сотрудников органов внутренних дел, выполняющих служебные задачи в особых условиях / К. В. Безчастный // Мед. вестн. МВД. – 2010. – № 2. – С. 23–24.
9. Битенский В.С. Вопрос о неспецифических реакциях в работах К. Бонгёффера., Э. Крепелина и Г.Селье / В.С. Битенский., Л.Н. Аряев., Э.В. Мельник., В.А. Пахмурный // Вісник психічного здоров'я. – 2001. – № 1–2. – С. 14–23.
10. Бисултанов А.К. Национальная гвардия Украины через призму международного гуманитарного права / А.К.Бисултанов // Евразийский юридический журнал. – 2015. – № 1 (80). – С. 61–64.
11. Боев И.В. Купирование личностных декомпенсаций и поведенческих дезадаптаций у лиц, переживших чрезвычайные и экстремальные ситуации / И.В.Боев, О.И.Боев// Психиатрия и психофармакотерапия. – 2013. – Т. 15, № 2. – С. 34–40.
12. Бойко Е.О. Качество жизни комбатантов с хроническим ПТСР и его динамика в результате реабилитационных мероприятий / Е.О. Бойко., А.В. Погосов., Ю.Н. Сочивко., Н.С Сочивко // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 1. – С. 19–22.
13. Бudyкин С.В. Психологические последствия экстремальных ситуаций у сотрудников правоохранительных органов и гражданских лиц / С.В. Бudyкин., Н.В. Дворянчиков // Психологическая наука и образование. – 2013. – № 2. – С. 5–13.
14. Василевский В.Г. Клинико-психологические особенности агрессивного поведения комбатантов с посттравматическим стрессовым расстройством / В. Г. Василевский., Г.А. Фастовцов., М.М. Бакалейник., О.Ф. Савина. Т. 1. – М. : РИО ФГУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2006. – С. 263–280.
15. Дашко М. Н. Профессиональный психологический отбор на службу в органы внутренних дел, новый подход к изучению личностных и деловых качеств граждан, поступающих на службу в подразделения МВД / М.Н. Дашко., М.В. Виноградов // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2015. – № 3. – С. 101–106.



O'ZBEKISTONDA KATTALAR UCHUN O'RTACHA KUNLIK OVQATLANISH RATSIONIDA O'SIMLIK BO'YOQLARI ISTE'MOLINI BAHOLASH

Kodirov D. A., Xudayberganov A.S., Israilova G.M.
Sog'liqni saqlash vazirligi huzuridagi Tibbiyot xodimlarining
kasbiy malakasini rivojlantirish markazi

ANNOTATSIYA

Tadqiqotning maqsadi O'zbekistonning aholisi tomonidan o'simlik bo'yoqlari (likopen) iste'molini o'rganish. Tadqiqot ob'ektlari Toshkent shahri, Toshkent viloyati va Qoraqalpog'iston Respublikasi misolida 500 dan ortiq uy xonadonlari olindi. Tanlab olingan ob'ektlar tasodifiy tanlash usuli bilan shakllantirildi va doimiy xarakterga ega. Ratsionni va ovqatlanish odatlarini ozuqaviyligini baholash uchun likopen moddasini tarkibini o'z ichiga olgan 26 ta ko'rsatkich bo'yicha 1000 dan ortiq menyu tartibini o'rganib chiqildi. O'zbekistonda birinchi marta pomidor mahsulotlaridagi likopen moddasi iste'molini tavsiflovchi ma'lumotlar olindi.

Kalit so'zlar. Ratsion, pomidor, likopen moddasi.

Целью исследования является изучение потребления растительных красителей (ликопина) населением Узбекистана. Объекты исследования на примере города Ташкента, Ташкентской области и Республики Каракалпакстан было получено более 500 домохозяйств. Отобранные объекты формировались методом случайной выборки и имеют постоянный характер. Было изучено более 1000 пунктов меню по 26 показателям, включая содержание ликопина, для оценки питательности рациона и пищевых привычек. Впервые в Узбекистане получены данные, характеризующие потребление ликопина в томатных продуктах.

Ключевые слова. Диетическое, томатное, ликопиновое вещество.

ANNOTATION

The aim of the study was to study the consumption of lycopene by the adult population of Uzbekistan. Objects and methods of research. The objects of research were more than 500 households in Tashkent, Tashkent region and the Republic of Karakalpakstan. The representative group was formed by random sampling and was continuous in nature. In order to nutritionally evaluate diets and eating habits, we have studied more than 1,000 menu layouts for 26 indicators, including lycopene content. For the first time in Uzbekistan, data characterizing the consumption of tomato products and lycopene were obtained.

Keywords. Ration, tomato, lycopene substance.

Kirish. O'zbekiston Respublikasida, butun dunyoda bo'lgani kabi, saraton kasalliklar ko'paymoqda [1], O'zbekistonda o'limga olib keluvchi kasalliklar ichida saraton kasalligi ikkinchi o'rinda. O'zbekiston Respublikasida statistik ma'lumotlarga ko'ra, oxirgi 5 yil ichida dinamikada birinchi marta xavfli o'smalar bilan kasallangan bemorlar soni 3000 dan oshdi. Shunday qilib, 2015-yilda 100 ming aholiga xavfli o'smalar bilan kasallanish darajasi 67,1% ni, 2019-yilda esa 74,1% ni tashkil etdi [1]. Toshkentda 2019-yilda saraton kasalligidan o'lim darajasi 83,1% ni tashkil etdi, bu mamlakatdagi eng yuqori ko'rsatkichdir. 2019-yilda O'zbekistonda saraton kasalligidan o'limning o'rtacha ko'rsatkichi 40,6% ni tashkil etdi [1]. O'zbekistondagi onkologik kasalliklar orasida ko'krak bezi saratoni birinchi o'rinda turadi – 11,2 %, oshqozon saratoni ikkinchi o'rinda - 5,7 %, bachadon bo'yni saratoni uchinchi o'rinda - 5,6 % [1]. JSST ma'lumotlariga ko'ra, saraton kasalligini oldini oluvchi omillardan biri bu ovqatlanish omilidir [2]. Ko'pgina asosiy bo'lgan oziq-ovqat mahsulotlaida likopen moddasining miqdori yuqori bo'lishi aniqlandi [2]. Likopenning biologik faolligi antikanserogen, immuno-

modulyatsion, kardioprotektorik, radio va fotoprotektiv ta'sirga bog'liq [2].

Aholining haqiqiy ovqatlanishi holati JSST tomonidan tavsiya etilgan chastota va 24 soatlik takrorlash usuli bilan o'rganildi. Epidemiologik tadqiqotlar uchun [3] O'zbekiston Respublikasiga moslashtirilgan Sog'liqni saqlash vazirligi tomonidan tasdiqlangan STEPS (Science and Technology Excellence in The Public Service) usulidan foydalangan holda anketalar ishlab chiqildi [4].

Tadqiqot o'tkazilishidan oldin, barcha iste'mol qilinadigan mahsulotlarni, shu jumladan ko'cha ovqatlarini hisobga olish zarurligi to'g'risida tushuntirish ishlari olib borildi. Tanlab olingan ob'ektlar tasodifiy tanlash usuli bilan shakllantirildi va doimiy xarakterga ega.

Natija va muhokamalar

Adabiyotda likopen moddasi manbalari haqida ma'lumotlar mavjud [5]. Asosiy oziq-ovqat mahsuloti bo'lgan qizil pomidor va pomidorli boshqa mahsulotlarda likopen moddasining yuqori miqdori qayd etilgan (tomat pastasi - 28,8 mg/100g, tomat pyuresi - 21,8 mg/100g, pomidor souslari - 12,1-18,9 mg/100g, pomi-

Yozgi-kuz mavsum bo'yicha o'rganilgan hududlarda likopen va likopen tutuvchi mahsulotlarning o'rtacha kunlik iste'moli, M±m

№	Mahsulot nomi	Toshkent shahri	Toshkent viloyati	Qoraqalpog'iston Respublikasi	
				shahar	qishloq
1.	Yangi pomidor, gr	22,0±0,2	16, 0±0,2	12, 0±0,3	15, 0±0,3
	Likopen, mg	0,59±0,03	0,43±0,02	0,32±0,01	0,40±0,03
2.	Tuzlangan va marinatlangan pomidor, gr	12,0±0,1	13, 0±0,2	10, 0±0,2	11, 0±0,3
	Likopen, mg	0,36±0,03	0,39±0,02	0,30±0,01	0,33±0,03
3	Tomat pastasi, gr	2,2±0,1	2,00±0,2	1,2±0,2	1,5±0,1
	Likopen, mg	0,6±0,03	0,43±0,02	0,34±0,01	0,43±0,03
4.	Tomat pyuresi, gr	-	-	-	-
	Likopen, mg				
5.	Pomidor souslari, gr	2,0±0,2	1,0±0,2	1,2±0,1	1, 0±0,1
	Likopen, mg	0,24±0,02	0,15±0,01	0,14±0,01	0,15±0,01
6.	Pomidor sharbati, gr	20,0±0,2	10, 0±0,2	10, 0±0,2	-
	Likopen, mg	1,8±0,02	0,9±0,01	0,9±0,01	-
	Jami, mg	3,59±0,02	1,48±0,02	1,29±0,02	1,31±0,03

dor sharbati - 9 mg/100g), yangi, tuzlangan va marinatlangan pomidor 2,7-5,2 mg/100g. Shu sababdan biz turli hududlarda likopen modasini o'z ichiga olgan mahsulotlarning o'rtacha kunlik iste'molini baholadik (1-jadval).

Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatadiki, likopen modasini qabul qilish darajasi etarli emas, o'rtacha kunlik ratsionda likopen miqdori past, ular Toshkent shahrida kuniga 3,59±0,02 mg, Toshkent viloyatida kuniga 1,48±0,02 mg, Qoraqalpog'iston Respublikasi shahar sharoitida kuniga 1,29±0,02 mg va qishloq joylarida kuniga 1,31±0,03 mg ni tashkil qildi (1-jadval). Rossiya Federatsiyasida belgilangan fiziologik me'yorning tavsiya etilgan kunlik o'rtacha darajasi kuniga 5,0 mg ni tashkil qiladi [5]. O'zbekistonda likopenni iste'mol qilishning fiziologik normalari aniqlanmagan. Likopen manbalariga ko'ra milliy oziq-ovqat iste'moli standartlarida kuniga 30 dan 50 grammgacha bo'lgan miqdorda faqat yangi pomidor ko'rsatilgan. [6].

Olingan natijalar shuni ko'rsatadiki, o'rtacha kunlik ratsiondagi likopenning asosiy manbai yangi pomidorlardir. Ma'lumki, AQShning janubi-sharqida likopenni iste'mol qilish dietada pizza va makaron mavjudligi bilan bog'liq. Ma'lumki, AQShning janubi-sharqida likopenni pizza va

makaron orqali [7], Buyuk Britaniya va Frantsiyada – yangi va konservalangan pomidorlar va pizza, Gollandiya va Irlandiyada – yangi pomidorlar, pomidor sho'rvolari va pizza, Ispaniyada – yangi pomidorlar va tomat pyuresi [8], Belgiyada - yangi pomidorlar, pomidorni o'z ichiga olgan mahsulotlar va pomidor souslari orqali qabul qilishadi [5].

Xulosa:

1. O'zbekistonda birinchi marta pomidor mahsulotlari va likopen iste'molini tavsiflovchi ma'lumotlar olindi.

2. Likopen manbalarini iste'mol qilish darajasi etarli emasligi, Toshkent shahrida sutkasiga 3,59±0,02 mg, Toshkent viloyatida sutkasiga 1,48±0,02 mg, Qoraqalpog'iston Respublikasi shahar sharoitida sutkasiga 1,29±0,02 mg va qishloq joylarda sutkasiga 1,31±0,03 mg bo'lgan o'rtacha sutkalik ratsionda likopen miqdori pastligi aniqlandi.

3. O'zbekiston Respublikasida parhezlarining antioksidant va saratonga qarshi samaradorligini baholash uchun likopenning o'rtacha kunlik iste'moli bo'yicha fiziologik me'yorlarni qabul qilish zarur.

4. Bizning ma'lumotlarimiz shuni ko'rsatadiki, o'rtacha kunlik ratsiondagi likopenning asosiy manbalari yangi pomidordir.

**Adabiyotlar ro'yxati**

Тилляшайхов М.Н., Ибрагимов Ш.Н., Джанклич С.М. Анализ основных статистических показателей онкологической службы Республики Узбекистан Клиническая и экспериментальная онкология, №2(12) 2020, с.5-9

Patsion, питание и предупреждение хронических заболеваний. Доклад Совместного консультативного совещания экспертов ВОЗ/ФАО (http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916_rus.pdf). Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2003 г. (Серия технических докладов ВОЗ, № 916).

Батурин, А.И., Феоктистова, И.В. (1996). Методические рекомендации по оценке количества потребляемой пищи методом 24-часового (суточного) воспроизведения питания: Метод. рекомендации. Научное исследование институт питания Рос. акад. мед. наук.

Кадиров Д.А., Худайбергенов А.С. "Методические рекомендации по оценке потребления сельскохозяйственной продукции выращенной в экологически неблагоприятных условиях". Утверждены МЗ Узбекистана 24 января за № 8 н-р/118. Ташкент, 2023.

Изучение содержания ликопина в пационе различными методами воспроизведения. Кирпиченкова Е.В., Королев А.А., Никитенко Е.И., Денисова Е.Л., Фетисов Р.Н. и др. Гигиена и санитария. Том 99, № 2, 2020. С.184-185

Ўзбекистон Республикаси аҳолисининг ёшига, жинсига ва касбий фаолияти гуруҳлари учун соғлом овқатланишни таъминлашга қаратилган ўртача кунлик рационал овқатланиш нормативлари. СанҚваН № 0007-20. [www.Lex.uz](http://www.lex.uz)

Zhou Y.E., Buchowski M.S., Liu J., Schlundt D.G., Ukoli F.A., Blot W.J. et al. Plasma Lycopene Is Associated with Pizza and Pasta Consumption in Middle-Aged and Older African American and White Adults in the South eastern USA in a Cross-Sectional Study. PLoS One. 2016; 11 (9): e0161918. DOI: 10.1371/journal.pone.0161918.

O'Neill M.E., Carroll Y., Corridan B., Olmedilla B., Granado F., Blanco I. et al. A European carotenoid database to assess carotenoid intakes and its use in a five-country comparative study. Br J Nutr. 2001; 85 (4): 499–507. DOI: 1079/BJN2000284.



АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ СЕРДЕЧНО СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВОИНСКОЙ НЕПРИГОДНОСТИ СРЕДИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Мухамедова М.Г., Мирсадикова Р.А.

Научно-исследовательский институт военной медицины Военно-медицинской академии Вооруженных Сил Республики Узбекистан

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются ведущей причиной смертности во всем мире, они ответственны ежегодно за 17,3 млн. смертей – 31,5% всех смертей населения планеты. В Европе ежегодно умирают от сердечно-сосудистых заболеваний приблизительно 3 млн. человек, в США – 1 млн., а в России от болезней сердца умирает почти 1,5 млн. человек. Согласно данным официальной статистики около 40 % людей в России умирают в активном трудоспособном возрасте (25–64 года). Смертность мужчин трудоспособного возраста от ишемической болезни сердца (ИБС) в России выше, чем во Франции, более чем в 10 раз, от мозгового инсульта (МИ) – в 6 раз. Число сердечно-сосудистых заболеваний в Узбекистане за 5 лет выросло на 20%. Больше 50% смертей приходится именно на них. Анализ показывает, что 53 % смертей среди населения в возрасте 30-70 лет связаны с сердечно-сосудистыми заболеваниями. За последние пять лет заболеваемость ими увеличилась на 20 % – даже среди молодежи. В целом сердечно-сосудистые заболевания диагностированы у около четырех миллионов человек, что составляет 12 процентов от общей численности населения. Развитие ССЗ тесно связано с образом жизни людей и такими факторами риска (ФР) их развития, как курение, нездоровое питание, недостаточная физическая активность, избыточное потребление алкоголя, избыточная масса тела, ожирение, артериальная гипертония, психосоциальные факторы. Особую актуальность болезни сердца и сосудов приобретают в Вооружённых Силах. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), связанные с атеросклерозом, являются основной причиной смерти среди военнослужащих. И именно ССЗ фигурируют в качестве главной причины увольнения военнослужащих по контракту из Вооруженных Сил по состоянию здоровья [1-3].

Иностранные и отечественные исследователи постоянно изучают проблему заболеваемости военнослужащих. Ежегодно проводимые в США исследования показывают, что распространенность ССЗ у молодых военнослужащих – 3 %, к 40 годам этот показатель увеличивается в три раза и достигает 9 %. В возрасте 40-65 лет АГ диагностируется уже у 17 % военнослужащих [4]. Таким образом, в армии США проблема высокой распространенности ССЗ у военнослужащих чрезвычайно актуальна [5]. Высокая распространенность ИБС была выявлена среди военнослужащих, проходивших службу, как в Ираке, так и в Афганистане [14].

По сравнению с данными Министерства здравоохранения Российской Федерации, заболеваемость указанной группой патологии в Вооружённых Силах характеризуется стабильно более высокими показателями (при сравнении аналогичных возрастных групп), в среднем на 8–10%. В последние годы наблюдается увеличение случаев воинской непригодности, связанных с проблемами сердечно – сосудистой системы среди военнослужащих. Сердечно – сосудистые заболевания на протяжении ряда лет стойко сохраняют наибольшую медицинскую и социальную значимость по показателям увольняемости среди военнослужащих. [13].

Многочисленные исследования в Вооруженных Силах РФ подтверждают тот факт, что среди военнослужащих по контракту, даже в мирное время, наблюдается высокая заболеваемость, что приводит к значительному количеству увольнений в запас [2]. Почти у трети военнослужащих по контракту, уволенных с военной службы по состоянию здоровья, основной причиной увольнения были сердечно-сосудистые заболевания, а более чем 70% военнослужащих, уволенных по состоянию здоровья, имели сердечно-сосудистые заболевания в качестве сопутствующих,отягощающих основное заболевание. По данным проведенного в 2014–2017 гг. исследования установлено, что более чем у 84,6% граждан, уволенных с военной службы, основной причиной смерти являются осложнения заболеваний органов кровообращения, при этом средняя продолжительность жизни пенсионеров Минобороны России на 4,7 лет ниже, чем в среднем по Российской Федерации. [13].

В целом, по данным Гербер В.И. и др., структура заболеваемости ССЗ среди всех военнослужащих близка к общероссийской, а именно в 61% случаев это ИБС и артериальная гипертония (АГ), в т.ч. их сочетание [1]. В доле факторов, неблагоприятно влияющих на здоровье военнослужащих, несоблюдение здорового образа жизни превышает половину всех воздействий (50–55%). Наряду с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), свойственными общей популяции, военнослужащие подвергаются интенсивному воздействию стрессовых факторов (СФ) и повышенной физической нагрузке (Мельниченко П.И., 1997). Специфичность СФ у военнослужащих обусловлена не только последствиями состояния постоянной боевой готовности, но и многофакторными стрессовыми воздействиями при прохождении военной службы в мирных условиях, которые имеют тенденцию накапливаться и нарастать, что



может приводить к развитию пограничных психических расстройств, в частности депрессии [7]. Известно, что в развитии ИБС важную роль имеют факторы риска (ФР) и их сочетание [8-9]. Речь идет как о социально-демографических параметрах, так и о биологических и поведенческих ФР. Распространенность ФР ССЗ с возрастом имеет тенденцию к увеличению. Установлено, например, что на возникновение ИБС в условиях Среднего Поволжья прежде всего влияют такие ФР, как образ жизни (наличие вредных привычек, низкая двигательная активность, особенности питания), условия службы (командная должность, высокая ответственность, ненормированный рабочий день и рабочая неделя, частые заступления на дежурства, преобладание умственного характера труда над физическим, наличие конфликтных ситуаций на службе), условия жизни, наследственные факторы. Влияние региональных особенностей на частоту заболеваний ИБС подтверждают такие ФР, как длительность проживания в регионе >5 лет, употребление маломинерализованной воды для хозяйственно-питьевых нужд [6]. Общими ФР развития ССЗ (в т.ч. ИБС) в последних принятых российских рекомендациях [10] являются: мужской пол; семейный анамнез ранних ССЗ (с ранним началом) фатальных или не фатальных (инфаркт миокарда, мозговой инсульт, АГ у родственников первой линии родства до 55 лет у мужчин и до 65 лет у женщин); избыточная масса тела (ИМТ ≥ 25 кг/м²) и ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²); абдоминальное ожирение (ОТ у мужчин, например, ≥ 94 см; курение и употребление крепкого алкоголя; наличие АГ и СД в анамнезе. Пол, возраст, семейный анамнез, наличие АГ и СД 2 типа. При этом курение ассоциировано с повышенным риском общей смертности, ИБС и рака легких [11]. Среди ветеранов войны в США с ИБС частота курения составляла 43%, что также было достоверно больше по сравнению с гражданскими лицами (31%) [12]. В российском исследовании курильщики среди военнослужащих с ИБС составили 54,78%, а потребление алкоголя в анкетах указывали 91,3% (в контрольной группе — 98%). При этом наследственность по ССЗ в этой когорте была отягощена у 61% [1]. Известно, что кардиометаболические нарушения также вносят важный вклад в развитие целого ряда заболеваний, в первую очередь ССЗ и СД [13]. Профессиональные условия деятельности (у военнослужащих по данным литературы продолжительность срока службы, а именно воинский стаж, имеет связь с заболеваемостью военнослужащих ИБС. В когорте лиц с ИБС у 70% мужчин срок службы в армии превышал 20 лет, а к наиболее подверженным риску возникновения ИБС относились воинские специальности командного (44,36%), обеспечивающего (20,87%) и операторского (15,62%) профиля. В то же время военнослужащие гуманитарных и инженерно-технических специальностей оказались менее подвержены риску возникновения ИБС [6]. В настоящее время на оснащение армии поступают современные оборонительные и наступательные системы. Применение

таких систем вооружения предъявляет высокие требования не только к профессиональной и морально-психологической подготовке, но и к здоровью военнослужащих, их психоэмоциональной устойчивости. В связи с этим современные подходы к сохранению здоровья военнослужащих рассматриваются в качестве важнейшего направления, а здоровье военнослужащих — как важнейший фактор обеспечения постоянной боевой готовности армии и флота. [14] Учитывая высокую актуальность данной патологии среди военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, раннее выявление военнослужащих с повышенным питанием и ожирением и своевременное проведение им комплекса профилактических и лечебных мероприятий является одним из важнейших направлений деятельности медицинской службы Вооружённых Сил.

Медицинской службой Вооружённых Сил планомерно проводятся мероприятия, направленные на снижение смертности военнослужащих от сердечно-сосудистых заболеваний, профилактику заболеваемости среди военнослужащих данной патологией, к которым относятся: 1. Медицинское освидетельствование граждан, поступающих на комплектование Вооружённых Сил. 2. Мероприятия, направленные на профилактику сердечно-сосудистых заболеваний у военнослужащих, в том числе пропаганда здорового образа жизни и проведение диспансеризации. 3. Оказание медицинской помощи военнослужащим с сердечно-сосудистыми заболеваниями. 4. Медицинская реабилитация военнослужащих с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В целях комплектования войск здоровым и практически здоровым пополнением в Вооружённых Силах построена многоуровневая система военно-врачебной экспертизы, которая функционирует на основе тесных законодательных и практических взаимосвязей Министерство обороны Республики Узбекистан совместно с заинтересованными министерствами и ведомствами Республики Узбекистана. В соответствии с законами Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан» и «О всеобщей воинской обязанности и военной службе»

Таким образом, ССЗ занимают в экспертной работе важное место, которое обусловлено: — преобладанием больных ССЗ в структуре освидетельствуемых военнослужащих; — наличием у значительной части освидетельствуемых по ССЗ выраженных морфологических и функциональных нарушений состояния сердечно-сосудистой системы, коморбидной патологии, в значительной степени ограничивающих годность к военной службе. Возрастание значимости факторов риска ССЗ в ближайшей перспективе будут обуславливать рост значимости этой патологии в структуре заболеваемости военнослужащих и повышенное внимание к данной проблеме всех звеньев медицинской службы в плане профилактики, раннего выявления, своевременного и адекватного лечения, динамического наблюдения и медицинского освидетельствования.



Список литературы:

1. Ступаков И.Н., Гербер В.И. Сердечнососудистая заболеваемость среди военнослужащих. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2005;4
2. Караяни, А.Г. Психологические последствия войны и социальнопсихологическая реадaptация участников боевых действий / А.Г. Караяни, 100 Ю.М. Караяни // Вестник Южно-Уральского государственного университета. – 2014. – Т. 7, № 4. – С. 59-66.
3. Ulmer ChS, Bosworth HB, Germain A, et al., the VA Mid-Atlantic Mental Illness Research Education and Clinical Center Registry Workgroup, and Jean C. Beckham. Associations between sleep difficulties and risk factors for cardiovascular disease in veterans and active-duty military personnel of the Iraq and Afghanistan conflicts. J Behav Med. 2015;38(3):544-55. doi:10.1007/s10865-015-9627-4.
4. McCombie, A. Computerized cognitive behavioural therapy for psychological distress in patients with physical illnesses: a systematic review / A. McCombie, R. Gearry, J. Andrews // J. Clin. Psychol. Med. Settings. – 2015. – Vol. 22, N 1. – P. 20-44. 188. Medical Surveillance Monthly Report. Medical Evacuations from Afghanistan. Фесенко В.В. Профилактическая медицина и здоровый образ жизни в Вооруженных силах (сообщение второе). Военно-медицинский журнал, 2007;7:24-32.
5. The health profile of the department of defense: Federal Practitioner Supports Military Health System Goals: электронный научный журнал. – 2011. URL: <http://www.fedprac.com/PDF/028050001s.pdf> (дата обращения: 12.09.2016.)
6. Петровский В.Н., 2000; Phlanz S.E., 2001; Phlanz S.E., Sonnek S., 2002; Казенных В.В., 2005; Rychonovsky J.D., 2007; Busuttill W., 2010.
7. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes: The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal. 2020;41(3):407-77. doi:10.1093/eurheartj/ehz425.
8. Шальнова С.А., Оганов Р.Г., Деев А.Д. и др. от имени участников исследования ЭССЕРФ. Сочетания ишемической болезни сердца с другими неинфекционными заболеваниями в популяции взрослого населения: ассоциации с возрастом и факторами риска. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2015;14(4):44-51. doi:10.15829/1728-8800-2015-4-44-51.
9. Кардиоваскулярная профилактика 2017. Российские национальные рекомендации. Российский кардиологический журнал. 2018;23(6):7- 122. doi:10.15829/1560-4071-2018-6-7-122.
10. Sai XY, He Y, Men K, et al. All-cause mortality and risk factors in a cohort of retired military male veterans, Xi'an, China: an 18-year follow up study. BMC Public Health. 2007;7:290.
- Brown DW. Smoking prevalence among US veterans. J Gen Intern Med. 2010;25(2):147-9. doi:10.1007/s11606-009-1160-0.
11. Мамедов М.Н., Бондаренко И.З., Мареев Ю.В. и др. Новое положение по хронической сердечной недостаточности Ассоциации по сердечной недостаточности Европейского общества кардиологов у больных с сахарным диабетом: комментарии российских экспертов. Международный журнал сердца и сосудистых заболеваний. 2018;6(20):43-50.
12. Вестник военного образования июль – август 2021 №4 (31) Д.В. Тришкин, А.А. Серговец, С.В. Долгих, М.Б. Паценко «Здоровое сердце – сильная армия»
13. LeardMann, C.A. Baseline self-reported functional health and vulnerability to PTSD after combat deployment: Prospective US military cohort study / C.A. LeardMann, T.C. Smith, B. Smith // British Medical Journal. – 2009. – Vol. 338. – P. 1-9. 181. Levy, R.L. P.



ИЗУЧЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Тулабоева Г.М., Талипова Ю.Ш., Сагатова Х.М., Абдукадирова Н.М.,
Хусанов А.А., Адилова И.Г., Атаханова Л.Э.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских
работников при МЗ РУз. Ташкент. Узбекистан.

АННОТАЦИЯ

Оптимизация тактики терапии и в особенности повышение приверженности терапии у пациенток в климактерическом возрасте является важнейшей задачей в плане снижения заболеваемости и смертности, в том числе и от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). В статье представлены данные по проблеме приверженности к антигипертензивной и антиклимактерической терапии у женщин в постменопаузе с высоким сердечно-сосудистым риском. Выявление факторов, ассоциированных с приверженностью, позволит обосновать выполнение ряда мероприятий для повышения эффективности лечения.

Цель: изучение эффективности и приверженности к терапии женщин климактерического возраста с артериальной гипертензией.

Выявлено, что у женщин старшей возрастной группы наступление ранней менопаузы сопряжено с наличием предшествующей гипертонии, в особенности гестационной. Артериальная гипертония у этой категории женщин характеризуется достоверно более высокими значениями АД, нарушением суточного ритма АД, повышенной частотой встречаемости ожирения, нарушением липидного и углеводного обменов, клиническими проявлениями поражений органов-мишеней (достоверной систолической и диастолической дисфункцией ЛЖ, концентрической гипертрофией ЛЖ и др.) и наличием ассоциированных клинических состояний (ИБС, сахарный диабет 2-типа и др.) с высокой вероятностью их осложнений. Выявлены факторы ассоциированные с высокой приверженностью к терапии: образование, динамический контроль (АД, ЧСС, прием препаратов), повышение доли ответственности пациенток, длительность АГ, осведомленность о рисках осложнений и др. Для повышения приверженности к терапии рекомендуется минимизировать частоту изменений схемы лечения. Назначение рациональных схем лечения не является достаточным для достижения контроля клинических проявлений, необходимо повысить долю ответственности пациентов за соблюдением правильных схем терапии путем регулярного ведения дневника самоконтроля, что позволяет снизить степень риска недоверия пациентов врачам.

Ключевые слова: климактерический синдром, артериальная гипертония, высокий риск, приверженность терапии, менопауза, постменопауза.

ANNOTATION

Optimizing therapy tactics and, in particular, increasing adherence to therapy in menopausal patients is an important task in terms of reducing morbidity and mortality, including from cardiovascular diseases (CVD). The article presents data on the problem of adherence to antihypertensive and anti-menopausal therapy in postmenopausal women with high cardiovascular risk. Identification of the factors associated with adherence will make it possible to justify the implementation of a number of measures to improve the effectiveness of treatment.

Objective: to study the effectiveness and adherence to therapy of menopausal women with arterial hypertension.

It was revealed that in older women, the onset of early menopause is associated with the presence of previous hypertension, especially gestational hypertension. Arterial hypertension in this category of women is characterized by significantly higher blood pressure values, impaired circadian rhythm of blood pressure, increased incidence of obesity, impaired lipid and carbohydrate metabolism, clinical manifestations of lesions of target organs (significant systolic and diastolic LV dysfunction, concentric LV hypertrophy, etc.) and the presence of associated clinical conditions (coronary heart disease, diabetes mellitus 2-type, etc.) with a high probability of their complications. Factors associated with high adherence to therapy were identified: education, dynamic control (blood pressure, heart rate, taking medications), increased patient responsibility, duration of hypertension, awareness of the risks of complications, etc. To increase adherence to therapy, it is recommended to minimize the frequency of changes in the treatment regimen. The appointment of rational treatment regimens is not sufficient to achieve control of clinical manifestations, it is necessary to increase the share of patient responsibility for compliance with correct therapy regimens by regularly keeping a self-monitoring diary, which reduces the risk of patients distrusting doctors.

Key words: menopausal syndrome, arterial hypertension, high risk, adherence to therapy, menopause, postmenopause.

Терапия тактикасини оптималлаштириш ва хусусан, менопаузали беморларда терапияга риоя қилишни ошириш касалланиш ва ўлимни, шу жумладан юрак-қон томир касалликларидан (ЮҚТК) қамайтириш нуктаи



назаридан муҳим вазифадир. Мақолада юрак-қон томир хавфи юқори бўлган постменопаузал аёлларда антигипертензив ва менопаузага қарши терапияга риоя қилиш муаммоси ҳақида маълумотлар келтирилган. Риоя қилиш билан боғлиқ омилларни аниқлаш даволаш самарадорлигини ошириш бўйича бир қатор чора-тадбирларни амалга оширишни асослаш имконини беради.

Мақсад: артериал гипертензияси бўлган менопаузали аёлларнинг самарадорлиги ва терапиясига риоя қилишни ўрганиш.

Кекса аёлларда ерта менопаузанинг бошланиши олдинги гипертензия, айниқса ҳомиладорлик гипертензияси мавжудлиги билан боғлиқлиги аниқланди. Ушбу тоифадаги аёлларда қон босимининг сезиларли даражада юқори кўрсаткичлари, қон босимининг суткалик ритмининг бузилиши, ортиқча тана вазининг кўпайиши, липид ва углевод алмашинувининг бузилиши, нишон аъзоларнинг шикастланишининг клиник кўринишлари (сезиларли юрак чап қоринчаси систолик ва диастолик дисфункцияси, унинг концентрик гипертрофияси ва бошқалар) билан тавсифланади ва боғлиқ клиник ҳолатларнинг мавжудлиги (юрак ишемик касаллиги, 2-турли қандли диабет ва бошқалар) уларнинг асоратлари еҳтимоли юқори. Терапияга юқори даражада риоя қилиш билан боғлиқ омиллар аниқланди: таълим, динамик назорат (қон босими, юрак уриши, дори-дармонларни қабул қилиш), беморнинг жавобгарлигини ошириш, гипертензия давомийлиги, асоратлар хавфини билиш ва бошқалар. Терапияга риоя қилишни ошириш учун даволаш режимидаги ўзгаришлар частотасини минималлаштириш тавсия этилади. Клиник кўринишларни назорат қилиш учун оқилон даволаш режимларини тайинлаш етарли еъас, мунтазам равишда ўз-ўзини назорат қилиш кундалигини юритиш орқали беморнинг тўғри терапия режимларига риоя қилиш учун жавобгарлик улушини ошириш керак, бу эъа беморларнинг шифокорларга ишонмаслик хавфини камайтиради.

Калит сўзлар: менопауза синдроми, артериал гипертензия, юқори хавф, терапияга риоя қилиш, менопауза, постменопауз.

Артериальная гипертензия (АГ) – не только одно из самых распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы, но и основной предиктор возникновения сердечно-сосудистых катастроф [1, 5, 7, 8, 10]. У 30% взрослого населения развитых стран мира определяется повышенный уровень артериального давления (АД) и у 12-15 % - наблюдается стойкая артериальная гипертензия. Около 50% всех случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) приходится на долю АГ [12, 14, 15].

Поэтому своевременное назначение адекватной антигипертензивной терапии, позволяющей пациентам с АГ достичь и удержать в течение максимально длительного времени целевой уровень АД – важнейшее условие для обеспечения снижения риска развития ССЗ и смертности [1, 2, 9, 10].

Несмотря на то, что в настоящее время доступно большое количество антигипертензивных лекарственных препаратов, как в виде монотерапии, так и в форме фиксированных комбинаций, ситуация с контролем АГ остается сложной: среди 40% взрослого населения, страдающих АГ, лишь у 23% достигаются целевые цифры АД [2, 5, 7, 15]. Причины такой ситуации с контролем АД весьма разнообразны. Некоторые из них могут быть связаны с врачебной тактикой определения АГ терапии: нерациональный выбор лекарственных препаратов и/или их комбинаций, страх применения комбинированной терапии из-за возможного чрезмерного снижения АД, отсутствие стремления к достижению рекомендованных целевых цифр АД [11, 14]. К другой группе причин относятся факторы, связанные с пациентами: несоблюдение ими рекомендаций врача как в отношении изменений

образа жизни, так и в отношении медикаментозной терапии: низкая приверженность терапии [4, 6, 9, 10]. Также достижение контроля АД могут затруднять сопутствующие заболевания, требующие индивидуального подхода к выбору АГ терапии (например, заболевания почек, метаболические нарушения, сахарный диабет и др.). Кроме того, в последние годы все большее внимание уделяется обусловленным полом различиям в клинической картине, течении ССЗ, эффективности и безопасности лечения [5, 7, 8, 10].

Данные Framingham Study и некоторых других эпидемиологических исследований показали, что, вопреки существовавшему многие годы убеждению, риск развития ССЗ у женщин как минимум соответствует таковому у мужчин, а в некоторых случаях и превышает его [12, 13]. С 80-х годов XX века в развитых странах сердечно-сосудистая смертность среди мужчин стала заметно уменьшаться. У женщин, наоборот, наблюдается тенденция к ее росту. Первым шагом на пути решения этой проблемы является определение наиболее значимых для женщин факторов риска ССЗ и поиск методов их коррекции [1, 2, 9, 10]. Факторы риска развития ССЗ можно разделить на неспецифические (общие для мужчин и женщин) и специфические (характерные только для мужчин или только для женщин). Несмотря на общность факторов риска, в особенностях их влияния на формирование патологии ССС у мужчин и женщин имеются различия [10, 11]. На специфические для женщин и мужчин факторы риска ССЗ практические врачи обращают меньше внимания [9, 10].

АГ широко распространена и наблюдается у 41,1% женщин. Осложнения этого заболевания зани-

Сравнительный анализ факторов риска у женщин в постменопаузе в зависимости от наличия АГ в анамнезе

Показатель	Женщины			
	1-группа		2-группа	
	n	%	n	%
Нормальная масса тела (до 25 кг/м ²)	34	32,7	31	32,3
Ожирение I-ст. (25,9-29,9 кг/м ²)	48	46,2	49	47,1
Ожирение II-III-ст. (30 и более кг/м ²)	22	21,1*	16	16,6
СД 2-го типа	15	14,4*	9	9,3
ИБС	34	32,7*	24	25
Всего	104	100	96	100

Примечания: достоверность между группами наблюдения *- $p < 0,05$;

мают первое место в структуре смертности в женской популяции. У женщин с гипертензией риск развития ИБС в 3,5 раза выше, чем у женщин с нормальным артериальным давлением [1, 2, 9, 10].

В 2018 году эксперты Европейского общества кардиологов и Европейского общества по АГ существенно пересмотрели подход к АГТ: было рекомендовано стремиться к достижению более низких целевых цифр АД у всех категорий пациентов, а также начинать терапию АГ у большинства пациентов с комбинированных АГ препаратов, преимущественно фиксированных [12]. Эти рекомендации должны способствовать более эффективному снижению АД и быстрому достижению целевых цифр у пациентов с АГ и, главное, эффективному снижению риска сердечно-сосудистых осложнений и смертности [1, 3, 5, 7].

Выбор антигипертензивных препаратов, их дозы, мониторинг эффективности и безопасности лечения у женщин также имеет свои отличия, обусловленные физиологическими особенностями женского организма [6]. Они влияют на фармакокинетические параметры лекарственного препарата, следовательно, эффективность и безопасность медикаментозной терапии [8].

Можно выделить следующие особенности, которые следует учитывать при использовании лекарственных препаратов у женщин: у женщин меньше индекс массы тела и размер внутренних органов, больше относительное количество жира; содержание воды в организме женщины меняется в зависимости от фазы менструального цикла (эстрадиол задерживает натрий и воду); у женщин ниже скорость клубочковой фильтрации и клиренс креатинина; менструальный цикл, менопауза, беременность сопровождаются колебанием содержания половых гормонов, изменением содержания воды в организме; женский пол – фактор риска развития нежелательных лекарственных реакций, которые развиваются в данном случае на 50–70% чаще, чем у мужчин; приверженность к терапии у женщин ниже чем у мужчин [1-10].

Для пациентов с АГ приверженность к терапии составляет 50-60%, т.е. прием только половины на-

значенных АГС [4, 5]. Отсутствие приверженности к терапии ассоциируется с повышением риска потери контроля АД на 41%, с увеличением риска инфаркта миокарда на 15%, увеличением риска инсульта на 22% [10]. За счет этих осложнений стоимость ведения пациента увеличивалась на 43,7% [10]. При приверженности к антигипертензивной терапии менее 50% по сравнению с приверженностью более 80% смертность и частота госпитализаций увеличилась в 1,4 раза [9].

Часть пациентов (16-60%), особенно с впервые выявленной гипертензией, в течение года прекращает прием АГС. При наблюдении на протяжении 5-10 лет менее 40% пациентов продолжают принимать антигипертензивные средства [5].

Учитывая вышеуказанные факторы большое значение приобретает информирование врачей о современных подходах к лечению АГ и оптимальной тактике АГТ и изучение приверженности к терапии у женщин. Именно это послужило целью данного исследования: изучение эффективности и приверженности к антигипертензивной терапии женщин постменопаузального возраста.

Материалы и методы исследования. Согласно поставленной цели исследования проводили изучение приверженности к терапии женщин (n=200) в постменопаузе с артериальной гипертензией. На основании анамнеза и выявления клинических проявлений климактерического синдрома обследованных женщин рандомизировали на две группы динамического наблюдения. Пациентки с климактерическим синдромом I-II степени тяжести (по шкале Купермана-Уваровой) 1-группа (n=104) ср. возраст - 52,19±0,40 лет и 2-группа (n=96) ср. возраст- 53,45±4,32 года, группа сравнения. Индуцированная менопауза являлась критерием исключения. Анализ проводился на основе записей в амбулаторных картах (архивных материалов) по месту жительства. Группы были сопоставимы по возрасту, количеству родов в анамнезе, при этом в группе с гестационной гипертензией в анамнезе средний возраст наступления менопаузы соответство-

Антигипертензивная терапия у включенных в исследование женщин в постменопаузе с и без гестационной АГ в анамнезе

Терапия	Женщины			
	1 -группа		2-группа	
	n=104	%	n= 96	%
Вальсартан/амлодипин 80/10 мг/сут	52	50	48	50
Гидрохлортиазид/спиронолактон 25/25 мг/сут	52	50	48	50
Розувастатин 20 мг/сут	100	96,2	93	96,9
Аспирин 75 мг/сут	94	90,4	88	91,7

вал у $n=45$ (43,3%) $46,4 \pm 2,6$ годам, а у $n=40$ (38,5%) $44,3 \pm 3,5$ года, что соответствует ранней менопаузе. Пациентки имели продолжительность АГ (в среднем $15,3 \pm 2,5$ лет), при этом частота встречаемости АГ у женщин с АГ в анамнезе на 2,1 года больше, чем у женщин без АГ во время беременности. Следует отметить, что осведомленность о наличии заболевания и о необходимости контроля АД у женщин с АГ в анамнезе была выше, чем у женщин без АГ в анамнезе. Важно отметить, что в исследовании участвовали пациентки, которые на момент включения не получали эффективную АГТ (используемая терапия не была регулярной, не достигнуты целевые уровни АД или эпизодически лечились), кроме того пациентки не принимали статины и аспирин. Женщины обеих групп имели сопоставимые значения ИМТ ($27,9 \pm 0,4$ кг/м² против $27,7 \pm 0,4$ кг/м², $p < 0,1$) (табл. 1.). Анализ анамнестических данных показал, что женщины обеих групп отмечали появление клинических жалоб связанных с повышением АД, а также повышения веса тела с наступлением менопаузы в среднем за 1,5 года от начала нерегулярных менструальных реакций. Важно указать, что у женщин с ожирением в 2,1 раза чаще выявлялся сахарный диабет 2 типа, а у женщин с гестационным сахарным диабетом выявлялась гипергликемия в 1,6 раза чаще, чем у женщин без гестационного сахарного диабета в анамнезе. Необходимо указать, что данные акушерско-гинекологического анамнеза у пациенток обеих групп по количеству беременностей и родов, началу половой жизни и др. факторов были в общем сопоставимы, за исключением единственного факта, что среди пациенток 2-группы преобладали многорожавшие женщины (в 2,2 раза более родивших 5х и более живых детей), что является свидетельством относительно благоприятного репродуктивного здоровья.

Согласно анализу возрастных групп по 5-летним промежуткам, с учетом наличия гипертонического анамнеза во время беременности и без такового, из общего количества пациенток, включенных в исследование, выявлено, что у пациенток с наличием гипертонии во время беременности повышение АД преобладает в возрастном периоде 55-60 лет у 40 (38,%) женщин и в возрасте 61-65 лет у 39 (37,5%), т. е. на 3,7 лет раньше среднестатистических мировых данных,

согласно опубликованным в рекомендациях ЕОАГ (2013-2018 гг). При этом у женщин без гипертонии во время гестации, дебют клинических проявлений, связанных с повышением АД, чаще встречается в возрасте 61-65 лет, 49 (51%) против 19 (19,8%) женщин в возрасте 55-60 лет. При этом отмечается относительно одинаковая встречаемость АГ в возрастном промежутке 66-69 лет – 25 (24%) против 28 (29,2%) включенных женщин в постменопаузе в обеих группах.

Таким образом, необходимо отметить, что в группе пациенток в постменопаузе с наличием в анамнезе АГ в периоде гестации частота встречаемости факторов риска ССЗ в 1,6 раза чаще, чем в группе пациенток в постменопаузе без АГ в гестационном периоде.

Важным вопросом исследования явилась оценка эффективности АГТ, которую определяли через 12 недель терапии, критериями являлись показатели достижения целевых значений АД, восстановление суточного профиля и вариабельности АД по данным СМАД, динамика клинко-биохимических показателей, регресс (тенденция) поражений органов мишеней. АГТ назначали всем пациенткам, которая включала применение *per os* вальсартана 80 мг/сут, через 2 недели при недостаточном эффекте дозу препарата увеличивали до 160 мг/сут, через 4 недели при отсутствии динамики снижения АД добавляли фиксированную комбинацию гидрохлортиазида 25 мг/сут с спиронолактон 25мг/сут (Нолаксен), наряду с АГТ всем женщинам назначали аспирин в дозе 75 мг/сутки, статины (розувастатин 20 мг/сут) под контролем клинко-биохимических показателей. Нолаксен – комбинированный препарат, диуретическое и гипотензивное действие которого обусловлено сочетанием свойств спиронолактона и гидрохлортиазида. Спиронолактон является калийсберегающим диуретиком, конкурентным антагонистом альдостерона (минералокортикостероидного гормона коры надпочечников). Связываясь с рецепторами альдостерона, увеличивает экскрецию с мочой воды, ионов натрия и хлора, уменьшает выведение ионов калия и мочевины, снижает кислотность мочи. Гидрохлортиазид – тиазидный диуретик. Снижает реабсорбцию ионов натрия, хлора и воды, усиливает выделение с мочой ионов калия, гидрокарбонатов и фосфатов. За целе-

Таблица 3.

Динамика приверженности к АГТ у женщин в постменопаузе

Терапия	1- группа (n=104)		2- группа (n=96)	
	Через 1 месяц	Через 3 месяца	Через 1 месяц	Через 3 месяца
Вальсартан/амлодипин 80/10 мг/сут	3,1±1,7	3,4±2,1	3,4±1,3	3,6±1,1*
Гидрохлортиазид/спиронолактон 25/25 мг/сут	3,7±1,6	3,8±2,2	3,9±1,1	4,1±0,8
Розувастатин 20мг/сут	2,5±1,6	3,1±1,6*	3,4±0,9	3,6±1,4
Аспирин 75 мг/сут	2,8±1,3	3,4±1,3*	3,3±0,9	3,6±0,8*

Примечание: достоверность до- и после лечения * $p < 0,01$

вое значение АД принимали значение САД ≤ 130 мм рт.ст., ДАД ≤ 80 мм рт.ст.

На каждую пациентку заполняли индивидуальную карту (дневник) динамического наблюдения, в которую пациентка ежедневно записывала результаты измерений АД и ЧСС, жалобы, а также отмечала время приема препарата и побочные эффекты от лечения (если таковые возникали). Оценка приверженности проводилась с использованием теста Мориски-Грина, определяющего комплаентность к лечению [2, 3, 5]. Проводилось изучение приверженности к АГТ пациенток в постменопаузе, которая оценивалась по шкале комплаентности Мориски-Грина: 1. Забывали ли Вы когда-либо принимать препараты? (да/нет); 2. Не относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств? (нет/да); 3. Не пропускаете ли Вы прием препаратов если чувствуете себя хорошо? (нет/да); 4. Если Вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы следующий прием? (нет/да). Каждый пункт оценивается по принципу «да-нет», при этом «да» – 0 баллов, «нет» – 1 балл. Приверженными (комплаентными) считали пациентов, набравшие более 3 баллов, набравшие менее 3 баллов не приверженными [2, 5]. Пациентки заполняли дневники по контролю АД, ЧСС и приема АГТ, согласно этим записям проводили оценку эффективности терапии и определяли приверженность к терапии через 3 месяца наблюдения.

Статистическую обработку данных проводили на персональном компьютере с помощью программы «Statistica 6.0 for Windows». Для предоставления данных использовали показатели: среднее значение, стандартную ошибку средней, стандартное отклонение, либо медиану и интерквартильный размах, проценты и частоты. Достоверность отличий сравниваемых показателей оценивались по парному t -критерию Стьюдента. Результат считался достоверным при вероятности ошибки ($p < 0,05$), по t -критерию. Связь между исследуемыми показателями оценивали с помощью корреляционного анализа с определением коэффициента корреляции (r) и его уровня значимости (p) по методу Пирсона, достоверным считали при $p < 0,05$, высокодостоверными при $p < 0,0001$.

Результаты и обсуждение. На основании данных первичной медицинской документации и записей в дневниках самоконтроля, в качестве компонентов приверженности АГТ проведен анализ регулярности лечения и сохранения схемы лечения. Под изменением схемы АГТ понимали несоответствие рекомендованной нами схемы терапии и используемой на момент повторного осмотра изменения схемы лечения АГ по ее содержанию (торговым наименованиям препаратов/международного номенклатурного названия и их дозировкам). Оценку эффективности, проводимой АГТ проводили на основе динамики клинико-лабораторных показателей, достижения целевых значений АД, восстановлению суточного ритма АД, а также оценивали приверженность к проводимой АГТ.

Важным вопросом исследования явилась оценка приверженности к АГТ по шкале Мориски-Грина. Так результаты анализа данных показали, что суммарный балл у пациенток 1-группы во время визита через 1 месяц составлял в среднем $2,7 \pm 1,4$ балла, а во 2- группе $1,8 \pm 1,3$ балла ($p < 0,01$), это в целом отражает низкую приверженность к терапии. Тактика АГТ в исследуемых группах предусматривала применение комбинированной терапии – фиксированной комбинацией вальсартана с амлодипином в дозировках 80/5 мг, с титрованием до максимальной дозы (табл. 2).

Всем пациенткам рекомендовали заполнение дневников по контролю АД, ЧСС, приема препаратов. Следует отметить, что регулярно в течении 1го месяца заполняли дневники 46 (44,2%) пациенток 1-группы, 41 (42,7%) женщин 2-группы, в оставшихся случаях были пробелы, что показывает примерно одинаковую приверженность к лечению в обеих группах.

Важно подчеркнуть, что большая половина пациенток обеих групп не мотивированы не только для соблюдения рекомендаций по лечению, но и демонстрирует «не серьезное» отношение к самоконтролю при заполнении дневников. По мнению пациенток, самыми частыми причинами пропусков приема препаратов являлось хорошее самочувствие и отсутствие жалоб в 37 (35,6%) случаях в 1 –группе, у 28 (29,2%) во второй группе, забывчивость (30,9% и 29,2%), в 9 (8,7%) и 6 (6,3%) соответственно боялись зависимо-



сти от лекарств или отсутствие эффекта 1,6% и 0,9% соответственно респондентов в обеих группах. то есть управляемые факторы. Приверженность к терапии в группах была сопоставимой, при этом отмечалась одинаково низкая комплаентность к статинам и аспирину у пациенток обеих групп. Повторный анализ комплаентности к АГТ оценивали через 3 месяца терапии (табл. 3), к 3-му визиту (через 3 месяца терапии). Данные опроса показали, что 58 (55,8%) пациенток 1-группы и у 50 (52,1%) 2- группы регулярно контролировали АД, ЧСС, принимали препараты и заполняли дневники, а в остальных случаях дневники остались такими же не заполненными с момента включения в исследование. Тем не менее в общем приверженность достигла высоких значений составляя $3,8 \pm 2,2$ и $4,1 \pm 0,8$ баллов соответственно. Однако у пациенток в группе применения фиксированной комбинации гидрохлортиазид/спиронолактон 25/25 мг/сут (нолаксен), к основной терапии отмечалась лучшая переносимость, меньшее количество нежелательных явлений, чем на прием комбинации вальсартан/амлодипин 80/10 мг/сут, но в обеих группах не возникали побочные эффекты. Достоверно повысилась приверженность к статинам и аспирину (табл. 3).

Несмотря на рекомендуемые рациональные схемы АГТ, в течение 3 месяцев после первичной нашей консультации у 37,7% пациентов зафиксировано неконтролируемое повышение АД, а частота достижения целевого АД составила всего 28,7%. Через 3 месяца 74,9% респондентов регулярно принимали антигипертензивные препараты. Анализ приверженности АГТ по компоненту сохранения рекомендованной нами схемы терапии показал, что только у 25,1% пациентов через 3 месяца сохранялась схема лечения АГ, 8,9% отказались от лечения полностью, а у 66,0% пациентов схема лечения изменилась. Среди пациентов, изменивших схему АГТ или отказавшихся от лечения АГ, 56,0% сделали это самостоятельно, без рекомендаций врача, а основной причиной изменения схемы лечения/прекращения медикаментозной коррекции АГ в 46,9% случаев явилось боязнь побочных эффектов и/или боязнь привыкания.

По мнению пациенток, основными причинами пропусков в приеме АГС является отсутствие симптомов заболевания (52,3%) и забывчивость (31,2%). В 5% случаев пациентки указывали на отсутствие уверенности в том, что лечение может помочь, в 1,6% - недоверие к врачу или отсутствие денег, в 0,8% - отсутствие эффекта от проводимой антигипертензивной терапии. 10,4% пациентов указывали на две и более причин, приводящие к изменению приема АГС.

Выделены факторы, статистически значимо коррелирующие с приемом АГТ должность пациентов (у пенсионеров приверженность выше, чем у работающих) ($r = 0,2$; $p < 0,05$), наличие артериальной гипертензии у близких родственников ($r = 0,42$; $p < 0,05$), длительность заболевания меньше 5 лет ($r = 0,54$;

$p < 0,05$), риск развития сердечно-сосудистых осложнений при АГ ($r = 0,32$; $p < 0,05$). Выявлена положительная корреляция между приемом АГТ и проведением комбинированной терапии ($r = 0,33$; $p < 0,05$), количеством принимаемых АГТ ($r = 0,64$; $p < 0,05$), лечением ИАПФ ($r = 0,62$; $p < 0,05$), БАБ ($r = 0,24$; $p < 0,05$), АК ($r = 0,2$; $p < 0,05$). Данные корреляционные связи свидетельствуют о лучшей приверженности при приеме нескольких гипотензивных средств, а также приеме ИАПФ, БАБ, АК. Корреляционный анализ показал, что у пациентов, самостоятельно контролирующих свое АД, приверженность также выше ($r = 0,8$; $p < 0,05$).

Наибольшая эффективность контроля АГ, оцененная по достижению целевого АД по результатам самоконтроля, отмечалась в группе пациентов, регулярно принимающих АГТ с добавлением фиксированной комбинации Гидрохлортиазид/спиронолактон 25/25 мг/сут и не менявших схему лечения в течение 3 месяцев (47,4%), при недостаточной приверженности по одному/обоим компонентам частота достижения целевого АД варьировала от 9,4% до 26,5%.

Таким образом у женщин старшей возрастной группы наступление ранней менопаузы сопряжено с наличием предшествующей гипертензии, в том числе гестационной. Гипертензия у этой категории женщин характеризуется достоверно более высокими значениями АД, нарушением суточного ритма АД, повышенной частотой встречаемости ожирения, нарушением липидного и углеводного обменов, клиническими проявлениями поражений органов-мишеней (достоверной систолической и диастолической дисфункцией ЛЖ, концентрической гипертрофией ЛЖ и др.) и наличием ассоциированных клинических состояний (ИБС, сахарный диабет 2-типа и др.) с высокой вероятностью их осложнений. Выявлены факторы ассоциированные с высокой приверженностью к АГТ: динамический контроль (АД, ЧСС, прием препаратов), повышение доли ответственности пациенток, длительность АГ, осведомленность о рисках осложнений и др.

Факторы, ассоциированные с высокой приверженностью у включенных в исследование женщин длительность заболевания более 5 лет, ведение дневника контроля артериального давления и приема АГС, диспансерное наблюдение у лечащего врача по поводу артериальной гипертензии, наличие сопутствующей ИБС, перенесенного инфаркта миокарда и/или инсульта, прием нескольких антигипертензивных средств, а также прием ингибиторов АПФ, β -блокаторов, антагонистов кальция, а добавление фиксированной комбинации Гидрохлортиазид/спиронолактон 25/25 мг/сут (нолаксена) позволила относительно группы контроля достоверно снизить уровень АД до целевых значений, что показало высокую приверженность к терапии и меньшее количество нежелатель-



ных эффектов (по анализам дневников АД).

Одним из эффективных методов повышения приверженности к терапии является ведение дневника самоконтроля АД, отражающего как динамику, так и эффективность применяемой терапии. Для повышения приверженности к терапии рекомендуется минимизировать частоту изменений схемы лечения.

Назначение рациональных схем лечения не является достаточным для достижения контроля АД, необходимо повысить долю ответственности самих пациентов за соблюдением правильных схем терапии путем регулярного ведения дневника самоконтроля, тем самым снизить риск степени недоверия пациентов врачам.

Литература.

Аникин В.В., Изварина О.А Особенности артериальной гипертонии и суточного профиля артериального давления у женщин в климактерическом периоде. // Российский кардиологический журнал. 2011. № 6 (92). С. 47-51.

Базина И.Б Особенности течения эссенциальной артериальной гипертонии у женщин молодого возраста. Проблемы женского здоровья. 2019. Т. 3. № 2. С. 38-42.

Фонякин А. В., Гераскина Л. А. Артериальная гипертония и оптимизация медикаментозной профилактики ишемического инсульта. Кардиология. 2016;2(56):73–78.

Appraisal of the knowledge of hypertensive patient and assessment of the role of the pharmacists in the management of hypertension: results of a regional survey / S. Ragot [et al.] // J. Hum. Hypertens. - 2015 Jul. - Vol. 19, N 7. - P. 577-584.

Anthropological Approach to Adherence Factors for Antihypertensive Drugs / A. Sarradon-Eck [et al.] // Healthcare Policy. - 2010 May. - Vol. 5, N 4. - P. 157-175. Difficult-to-control arterial hypertension or uncooperative patients? The assessment of serum antihypertensive drug levels to differentiate non-responsiveness from non-adherence to recommended therapy / J. Ceral [et al.] // Hypertension research. - 2021 Jan. - Vol. 34, N 1. - P. 87-90.

Impact of adherence to antihypertensive agents on clinical outcomes and hospitalization costs / A. Dragomir [et al.] // Med. Care. - 2020 May. - Vol. 48, N 5. - P. 418-425.

Factors related to poor control of blood pressure with antihypertensive drug therapy / E. Jokisalo [et. al.] // Blood Press. - 2003. - Vol. 12, N 1. - P. 49-55.

Fonyakin AV, Geraskina LA. Arterial hypertonia and optimization of medicament prophylaxis of an ischemic stroke. Kardiologiya. 2016;2(56):73–78. In Russian.

Meschia JF, Bushnell C, Boden-Albala B, Braun LT, Bravata DM, Chaturvedi S et al. Guidelines for the primary prevention of stroke. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2014;45(12):3754–3832.

Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology. Eur Heart J. 2013;34 (28):2159–2219.

Morisky D.E. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence / D.E. Morisky, L.W.Green, D.M. Levine // Med. Care. – 2016 Jan. – Vol. 24, N 1. – P. 67-73.

Neutel, J. M. Improving patient compliance: a major goal in the management of hypertension / J. M. Neutel, D. H. Smithy // J. Clin. Hypertens. - 2013 Mar-Apr. - Vol. 5, N 2. - P. 127-132.

European recommendations for the prevention of cardiovascular diseases in clinical practice (2016 revision). Cardiovascular Therapy and Prevention. 2017;16(6):7-68. (In Russ.) Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (пересмотр 2016 г.). Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2017;16(6):7-68. doi:10.15829/1728-8800-2017-6-7-68.

Krzesinski, J. M. Importance of a bad adherence to the antihypertensive treatment in the hypertensive population. How to improve it? / J. M. Krzesinski, F. Krzesinski // Rev Med Liege. - 2010 May-Jun. - Vol. 65, N 5-6. - P. 278-284.

Stramba-Badiale M., Fox K.M., Priori S.G. Cardiovascular diseases in women: a statement from the policy conference of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2016; 27(8): 994-1005.

Yu.Sh. Talipova. Features of diagnosis and correction of menopausal metabolic syndrome. // European Journal of Research – Vienna, Austria, 2018. № 1 P. 58-72. (Scientific journal IF-4.4).

Yu.Sh. Talipova., G.M Tulaboyeva. Study of the structural and functional state of the myocardium in women with arterial hypertension in perimenopause. // Journal of research in health science, Yashresh, Israel, 2018. № 1 (2), P 38-41. (Scientific journal IF-5.24).

Yu.Sh. Talipova., G.M Tulaboyeva., F.F Azizova., A.A Khusanov., Kh.M. Sagatova. Treatment efficiency study of various types of arterial hypertension during pregnancy to reduce the risk of development of gestation and perinatal complication. // European journal of pharmaceutical and medical research 2018. Volume 5, October issue 10, P. 54-57. (Scientific journal IF-4.897)

Yu.Sh. Talipova. Evaluation of blood pressure variability in chronic hypertension in pregnant women. // American Journal of Research № 5-6 May-June 2018. USA, Michigan. P 100-106 (Scientific journal IF-5.069).

Талипова Ю.Ш. Особенности вариабельности артериального давления при хронической артериальной гипертонии у беременных. // Терапевтический вестник Узбекистана. – Ташкент, 2019. № 1. – С. 22-26.

Yu.Sh. Talipova. Study of compliance to therapy of women in the postmenopause with arterial hypertension. // International Journal of Pharmaceutical Research. July - Sept 2019. P 192 – 197 (Scopus. Scientific journal IF-6.887).



ФАКТОРЫ РИСКА ОЖИРЕНИЯ

Дилафруз Гайратовна Абдуллаева¹, Наргиза Илхамовна Икромовна²

¹Ташкентская медицинская академия, доктор медицинских наук, доцент

²Научно-исследовательский институт военной медицины

Военно-медицинской академии Вооруженных Сил Республики Узбекистан

АННОТАЦИЯ

Избыточный вес и ожирение в настоящее время распространены в разных странах мира, причем проблемы наблюдаются среди работников различных сфер. Независимо от этнического происхождения, расы, пола и возраста больных развитие ожирения в разных возрастных группах населения обусловлено высоким содержанием в рационе жиров, сахара и высокоэнергетических продуктов, низким содержанием витаминов и микроэлементов, и недостаток движения.

Ключевые слова: избыточный вес, ожирение, здоровый образ жизни.

АННОТАЦИЯ

Ортиқча вазн ва семизлик ҳозирги вақтда дунёнинг турли мамлакатларида кенг тарқалган бўлиб, турли соҳа хизматчилари орасида муаммолар келиб чиқиши кузатишмоқда. Беморларнинг этник келиб чиқиши, насли, жинси ва ёшидан қатъи назар, аҳолининг турли ёш гуруҳларида семизлик ривожланишига овқатланиш рационидан ёғлар, шакар ва юқори энергетик қувватга эга маҳсулотлар миқдорининг кўпчилиги, витаминлар ва микроэлементлар миқдорининг камлиги ҳамда ҳаракатнинг камлиги сабаб бўлмоқда.

Калит сўзлар: ортиқча вазни, семизлик, соғлом турмуш тарзи.

ANNOTATION

Obesity is an important health problem in many countries. Obesity is currently considered as a multifactorial, chronic, relapsing disease associated with the development of a number of diseases that reduce a person's life expectancy and reduce its quality. Obesity has become so widespread that it has pushed into the background the problem of malnutrition in the population of underdeveloped countries and even infectious diseases, although the last two items were previously considered the main threats to human health.

Keywords: obesity, allergic diseases, healthy lifestyle, COVID-19.

Актуальность. Ожирение угрожает здоровью населения многих стран, и их список постоянно растет. Ожирение получило настолько широкое распространение, что обогнало проблему неполноценного питания и даже инфекционных заболеваний среди населения слаборазвитых стран, хотя два последних фактора ранее считались основными угрозами здоровью человека. Ожирение стали считать заболеванием из-за того, что оно негативно влияет на состояние практически всех систем организма [1].

В большинстве стран мира ожирение сегодня становится одним из основных факторов риска развития и прогрессирования хронических неинфекционных заболеваний [43], что во многом обусловлено постоянно растущими показателями его распространенности [30, 44].

Избыточный вес и ожирение - факторы риска развития метаболического синдрома, и в последние годы они стали основной проблемой здравоохранения во всем мире, затрагивающей как детей, так и взрослых практически во всех странах. Метаболический синдром представляет собой кластер кардиометаболических нарушений, которые в совокупности представляют собой дополнительные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и СД2. Синдром чаще

встречается у людей с избыточной массой тела, поражая относительно небольшую долю (3–4%) молодых людей с нормальной массой тела и 26–50% детей и подростков с ожирением [6].

По последним данным, около 65% трудоспособного населения страны имеют лишний вес, включая ожирение разной степени выраженности. Отмечаются также высокие темпы роста ожирения и избыточного веса у детей и подростков. Социальная значимость данной проблемы определяется угрозой дезадаптации, инвалидизации пациентов молодого и среднего возраста и снижением продолжительности жизни в связи с частым развитием сопутствующих заболеваний, влиянием ожирения на метаболическое и ментальное здоровье современного человека. В современном обществе массовый характер приобрели аддиктивные нарушения, в том числе связанные с нарушением пищевого поведения. Данные нарушения отличаются устойчивыми тенденциями к росту и представляют собой серьезную медицинскую, социальную, педагогическую и психологическую проблему [51].

Ожирение играет немалую роль в патогенезе таких коморбидных заболеваний, как сахарный диабет 2-го типа, артериальная гипертензия, неалкогольная



жировая болезнь печени, метаболический синдром, онкологические заболевания и т.д. Кроме того, ожирение может являться причиной развития опорно-двигательных нарушений, ночного апноэ, депрессии и расстройств поведения, нарушения полового созревания и репродуктивной функции [29]. Проблемы ожирения и избыточного веса имеют не только медицинские и психологические, но и социальные и экономические последствия, связанные с увеличением расходов на здравоохранение и снижением работоспособности, эффективности труда людей и уровня их доходов [7].

Кроме этого, ожирение способно порождать социальные и экономические последствия, провоцируя патологические состояния, которые определяют копулятивную и репродуктивную несостоятельность мужчин молодого возраста (до 60% соответствующих патологических состояний) и осложняют реализацию детородной функции у женщин, имеющих излишний вес [2, 12, 24]. Так в США более половины населения имеют индекс массы тела (ИМТ), превышающий норму, в Великобритании – 51%, в Германии – 50%, в Китае – 15% и в Японии – 16% населения имеют высокий ИМТ, хотя там избыточный вес и ожирение встречаются гораздо реже, чем в других странах. В России, по данным разных авторов, распространенность ожирения и избыточной массы тела среди взрослого населения составляет от 20,5 до 54% [8, 27].

Ожирение и метаболический синдром общепризнанно являются источником хронического воспаления, поскольку сопровождаются продукцией провоспалительных цитокинов и увеличением белков острой фазы. Одним из патогенетических механизмов ожирения является инсулинорезистентность, которая впоследствии может приводить к нарушению функции β -клеток, развитию нарушений углеводного обмена, в том числе к сахарному диабету. Проведение национальных карантинных мероприятий во время текущей пандемии приводит к повышению гиподинамии и уровню стресса и, в свою очередь, оказывает негативное влияние на изменение пищевого поведения населения, замыкая порочный круг и способствуя повышению массы тела [11].

Заметим, что сегодня, особенно в странах с низким и средним уровнем экономического развития, проявляются несколько классов противоположных проблем: сосуществуют и практически синхронно обостряются проблемы, вызванные как недостаточностью питания, так и ожирением. То есть в таких государствах одна часть населения страдает от голода и болезней, сопряженных с недоеданием, а другая – от ожирения и сопутствующих ему заболеваний. Рост распространенности ожирения требует принятия всех возможных мер для его сдерживания. Учитывая, что ожирение в 95–99% случаев носит экзогенно-конституциональный характер, т.е. обусловлено влиянием факторов внешней среды при наследственной предрасположенности к набору веса, влияние на уровень и образ жизни населения имеет важное значение [20].

Значительное повышение распространенности ожирения в последние 30 лет – результат культурных и средовых влияний. Увеличивающийся дисбаланс между потребленными и потраченными калориями исследователи связывают с высококалорийным питанием, нарушением пищевого поведения, увеличением размеров порций, сидячим образом жизни, низкой физической активностью [16, 25, 40].

Механизмы, лежащие в основе формирования АГ при ожирении, в настоящее время становятся объектом многочисленных исследований, при анализе которых был сделан вывод, что характер распределения жировой ткани, заключающийся в преобладании абдоминальной висцеральной жировой ткани (ВЖТ), является наиболее важным фактором повышения АД у лиц с избыточным весом и ожирением [13, 32, 35, 48].

Согласно современным представлениям ожирение – это хроническое заболевание обмена веществ, развивающееся в результате дисбаланса потребления и расхода энергии, проявляющееся избыточным развитием жировой ткани, прогрессирующее при естественном течении, имеющее определенный круг осложнений, повышающее риск развития различных заболеваний и обладающее высокой вероятностью рецидива после окончания курса лечения [3, 21]. Повышение индекса массы тела (ИМТ) коррелирует со смертностью в популяции [33, 39, 42]. Глобальный средний уровень преждевременной смертности от ожирения составляет 60 случаев на 100 тыс. населения [36].

В крупном популяционном исследовании, проведенном в Швеции, симптоматика, характерная для синдрома раздраженного кишечника (СРК), достоверно чаще регистрировалась у лиц с ожирением (ОШ 1,58, 95% ДИ 1,05, 2,38) [31]. Аналогичные результаты получены в крупном популяционном исследовании, выполненном в Австралии [49]. В исследовании R. Sadik и соавт. (2010 г.) было показано, что тяжесть симптоматики СРК прямо коррелировала с ИМТ пациентов [4, 47].

Увеличение жировой массы происходит преимущественно не за счет увеличения количества клеток, а за счет увеличения их размера. Зрелые жировые клетки не делятся, их размер увеличивается в результате запасаания жирных кислот в липидных каплях цитозоли в форме неполярных триглицеридов. При прогрессировании ожирения наблюдается увеличение числа адипоцитов из их предшественников – преадипоцитов. Преадипоциты мигрируют в жировую ткань из костного мозга при воздействии императивных факторов пролиферации, которыми являются насыщенные и мононенасыщенные жирные кислоты [18]. Постепенное накопление в жировых клетках триглицеридов запускает биологическую реакцию пролиферации. Дальнейшее накопление триглицеридов приводит к чрезмерному увеличению липид-



ных капель и, как следствие, – нарушению функции клеточных органелл. Это приводит к формированию синдрома эндоплазматического стресса и накоплению нефизиологических протеинов, которые нарушают функцию клеток [22]. Дальнейшее накопление триглицеридов приводит к тому, что жировая клетка становится больше физиологического размера и в ней запускается программа апоптоза [28].

Общепризнано, что ожирение является независимым фактором риска таких социально значимых хронических заболеваний, как сахарный диабет 2-го типа, атеросклероз, ИБС и артериальная гипертензия. Сердечно-сосудистые заболевания по настоящее время лидируют среди причин смерти в развитых странах, однако, согласно некоторым прогнозам, к 2030 г. их место может занять онкопатология. На протяжении последних 10–15 лет становится все более очевидным, что ожирение является также фактором риска определенных видов рака. Первый же официальный отчет о причинной связи рака и питания на основании данных более 100 экспертов был опубликован Всемирным фондом изучения рака в 1997 г. [26, 38].

Происходит образование телец апоптоза – биологического «мусора» с большой молекулярной массой. Их накопление в межклеточной среде активирует ряд биологических функций, в том числе и реакцию воспаления. В паракринных сообществах клетки рыхлой соединительной ткани усиливают синтез первичных гуморальных медиаторов воспаления [41]. Это приводит к развитию системного воспалительного ответа, синдрому компенсаторной провоспалительной защиты и синтезу вторичных медиаторов воспаления – белков острой фазы [46]. Таким образом формируются очаги хронического асептического воспаления [17]. Биологическая реакция асептического воспаления в жировой ткани является одним из проявлений ожирения [50].

Жировая ткань функционирует как эндокринный орган, она секретирует различные биологически активные вещества, которые принимают участие в регуляции углеводного обмена (адипонектин, резистин), липидного обмена (ингибитор транспортного белка холестерина эфиров), асептического воспаления (ФНО- α ; ИЛ-6, ИЛ-8, С-реактивный белок, моноцитарный хемотоксический протеин), в обмене гемостаза (ингибитор активатора плазминогена 1), в регуляции кровяного давления (ангиотензин II, ангиотензиноген), формировании пищевого поведения (лептин) [37]. Кроме того, жировая ткань является источником синтеза стероидных гормонов. В ней под действием ферментов происходит конверсия андрогенов в эстрогены, дигидроэпиандростерона в андростендиол, эстрадиола – в эстрон и т.д. [14, 45].

Ежегодно по меньшей мере 2,8 млн взрослых умирают вследствие избыточной массы тела или ожирения. Кроме того, 44% случаев сахарного диа-

бета (СД), 23% случаев ишемической болезни сердца (ИБС) и от 7 до 41% случаев онкологических заболеваний обусловлено избыточной массой тела и ожирением. Увеличение массы тела на 1 кг повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) на 3,1%, а СД 2-го типа — на 4,5—9% [3]. Риск развития артериальной гипертензии (АГ) у пациентов с ожирением в 3 раза выше, чем у людей с нормальной массой тела. Высокие показатели смертности и частоты развития сердечно-сосудистых осложнений являются в основном следствием поражения сосудов, поскольку ожирение — важный фактор, предрасполагающий к атеросклерозу, АГ и внезапной смерти. Кроме того, независимое влияние ожирения на сердечно-сосудистую систему может объясняться его влиянием на функцию и строение миокарда, повышение сердечного выброса, развитие эксцентрической гипертрофии левого желудка, дистрофических нарушений, появление застойной сердечной недостаточности [9].

Согласно современным представлениям, метаболический синдром – комплекс метаболических, гормональных и клинических нарушений, тесно ассоциированных с ожирением, сахарным диабетом 2-го типа и являющихся факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, в основе которых лежит инсулинорезистентность. На сегодняшний день в качестве компонентов метаболического синдрома рассматривают абдоминальное (висцеральное) ожирение, сахарный диабет и другие нарушения толерантности к глюкозе, артериальную гипертензию, атерогенную дислипидемию, гиперурикемию, неалкогольную жировую болезнь печени, нарушения фибринолитической активности крови, гиперандрогению и синдром поликистозных яичников у женщин, гипоандрогению у мужчин, гиперурикемию, микроальбуминурию, причем перечень патологических состояний, объединенных этим термином, неуклонно растет [5, 19, 23].

Предполагается, что его реализация будет способствовать достижению к 2025 г. ряда глобальных целей в области борьбы с неинфекционными заболеваниями, включая сокращение преждевременной смертности от них на 25% и стабилизацию глобальных показателей по ожирению. Рост распространенности ожирения требует принятия всех возможных мер для его сдерживания. Учитывая, что ожирение в 95–99% случаев носит экзогенно-конституциональный характер, т.е. обусловлено влиянием факторов внешней среды при наследственной предрасположенности к набору веса, влияние на уровень и образ жизни населения имеет важное значение [20].

Высококалорийная диета, увеличение размера порций, нарушенный суточный ритм приема пищи, малоподвижный образ жизни, хронический стресс, а также все более часто диагностируемые расстройства пищевого поведения являются основными факторами, способствующими развитию ожирения, т.е.



наследственная предрасположенность к развитию ожирения реализуется под воздействием указанных факторов [10, 34].

Вывод. Таким образом на сегодняшний день ожирение является важной социальной проблемой. Большинство лиц, имевших избыточный вес или подверженных к ожирению страдают не только от болезней и ограничения подвижности; они имеют низкую самоо-

ценку, депрессию, эмоциональный дистресс и другие психологические проблемы. Изменение образа жизни современного человека, резкое снижение физической активности, употребление в пищу продуктов с высоким гликемическим индексом, нарушение режима питания, генетическая предрасположенность, приводят к увеличению количества лиц с ожирением и, как следствие, метаболическим синдромом.

ЛИТЕРАТУРА.

Абдуллаева Д. Г., Икромов Н. И. СЕМИРИШ ВА АЛЛЕРГИК КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ЎЗАРО БОҒЛИҚЛИГИ ВА СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИНИ ТАРҒИБ ҚИЛИШ // Academic research in educational sciences. – 2023. – Т. 4. – №. 1. – С. 377-384.

Авдиук Г.А., Киселева Т.В., Серякова М.В., Шоркин Ю.В. Ожирение как фактор риска репродуктивных неудач. Медицина и образование в Сибири. – 2011. – №4. [Avdiyuk GA, Kiseleva TV, Seryakova MV, Shorkin YV. Obesity as risk factor of reproductive failures Journal of Siberian medical sciences. 2011;(4)]

Аметов А.С. Ожирение. Современный взгляд на патогенез и терапию. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021 [Ametov AS. Obesity. A modern view of pathogenesis and therapy. Moscow: GEOTAR-Media, 2021]

Андреев Дмитрий Николаевич, & Кучерявый Юрий Александрович (2021). ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ. Терапевтический архив, 93 (8), 954-962

Бокова Т.А. Факторы риска формирования метаболического синдрома у детей с ожирением. Рос вестн перинатол и педиатр 2018; 63:(3): 64–69. DOI: 10.21508/1027–4065–2018–63–3–64–69

Бочарова Ольга Владимировна, & Теплякова Елена Дмитриевна (2020). ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ - ПРОБЛЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ XXI ВЕКА. Казанский медицинский журнал, 101 (3), 381-388

Бронникова В.В., Мошков В.И. Рост ожирения: причины, экономические последствия, меры профилактики // Фундаментальные и прикладные исследования кооперативного сектора экономики. – 2017. – №2. – С.69-76.

Бутрова С.А. От эпидемии ожирения к эпидемии сахарного диабета // Международный эндокринологический журнал. – 2013. – №2(50). – С.19-24.

Вербовой Андрей Феликсович, Пашенцева А.В., & Шаронова Л.А. (2017). Ожирение и сердечно-сосудистая система. Клиническая медицина, 95 (1), 31-35

Дедов И.И., Мокрышева Н.Г., Мельниченко Г.А., Трошина Е.А., Мазурина Н.В., Ершова Е.В., Комшилова К.А., Андреева Е.Н., Анциферов М.Б., Бирюкова Е.В., Бордан Н.С., Вагапова Г.Р., Волкова А.Р., Волкова Н.И., Волюнкина А.П., Дзгоева Ф.Х., Киселева Т.П., Неймарк А.Е., Романцова Т.И., Рюаткина Л.А., Суплотова Л.А., Халимов Ю.Ш., Яшков Ю.И. Ожирение. Клинические рекомендации. Consilium Medicum. 2021; 23 (4): 311–325. DOI: 10.26442/20751753.2021.4.200832

Демидова Татьяна Юльевна, Волкова Екатерина Игоревна, & Грицкевич Елена Юрьевна (2020). ОЖИРЕНИЕ И COVID-19: ФАТАЛЬНАЯ СВЯЗЬ. Инфекционные болезни: Новости. Мнения. Обучение, 9 (S3 (34)), 25-32

Джафарова А.Г. Качество жизни женщин репродуктивного возраста с избыточной массой тела и ожирением и самооценка ими собственного здоровья. Актуальні проблеми сучасної медицини. Актуальні проблеми сучасної медицини: вісник української медичної стоматологічної академії. – 2016. – №4(56). – С.101-105

Дружилов М.А., & Кузнецова Т.Ю. (2019). Висцеральное ожирение как фактор риска артериальной гипертензии. Российский кардиологический журнал, (4), 7-12

Жук Тамара Владимировна, Яворская Светлана Дмитриевна, & Востриков Вячеслав Валерьевич (2017). Ожирение, репродукция и оксидативный стресс. Ожирение и метаболизм, 14 (4), 16-22

Ирина Валерьевна, Ершова Екатерина Владимировна, Никитина Елена Александровна, Красниковский Владимир Ярославович, Ершова Юлия Андреевна, & Адамская Любовь В. (2019). Ожирение в России: современный взгляд под углом социальных проблем. Ожирение и метаболизм, 16 (1), 20-26

Коромыслов А.В., Маргазин В.А. Роль организованной двигательной активности в формировании показателей физического развития студенток за время обучения в вузе. // Спортивная медицина: наука и практика. – 2013. – №1. – С.36-39

Кайдашев И.П. Активация ядерного фактора β B как молекулярной основы патогенеза метаболического синдрома // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 2013. – №3. – С. 65-72

Караман Ю.К. Механизмы адаптации организма к алиментарной высокожировой нагрузке: Дис. д-ра биол. наук. – Владивосток; 2011. [Karaman YuK. Mekhanizmy adaptatsii organizma k alimentarnoi vysokozhirovoi nagruzke. [dissertation] Vladivostok; 2011]



Лазебник Л.Б., Звенигородская Л.А. Метаболический синдром и органы пищеварения. М: Анахарсис 2009; 184. [Lazebnik L.B., Zvenigorodskaya L.A. Metabolic syndrome and digestive organs. Moscow: Anaharsis 2009; 184]

Лескова Ирина Валерьевна, Ершова Екатерина Владимировна, Никитина Елена Александровна, Красниковский Владимир Ярославович, Ершова Юлия Андреевна, & Адамская Любовь В. (2019). Ожирение в России: современный взгляд под углом социальных проблем. Ожирение и метаболизм, 16 (1), 20-26

Маев И.В., Кучерявый Ю.А., Андреев Д.Н. Ожирение и коморбидность: пособие для врачей. М., 2016 [Maev IV, Kucheryavui YuA, Andreev DN. Obesity and Comorbidity: A Guide for Physicians. Moscow, 2016]

Меситов М.В., Игнашкова Т.И., Мещерский М.Е., и др. Индукция стресса эндоплазматического ретикулула в условиях окислительно-восстановительного дисбаланса в клетках Т-лимфоцитах лейкомии человека. // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 2012. – №3. – С. 87-93

Метаболический синдром. Под ред. Г.Е. Ройтберга. М: Медпресс-информ 2007; 223

Полякова М.В. Высокоэнергетические рационы молодых мужчин: угроза для мужской фертильности и репродуктивных неудач в будущем? Смоленский медицинский альманах. – 2017. – №(4). – С.96-99. [Poliakova MV. High-energy diets of young men: the threat for male fertility and reproductive failures in the future? Smolenskij medicinskij al'manah. 2017;(4):96-99]

Разина Анастасия Олеговна, Ачкасов Евгений Евгеньевич, & Руненко Светлана Давидовна (2016). Ожирение: современный взгляд на проблему. Ожирение и метаболизм, 13 (1), 3-8

Салухов В.В., & Кадин Д.В. (2019). ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР ОНКОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ. Медицинский совет, (4), 94-102

Старостина Е.Г. Ожирение как психосоматическое заболевание // Ожирение и метаболизм. – 2005. – Т.2. – №3. – С.18-23. [Starostina EG. Ožirenje i metabolizm. 2005;2(3)18-23. (In Russ.)] doi: 10.14341/2071-8713-4848

Хаитов Р.М., Манько В.М., Ярилин А.А. Внутриклеточные сигнальные пути, активирующие или ингибирующие функции клеток иммунной системы. Внутриклеточные сигнальные пути при апоптозе. // Успехи современной биологии. –2006. –Т. 126. – №1. – С. 3-9

Чубаров Т.В., Бессонова А.В., Жданова О.А., Артюшенко А.И., & Шаршова О.Г. (2021). ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ДЕТСТВА. Ожирение и метаболизм, 18 (2), 163-168

Чумакова Г.А., Кузнецова Т.Ю., Дружилов М.А., & Веселовская Н.Г. (2018). Висцеральное ожирение как глобальный фактор сердечно-сосудистого риска. Российский кардиологический журнал, (5), 7-14

Aro P, Ronkainen J, Talley NJ, et al. Body mass index and chronic unexplained gastrointestinal symptoms: an adult endoscopic population based study. Gut. 2005;54(10):1377-83. DOI:10.1136/gut.2004.057497

Bhaskar S, Gupta R, Kumar M. Body fat composition as a marker for risk assessment in hypertension. J Mar Med Soc. 2017;19:34-7. doi:10.4103/jmms.jmms_11_17

Blüher M. Obesity: global epidemiology and pathogenesis. Nat Rev Endocrinol. 2019;15(5):288-98. DOI:10.1038/s41574-019-0176-8

Campbell E, Franks A, Joseph P. Adolescent obesity in the past decade: A systematic review of genetics and determinants of food choice. J Am Assoc Nurse Pract. 2019;31(6):344-51

Chandra A, Neeland I, Berry J, et al. The relationship of body mass and fat distribution with incident hypertension: observations from the Dallas Heart Study. J Am Coll Cardiol. 2014;64(10):997-1002. doi:10.1016/j.jacc.2014.05.057

Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2013;309(1):71-82. DOI:10.1001/jama.2012.113905

Galic S, Oakhill JS, Steinberg GR. Adipose tissue as an endocrine organ. Mol Cell Endocrinol. 2010;316(2):129-139. doi: 10.1016/j.mce.2009.08.018

Glade M.J. Food, nutrition, and the prevention of cancer: a global perspective. American Institute for Cancer Research/World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research, 1997. Nutr Burbank Los Angel Cty Calif. 1999 Jun;15(6):523-6

Haththotuwa RN, Wijeyaratne CN, Senarath Upul. Worldwide epidemic of obesity. Elsevier. 2020. DOI:10.1016/B978-0-12-817921-5.00001-1

James W. The epidemiology of obesity: the size of the problem. J Intern Med. 2008;263(4):336-352. doi:10.1111/j.1365-2796.2008.01922.x

Kaneko H, Anzai T, Nagai T, et al. Human C-reactive protein exacerbates metabolic disorders in association with adipose tissue remodelling. Cardiovasc Res. 2011;91(3):546-555. doi: 10.1093/cvr/cvr088

Kumar RB, Aronne LJ. Obesity. In.: Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management. Ed. by M Feldman, LS Friedman, LJ Brandt. 11th ed. USA, Philadelphia, Saunders, 2020

Lim S, Vos T, Flaxman A, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67



risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380 (9859): 2224–60. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61766-8

Marie N, Fleming T, Robinson M, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2014; 384: 766–81. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60460-8

Norman RJ, Clark AM. Obesity and reproductive disorders: a review. *Reprod Fertil Dev.* 1998;10(1):55. doi: 10.1071/r98010

Poitou C, Coussieu C, Rouault C, et al. Serum Amyloid A: A Marker of Adiposity-induced Low-grade Inflammation but Not of Metabolic Status*. *Obesity.* 2006;14(2):309–318. doi: 10.1038/oby.2006.40

Sadik R, Björnsson E, Simrén M. The relationship between symptoms, body mass index, gastrointestinal transit and stool frequency in patients with irritable bowel syndrome. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2010;22(1):102–8. DOI:10.1097/MEG.0b013e3283232ffd9b

Sullivan C, Kahn S, Fujimoto W, et al. Change in intra-abdominal fat predicts the risk of hypertension in Japanese Americans. *Hypertension.* 2015;66(1):134–40. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.114.04990

Talley NJ, Quan C, Jones MP, Horowitz M. Association of upper and lower gastrointestinal tract symptoms with body mass index in an Australian cohort. *Neurogastroenterol Motil.* 2004;16(4):413–9. DOI:10.1111/j.1365-2982.2004.00530.x

Trayhurn P, Beattie JH. Physiological role of adipose tissue: white adipose tissue as an endocrine and secretory organ. *Proc Nutr Soc.* 2007;60(03):329–339. doi: 10.1079/pns200194

Troshina EA, Suplotova LA, Karonova TL, Dzgoeva FK, Vasyukova OV, Remizov OV, Tuaeva IB, Khadartseva EL, Ruyatkina LA, Gusova ZR, Ekusheva EV, Mokrysheva NG. [Resolution on the results of the interdisciplinary expert council “Prevention and treatment of obesity. How to Achieve a Healthy Metabolic Balance”. *Probl Endokrinol (Mosk).* 2022 Dec 7;68(6):164–167. Russian. doi: 10.14341/probl13211. PMID: 36689722; PMCID: PMC9939969

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ БЛЕФАРОКОНЬЮНКТИВИТОВ ДЕМОДЕКОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Бабаханова Д.М.¹, Абдуллаев Ш.Р.¹, Максудова Л.М.¹ Нурматов Ш.Ш.²

¹Центр развития профессиональной квалификации
медицинских работников МЗ РУз.

²Республиканский клинический офтальмологический больницы МЗ РУз.

В исследовании установлена актуальность обнаружения клещей рода *Demodex* spp. микроскопическим методом при воспалительных заболеваниях глаз у пациентов разных возрастных групп. Отмечена взаимосвязь офтальмодемодекоза с сопутствующей патологией и показана эффективность этиопатогенетической терапии.

Ключевые слова: офтальморозацеа, демодекоз, диагностика и лечение

The study established the relevance of detecting ticks of the genus *Demodex* spp. microscopic method for inflammatory eye diseases in patients of different age groups. The relationship of ophthalmodemodocosis with concomitant pathology was noted and the effectiveness of etiopathogenetic therapy was shown.

Key words: ophthalmic rosacea, demodicosis, diagnosis and treatment.

Актуальность. На сегодняшний день среди всех воспалительных заболеваний век розацеа-блефариты демодекозной этиологии занимают от 39 до 88%. Заболевание распространено повсеместно, паразитоносительство обнаружено у 89% больных, несмотря на то что у большинства носителей отсутствуют какие-либо проявления данной патологии [11].

Клещ обнаруживается на эпилированных ресницах у 29% обследованных в возрасте 0-25 лет, у 53% – в 26-50 лет, у 67% – в 51-90 лет [2]. Возбудителем демодекоза является клещ рода *Demodex*.

В 1841 г. ученые F. Henle и F. Berger независимо друг от друга обнаружили клещ в угревой сыпи и ушной сере. В 1843 г. Оуэн классифицировал клеща как *Demodex* (с греч. Demos-сало, Dex-червяк) и переименовал в *Demodex Folliculorum*. В 1963 г. Акбулатова Л.Х. обнаружила и подробно описала ещё один вид клеща, паразитирующего у человека – *Demodex brevis* [7].

Демодекс – это условно-патогенный клещ, обитающий в сально-волосных фолликулах [1]. По данным литературы, носительство демодекса достигает 89% популяции, однако не всегда сопровождается клиническими проявлениями демодекоза. Выявлено, что клещ обнаруживается на веках в 50% случаев у рандомизированно отобранных пациентов с розацеа-блефаритами и блефароконъюнктивитами [13]. По мнению многих авторов, манифестация поражения демодексом связана с иммунодефицитными состояниями [5,6]. Способствует развитию демодекоза воздействие таких предрасполагающих факторов, как хронические заболевания желудочно-кишечного тракта и печени, эндокринная патология [7]. Выявлена закономерность между количеством клещей и возрастом пациентов [10]. Таким образом, для активного размножения демодекса необходимы три предрасполагающих фактора: хорошее кровоснабжение тканей, плохое гигиеническое состояние век и снижение им-

мунитета [5].

Отмечено, что патологические изменения век, такие как расширение фолликулов, гиперкератоз и слабый перифолликулит, часто связаны с присутствием демодекса [8]. В ряде исследований выявлено сосуществование клеща с золотистым стафилококком и в случае присутствия золотистого стафилококка, число особей демодекса увеличивается [9]. Доказано, что с присутствием клещей увеличивается количество грамм «+» и грамм «-» бактерий [14].

Основным диагностическим исследованием на обнаружение клеща рода демодекс является микроскопический анализ корня ресниц, где скопление паразитов максимальное. Традиционный метод подсчета демодекса включает в себя рандомизированную эпиляцию пяти расположенных далеко друг от друга ресниц с верхнего и нижнего века, с дальнейшим погружением их в каплю глицерина на предметном стекле с последующей микроскопией. Причиной малоэффективного симптоматического лечения пациентов с розацеа-блефаритами и блефароконъюнктивитами является отсутствие микроскопического исследования на выявление клеща демодекса.

Цель. Оценить информативность микроскопического метода исследования ресниц для выявления клещей рода *Demodex* при розацеа-блефаритах и розацеа-блефароконъюнктивитах с последующим выбором этиопатогенетической терапии.

Материалы и методы. В исследование включены 86 пациентов в возрасте 18-78 лет, впервые обратившихся к офтальмологу РКОБ МЗ РУз в период 2020-2022 гг. с жалобами на зуд, неприятные ощущения в области век, покраснение, отечность краев век, скудное отделяемое из глаз, дискомфорт, усталость, чувство инородного тела в глазах, иногда отмечалось выпадение ресниц. Пациентам проводилась биомикроскопия переднего отрезка глаза (тщательный

осмотр краев век, ресниц, отделяемого из мейбомиевых желез при надавливании, оценка состояния конъюнктивы и слезной пленки). При подозрении на демодекозный характер поражения, а также при часто рецидивирующих и множественных халазионах выполнялось эпиллирование ресниц для исследования на демодекс. Также проводился диагностический массаж век на стеклянной палочке для оценки секрета мейбомиевых желез.

В интерпретации результата указывается количество взрослых особей клеща демодекс без видовой идентификации. Критерием клещевой активности, по данным литературы, служит количество более 5 взрослых особей, личинок или яиц на 1 см² [3, 4]. При диагностике демодекоза ресниц нормой считается обнаружение одного клеща на 5 ресницах с каждого века.

Результаты и их обсуждение. Клещи рода *Demodex* относятся к условно-патогенным агентам, бессимптомное носительство возбудителя наблюдается у здоровых лиц довольно часто [1]. Однако в отдельных случаях численность клещей резко возрастает и приводит к состоянию, известному как демодекоз.

При осмотре были выявлены признаки розацеа-блефароконъюнктивита, а именно, отмечалась гиперемия края век, салынный налет на коже век. При биомикроскопии обнаружены муфты (чехлики) на корнях ресниц, легкая гиперемия конъюнктивы век. Всем пациентам было проведено исследование нативных препаратов ресниц микроскопическим методом, который является наиболее информативным для выявления клещей в волосяных фолликулах.

Существуют разные способы взятия образцов биологического материала для микроскопии. Преимущество микроскопического метода исследования нативного препарата ресниц заключается в возможности анализа сразу нескольких участков поражения, а также извлечении клещей не только с поверхности кожного покрова, но и непосредственно из салынных желез [2, 3].

В результате проведенного нами исследования в 27,8% случаев демодекс был обнаружен у пациентов с хроническим блефаритом, в 48,4% случаев выявлен у пациентов, страдающих блефароконъюнктивитом. Болезни слезной железы, синдром «сухого глаза» сопровождалась обнаружением демодекса в 12,6% случаев, халазион – в 48,3%.

Авторами установлено, что чаще демодекоз встречается у пациентов с сопутствующей патологией, такой, как сахарный диабет 2 типа, метаболический синдром, заболевания кожи воспалительной этиологии (розацеа), доброкачественные новообразования кожи (себорейный кератоз), дерматофитии. По данным литературы, клещи в большом количестве обнаруживали в воспалительных кожных участках у пациентов с ВИЧ-инфекцией, онкопатологией, у им-

муносупрессивных больных, находящихся на гемодиализе с хронической почечной недостаточностью и пациентов с сахарным диабетом [6,7].

Повышенная восприимчивость к демодекозу у пациентов с сахарным диабетом может быть связана с низкой хемотаксической активностью нейтрофилов, недостаточным лейкоцитарно-эндотелиальным клеточным взаимодействием и уменьшением количества лейкоцитов в воспалительных очагах, снижением высвобождения цитокинов, таких как фактор некроза опухоли, альфа-интерлейкины и простагландины [12].

Нами отмечено, что наиболее часто демодекоз поражает старшую возрастную группу от 51 до 69 лет и манифестация демодекоза может быть связана с изменениями гормонального и иммунного статуса организма, нарушением обменных процессов, дисбиозом кишечника и хроническими патологическими процессами, приводящими к нарушению.

У пациентов в возрасте 12-15 лет клещи выявлены всего в 12% случаев, что может быть объяснено меньшим образованием жирового секрета. Причем в детском возрасте размножение клеща часто сопровождается такими заболеваниями глаз, как халазион, ячмень века. Зачастую отсутствие должной гигиены, использование некачественной косметики приводит к закупорке выходного канала мейбомиевой железы, нарушению оттока и скоплению секрета, что является благоприятным фактором развития демодекоза. Бактериальные антигены, находящиеся на поверхности клеща, могут провоцировать воспалительный ответ. Также демодекс может быть переносчиком вирусов и грибов [5,6], что усугубляет клиническую картину заболевания и требует комплексного подхода к терапии.

Лечение демодекоза глаз зачастую оказывается затруднительным из-за длительности терапии, несоблюдение режима лечения и гигиенических норм, применение симптоматических препаратов, не оказывающих акарицидного действия, отсутствие адекватного лечения хронических заболеваний, а также необходимости комплексного лечения [7].

Основная цель лечения офтальмодемодекоза – снижение уровня колонизации демодексом и устранение клинических проявлений блефарита. Комплексное лечение включает противопаразитарную, противовоспалительную и десенсибилизирующую терапию, а также лечение сопутствующей хронической патологии.

В нашем исследовании пациентам был назначен полуторамесячный курс лечения: обработка краев век мазью Тобрадекс 2 раза в день в течение двух недель, затем Хило-гель дважды в день в течение месяца и один раз в день на ночь в течение двух недель; обработка кожи век настойкой календулы. Также в большинстве случаев в начале лечения проводился один раз в три дня массаж век стеклянной палочкой 3-5 раз до получения нормального секрета мейбомиевых желез.



При повторных осмотрах на 7-10 день оценивалась динамика состояния век, переносимость лечения, коррекция назначений. Через 4 недели пациентов приглашали на промежуточный контроль, а через 7-8 недель на заключительный, где проводилась оценка результата лечения, а также микроскопия ресниц на демодекс.

В нашей группе обследуемых на фоне проводимой терапии к 7-10 дню отмечалась положительная динамика. При микроскопическом исследовании, выполненном после проведенной терапии, клещ рода демодекс не был обнаружен, либо его количество не превышало 1 особь на 5 ресницах с верхнего и нижнего века.

Выводы. Таким образом, в ходе исследований для

обнаружения клещей рода *Demodex*, наиболее информативным, экономически выгодным, не требующим специализированного оборудования и затрат, является микроскопический метод исследования нативного препарата в виде эпиллированных ресниц с констатацией факта обнаружения взрослых особей клеща и указанием в результатах исследования: обнаружен клещ *Demodex*.

Наиболее часто демодекоз диагностируется в старшей возрастной группе пациентов, зачастую страдающих сопутствующей соматической патологией.

Своевременное выявление клещей рода *Demodex* служит важным критерием раннего назначения этиопатогенетической терапии при воспалительных заболеваниях глаз.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адаскевич, В.П. Демодекоз: этиология, патогенез, клинические формы, диагностика, лечение // Дерматовенерология. Косметология. — 2015. — №1. - С. 60-71.
2. Арзуманян, В.Г., Белохвостикова, Т.С., Вавилова, Т.В. и другие. Клиническая лабораторная диагностика: в 2 т. Т. 2 / под ред. профессора В.В. Долгова. - М.: ООО «Лабдиаг», 2018. - 624 с.
3. Баянова, С.Н., Соснин, Д.Ю., Выявление клещей рода *Demodex* в практике клинко-диагностических лабораторий // Справочник заведующего КДЛ. - 2019. - №4. - С. 23-35.
4. Ван Херг, Н., Трегуб, И.А., Кудайбергенова, Н.К., Ягофаров, Ф.Ф. и другие. Лабораторная диагностика демодекоза // Наука и здравоохранение. — 2014. - №2. - С. 62-63.
5. Ершова, И.Б., Глушко, Ю.В., Мочалова, А.А., Особенности иммунного статуса и его коррекция у подростков с демодекозом кожи. Актуальная инфектология. — 2015. — №4. — С. 47-50.
6. Музыченко, А.П., Качук, М.В. Особенности иммунного статуса у детей с демодекозом // Педиатрия. Восточная Европа. — 2017. — №4. — С. 443-446.
7. Чупров, А.Д., Мальгина, Е.К. Современные аспекты этиопатогенетического лечения офтальмодемодекоза (обзор литературы) // Офтальмология. — 2018. — №15. — С.281-285.
8. Nicholls, S., Oakley, C., Tan, A., Vote, B. *Demodex* species in human ocular disease: new clinicopathological aspects // International Journal of Ophthalmology. — 2017. — Vol. 37. — P. 303-312.
9. Hom, M.M. *Demodex*: Clinical Case and Diagnostic Protocol. / M.M. Hom, K.M. Mastrotta, S.E. Schachter // Optometry and Vision Science. — 2013. - Vol. 90, №7. - P. 198-205.
10. Сирмайс, Н.С., Абесадзе, Г.А., Устинов, М.В. Демодекоз: патогенетические аспекты при различных дерматозах лица: метод пособие. — М., 2013. — 26 с.
11. Сюч Н.И. Паразитарные болезни кожи. Демодекоз: этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика // Consilium medicum. — 2004. — Т.6, № 3. — С. 191-194.
12. Rojas, M. Morphobiometrical and molecular study of two populations of *Demodex folliculorum* from humans / M. de Rojas, C. Riazzo, R. Callejón, et al. // Parasitol Res. — 2012. — Vol. 110. — P. 227-233.
13. Wesolowska, M. Prevalence of *Demodex* spp. in eyelash follicles in different populations / M. Wesolowska, B. Knysz, A. Reich, et al. // Arch. Med. Sci. — 2014. — Vol. 10, №2. — P. 319-324.
14. Bhandari, V Blepharitis: Always Remember *Demodex* / V Bhandari, J.K. Reedy // Middle East Afr. J. Ophthalmol. — 2014. — Vol. 21 (4). — P. 317-320.



ALLIUM MOTOR O'SIMLIGINING YER USTKI QISMIDAN QURUQ EKSTRAKTSIYA OLISH TEXNOLOGIYASI VA STERILLIGINI, PATOGEN MIKROORGANIZMLARGA TASIRINI ANIQLASH

Sotimov G. B¹, Tillaboyev A. B², Kadirova D. E¹, Zuvaydullayev B. J²

Toshkent Farmatsevtika instituti
O'simlik moddalari kimyosi instituti

ANNOTATSIYA

Allium motor o'simligi yoki Mador piyozi Loladoshlar oilasiga mansub ikki yillik o'simlik ^[1]. O'zbekistonning asosan Chotqol tog' zonasining etaklarida yaxshi o'sadi. Asosan bahor faslida ya'ni aprel va may oylarida o'sadi va terib olinadi (yer ustki qismi) ^[2]. *Allium motor* o'simligini issiqxonalarda ham bimalol yetishtirish mumkin. *Allium motor* o'simligi dorivor o'simlik bo'lganligi uchun ko'plab istemol qilinadi (asosan yer ustki qismi) ^[3]. O'simlik tarkibida vitamin, oqsil va uglevodlar ^[5] kopligi uchun undan immunitet tizimini yaxshilash uchun ham foydalanish mumkin. ^[4] O'simlik tarkibida oqsillarning miqdori ko'pligi uning foydali ekanligini, tarkibidagi oshlovchi moddalar borligi sababli antebakterial va immunitetni ko'tarish xususiyatlari mavjud.

Kalit so'zlar: *Allium motor*, qurutish, qurutgich, suvli ekstraktsiya, spirtli ekstraktsiya, yer ustki qismi, texnologiya, aylanadigan bug'lashtirgich, spray qurutgich, kapsula, sterilizatsiya, patogenlar.

ANNOTATION

Introduction. *Allium motor* plant or Mador onion is a biennial plant in the legume family [1]. It grows well in the foothills of the mainly Chotkol mountain zone of Uzbekistan. It grows and is harvested mainly in the spring season, that is, in April and May (ground top) [2]. The *allium motor* plant can also be easily grown in greenhouses. The *allium motor* plant is much istemolized for being a medicinal plant (mostly ground top) [3]. For its high content of vitamins, proteins and carbohydrates [5] in the plant, it can also be used to improve the immune system. [4] The Plant's high protein content means that it is beneficial, with antebacterial and immune-raising properties due to the presence of enhancers in its composition.

Keywords: *Allium motor*, desiccant, desiccant, aqueous extraction, alcohol extraction, ground top, technology, rotary evaporator, spray dryer, capsule, sterilization, pathogens.

АННОТАЦИЯ

Моторное растение *Allium* или луковица мадора-двулетнее растение, принадлежащее к семейству тюльпанов [1]. Хорошо растет преимущественно в предгорьях Чаткальской горной зоны Узбекистана. Растет и собирает урожай (надземная часть) в основном весной, то есть в апреле и мае [2]. Моторное растение *Allium* также можно легко выращивать в теплицах. Поскольку моторное растение *Allium* является лекарственным растением, его много едят (в основном надземное) [3]. Поскольку растение богато витаминами, белками и углеводами [5], его также можно использовать для улучшения иммунной системы. [4] Высокое содержание белка в растении говорит о том, что оно полезно, а благодаря наличию в нем повышающих веществ оно обладает антибактериальными и иммуностимулирующими свойствами.

Ключевые слова: *Allium motor*, сушка, сушилка, водная экстракция, спиртовая экстракция, надземная часть, технология, роторный испаритель, аэрозольная сушилка, капсула, стерилизация, патогены.

Asosiy qism: *Allium motor* o'simligini birinchi navbatda begona o'tlardan tozalab olinadi. Bunda o'simlikning piyozboshlari olib tashlanadi. Keyin hom ashyo qurutish uchun quyosh tushmaydigan va havo aylanib turadigan joyda 10 kun davomida qurutildi. Bunda o'simlik o'zining 20% massasini saqlab qoldi. O'simlik qurigandan so'ng tarkibidagi vitamin, oqsil va uglevodlarini saqlab qolganini uning rangi va hidi o'zgarmaganligidan ham bilish mumkin ^[4]. O'simlikni 46-54 da 13 soat davomida qurutilganda ham tarkibidagi vitaminlar maksimal darajada saqlanib qolgan ^[6].

Ekstraksiyani olishda ikki xil usuldan foydalaniladi, birinchisida qurutilgan o'simlikni suv va spirt bilan alohida ekstraktsiya qilamiz, ikkinchisida qurutilmagan o'simlikni suv va spirt bilan ekstarksiya qilamiz.

Qurutilgan o'simlikni ikki qismga bo'lib ekstraktsiya tayyorlanildi:

Birinchi qismi: tayyor qurutilgan o'simlik hom ashyosini 3 marotaba suvda qaynatib olindi va filtrlab sovutildi. Sovugan suvli ekstarktni quyultirildi ya'ni tarkibidagi suvini haydash orqali hajmi kamaytirildi. Olingan ekstratni purkab quritgich («Angydro», Daniya) ^[8] uskunasi quritildi va quruq ekstrakt olindi.

Ikkinchi qismi: bunda qurutilgan o'simlik hom ashyosini 5 marotaba 40 % li etil spirtida ekstarksiya qilindi va ekstrakt quyultirildi. Olingan ekstratni purkab quritgich uskunasi quyultirildi, natijada quruq ekstrakt olindi.

Tayyor ekstraktni klinik tekshiruvga berishdan oldin uning tarkibida zararli patogenlar yoqligiga ishonch hosil

qilish uchun ekstraktni 100 mln ni steril holatda suvga 10 gr eritib olinadi. Hosil bo'lgan eritmalarni turli xildagi ozuqa muhitlariga qo'sht peptonli agar va LB steril ozuqalaridan 2 tadan chashka petruga olib ularning har biriga 100 mkl eritma solamiz, steril shpatel orqali gazon usulida ekamiz va ekmalarni 2tasini termostatda 30 ° da, qolgan 2 tasini 37 ° da 2 kunga qoldiramiz. Namunaning mikroblarga qarshi faolligini aniqlash shartli patogen bakteriyalarning ma'lum turlariga qarshiligini aniqlash uchun agarli zich ozuqada diffuziya usuli bilan amalga oshirildi bunda steril agarozali chaska petruga turgan tayyor ozuqaga steril holatda 100 mkl suyuqlik sig'imida o'yiqlik hosil qilinib shu o'yiqlikka ekstrak tomizib bir muddatdan so'ng patogenlarning qulay ozuqada o'stirilgan toza kulturalardan 100mkl olib yana gazon usulida ekiladi. Namuna uchun hozirga keng tarqalgan shartli patogenlar tanlab olindi bularga *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Basillus subtilis* va *Enterobacter cloacae*. Mikroorganizmlarning barcha kulturalari O'zbekiston Respublikasi Fanlar akademiyasi Mikrobiologiya instituti kolleksiyasidan olindi.



rasmda ekstraktning *Enterobacter cloacae* o'sishiga tasiri ko'rsatilgan

Xulosa: *Allium motor* o'simligi klinik oldi va klinik tekshiruvdan yaxshi natija chiqsa shu o'simlikdan kapsula shaklida dori vositasi ishlab chiqarish mumkin. O'simlik tarkibidagi oqsil (30.3%), flavanoidlar (0.7%), fosfor (0.11%), uglevodlar (3.6%) bundan tashqari vitaminlardan C, B1, B3, B6 va PP vitaminlari mavjudligi aniqlangan. Yuqoridagi moddalar osimlikni ekstraksiyasidan emas balki qurutilgan o'simlik o'zidan topilgan⁴. Quruq ekstrakt steril ekanligini aniqlash uchun gazon usulida ekilgan ekmalardan alohida koloniyalarni belgilab mikroskopda va Maldi-tof⁷ uskunasi bakteriya turi aniqlanadi, bakteriya ekmasida *Pseudomonas Fluorescens*, mikrokoklar, *Bacillus cloacae* turdagi mikroorganizmlar borligi aniqlandi (spirtli ekstraktda). Tekshiruv uchun olingan preparatning test kulturalariga nisbatan faolligi quyidagicha bo'ldi:

Shartli patogenlarda natijalar petri kosachasida o'yiqlikchadan o'sishdan to'xtash zonasi *Escherichia coli* -14 millimetr, *Pseudomonas aeruginosa* -3 millimetr, *Staphylococcus aureus*-11 millimetr, *Basillus subtilis*- 4 millimetr va *Enterobacter cloacae* -15 millimetrdi tashkil qildi, ya'ni shu masofaqa bakteriyalar rivojlana olmagani. *Allium motor* o'simligidan tayyorlangan ekstrakt organizmni vitamin, oqsil, uglevodlarga boyitish va immunitetni kuchaytirish maqsadida tavsiya etilsada, yuqorida keltirilgan bakteriyalarni rivojlanishiga biroz to'siqlik qiladi (masofa 20-25 millimetr bolganda mutloq to'siqlik qila oladi). Ekstrakt tayyorlash jarayonida o'simlik tanasidagi ayrim bakteriyalar ekstrakt tarkibida mavjud emas bu esa toza ish olib borilganidan dalolat beradi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:

1. <https://uz.wikipedia.org/wiki/Piyoz>
2. <https://www.gbif.org/occurrence/1304659353>
3. https://www.researchgate.net/publication/341177888_Reserch_of_the_Processes_Drying_Food_Herbs_Motor_Allium_Motor
4. https://www.researchgate.net/publication/341179055_RESEARCH_OF_THE_DRYING_PROCESS_MOTOR_ALLIUM_MOTOR
5. https://www.researchgate.net/publication/239227269_Allium_carbohydrates_XV_Polysaccharides_from_Allium_motor
6. Yusupbekov.N.R. Kimyoviy texnologiya nazorat va boshqaruv - Xalqaro ilmiy va texnik jurnal/ Dadahojayev. A.T, Gulyamov.SH.M, Egamberdiyev.X.Z. Toshkent 2005y. 36-37 s.
7. https://en.autobio.com.cn/Product/productDetail/fid/63/cid/2/id/145.html?g=g&keyword=maldi%20tof%20company&matchtype=b&creative=623388246696&device=c&15859095026=15859095026&target=&placement=&gc_lid=EAJaIQobChMIg6vnopyBggMVlpWDBx3b2g-DEAAYASAAEgKoJfD_BwE
8. <https://www.spxflow.com/anhydro/>



CHO'L VA ISSIQ IQLIM HUDUDLARIDA QO'SHINLARNING OVQATLANISHINI TASHKIL QILISH

Sh.I.Atamuradov

O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlari Harbiy tibbiyot akademiyasi
harbiy tibbiyot ilmiy-tadqiqot instituti

ANNOTATSIYA

Harbiy xizmatchilarning ovqatlanishini tashkil qilishda turli xil tabiiy va antropogen shart - sharoitlarni hisobga olish zarur. Bunday zaruriyat avvalambor inson organizmida kechuvchi fiziologik jarayonlarning atrof muhitdagi o'zgaruvchan omillarga bog'liqligi bilan tushintiriladi. Issiq iqlim va cho'l sharoitlarining o'ziga xos omillari organizmda kechayotgan moddalar almashinuvi jarayonlariga sezilarli ta'sir ko'rsatadi. Bunday sharoitlarda harbiy xizmatni o'tayotganlarning ovqatlanish tartibida xam muxim o'ziga xosliklar mavjud. Ushbu maqolada bu masaladagi ayrim ilmiy muloxazalar umumlashtirilib, tahlil qilingan xamda issiq iqlim sharoitlarida qo'shinlarning ovqatlanishini tashkil qilish bo'yicha bir qator tavsiyalar keltirilgan.

Kalit so'zlar. Issiq iqlim, cho'l sharoiti, metabolizm, ovqatlanish, minerallar almashinuvi, moddalar almashinuvi.

АННОТАЦИЯ.

При организации питания военнослужащих необходимо учитывать различные природные и антропогенные условия. Эта необходимость объясняется, прежде всего, зависимостью физиологических процессов в организме человека от изменения факторов внешней среды. Специфические факторы жаркого климата оказывают заметное влияние на обменные процессы в организме военнослужащих, проходящих службу в таких условиях. В данной статье обобщены и проанализированы некоторые научные мнения по этому вопросу, а также дан ряд рекомендаций по организации питания военнослужащих в жарких климатических условиях.

Ключевые слова. Жаркий климат, обмен веществ, питание, дефицит кислорода, минеральный обмен, обмен веществ.

ANNOTATION

When organizing meals for military personnel, it is necessary to take into account various natural and anthropogenic conditions. This need is explained, first of all, by the dependence of physiological processes in the human body on changes in environmental factors. Specific factors of a hot climate have a noticeable impact on metabolic processes in the body of military personnel serving in such conditions. This article summarizes and analyzes some scientific opinions on this issue, and also provides a number of recommendations for organizing nutrition for troops in hot climates.

Keywords. Hot climate, metabolism, nutrition, oxygen deficiency, mineral metabolism, metabolism.

Tadqiqotning maqsadi. Cho'l va issiq iqlim xududlarida qo'shinlarni ovqatlantirishni tashkil qilishning o'ziga xos xususiyatlarini tahlil qilish va uni yaxshilash bo'yicha ayrim takliflarni ishlab chiqish.

Materiallar va qo'llanilgan usullar. Tadqiqot davomida retrospektiv tahlil, operativ tahlil, tarixiy va statistik usullardan foydalanildi. Shuningdek, tadqiqot davomida xorijiy va mahalliy mualliflarning ushbu mavzuga oid bo'lgan adabiyotlaridan ham keng foydalanildi.

Natijalar va ularni muhokama qilish. Cho'l va issiq iqlim sharoitida ovqatlanish va suv iste'molini to'g'ri tashkil etish organizmning barqarorligini oshirish uchun juda muhimdir. Bunday natijaga ovqatlanishda yuqori kaloriyal, oson hazm bo'luvchi ovqatlardan foydalanish, kunlik ratsionni ovqatlanish vaqti bo'yicha to'g'ri taqsimlash, ovqatning ta'm xususiyatlarini yaxshilash va uni vitaminlar bilan boyitish orqali erishish mumkin.

Issiq iqlimning harbiy xizmatchilarning ovqatlanishini tashkil qilishga sezilarli ta'sir ko'rsatadigan asosiy omillari: havoning yuqori harorati va nisbiy namligi, kuchli quyosh nurlari, shuningdek mikroorganizmlar va hasharotlarning ko'pligi hisoblanadi. Cho'l va yarim cho'l zonalarining bir qator hududlari kunlik haroratning

keskin o'zgarishi bilan juda issiq, ammo quruq iqlim bilan ajralib turadi [3].

Issiq iqlim sharoitida, ayniqsa yoz oylarida odamlar doimiy issiqlik ta'siri ostida bo'ladilar. Atrof-muhit harorati tana sirtining o'rtacha haroratiga teng yoki undan yuqori bo'lsa, ter bug'lanishi tananing termal muvozanatini saqlashning yagona usuli hisoblanadi. Hisob-kitoblar shuni ko'rsatadiki, bunday sharoitlarda tana yuzasidan va yuqori nafas yo'llaridan chiqarib yuborish uchun har 4,2 megajoul (1000 kkal) metabolik issiqlik uchun kamida 1725 g namlik bug'lanishi kerak. Bu namlik, asosan issiqlik stressi sharoitida kuniga 10-12 va hatto 15 litrgacha ter ajratishga qodir bo'lgan ter bezlari orqali chiqadi [4].

Ter, birinchi navbatda suvdan iborat bo'lib, ozuqaning essensial elementi sifatida o'rganiladi. Bundan tashqari, uning tarkibida azotli moddalar, mineral tuzlar, mikroelementlar, vitaminlar va boshqalar mavjud. Shuning uchun termoregulyatsiya tizimining bir qismi sifatida terlash ovqatlanish bilan chambarchas bog'liqdir. Bu bog'liqlik, birinchi navbatda, markaziy asab tizimining suv tanqisligi bilan bog'liq bo'lgan, oziq-ovqat va harakat markazlarining buzilishiga sabab bo'lishida namoyon bo'ladi. Buning oqibatida oshqozonning motor (evakuatsiya) faolligining pasayishi



(himoya gipokineziyasi), ishtahaning pasayishi, soʻlak ajralishining toʻxtashi, oshqozon va oshqozon osti bezlari sekretiysasi kamayishi, oshqozon-ichak traktiga tushuvchi fermentlar hamda umumiy safro miqdorining kamayishi bilan kuzatiladi [2].

Terlashning koʻpayishi, tananing suvsizlanishi bilan birga, ter orqali oʻzida azot saqllovchi moddalarning yoʻqotilishiga olib keladi. Ter orqali azot yoʻqotilishi issiqlikka moslashish, ratsiondagi oqsilning kamayishi va terlash tezligining oshishi hisobiga yuz beradi. Shu bilan birga, siydik orqali azot chiqarilishining kompensatsiyalovchi pasayishi ham kuzatiladi [1,2].

Uzoq vaqt davomida yuqori harorat taʼsirida boʻlgan inson tanasidan azotning umumiy chiqishi va azot balansi amalda oʻzgarmay qoladi. Shu munosabat bilan, BJSST ekspertlari issiq iqlim sharoitida oqsillarga boʻlgan ehtiyoj sezilarli darajada oshmaydi deb hisoblaydilar. Taxminlarcha, askarlarning ratsionida mavjud boʻlgan 100 g dan ortiq oqsilni isteʼmol qilish, issiq iqlim sharoitida oqsilga boʻlgan talablarni toʻliq qondirish imkonini beradi. Organizmdan minerallarning yoʻqotilishi juda muhim ahamiyatga ega boʻladi. Kuchli, uzoq muddatli terlashda tuzlarning kamayishi ish qobiliyatining keskin pasayishi, “tomir tortilib qolishi” va mushaklarning nekrozi (rabdomiyoliz), hujayralardagi transmembran potentsialning buzilishi, ularda tuzlarning toʻplanishi va mushaklar orqali kreatinfosfokinazaning yoʻqotilishi kabi xolatlar yuz beradi. Bunday hodisalarning asosiy sababi kuniga 1,6 g gacha kaliyning, 70 g natriy xloridning yoʻqotilishi deb hisoblanadi. Qolgan elementlar terda oz miqdorda (kalsiy - 1 dan 8 mg% gacha, magniy - 0,4 mg%, temir - 6 mg% gacha) mavjud va ularning yoʻqotilishi umumiy muvozanatga sezilarli taʼsir koʻrsatishi dargumon (temirdan tashqari). Organizmga tushgan temirning 37% yoʻqotilishi “temir yetishmasligi” kamqonligini keltirib chiqarishi mumkin, shuningdek siydik bilan yodning chiqarilishi 2-2,5 baravarga oshishi mumkin [2]. Bu xolat ayniqsa yod yetishmaydigan geokimyoviy hududlarda eʼtiborga olinishi kerak (Fargʻona vodiysi).

Terda deyarli barcha vitaminlar va ularning metabolitlari uchraydi, ammo ularning miqdori nisbatan kam, shuning uchun terning vitaminlar balansiga taʼsiri haqida aniq bir xulosa yoʻq. Ayrim olimlar bu taʼsirni muhim deb hisoblashadi, xorijiy olimlar, shu jumladan BJSST ekspertlari bu omil muhim rol oʻynamaydi deb hisoblaydilar [4].

Issiq iqlim sharoitida sanab oʻtilgan ozuqaviy xususiyatlarning salbiy taʼsirini muayyan tashkiliy, iqtisodiy, texnologik va boshqa chora-tadbirlarni amalga oshirish bilan kamaytirish mumkin.

Avvalo, odamlarning qizib ketishini kamaytirish uchun choralari koʻrish kerak. Bunga metabolik issiqlik ishlab chiqarishni kamaytirish va tashqaridan keladigan issiqlik oqimini cheklash orqali erishish mumkin. Metabolik issiqlik ishlab chiqarishni kamaytirish mehnat va dam olishni oqilona tashkil etish, tashqaridan keladigan

issiqlik oqimini cheklash esa ish vaqtini ertalab va kechki soatlarga oʻtkazish bilan taʼminlanadi, yaʼni kiyimdan toʻgʻri foydalanish va ventilyatsiyani taʼminlagan holda, odamlarni toʻgʻridan-toʻgʻri quyosh nurlaridan himoya qiluvchi tabiiy va sunʼiy boshpanalardan foydalanish kabi tadbirlarni amalga oshirishni talab qiladi.

Keyingi tadbirlardan biri, oʻzgartirilgan ovqatlanish tartibini tashkil qilish, yaʼni asosiy ovqatlarni insonning termal holati maʼlum darajada normallashtirganda, ovqat hazm qilish sekretiysasi yaxshilanganda, yaʼni kunning nisbatan salqin soatlariga oʻtkazish hisoblanadi. Ushbu tartibga koʻra, nonushta qilishni soat 5.³⁰-6.⁰⁰ da boshlash va bunda kunlik ovqatlanish energiya tarkibining taxminan 35% ni taʼminlash tavsiya etiladi. Tushlik 11.⁰⁰-11.³⁰ da, quyosh hali choʻqqiga chiqmagan paytga oʻtkazilib, uning energiya miqdori 25% gacha kamaytiriladi. Kechki ovqat kuchaytirilib, ushbu ovqatlanish uchun kunlik ratsionning taxminan 40 foizi beriladi va uni mahalliy vaqt bilan 18.⁰⁰-18.³⁰ da tugatish tavsiya etiladi.

Birinchi taomlarning keng assortimentidan kam yogʻli, sabzavotli va sutli shoʻrvalarga ustunlik berilishi kerak. Goʻsht, baliq va sabzavotli ikkinchi ovqatlar uchun achchiqroq souslarni tayyorlash va uchinchi taomlarni - anʼanaviy sharbat va kompotlarni faqat sovutilgan holda berish tavsiya etiladi.

Asosiy taomlar sovuq gazaklar (salatlar, vinegretlar) bilan toʻldirilishi va kerak boʻlganda choy berilishi kerak. Oziq-ovqatlarni tayyorlashda ratsion meyorlari va retseptlari boʻyicha (tuz, murch, dafna yaprogʻi, sarimsoq piyoz va boshqalar) belgilangan taʼm beruvchi moddalardan toʻliq foydalanish, shuningdek, maʼlum ekstraktiv moddalarning yuqori konsentratsiyasi boʻlgan taomlarni tayyorlash muhimdir. Maʼlumki, bunday ziravorlar ovqat hazm qilish shirasi sekretiysasini va ishtahani ragʻbatlantiradi. Bunga standartlarga rioya qilib, barcha mahsulotlarni qozonga solgan holda, harbiy oshxonaning belgilangan retseptlari va texnologik rejimlariga yanada qatʼiy amal qilib, shuningdek, tayyor taomlar, masalan tayyor boʻlgan birinchi taomlar chiqishini biroz kamaytirish (400 g gacha) orqali erishiladi.

Issiq iqlim sharoitida suyuqlik qabul qilish miqdori va karraligi alohida ahamiyatga ega. Bu yerda ichimlik rejimining asosiy qoidalaridan birini esga olish joyiz: chanqoq paydo boʻlganda va u toʻliq qondirilguncha suv ichish.

Suv-tuz rejimiga oid tavsiyalar bir tomonlama boʻlishi mumkin emas. Agar, ter ajratish kuniga 4-6 kg dan oshmasa, baʼzi mutaxassislar tomonidan issiq iqlim uchun tavsiya etilganidek suvni qoʻshimcha tuzlash shart emas. Ter plazmaga nisbatan gipotonik boʻlganligi sababli, uning koʻp sekretiysasi organizmning ichki muhitida osmotik faol moddalarning nisbatan ortiqcha miqdorini hosil qiladi. Ishdan oldin yoki ish vaqtida qoʻshimcha tuz yuklamalari faqat suv tanqisligini kuchaytiradi, terlash intensivligiga deyarli taʼsir qilmaydi va siydik chiqarilishini oshiradi [6,7].

Bir necha kun davomida ter orqali suvning koʻp



miqdorda yo'qotilishi natijasida (4-5 l dan ortiq) mineral tuzlarning, ayniqsa kaliyning va vitaminlarning yetishmasligi sezilarli darajada bo'lishi mumkin, bu esa organizmda tuzning kamayib ketishiga olib keladi va devitaminatsiyasining oldini olish uchun oziq-ovqat ratsionini to'g'irlash zaruriyatini keltirib chiqaradi. Ta'm chegarasida osh tuzi bo'lgan oziq-ovqat odatda unga bo'lgan fiziologik ehtiyojni to'ldiradi, shuning uchun alohida tuzlash uchun har bir taomdan oldin osh tuzini berish va to'ldirish eng oddiy, ammo muhim ahamiyatga ega usuldir.

Issiq iqlim sharoitida ratsionlarning energiya tarkibini o'zgartirish zarurligi haqida aniq fikrlar yo'q. Ba'zi tadqiqotchilarning fikricha, bu sharoitda energiyaga bo'lgan talab bazal metabolizm tezligining pastligi, yengilroq kiyim va kam harakatchanlik tufayli kamayadi [2]. Boshqa izlanuvchilar esa, ter bezlarining ishlashi, tana haroratining ko'tarilishi va yurak-qon tomir tizimi ishining oshishi tufayli energiya sarfi ko'payadi deb hisoblaydilar[5].

Issiq iqlim sharoitida alimentar yuqish mexanizmiga ega bo'lgan oshqozon-ichak, protozoal kasalliklar va gelmintozlarning oldini olishning ahamiyati oshadi. Ushbu kasalliklar guruhining birlamchi profilaktikasi epidemik jarayonning barcha bo'g'inlarini qamrab olishi zarur. Harbiy qismga olib kelinadigan tez buziluvchi oziq-ovqat mahsulotlarining barcha manbalari, ularni harbiy oshxonalarda saqlash va qayta ishlash tizimi qattiq nazorat ostida bo'lishi shart. Harbiy sovetgich qurilmalarining yetarliligi va uzluksiz ishlashi, tez buziluvchi mahsulotlarni saqlash muddatlari va harorat sharoitlariga rioya etilishini nazorat qilishga alohida e'tibor qaratish zarur. Bundan tashqari, don mahsulotlarini (un, makaron va boshqalar) tashish va saqlashning o'ziga xos xususiyatlarini hisobga olish kerak. Yuqori tashqi harorat, ayniqsa havoning yuqori namligi (issiq, nam iqlim) yoki mahsulotlarning davriy namlanishi bilan birgalikda ombor zararkunandalari, mikroskopik zamburug'lar (mog'orlar), shu jumladan mikotoksinlar, shuningdek, «kartoshka kasalligi» patogenlarining ko'payishiga olib keladi. Sanab o'tilgan chora-tadbirlar asosan tashkiliy xususiyatga ega bo'lib, ularni amalga oshirish harbiy

xizmatchilarning ovqatlanish standartlarini sezilarli darajada o'zgartirishni talab qilmaydi.

Xulosa va tavsiyalar.

Tog' - cho'lli xududlar relyefi va mikroiklimi bunday joylarda tayyorgarlik olib borish, hamda jangovor vazifalarni bajarishda maxsus tayyorgarlikdan o'tmagan shaxsiy tarkibning jismoniy xolatiga salbiy ta'sir ko'rsatadi, hamda qo'yilgan vazifalarning bajarilish natijalarini pasaytiradi. Tog'-cho'lli xududlarda harbiy xizmatni olib boruvchi shaxsiy tarkib oldindan tanlab olinishi, bunday sharoitlarga akklimatizatsiya qilinishi va mahsus tayyorgarlikdan o'tkazilishi zarur. Tog'-cho'lli hududlarda qo'shinlarni joylashtirish, ularni suv bilan ta'minlash va ovqatlantirishda bu hududlar sharoitining organizmga bo'lgan salbiy ta'sirlarini hisobga olishga ahamiyat berilishi kerak.

Issiq iqlim xududlarida qo'shinlarning ovqatlanishini tashkil qilish bo'yicha tavsiyalar:

- asosiy ovqatlarni insonning termal holati ma'lum darajada normallashtirishda, ovqat hazm qilish sekretsiyasi yaxshilanganda, ya'ni kunning nisbatan salqin soatlariga o'tkazish; ushbu tartibga ko'ra, nonushta qilishni soat 5.30-6.00 da boshlash va bunda kunlik ovqatlanish energiya tarkibining taxminan 35% ni ta'minlash; tushlik 11.00-11.30 da, quyosh hali cho'qqiga chiqmagan paytda o'tkazilib, uning energiya miqdorini 25% gacha kamaytirish; kechki ovqatni kuchaytirish, ushbu ovqatlanish uchun kunlik ratsionning taxminan 40 foizini berib, uni mahalliy vaqt bilan 18.00-18.30 da tugatish;

- birinchi taomlarning keng assortimentidan kam yog'li, sabzavotli va sutli sho'rvalarga ustunlik berish; go'sht, baliq va sabzavotli ikkinchi ovqatlar uchun achchiqroq souslarni tayyorlash va uchinchi taomlarni - an'anaviy choy va kompotlarni faqat sovutilgan holda berish;

- asosiy taomlarni sovuq gazaklar (salatlar, vinegretlar) bilan to'ldirish; oziq-ovqatlarni tayyorlashda ratsion meyorlari va retseptlari bo'yicha (tuz, murch, dafna yaprog'i, sarimsoq va boshqalar) belgilangan ta'm beruvchi moddalardan to'liq foydalanish.



FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Анисимов А. С., Смыков Д. А. Особенности медицинского обеспечения войск (сил) в условиях пустынного климата. ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург. 2020.
2. Архангельский В.И. Военная гигиена. Руководство к практическим занятиям: учебное пособие/ В.И. Архангельский.-2-е изд., испр. И перераб.-Москва: ГЕОТАР-Медиа, 2020.-512 стр.
3. Baratov P. O'zbekistonning tabiiy geografiyasi: Ped. institutlarning geografiya, biologiya bo'limi talabalari uchun o'quv qo'llanma. O'qituvchi, 1996-264 b.
4. Военная гигиена и военная эпидемиология: Учебник. — М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2005. — 343 с: ил.
5. Егоров А.А. К вопросу о факторах, влияющих на эффективность боевых действий // Военная мысль. 2005. № 6. С. 56-61.
6. Иванов П.А. и Захаров Г.В. Местность и ее влияние на боевые действия войск. Местность как элемент боевой обстановки [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://яруга.рф/literatura/49-karty-i-topografiya/508-mestnost-i-ee-vliyanie-na-boevye-deystviya-voy-sk-mestnost-kak-element-boevoy-obstanovki>.
7. Орлов А.И. Физическая подготовка курсантов образовательных учреждений ФСБ России пограничного профиля к действиям в условиях горной местности: диссертация ... кандидата педагогических наук: 13.00.04 / Орлов Алексей Иванович; [Место защиты: Российский государственный педагогический университет им.А.И.Герцена].- Санкт-Петербург, 2015.- 148 с



ТОШКЕНТ ШАҲРИДАГИ ФАРМАЦЕВТИКА КОРХОНАЛАРИ АМПУЛА ЦЕХИДА МЕҲНАТ ШАРОИТЛАРИНИНГ ГИГИЕНИК ТАҲЛИЛИ

Рустамов И.Х.¹, Атамурадов Ш.И.²

¹Тошкент фармацевтика институти

²Ўзбекистон Республикаси Қурулли Кучлари Ҳарбий тиббиёт академияси
ҳарбий тиббиёт илмий-тадқиқот институти

АННОТАЦИЯ

Мақолада С.К.Исламбеков номидаги «ЎЗКИМФАРМ» АЖнинг ампула цехидаги меҳнат шaroитларини таҳлил қилиш натижалари келтирилган. Ампула цехидаги ишчиларнинг меҳнат шaroитларини ўрнатилган гигиеник хусусиятларидан цехдаги энг муҳим ноқулай омиллар: шовқин даражасининг ошиши, иш жойларининг етарли даражада ёритилмаслиги ва баъзи иш жойларида ҳавонинг чангланлиги натижасида уни ифлосланганлиги кайд этилди.

Калит сўзлар. Ампула цехи, иш шaroитлари, гигиеник хусусиятлар, шовқин даражаси, ёруғлик, чанг, углерод оксиди.

АННОТАЦИЯ

В работе приводятся результаты анализа условий труда в ампульном цехе АО «УЗКИМФАРМ» им. С.К.Исламбекова. Установленная гигиеническая характеристика условий труда работающих в ампульном цехе позволяет заключить, что важнейшими неблагоприятными факторами в цехе являются повышенный уровень шума, недостаточный уровень освещенности рабочих мест, а на отдельных рабочих местах повышенная запыленность воздуха и загрязнение его угарным газом.

Ключевые слова. Ампульный цех, условия труда, гигиеническая характеристика, уровень шума, освещенность, запыленность, угарный газ.

ANNOTATION

The paper presents the results of an analysis of working conditions in the ampoule workshop of JSC «UZKHIMFARM» named after S.K.Islambekova. The established hygienic characteristics of the working conditions of workers in the ampoule workshop allow us to conclude that the most important unfavorable factors in the workshop are the increased noise level, insufficient illumination of workplaces, and in some workplaces increased air dust and carbon monoxide pollution.

Keywords. Ampoule shop, working conditions, hygienic characteristics, noise level, lighting, dust, carbon monoxide.

Ушбу изланиш натижаларига С.К.Исламбеков номидаги «ЎЗКИМФАРМ» АЖ ампула цехида меҳнат шaroитларининг таҳлили натижалари келтириб ўтилган. Ампула цехидаги ишчиларнинг меҳнат шaroитлари белгиланган гигиеник тавсифномаси цехдаги юқори даражадаги шовқин, иш жойларидаги ёритилганлик даражасининг етарли эмаслиги, алоҳида иш жойларида эса ҳавонинг юқори чангланганлиги ва уни ис гази билан ифлосланганлиги муҳим номақбул омиллар эканлигини хулоса қилиш имконини беради.

Кириш. Олиб борилган тадқиқотнинг мақсади ва вазифаларини ҳисобга олган ҳолда таҳлил жараёнида муҳим хавфли ва зарarli омилларнинг биологик таъсирлари ва уларнинг ишчилар организмига салбий таъсир этиши бўйича кимё ва кимё-фармацевтика саноатида ишчиларнинг меҳнат шaroитларини тавсифловчи ҳолатларга эътибор қаратилди. «Меҳнат шaroитлари» тушунчасини ташкил этувчи ишлаб чиқариш элементларига қуйидагилар киради: ишлаб чиқариш ҳудудлари ва ускуналарнинг жойлаштирилиши, иш жойлари ҳавосининг ифлосланиши, санитар-техник ускуналар фаолиятининг самарадорлиги,

шовқин, вибрациянинг даражаси, иш жойларининг ёритилганлиги, меҳнат ва дам олиш тартиби, иш жойларининг ташкил этилганлиги, ишлаб чиқариш эрганомикаси, санитар-маиший ҳоналар билан таъминланганлик ва уларнинг ҳолати, ишчиларга тиббий хизмат кўрсатиш даражаси.

Кимё-фармацевтика корхоналарида меҳнат гигиенаси масалалари авваллари асосан ушбу корхоналарда мавжуд бўлган алоҳида дори воситалари ва уларнинг компонентларини токсикологик-гигиеник баҳолашга қаратилган айрим ишланмалар кўринишида ўрганилар эди.

Шу билан бирга, кимё-фармацевтика корхоналарида ишлаб чиқаришнинг ўзига хослиги ишчилар организмга номақбул омиллар мажмуининг комплекс таъсир этиш эҳтимоллиги билан белгиланади.

Бундан келиб чиққан ҳолда, республиканинг кимё-фармацевтика корхоналарида меҳнат шaroитларига гигиеник баҳо бериш жуда долзарб эканлиги аниқ бўлиб қолмоқда.

Тадқиқот мақсади. Фармацевтика тармоғининг риожданиш даражаси аҳоли турмушининг сифати



кўрсаткичларига бевосита таъсир қилади. Бизнинг мамлакатда ушбу йўналишда қамровли ўзгаришлар амалга оширилмоқда. Жумладан, Янги Ўзбекистоннинг 2022-2026 йилларда ривожланиш Стратегиясида кўрсатиб ўтилган вазифаларни бажарилиши давомида, маҳаллий дори ва тиббий воситаларнинг улуши 80 фоизгача етказилади. Бунинг учун импорт маҳсулотларининг ҳажми ва таркибини оптималлаштириш, маҳаллий ишлаб чиқарувчиларни қўллаб-қувватлашни таъминлаш зарур. Мамлакатда янги фармацевтик кластерларни яратиш ва мавжуд бўлганларини ривожлантириш бўйича чора-тадбирларни амалга ошириш катта аҳамиятга эга ҳисобланади [1]. Шу билан боғлиқ равишда ҳозирданоқ бизнинг табиий-иқлим шароитимизда фаолият юритувчи фармацевтика саноатининг қамровли гигиеник тавсифига эга бўлиш зарурати пайдо бўлмоқда, бу ҳолат эса мазкур корхоналарда илмий асосга эга бўлган оптимал меҳнат шароитларини яратиш имкониятини беради.

Юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда, биз С.К.Исламбеков номидаги “УЗКИМЕФАРМ” АЖ ампула цехи ишчиларининг меҳнат шароитини таҳлил қилиш ва унга гигиеник баҳо беришга қарор қилдик. Корхонанинг ампула цехи инъекциялар учун ампулаланган препаратларни ишлаб чиқаради ва асосан дибазол, димедрол, галантамин, дезоксипеганин, новокаин, цититон, аллапинин ва инъекциялар учун сув тайёрлаб чиқарилади.

Таҳлил. Ампулалар препаратлар эритмаларининг тайёрланиши алоҳида хонада амалга оширилади: кукунсимон препаратнинг зарур бўлган массаси апиноген сувнинг маълум миқдори билан реакторда аралаштирилади, эритма филтрдан ўтказилади ва уни найсимон қувурлар орқали қуйиш машиналарига юборилади. Баъзи препаратлар тайёрланганда реакторга сувдан ташқари глицерин, 0,1 н-НСl ҳам қуйилади.

Ампулаларни ишлаб чиқаришда дори препаратларининг олинishi узлукли жараён бўлиб, хом ашё, реагентлар, тайёр маҳсулотнинг юкланиши ва туширилиши частотаси билан боғлиқдир, бу эса гигиеник нуктаи-назардан жуда номақбул ҳисобланади, чунки бунда иш жараёнида муҳит ҳавосининг ифлосланиши кузатилади.

Цехдаги меҳнат шароити аралаш таркибли чанг, ҳамда технологик жараёнда қўлланиладиган реагентларнинг аэрозоллари билан ифлосланган ҳаво муҳитида қўлда бажариладиган операцияларнинг кенг қўлланилиши билан тавсифланади. Технологиянинг босқичига боғлиқ равишда ҳаводаги чангнинг концентрацияси жуда кенг ораликларда тебранади.

Ишчи зонанинг ҳавосини ифлослантирувчи чанг кўпинча дори препаратларининг майда дисперсли заррачалари билан минерал моддалар аралашмасидан иборат бўлиб, баъзи препаратлар чиқарилганда фақатгина ушбу дори компонентлари рухсат этилган концентрациядан 1,5-3 марта юқори бўлиши мумкин.

Бошқа фармацевтика ишлаб чиқаришлари сингари

цехнинг ўзига хослиги аёллар меҳнатидан кенг фойдаланиш бўлиб, бу эса фарзанд кўриш қобилияти ва наслга кимёвий моддаларнинг жаъми комплексининг таъсирини ҳисобга олган ҳолда гигиенистларнинг алоҳида диққатини талаб этади [4,5,6].

Ампула цехидаги сунъий вентиляция – олиб келувчи-олиб кетувчи бўлиб, бевосита иш жойларида – олиб кетувчи, маҳаллий ва умумий алмашинувли, ҳавонинг келиши эса ўрамли филтлда дастлабки тозалаш билан таъминланади. Вентиляцияни таъминлаш учун ЦП 7-40, Ц4-70 русумидаги вентиляторлар қўлланилган. Олиб келинувчи ҳавонинг умумий ҳажми 14300 /с, олиб кетилувчи эса– 74500/с.ни ташкил қилади. Олиб келинувчи ва олиб кетилувчи ҳавонинг нисбати – 1:5га тенг.

Ампулалар препаратларни ишлаб чиқариш жараёнида ишчиларга қуйидаги омиллар таъсир қилади: ойна чанги (ампулаларни кесиш ва тахлаш), дори чанги (препаратларни тайёрлаш), дори моддаларининг аэрозоллари (ампулаларни тўлдириш, уларни кавшарлаш), этил спирти ва бўёқларнинг буғлари (ампулаларни отбраковка қилиш ва тамга қўйиш), углерод оксиди (ампулаларни кавшарлаб беркитиш), шовқин (автоклавлаш, ампулаларни жойлаш), қатор операцияларнинг бир хилда эканлиги, кўрув аъзоларининг таранглашуви (технологик жараённинг кўпчилик босқичларини визуал назорат қилиниши).

Кўрсатиб ўтилган омилларнинг таъсир этиш эҳтимоллиги қатор операцияларда механизациянинг йўқлиги (ампулаларнинг йиғилиши ва ташилиши, уларнинг автоклавга келтирилиши), ишчи зона ҳавосидаги (ампулаларни кавшарлаб беркитиш, ҳаво ўтказувчи қувурлардаги тешикларнинг тўлиқ бекилмаслиги ёки умуман йўқлиги) чангни бостириш ва чангнинг ажаралишини олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар ҳажмининг етарли эмаслиги, шовқин чиқарувчи ускуналар (насослар) тузилмасининг эскирганлиги билан янада чуқурлашади [7, 8].

Ўрганилаётган корхона ампула цехининг бўлимлари 1, 2 ва 3 қаватларда жойлашган. Асосий иш жойларига қуйидагилар киради: ампулаларни кесиш ва уларни тахлаш бўлими; ампулаларни ювиш, уларни қуйиш, кавшарлаш, стерилизация қилиш, қадокни кўздан кечириш бўлими; эритмаларни тайёрлаш бўлими ва регенерация бўлими.

Ишлаб чиқарилаётган ампулалар препаратларнинг стерил бўлишига нисбатан юқори талабларни ҳисобга олган ҳолда, технологик жараён, ишчи зона ва ходимларга ҳам тегишли талаблар қўйилган. Хусусан, ишчи зонага бегона шахсларнинг кириши чегараланган, цехдан ходимларнинг асосланмаган кириши ҳам чегараланган; ходимларнинг шахсий гигиенасига қатъий талаблар қўйилади. Қўлларнинг ҳар 2-3 соатда ювилиши ва уларга дезинфекцияловчи эритмалар билан қайта ишлов берилиши мажбурий ҳисобланади. Технологик тартибга мувофиқ ишловчиларнинг ўзлари иш жойларини водород пероксиднинг 3% эритмаси билан йиғиштиришлари шарт бўлади.



Ампула цехи ишчи зонасининг ҳавосида чангнинг миқдори

Синама олиш жойи	Ўлчашлар сони	Чангнинг концентрацияси, мг/м ³ , M±m	РЭК, мг/м ³
Ампулаларни кесиш бўлими	6	6,1±1,2	2
Ампулаларни тахлаш бўлими	6	1,1±0,2	4
Ампулаларни кўздан кечириш бўлими	6	4,4±1,3	4
Ампулаларни қадоқлаш бўлими (қоғоз чанги)	6	4,9±0,5	6
Эритмаларни тайёрлаш бўлими (кукунни тортиб кўриш)	6	7,1±0,1	6

Жадвал 2

“Ўзкимфарм” АЖнинг ампула цехида товуш босимининг дБА, октавалар чизиғи бўйича ўртача геометрик даражаси.

Ўлчаш жойи (участка, ускуна)	Ўлчашлар сони	товуш босимининг дБ, октавалар чизиғи бўйича ўртача геометрик даражаси Гц								Товуш даражаси, дБА
		63	125	250	500	1000	2000	4000	8000	
Ампулани кесиш бўлими (1 қават)	3	71	72	62	62	62	62	62	62	72
Сувни кимёвий тозалаш жойи (1 қават)	3	67	71	70	74	74	72	70	70	84
Ампулулурни тахлаш бўлими (2 қават)	3	67	71	69	68	67	68	67	67	87
Ампулаларни кавшарлаш бўлими (2 қават)	2	73	71	70	70	69	66	66	66	72
Ампулаларни кўздан кечириш бўлими (2 қават)	4	62	62	62	61	69	59	58	59	72
Ампулаларни қадоқлаш бўлими (2 қават)	3	72	71	71	72	75	77	72	72	82
Эритмаларни тайёрлаш бўлими (2 қават)	1	50	49	48	50	51	92	52	52	92
Эритмаларни регенерациялаш бўлими (2 қават)	1	78	79	80	82	82	90	76	76	89
Ампулаларни тахлаш бўлими (3 қават)	3	67	71	69	68	67	68	67	67	87
Ампулаларни кавшарлаш бўлими (3 қават)	2	73	71	70	70	69	66	66	66	72
Ампулаларни кўздан кечириш бўлими (3 қават)	4	62	62	62	61	59	59	58	59	62
Ампулаларни қадоқлаш бўлими (3 қават)	3	72	71	71	72	75	77	72	72	82
Эритмаларни тайёрлаш бўлими	1	50	49	48	50	51	92	52	52	92
Шовқинни рухсат этилган даражаларининг санитария меъёрлари 3223-85	107	95	87	82	78	75	73	71	69	80

Кўпчилик иш жойларида ҳаво ҳаракати тезлигининг сезиларли тебранишлари аниқланди, гарчи цех бўйича ўртача у гигиеник меъёрга яқин бўлсада.

Муҳокама. Ампула цехининг ҳавосидаги чанглан-

ганлик ампуланинг кесилиши, кукунлардан дори воситаларининг эритмаларини тайёрлаш, ампулаларни артиб тозалаш учун пахта матонинг қўлланилиши билан боғлиқдир. Ампуланинг кесилишида ҳосил



бўладиган чанг бу асосан шишасимон чанг бўлиб, таркибида 40-53% миқдорида эркин SiO_2 тутати. Ампулаларни тахлаш ва кўздан кечириш бўлимида чангдаги эркин SiO_2 миқдори $8 \pm 3\%$, ампулаларни қадоқлаш бўлимида эса $-0,8 \pm 0,4\%$ ташкил этади.

Цех бўйича чангланганликнинг ўртача даражаси аралаш таркибдаги чанг учун РЭК (4 мг/м^3) ошмаган ҳолда $3,95 \pm 0,87 \text{ мг/м}^3$ ташкил этди. Бироқ ампулани кесиш бўлимида чангланганлик даражаси РЭКдан 3 марта юқори эканлиги аниқланди. Эритмаларни тайёрлаш учун дориларни тортиш вақтида ҳавонинг чангланганлик даражаси ошганлиги кузатилди (жадвал 1).

Ампула цехида захарли моддалардан углерод оксиди таъсирининг эҳтимоллиги мавжуд бўлиб, у ампулаларни кавшарлаш вақтида қўлланиладиган газли горелкаларда газнинг тўлиқ ёнмаслиги натижасида ҳосил бўлади.

Ампулаларни кавшарлашнинг учта бўлимида (1,2 ва 3 қаватлар) СО концентрациясини текшириш шуни кўрсатдики, 2 ва 3 қаватларда унинг концентрацияси РЭКдан (20 мг/м^3) ошмаган ҳолда мос равишда $18,9 \pm 1,3$ ва $19,6 \pm 1,2 \text{ мг/м}^3$ тенг бўлган бўлса, шу билан бирга 1 қаватда РЭКдан $6,5 \text{ мг/м}^3$ га юқори.

Ампула цехида шовкиннинг асосий манбаълари бўлиб ампулаларни ювиш учун автоматлар, эритмаларни тайёрлаш учун реактор, сувни қуйиш учун насослар, ампулаларни майдалаш учун тегирмон ҳисобланади. Иш жойларидаги товуш босимининг ҳақиқий даражалари 2-жадвалда келтириб ўтилган. Келтирилган маълумотлар 9 ва 14 участкалардаги шовкиннинг умумий даражаси (дБА) РЭДдан 2-12 дБА ортиқ эканлигидан далолат бермоқда.

Ампула цехидаги меҳнатнинг муҳим хусусиятларидан бири ампулани препаратларни визуал назоратдан ўтказишнинг зарур эканлигидир. Кўрув босқичида бегона аралашмалар, эритманинг тиниклигини аниқлаш аниқлаш мақсадида ҳар бир ампула қора ва оқ тонларда кўздан кечирилади. Бу ҳолда фаркландиган қисмларнинг ўлчами 0,1 мм гача бўлади (СНиП П-03-07-13 работа наивысшей точности, разряд 1, подразряд «в»).

Қолган босқичларда фаркланувчи қисмларнинг (ампула капиллярлари) энг кичик ўлчами 0,3-0,4 мм ташкил этади (ҚМваҚ--03-07-13 бўйича, юқори аниқликдаги ишлар, Шв, Шг).

Цехдаги табиий ёритилганлик ён томондаги ёруғлик дарчалари ҳисобига амалга оширилиб, бу ҳолда ампулаларни кўздан кечириш бўлимида ойналар оқ бўёқ билан бўялган бўлади, чунки ампулаларни назоратдан ўтказилиши нафақат сунъий ёритилганликнинг барқарор даражасини, балки ранг ўтказилиши бузилишининг бўлмаслигини ҳам талаб қилади.

Сунъий ёритилганлик илмоғининг баландлиги 3 м бўлган ЛДЦ туридаги кундузги ёруғлик лампалари билан, кўздан кечириш столида эса – чўгланма лампалар билан таъминланади. Текширувлар вақтида ЛДЦ лампаларининг 35% носоз эканлиги маълум бўлди.

Ампула цехидаги ишчи жойларнинг ёритилганлик ҳолати 3-жадвалда тавсифланади.

Жадвалда келтирилган маълумотлар шундан далолат берадики, ҳеч бир иш жойидаги табиий ёритилганликнинг ҳолати гигиеник талабларга жавоб бермайди, чунки ТЭК ҳақиқий катталиги талаб даражасидан 1,6-7 мартага пастдир.

Цехдаги сунъий ёритилганлик жуда нотекис бўлиб, унинг даражаси эса иш жойларининг ярмидан кўпида гигиеник меъёрлардан пастдир. Айниқса кўрув столларида ёритилганлик даражаси жуда паст бўлиб, талаб даражасидан 5 марта кам.

Ампула цехидаги ишчилар меҳнат шароитининг келтириб ўтилган гигиеник тавсифи шовкиннинг юқори даражаси, иш жойидаги ёритилганлик даражасининг етарли эмаслиги, алоҳида иш жойларида эса ҳавонинг юқори чангланганлиги ва унинг ис ва газ билан ифлосланиши цехдаги муҳим номақбул омиллар эканлигига ҳулоса қилиш имкониятини беради.

Хулосалар:

1. С.К.Исламбеков номидаги “УЗХИМФАРМ” АЖ ампула цехи кам қувватли кимё соаноати қаторига таълуқли бўлиб, у ерда ишловчилар ишлаб чиқариш муҳитининг кимёвий ва руҳий физиологик омилларининг комплекс таъсири остида бўлади.

2. Кимёвий омиллардан ишчиларга доривор чанг (хавфлиликнинг 3-4 синфлари) РЭК 2-6 мартага ошган ҳолда, экстрактор сифатида бензол қўлланилганда эса – ушбу эритувчининг буғлари РЭК 24 марта кўп бўлган концентрацияда таъсир этади.

3. Цехдаги сунъий ёритилганлик жуда нотекис бўлиб, унинг даражаси эса иш жойларининг ярмидан кўпида гигиеник меъёрлардан пастдир. Айниқса кўрув столларида ёритилганлик даражаси жуда паст бўлиб, талаб даражасидан 5 марта пастдир.

4. Ампула цехида юқори зичликдаги асосий ишларнинг монотонлиги асосий руҳий-физиологик омил ҳисобланади.

5. Ампула цехидаги ишлаб чиқариш муҳити омилларининг гигиеник баҳолалиши С.К.Исламбеков номи “УЗХИМФАРМ” АЖ ишлаб чиқариш ишчилари асосий гуруҳининг меҳнатини қуйидагича баҳолаш имкониятини беради: нисбатан кескин, ўртача оғирликдаги, меҳнат шароитларини эса – зарарли, асосан 2 ва 3 даражадаги зарарлилик.



Ампула цехининг иш жойларида ёритилганликнинг
СНиП-П--03-07-13 талаблари билан таққослаш ҳолати

Ўлчаш жойи	Ишларнинг тарзиди, кичик разряди	Ўлчашлар сони	Ёритилганлик кўрсаткичи			
			Табиий		Сунъий	
			Ҳақиқий ТЁК	ТЁК гигиеник талаблар	Ҳақиқий	Гигиеник талаблар
1 қават						
Ампулаларни кесиш бўлими	Ш, г	9	1,2	2,0	320	200
Ампулаларни ювиш бўлими	Ш, в	7	0,9	2,0	165	300
Ампулаларни тўлдириш бўлими	Ш, г	5	1,3	2,0	155	200
Ампулаларни кавшарлаш бўлими	Ш, г	4	0,8	2,0	180	200
Ампулаларни кўздан кечириш бўлими	1, в	18	2,3	3,5	475	3000
Қадоклаш бўлими	Ш, в	8	0,8	2,0	310	300
2 қават						
Эритмани тайёрлаш бўлими	Ш, г	6	0,8	2,0	205	200
Ампулаларни ювиш бўлими	Ш, г	6	1,3	2,0	310	200
Ампулаларни тўлғазиш бўлими	Ш, г	6	0,8	2,0	205	200
Ампулаларни кавшарлаш бўлими	Ш, г	6	0,3	2,0	360	200
3 қават						
Ампулаларни кўздан кечириш бўлими	1, в	6	0,5	3,5	435	3000
Қадоклаш бўлими	Ш, в	6	0,8	2,0	310	300
Апироген сувни олиш бўлими	Ш, в	6	1,3	2,0	310	200

Фойдаланилган адабиётлар:

- 1.Евгения Юн.«Правда Востока» 10 апреля. 2023 г.
- 2.Просьяник Л.Ф., Цубанова Н.А., Пиминов А.Ф., Евсеева Л.В. Экопатологии человека в аспекте фармацевтического загрязнения. Фармацевтична наука та практика: проблеми, досягнення, перспективи розвитку: матеріали І наук.-практ. інтернет-конф. з міжнар. участю, м. Харків, 24--25 березня 2016 р. Х.: НФаУ, 2016: 295-296.
3. Горохова Л.Г. Гигиена труда работников химико-фармацевтического производства //Вестник Кузбасской государственной педагогической академии. Новокузнецк, 2013. № 1. С. 40-45.)
- 4.Романова С. Фармацевтическая промышленность за 2016 год //Ремедиум. 2017. № 4. С. 24-27.)
- 5.Шпагина Л.А.Актуальные проблемы профессиональных заболеваний легких //Сибирский научный медицинский журнал. 2017. Т. 37, № 1. С. 55-60.)
6. Валкина Е., Вернези С., Николенко И. Фармацевтические препараты и гигиенические средства в окружающей среде: пути попадания, мониторинг и методы контроля. Motrol, 2012, 14(1): 86-91.
- 7.Баренбойм Г.М., Чиганова М.А. Загрязнение поверхностных и сточных вод лекарственными препаратами. Вода: химия и экология. 2012. №10: 40-46..
- 8.Шафран Л.М., Завгородный А.Е., Болобров Е.Л. Психолого-гигиеническая профилактика, коррекция функциональных нарушений у работающих в условиях повышенной химической опасности // Врачебное дело. - 2014. - № 8. - С.106-107.



ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ ПРИ ПРЕПОДАВАНИИ В ВЫСШЕМ УЧЕБНОМ ЗАВЕДЕНИИ

¹Ш.И.Атамурадов, ²М.Т.Кариева, ²Н.А.Раджабова

¹ Научно-исследовательский институт военной медицины Военно-медицинской академии Вооруженных Сил Республики Узбекистан

²Ташкентский фармацевтический институт

АННОТАЦИЯ

С момента обретения независимости Узбекистан уделяет большое внимание реформе системы образования, получению современных знаний и навыков на уровне мировых стандартов, развитию физической и интеллектуальной зрелости наших детей, развитию их способностей, талантов, и интеллектуального потенциал.

В связи с этим преобразования, осуществляемые в нашей республике, требуют современного уровня подготовки кадров для всех сферах жизни общества, в том числе и в медицинской сфере. При этом одной из актуальных задач считается организация эффективного использования передовых образовательных технологий в процессе подготовки соответствующих специалистов.

Ключевые слова: методические и интерактивные методы, личностно-ориентированное образование.

ANNOTATSIIYA

O'zbekistonda mustaqillikka erishgandan so'ng ta'lim tizimini tubdan isloh qilish, jahon andozalari darajasida zamonaviy bilim va ko'nikmalarni egallash, farzandlarimizning jismoniy va intellektual kamolotini yuksaltirish, ularning qobiliyat, iste'dodi, iqtidorini rivojlantirishga, intellektual salohiyatiga katta e'tibor qaratilmoqda.

Shu munosabat bilan respublikamizda amalga oshirilayotgan o'zgarishlar jamiyat hayotining barcha jabhalari, jumladan, tibbiyot sohasi uchun ham kadrlar tayyorlashda zamonaviy yondoshuvlardan foydalanishni taqozo etmoqda. Shu bilan birga, tegishli mutaxassislar tayyorlash jarayonida ilg'or ta'lim texnologiyalaridan samarali foydalanishni tashkil etish dolzarb vazifalardan biri bo'lib qolmoqda.

Kalit so'zlar: uslubiy va interfaol usullar, shaxsga yo'naltirilgan ta'lim.

ANNOTATION

Since gaining independence, Uzbekistan has been paying great attention to the radical reform of the education system, acquiring modern knowledge and skills at the level of world standards, developing the physical and intellectual maturity of our children, developing their abilities, talents, and intellectual potential.

In this regard, the transformations being carried out in our republic require a modern level of training for all spheres of society, including in the medical field. At the same time, one of the urgent tasks is to organize the effective use of advanced educational technologies in the process of training relevant specialists.

Key words: methodological and interactive methods, student-centered education

В последние годы во все отрасли экономики стремительно проникают современные инновационные технологии.

В то же время требования международного рынка труда, ускорение интеграционных процессов, цифровизация требуют подготовки конкурентоспособных специалистов, обладающих квалификацией и навыками, отвечающих требованиям времени [4,5,7].

С момента обретения независимости Узбекистан уделяет большое внимание реформе системы образования, получению современных знаний и навыков на уровне мировых стандартов, развитию физической и интеллектуальной зрелости наших детей, развитию их способностей, талантов, и интеллектуального потенциал.

В связи с этим преобразования, осуществляемые в нашей республике, требуют современного уровня подготовки кадров для всех сферах жизни общества,

в том числе и в медицинской сфере. При этом одной из актуальных задач считается организация эффективного использования передовых образовательных технологий в процессе подготовки соответствующих специалистов.

Поэтому одной из первостепенных задач образовательного процесса сегодняшнего дня, как отмечают многие авторы, является научить студентов уметь работать самостоятельно, разумно использовать поток информации, что требует необходимости предоставить им возможность и условия для непрерывной самостоятельной работы.

В целях реализации вышеуказанных задач приняты ряд законодательных документов: Закон Республики Узбекистан «Об образовании», утвержденный Президентом Республики Узбекистан от 23 сентября 2020 года, УК-4947 от 27 августа 2019 года «Постановление о высшем образовании, Постановление №



ПФ-5847 от 8 октября 2019 года «Об утверждении Концепции развития системы высшего образования Республики Узбекистан до 2030 года» и Постановления Кабинета Министров Республики Узбекистан № 797 от 2019 года от 23 сентября» О дополнительных мерах по дальнейшему совершенствованию системы подготовки менеджеров и педагогов высших учебных заведений», в которых определены первоочередные задачи [1,3].

Образование, в том числе и медицинское, ориентированное на человека, является ключевым фактором, так как необходимо рассматривать пациентов как личностей в их физической, психологической, социальной и духовной целостности. Поэтому медицинское образование является важнейшим компонентом личностно-ориентированного здравоохранения [2,5,6].

В чем же проявляется отличие традиционного образования от личностно-ориентированного. В отличие от традиционного образования личностно-ориентированное образование представляет собой такой тип образовательной организации, которая включает в себя создание необходимых условий для развития личностных способностей студентов с учетом их возможностей и способностей.

При этом студент является основным участником образовательного процесса, а преподаватель - является не только «источником информации» и «контролером», но и также способствует развитию личности студента, поддерживая, ободряя его.

Личностно-ориентированный подход это не только организация преподавателем приемлемой творческой среды, но и опора на личный опыт студента.

Основная суть личностно-ориентированного образования заключается в том, чтобы выявить личный опыт студента по изучаемой теме, согласовать с его знаниями и перевести в соответствующее содержание [6,7].

Поэтому когда преподаватель готовится к занятию, важно планировать связь содержательных особенностей знаний с личной жизнедеятельностью студента. Важно также обсудить идеи и варианты, предлагаемые студентами, причем идеи должны быть «правильными». Правильные идеи и предложения должны поощряться, а «неправильные» не должны оцениваться, но, в тоже время, должны совместно.

Дидактическое обеспечение учебного процесса в личностно-ориентированном обучении также должно иметь свои особенности, в том числе:

учебный материал должен быть направлен на раскрытие содержания личного опыта студента с учетом его предшествующих знаний;

передача знаний служит не только для обогащения знаний студента, но и для приобретения личного опыта;

необходимо подавать учебный материал таким образом, чтобы студент имел возможность выбора и

мог с серьезным желанием подходить и излагать поставленные вопросы и задачи.

В связи с этим необходимо отметить, что Концепция развития системы образования до 2030 года разработана достаточно подробно и включает в себя множество идей и подходов.

Необходимо понимать, что дадут нам в будущем идея и инновация, заложенные концепцией.

Методы обучения в высших учебных заведениях имеют свои особенности и объединяют в себе не только методы обучения, но и систему получения знаний, ориентированную на учебную и научную деятельность.

В высшем учебном заведении студент изучает современную науку и проходит обучение по специальности. Именно поэтому методики обучения в высших учебных заведениях являются не только способами передачи и осмысления знаний, но и направлением, постепенно проникающим в процесс развития науки и раскрывающим ее методологическую и концептуальную основу [7,8].

При обосновании методов обучения в высших учебных заведениях ряд ученых, занимающихся дидактикой, большое значение придают вопросам профессионально-личностной подготовки студентов, изучению специфики образовательного процесса в высших учебных заведениях и познавательной деятельности студентов [2,4,5,6,8].

Профессиональный образовательный процесс, состоящий из активной творческой познавательной деятельности студентов и их самостоятельной работы, делится на две группы методов обучения: методы обучения и формы обучения.

Методы обучения рассматриваются как методы передачи знаний и формируют методы воздействия педагога на студентов в процессе обучения.

Методы и формы обучения в высших учебных заведениях являются комбинированными, то есть метод обучения в высших учебных заведениях считается одновременно и организационной формой обучения.

Кроме того, методы обучения в высших учебных заведениях включают организацию дополнительного обучения.

На современном этапе развития важная роль в образовательном процессе отводится личностно-ориентированному обучению, как развивающему умения адаптироваться к новым жизненным условиям, анализировать ситуацию, оценивать и находить пути решения, самостоятельно творчески самосовершенствоваться в профессиональной деятельности.

Вопросам личностно-ориентированного подхода к обучению посвящены работы Е.В.Бондаревской, А.Д.Грибановой, В.В.Серикова, В.А.Петровского, С.Л.Рубинштейн, И.С.Якиманской и др.

При построении учебного процесса личностно-ориентированного обучения необходимо: использование субъектного опыта студентов; создание условий



для делового общения; конкретизация общей цели на отдельных этапах занятий. Подбор дидактического материала, позволяющего удовлетворять познавательную направленность по содержанию, виду и форме, облегчающее его усвоение; внимание к процессу, а не только к результату; разные формы организации учебной деятельности; использование разных форм общения; создание атмосферы заинтересованности; анализировать правильность ответа, и его оригинальность; обобщение полученных знаний и умений.

Личностно-ориентированное образование подразумевает ориентацию на обучение, воспитание и развитие всех студентов с учетом их индивидуальных особенностей:

- возрастных, психологических, интеллектуальных, физиологических;

- образовательных потребностей, ориентацию на разный уровень сложности программного материала, доступного студенту;

- выделение групп учащихся по знаниям, способностям;

- распределение учащихся по однородным группам: способностям, профессиональной направленности;

- отношение к каждому студенту как к уникальной индивидуальности.

Личностно ориентированное обучение предоставляет возможности каждому студенту обучаться в соответствии с его уровнем, и предъявляет требования несколько больше, чем способности, чтобы обучение постоянно способствовало реализации потенциальных возможностей:

- в процессе общения со студентом необходимо проявляться уважение к личности в любых ситуациях;

- для всестороннего развития личности важны особенности духовного, физического, этического разви-

тия целостности личности студента, а не отдельных ее качеств.

Кроме того, личностно-ориентированное обучение раскрывает содержание индивидуального опыта студентов, согласовывая его с задаваемым, переводя в социально значимое содержание, и тем самым, добиваясь личностного усвоения этого содержания [3,4,7,8].

Таким образом, личностно-ориентированное обучение предоставляет возможности: каждому студенту, с учетом его способностей, склонностей, интересов, реализовать себя в познавательной и учебной деятельности: стимулирует студента для самопознания, самовоспитания и самосовершенствования. Студент осознает и познает себя изнутри и извне, сравнивая себя с другими студентами, оценивая свои поступки и поведение, принимает себя и других в целом, а не отдельными чертами характера.

Поэтому наиболее актуальным в современном образовании становится формирование ответственности с момента поступления молодого человека в высшее учебное заведение. Переход к личностно-ориентированному подходу в обучении должен означать коренную перестройку всего образа жизни молодого человека, когда он должен ходить в институт, посещать лекции и семинары, самостоятельно заниматься тем, что предусмотрено вузовской программой, выполнять требования преподавателя и добиваться качественных результатов в учебе.

Данный процесс предполагает, что, как со стороны родителей, так и преподавателей должны создаваться условия, когда молодой человек будет осознавать и понимать свою социальную значимость, уметь преодолевать возникающие трудности и препятствия, а также представлять себя «зрелой», «взрослой» личностью, способной нести ответственность за свои поступки и действия.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- Ўзбекистон Республикаси Кадрлар тайёрлаш миллий дастури. Олий таълим меъёрий хужжатлари. – Т. «Шарқ», 2001.
- Бурханова Г.Т., Варга В. Шахсга йўналтирилган таълим. Ўқув-услубий мажмуа. – Т., 2014.
- Основы личностно-ориентированного образования. / И.С.Якиманская. – М.: «Бином. Лаборатория знаний», 2011.
- Mezzich J.E, Salloum I.M, Cloninger C.R, Salvador-Carulla L, Kirmayer L.J, Banzato C.E, et al. Личностно-интегративная диагностика: концептуальные основы и структурная модель. Can J Психиатрия. 2010 г.; 55: 701
- Меззич Ю.Э. Построение личностно-ориентированной медицины посредством диалога и партнерства: точка зрения международной сети личностно-ориентированной медицины. Int J Pers Cent Med. 2011 г.; 1:10
- Mezzich J.E, Snaedal J, van Weel C, Botbol M, Salloum I, van Lerberghe W. Формулировка личностно-ориентированной медицины и личностно-ориентированного общественного здравоохранения: доклад четвертой Женевской конференции. World Med J 2011; 57 : 171
- Меззич Дж.Э., Эппльярд Дж. Непрерывное развитие медицины, ориентированной на человека, и борьба с хроническими заболеваниями. Международный журнал личностно-ориентированной медицины. 2013; 3:1–4.
- N.Rasulova, N.Mukhamedova, G.Djalilova, M.Kariyeva, N.Rajabova S.Yarova Structural elements of didactic skills of educators in the educational process: theoretical and methodological approaches and principles BIO Web of Conferences 65, 10008 (2023), c.2-7



ЗНАЧЕНИЕ И ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ НА ВОСПИТАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

¹Р. У. Хамидов, ²Ш.И.Атамурадов, ³В.С.Касимова

¹Военный институт информационно-коммуникационных технологий и связи

²Научно-исследовательский институт военной медицины Военно-медицинской академии Вооруженных Сил Республики Узбекистан

³Ташкентский фармацевтический институт

АННОТАЦИЯ

Влияние физической подготовки по воспитанию психологических качеств военнослужащих ВС РУ к предстоящей профессиональной службе имеет актуальное значение. В данной статье рассматривается влияние физической подготовки на воспитание психологических качеств под влиянием физических и психологических нагрузок.

Ключевые слова: воспитание, волевые качества, преподаватель, физические упражнения, методические и интерактивные методы и приёмы.

ANNOTATSIYA

Ushbu maqolada O'zbekiston Respublikasi Qurolli kuchlar xarbiy xizmatchilarining jismoniy tayyorgarligiga tarbiyaviy ta'sir etishning psixologik sifatleri haqida ilmiy va amaliy psixologik tavsiyalar berish bugungi kunda o'ta muhim ahamiyat kasb etishligi haqida zaruriy fikrlar bayon etilgan.

Mazkur ilmiy maqolada Qurolli kuchlar harbiy xizmatchilarini jismoniy tayyorlash va tarbiyalash masalalariga hamda ularni jismoniy tayyorlash uchun bevosita psixologik sifatlerini inobatga olish muhimligi haqida ilmiy nazariy va amaliy zaruriy ma'lumotlar atroflicha yoritilgan. Ularning jismoniy tayyorgarligini va psixologik fazilatlarini tarbiyalashda uzviylik, izchillik va ketma-ketlik tamoyillari asosida amalga oshirish zarurligi, buning uchun esa irodaviy sifatlerini yanada takomillashtirish zarurligi haqida muhim tavsiyalar berilgan.

Kalit so'zlar: tarbiyaviy, irodaviy sifatlar, o'qituvchilik mahorati, jismoniy mashg'ulotlar, uslubiy jihatlari va interfaol metodlar, uzviylik, izchillik tamoyillari.

ANNOTATION

This article describes the necessary points on the importance of giving scientific and practical psychological recommendations on the psychological qualities of educational impact on the physical training of military personnel of the Armed forces of the republic of Uzbekistan today.

In this scientific article, the scientific theoretical and practical necessary information about the importance of taking into account the issues of physical training and upbringing of military personnel of the armed forces and the direct psychological qualities for their physical training is covered in detail. Important recommendations have been made on the need to implement continuity on the principles of consistency and sequence in the education of their physical fitness and psychological qualities.

Keywords: Educational, volitional qualities, teaching skills, physical training, methodological aspects, interactive methods, principles continuity and consistency.

Введение. Физическая подготовка имеет важное влияние и значение на воспитание психологических качеств военнослужащих. Практика и результаты научных исследований свидетельствуют о том, что в процессе физической подготовки можно эффективно воспитывать у военнослужащих высокие морально-психологические и в первую очередь волевые качества военнослужащих Вооруженных Сил Республики Узбекистан.

Цель и задачи статьи. Целью данной статьи является анализ и решение проблем в физической подготовке военнослужащих при воспитании психологических и волевых качеств.

Основная часть. Физическая подготовка имеет важное влияние и значение на воспитание психологических качеств военнослужащих. Практика и результаты научных исследований свидетельствуют о том, что в процессе физической подготовки можно эффек-

тивно воспитывать у военнослужащих высокие психологические качества и в первую очередь волевые качества личности: целеустремленность, смелость и решительность, инициативность и находчивость, настойчивость и упорство, выдержку и самообладание.

Воспитание этих психологических качеств военнослужащих в процессе физической подготовки возможно лишь при сознательной постановке конкретных воспитательных задач, решение которых обеспечивается путем непосредственного использования соответствующих физических упражнений и специальных методических приемов. В связи с этим основными путями воспитания психологических качеств в процессе физической подготовки являются: использование наиболее эффективных средств, направленных на воспитание определенных психологических качеств, применение специальных методических приемов.



Использование наиболее эффективных средств, направленных на воспитание определенных психологических качеств. Выполнение различных физических упражнений как в обычной обстановке, так и в условиях состязаний связано со специфическими по характеру объективными (внешними) и субъективными (внутренними) трудностями. В связи с этим неодинакова и эффективность разных упражнений в отношении воспитания тех или иных волевых качеств.

Смелость и решительность — это способность своевременно и без колебаний принимать обдуманные решения, уверенно и энергично реализовать их, проявляя при этом готовность сознательно идти на риск в условиях непосредственной опасности.

Наиболее эффективным средством воспитания у военнослужащих решительности и смелости являются такие физические упражнения и виды спорта, при выполнении которых двигательная деятельность характеризуется: непрерывностью и быстротой изменения условий, наличием различных элементов риска и опасности, непосредственным характером спортивной борьбы (спортивные игры, единоборства), неуклонно возрастающими одновременно с повышением уровня физической подготовленности требованиями к развитию решительности и смелости.

Среди упражнений, используемых в процессе физической подготовки, наиболее полно этим требованиям соответствуют: передвижение на значительной высоте по узкой опоре; прыжки в глубину, через широкие и глубокие препятствия; упражнения на гимнастических снарядах с оборотами, стойками и кувырками; сложные соскоки с гимнастических снарядов и опорные прыжки; акробатические упражнения; приемы рукопашного боя. Видами спорта, наиболее эффективно влияющими на воспитание решительности и смелости, являются: преодоление единой полосы препятствий, рукопашный и ножевой бой, борьба и спортивные игры.

Инициативность и находчивость — это способность по личному почину, самостоятельно и активно действовать для решения поставленной задачи, проявляя при этом сообразительность и творчество.

Для воспитания инициативности и находчивости наиболее эффективными являются упражнения и виды спорта, позволяющие создавать различные условия и ситуации, из которых необходимо находить выход собственными усилиями. К ним относятся, прежде всего, разнообразные приемы и действия, выполняемые по внезапно подаваемым командам и сигналам, бег с ориентированием, приемы нападения и самозащиты, спортивные игры, а также виды спорта, связанные с единоборством (бокс, борьба, рукопашный и ножевой бой).

Настойчивость и упорство — это способность длительно и упорно, не снижая активности и энергии, вести борьбу за выполнение поставленной задачи, преодолевая возникающие трудности.

Наиболее эффективным средством воспитания

настойчивости и упорства в процессе физической подготовки являются упражнения на выносливость, так как при их выполнении военнослужащим приходится преодолевать трудности, связанные со значительным утомлением и перенесением больших физических нагрузок и нервно-психических напряжений. К таким упражнениям, относятся: кроссы и марш-броски, бег на средние и длинные дистанции, преодоление препятствий, плавание и упражнения, связанные с единоборством.

Выдержка и самообладание — это способность сохранять ясность мыслей и разумно управлять своими чувствами и действиями в условиях значительного утомления, эмоционального возбуждения, максимального напряжения, возникновения неожиданных препятствий и неудач.

В процессе физической подготовки наиболее благоприятные возможности для воспитания выдержки и самообладания создаются при выполнении самых разнообразных упражнений, связанных с максимальными нагрузками и нервно-психическими напряжениями. Наиболее эффективными в этом отношении являются виды спорта, связанные с единоборством, а также спортивные игры и стрельба.

В процессе физической подготовки могут эффективно воспитываться также эмоциональная устойчивость, способность к широкому распределению, быстрому переключению внимания и другие психологические качества военнослужащих.

Применение специальных методических приемов воспитания психологических качеств. Успешность воспитания психологических качеств военнослужащих зависит, прежде всего, от умелого сочетания и использования всех методов воспитания (убеждение, пример, упражнение, высокая требовательность, поощрение). При этом особенно важную роль играет метод упражнения. Большое значение в воспитании психологических качеств имеют специальные методические приемы, которые в зависимости от конкретной направленности можно условно разделить на три группы.

Первую группу составляют приемы, направленные преимущественно на создание условий для проявления военнослужащими морально-психологических качеств. Достигается это путем последовательного усложнения и изменения условий выполнения упражнений, приемов и действий с таким расчетом, чтобы занимающиеся постоянно оказывались бы перед новыми, неуклонно возрастающими по своей специфической трудности двигательными заданиями.

Величина существующих или специально создаваемых трудностей, определяемая характером используемых специальных физических упражнений и сложностью условий их выполнения, должна соответствовать уровню подготовленности военнослужащих и поставленным задачам. В начале обучения целесообразно создавать значительные трудности. В



период разучивания упражнений сам процесс овладения техникой их выполнения представляет большую трудность и требует от военнослужащих проявления значительных волевых усилий.

По мере овладения техникой физических упражнений следует постепенно усложнять и условия их выполнения, создавая тем самым новые трудности. Упражнения, переставшие быть трудными для военнослужащих, утрачивают значение для воспитания у них психологических качеств, так как не требуют затраты волевых усилий. Наряду с этим они перестают быть и средством эффективного повышения уровня физической подготовленности. Поэтому методика обучения физическим упражнениям должна предусматривать постоянное нарастание психологических трудностей, преодолеваемых военнослужащими.

Последовательное усложнение условий выполнения упражнений достигается путем изменения высоты снарядов, препятствий, вышек для прыжков, крутизны и протяженности склонов, повышения (скорости передвижения, быстрого и резкого изменения условий, ограничением времени при выполнении упражнений, необычностью положения для перемещения тела в пространстве, увеличения воздействия этих условий.

Вторую группу составляют методические приемы, направленные преимущественно на побуждение военнослужащих к преодолению трудностей путем создания у них сознательно-активного отношения к поставленным задачам. Создание условий, требующих проявления психологических качеств, не даст необходимого эффекта в воспитании военнослужащих, если они будут пассивны, не будут сознательно и активно преодолевать имеющиеся трудности. Поэтому в процессе обучения физическим упражнениям необходимо систематически использовать разнообразные методические приемы, стимулирующие и побуждающие военнослужащих к активному преодолению возникающих трудностей. Такими приемами являются: постановка доступных промежуточных заданий на пути к выполнению поставленной задачи, внесение в задание общественно значимого содержания, замечания и указания по ходу выполнения упражнения, оценка действий военнослужащих и привитие им навыков самооценки своих возможностей, создание и поддержание положительного эмоционального состояния занимающихся и, наконец, прямое требование выполнить необходимое упражнение.

Третью группу составляют методические приемы, направленные преимущественно на обеспече-

ние успеха при обучении упражнениям, связанным с проявлением тех или иных психологических качеств. Это достигается: постепенным наращиванием специфической трудности упражнений, сочетаемой в ряде случаев со значительным усложнением условий их выполнения; повторением упражнений в разнообразных условиях, в частности, в более трудных, чем это предусмотрено нормативами; использованием специальных приемов преодоления стойких отрицательных проявлений психологических качеств и влияния неудач при выполнении упражнений.

Все перечисленные методические приемы используются комплексно, в соответствии с конкретными особенностями содержания и задач обучения и воспитания, а также с учетом подготовленности занимающихся. Физическая подготовка направлена на обеспечение высокого уровня развития не только физической, но и морально-психологической подготовленности военнослужащих. Поэтому, в процессе физического совершенствования личного состава задачи обучения и воспитания должны быть тесно взаимосвязаны, а пути, средства и методы их решения органически дополнять друг друга. Все это предъявляет высокие требования к педагогическому мастерству преподавателей и офицеров, особенно специалистов по физической подготовке и спорту.

Выводы: Личность преподавателя (тренера), его идейная убежденность и морально-волевые и профессиональные качества, знания и опыт, добросовестное отношение к исполнению своих обязанностей, а также лицо воинского коллектива, его сплоченность и принципиальность - одно из важнейших условий решения воспитательных задач в процессе обучения.

Каждый занимающийся, находясь в коллективе, должен уметь подчинять свои действия интересам коллектива. Это особенно важно при выполнении приемов и действий в сложных условиях при групповом преодолении препятствий, совершении марш-бросков или переправах подразделений вплавь, в различных командных состязаниях. Поэтому весь процесс физической подготовки должен способствовать укреплению воинской дисциплины, воспитанию коллективизма, дружбы, взаимной выручки.

Большое воспитательное значение имеет осуждение руководителем и воинским коллективом каждого случая негативного поведения отдельных военнослужащих и поощрение тех, кто добивается высоких показателей в физической подготовке и является образцом воинской дисциплины.

Используемая литература:

1. Гаппаров. З.Г Спортивная психология. Ташкент. ООО «Мехридарё», 2019 г.-312 с.
2. «Наставление по физической подготовке» 2020г.Ташкент 220 с. с ил.
3. Новиков А.Д. Матвеев Л.П. Теория и методика физического воспитания. Москва. Издательство «Физкультура и спорт». 1999. Т.1. 398с.
4. Макаренко А.С. «Воля, мужество, целеустремленность». Педагогические сочинения. В 8 томах. Т .4. Москва Издательство «педагогика», 1978 г.400 с.
5. Е.П. Ильин. Психология воли. СПб, издательство «Питер» 2020 г.-208 с.

GIMNASTIKA VA SUV SPORTI TURLARINING UYG'UNLIGIDAN FOYDALANISH.

Atamuradov SH.I.¹, Kasimova V. S.²

¹O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlari Harbiy tibbiyot akademiyasi
harbiy tibbiyot ilmiy-tadqiqot instituti

²Toshkent farmatsevtika instituti

ANNOTASIYA

Ushbu maqolada talaba-yoshlarning jismoniy barkamolligini tarbiyalash, sportchilar mahoratini oshirishda deyarlik barcha sport turlari o'zaro uyg'unlashib, shu maqsad yo'lida sportdagi iqtidorli qizlarni o'qish, yashash manzillari asosida sport turlarini to'g'ri tanlash, zaruriyat talab etsa uyg'unlikdagi sport turlariga o'tish, jismoniy barkamollikka erishish, nafosat, joziba, go'zallik va shijoatlik fazilatlarini yo'qatmaslik yo'llarini ko'rsatish vazifalari haqida zaruriy fikrlar bayon etilgan.

Kalit so'zlar: tarbiyaviy, irodaviy sifatlar, o'qituvchilik mahorati, jismoniy mashg'ulotlar, uslubiy jihatlar va interfaol metodlar, o'xshashlik, uyg'unlik va takroriy va uzviylik tamoyillari.

АННОТАЦИЯ

В этой статье рассказывается о том, как практически все виды спорта гармонично сочетаются друг с другом в воспитании физического совершенства, повышении мастерства спортсменов. С этой целью изложены необходимые соображения о задачах обучения одаренных девушек в спорте, о правильном выборе видов спорта на основе адреса проживания, о переходе к гармоничным видам спорта по мере необходимости, о способах достижения физического совершенства и о том, как элегантность, обаяние, красота и мужество не теряют своих качеств.

Ключевые слова: воспитательные, волевые качества, педагогические навыки, физическая активность, методические аспекты и интерактивные методы, принципы сходства, гармонии и повторяемости и непрерывности.

ANNOTATION

This article describes how almost all sports harmoniously combine with each other in the education of physical perfection, improving the skills of athletes, to this end, the necessary considerations are presented about the tasks of teaching gifted girls in sports, about the right choice of sports based on the address of residence, about the transition to harmonious sports as needed, about the ways to achieve physical perfection and how elegance, charm, beauty and courage do not lose their qualities.

Keywords: educational, volitional qualities, pedagogical skills, physical activity, methodological aspects and interactive methods, principles of similarity, harmony and repeatability and continuity.

Talaba-yoshlarning jismoniy barkamolligini tarbiyalash, sportchilar mahoratini oshirishda deyarlik barcha sport turlari o'zaro uyg'unlashib ketadi. Lekin ulardagi amaliy faoliyatlar, mashq turlari, ayniqsa ularni bajarishdagi texnik-taktik amaliy usullar bir-biridan tub farq qiladi. SHunday bo'lsada turdosh (o'xshash) sport turlarining mazmuni, shakli va ijro etish texnik-taktik usullari bir-birini to'ldirib, uyg'unlashib boradi. Bu yo'lda sport gimnastikasi tarkibidagi erkin mashqlar, badiiy gimnastika, akrobatika, trampolinada (batut) sakrash, suv sporti turlari (barchasi) bilan hamohang, o'zaro uyg'un, hatto takroriy holatlar bilan ko'rinadi. Shu sababki bu o'xshashlik, uyg'unlik va takroriy faoliyatlar barcha turlardagi shug'ullanuvchilarning jismoniy sifatlarini ham bir yo'nalishda tarbiyalanganligini bilish mumkin. Keltirilgan sport turlarining o'zaro bog'liqligi va uyg'unligi ma'lum bo'lsada ular ham bir-biridan farqli o'laroq shug'ullanish joylari, tayanch uskunolari, qo'llaniladigan anjomlari nafaqat o'xshamaydi, musobaqalardagi ko'rsatkichlari ham bir-biriga yaqin emas.

Mazkur o'xshashlik, uyg'unlik va amaliy faoliyat-

larini bir-biridan farqlarini ilmiy-pedagogik jihatdan o'rganish, tahlil etish qiz bolalarning sport turlarini tanlash hamda qiziqib shug'ullanishlariga yo'l-yo'riq bo'lishi mumkin.

SHu maqsad yo'lida sportdagi iqtidorli qizlarni o'qish, yashash manzillari asosida sport turlarini to'g'ri tanlash, zaruriyat talab etsa uyg'unlikdagi sport turlariga o'tish, jismoniy barkamollikka erishish, nafosat, joziba, go'zallik va shijoatlik fazilatlarini yo'qatmaslik yo'llarini ko'rsatish vazifalarini belgiladik.

Tadqiqotda ilmiy ishlarni olib borishdagi an'anaviy usullardan chetga chiqmadik. Ya'ni kuzatish, suhbat, savol-javoblar o'tkazish, mavzuga doir huquqiy-me'yoriy hujjatlar, pedagogik-psixologik, fiziologik adabiyotlardan maqsadli foydalanildi.

Sport gimnastikasi ko'p kurashli (er-6, ayol.-4) yagona sport turi maqomiga ega. Ularning har birida yoshlar, o'smirlar va kattalar uchun maxsus dasturiy (majburiy va ixtiyoriy-erkin) mashqlar mavjud bo'lib, belgilangan me'yoriy darajalar-o'yinlar: yoshlar razryada, III-II-I razryadlar va sport ustaligiga nomzod, sport ustasi, xizmat



ko'rsatgan sport ustasi, halqaro sport ustasi belgilangan.

Ta'kidlash lozimki, asboblarda (turnik, xalqa, brus, kon, sakrash, erkin mashq-erkaklar, xoda (brevno), brus, sakrash hamda erkin mashq)

Ijro etiladigan mashqlarning shakli, texnik-taktik amallari boshqa sport turlaridagi ba'zi murakkab harakatlarga o'xshab ketadi, hatto takrorlanadi.

Ayniqsa stol, kon va boshqa asboblardan sakrab o'tish, xoda (brevno ayollar), brus, xalqa va boshqa asboblardagi sakrab aylanishlar (salto, aylanish va h.k.) akrobatika, trampolinda sakrash, suv sportida minordan (vayshka) sakrab aylanishlarda o'xshashlik, uyg'unlik va aynan takrorlashlar sodir bo'ladi. Bu ifodalar umumxususiyatga ega bo'lgan daliliy mulohazalardir.

Bevosita bir-biriga mos ravishda tayyorgarlik va mu-sobaqalarda ijro etiladigan gimnastikadagi erkin mashqlarning (erkaklar va ayollar) akrobatika, trampoline, suvga sakrash, suzish, suv polosi, ayniqsa suv osti gimnastikasi (sinxron suzish) mashqlarining aynan bir-biriga muvofiqligi va uyg'unligi e'tiborni jalb etadi. CHunki, ular o'zlariga xos va mos keladigan joylarda (gilam, suv havzasi, to'rdan yasalgan "CHorpoya") maxsus asbob-uskunalar (to'p, arqon, tasma, bulava, chamberak va h.k.) bilan ijro etiladi. Ularning barchasida chaqqonlik, ephchillik, egiluvchanlik, chidamlilik jismoniy sifatlar qa-

torida tana a'zolarining chiroyli, go'zal, ko'rkamligi, xotin-qizlarda joziba, nafosat kabi fazilatlar mujassamlanib, tomoshabinlar, murabbiylar, sport muxlislari hamda mutaxassislarining diqqatini o'ziga jalb etadi (5.6).

Badiiy gimnastika erkin mashqlar shaklidagi amallarni o'z ichiga olsada, u mustaqil sport turi (raqslar majmuasi).

Umuman aytganda sport gimnastikasi iqtidorli va sport mahoratiga ega bo'lgan yoshlarning eng avvalo ichki dunyosi (tafakkur, ongli yondashish, xotirada saqlash, har bir harakat-amalning yo'nalishlarini ko'rib borish, sevinish, quvonch va h.k.) va tashqi olamini (gavda tuzilishi, murakkab amallarni puxta va o'ta ehtiyot ijro etish, chehralarning oydin-ochiqligi va h.k.) namoyish etish bilan barchani lol, rom etadi. Bu masalalar bilan uzviy bog'liq amallar, usullar haqidagi Umarova Z.O., Umarov A.A. (5) hamda Umarov M.N., Ishtaev D.R. (6) kabilarning o'tkazgan tadqiqotlari mavzuga daliliy ma'lumotlar kiritishga xizmat qiladi.

Yuqorida o'zaro uyg'unlikka ega bo'lgan asosiy sport turlari qayd etildi. Ularning mazmuni, shakli, ijro etilish usullari va boshqa xususiyatlariga alohida birma-bir to'xtalishga imkoniyat yo'q. Chunki, ular haqidagi iavsif, bayonlar bir maqola matniga sig'maydi. Shu sa-

Jadval-1

O'quvchi qiz bolalar shug'ullanishi lozim bo'lgan suv sporti turlarining ijtimoiy – tarbiyaviy xususiyatlari

t/r	Suv sporti turlari	Bir-birigamuvofiq keladigan mashqlarni o'rganish tartibi	Maqul bo'lgan turlar bilan doimo shug'ullanish yo'llari
1.	Turli usullarda har xil masofalarga suzish	Qo'llarni yozib, uzatib, bukib va kaftlar bilan suvni tortish, itarish jarayonlarini o'zlashtirishda gimnastikaning erkin mashqlari, badiiy gimnastikasining amallaridan foydalanishni o'rganish. Gimnastika asboblardagi sakrashlarga (aylanish, aylanishda burilish, egilish, gavdani tik tutish va h.k. Suv yuzasi, pastki qatlamlarda badiiy gimnastika mashqlarga mos bo'lgan harakatlarni ijro etish.	Erkin, brass usullarini ko'proq o'zlashtirish. CHalqancha yotgan holda bajariladigan barcha amallarni bilish.
2.	Har xil balandlik (2,5 3,5m) dagi supa-minoralardan turli usullarda sakrash va havoda aylanish, bosh, oyoqlar bilan tax tutish. Sinxron suzish.		Oyoqlarda tik turib tushish.
3.	Suv polosi (suvdagi qo'l to'piga xos)	Erkin va badiiy gimnastikadagi asbob-uskunalar (to'p, tasma) bilan o'ynash mashqlari.	Suv yuzasidagi badiiy tasvirdagi shakllarni bajarish.
4.			Turli suzish amallarida to'p bilan o'ynash.



babdan yoshlar, ayniqsa qiz bolalarning qiziquvchi suv sporti turlariga qisman izoh, sharhlar berish maqsadga muvofiq ko'rindi (jadval-1).

Jadvaldagi gimnastika, badiiy gimnastika va suv sporti turlarini qisman tilga olishda shuni e'tiborga olindiki, qizlar bu sport turlarini yaxshi tasavvur etadi va atamalar, amaliy harakat mashqlarining shakllari, hatto ba'zilar texnik-taktik usullarni ham etarli darajada tasavvur etishadi.

Qizlarga xos, maqbul va foydali sport (qismlar-element) – gimnastika.

E'tirof etmoq joizki, istiqbol davrida iqtidorli qizlarni sportga jalb etish ustivor masalaga aylangan. Bunda qizlarning tug'ma qobiliyatlari, ularni qiziktirish tadbirlari, mahoratli sportchilarni ma'naviy va moddiy jihatdan rag'batlantirish olg'a surilmoqda (1,2) shu bo'ski, ular orasida kurash, boks, og'ir atletika, futbol kabi erkaklarsporti bilan shug'ullanuvchilar tabora ko'paymoqda. Ota-onalar, mahalla faollari, ta'lim muassasalaridagi fan o'qituvchilari xoxish bildirsa, ayniqsa sportdagi iqtidorli qizlarning chinakam qiziqishlari asosida ularni erkaklar sportiga safarbar etish lozim bo'ladi.

Ma'lumki muayyan sport turiga qiziqqan qizlarning barchasi ham etuk sportchi bo'lmaydi. Chunki ularning oldida turli kasb-hunarni egallash, chuqur bilim olish, hayot-turmush, oila qurish kabi ehtiyojli faoliyatlar ko'ndalang turadi.

Muammoga shu tarzda qaralsa, sport bilan astoydil shug'ullanmaydigan qizlar eng avvalo kundalik hayotda doimo sog'lom bo'lib yurish, kelajakda sog'lom turmush qurish, oilada tinch-osoyishta yashash, buyuk kelajak uchun yosh avlodlarni yaratish, ularning jismonan barkamol bo'lib etishishlarini ta'minlashni o'ylash, imkoniyat, sharoitlarni barpo etish yo'llarini o'rganish-

ga to'g'ri keladi. Bu yo'lda gimnastika va unga monand bo'lib, uyg'unlashib ketgan engil (3,4) va eng zarur mashq-o'yinlar bilan doimo shug'ullanish maqsadga muvofiqdir ya'ni:

-bog'cha, maktab, litsey, Oliy o'quv yurti va oilada o'rgangan umumrivojlantiruvchi va sog'lomlashtiruvchi gimnastika mashqlarini ertalab, bo'sh paytlarda takrorlashga odatlanish;

-o'quv muassasalarida o'tkaziladigan jismoniy tarbiya darslarida dastur asosidagi turlarni puxta, faol bajarish, hohlagan gimnastika, akrobatika, aerobika va shunga o'xshash mashqlarni ustoz ruxsati va yordamida bajarish (oraliq mashqlari);

-“Umid nihollari”, “sportchilar oilasi”, “xotin-qizlar sport festivali”, “quvnoq startlar” turkumidagi musobaqalarda ishtirok etish, undagi o'yin-mashqlarni uy-hovli, aholi istiqomat joylardagi o'yin maydonlarida o'rganish, tayyorlanish;

- imkoniyat doirasida sog'lomlashtirish va jismoniy rivojlanish holatlarni yaxshilash, takomillashtirish maqsadida suv havzalari, trenajyor markazlariga qatnashish.

stol tennisi, badminton, voleybol, basketbol kabi epcillik, chaqqonlik, hushyorlik kabi fazilat hamda sifatlarni tarbiyalovchi mashqlarni yakka tartibda, juft va guruh, xatto oilaviy (ota-ona, aka-opa, uka-singil) bo'lib shug'ullanish.

Xulosa tarzida aytganda, jismoniy tarbiya vositalarining eng ustivor turlari hisoblangan gimnastika, akrobatika, badiiy gimnastika, suv sport turlari, sport o'yinlari qismlari (elementlar), shuningdek raqslar, sayr-sayohatlar bilan shug'ullanish sog'liqni doimo saqlash, barkamollikka etishish, mehnat qilish, oila muhitida quvnoq, tetik bo'lib yurish, uzoq umr ko'rishga zamin bo'ladi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. A.K.Eshtaevning umumiy tahririyati ostida – “Gimnastika nazariyasi va uslubiyati”. Darslik, T., – 2017 yil
2. Матвеев Л.П. Общая теория спорта и её прикладные аспекты. Учебник, С-Пг-Кр-р. Изд-“Лан”, 2005г.
3. Шарипова Д.Д. Формирование здорового образа жизни. Учебное пособие. Т.: 2005.
4. Usmanxodjaev T.S. Jismoniy madaniyat va sport mashg'ulotlari. O'quv qo'llanma, T., 2013yil
5. Максимова М. Н. Теория и методика синхронного плавания: учебник. 2-е изд., испр. и доп. / М. Н. Максимова. – М. : Спорт, 2017. – 304 с. : ил. ISBN 978-5-906839-76-3
6. Плавание. Учебник для высших учебных заведений. М. ФиС 1988
7. Kasimova V.S. - Yosh gimnastikachilarning maxsus tayyorgarlik bosqichdagi faoliyatining mazmuni va uslubiyati, International journal of philosophical studies and social sciences, 2022/3
8. Касимова В. С. Информационное обеспечение подготовки спортсменов различной квалификации, Экономика и социум, 2021, 5-2 (84), с.984-988



ПРОФИЛАКТИКА МЕСТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЕ ЗУБА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТАМИ.

Ибрагимов Д. Д., Гаффаров У. Б., Урунова Д. Х.

Кафедра челюстно-лицевой хирургии Самаркандского государственного медицинского университета.

Аннотация

В статье отражены результаты исследования основных свойств препаратов с применением гемостатическое средство hemoben и крошком биопласта-дент (200-1000 мкм) с хлоргексидином, в комплексном лечении больных сахарным диабетом после операции по удалению зубов верхней и нижней челюсти среди пациентов, находившихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии городского медицинского объединения города Самарканд. Полученные результаты исследования доказывают эффективность использования препаратов с применением гемостатическое средство hemoben и крошком биопласта-дент (200-1000 мкм) с хлоргексидином в комплексном лечении больных сахарным диабетом после операции по удалению зубов верхней и нижней челюсти.

Аннотация

Маколада Самарканд шахар тиббиёт бирлашмаси юз-жаг хирургияси булимида кандли диабет хасталиги бор булган беморларда тиш олиш операциясидан сунг комплекс даволашда кулланилган гемостатик восита hemoben ва (200-1000 мкм) хлоргексидин таркибли биопласт – дент препаратларини натижалари ёритилган. Олинган натижалар кандли диабет хасталиги бор булган беморларда тиш олиш операциясидан сунг комплекс даволашда кулланилган гемостатик восита hemoben ва (200-1000 мкм) хлоргексидин таркибли биопласт – дент препаратларини самарадор эканлигини курсатади.

Введение. С увеличением числа пациентов, страдающих сахарным диабетом, изучение особенностей течения после операции по удалению зубов остается актуальным. Удаление зубов у пациентов с сахарным диабетом может спровоцировать воспалительный процесс в полости рта и сама процедура не редко вызывает декомпенсацию основного заболевания. Клинические аспекты этой проблемы обусловлены достаточной частотой осложнений в послеоперационном периоде и развитием гнойно-воспалительных процессов у лиц с сахарным диабетом (И.И. Дедов и соавт.). Патогенетические механизмы, приводящие к такой ситуации, протекают по типу синдрома взаимного отягощения. Как известно, при сахарном диабете наблюдается нарушение обмена и микроциркуляции, которое замедляет течение репаративно-регенераторных процессов в лунке, а развивающаяся инфекция негативно влияет на процессы обмена, усиливая инсулиновую недостаточность и усугубляя ацидоз.[1, 2, 3] Такой симбиоз двух состояний создает опасность развития осложнений в послеоперацион-

ном периоде, развития инфекции челюстно-лицевой области и шеи с поражением соседних пространств и областей. [5, 6]

В связи со сказанным выше поиск лекарственных средств, которые могли бы ускорить заживление лунки и предотвратить развитие осложнений у данного контингента пациентов является актуальным.

Материал и методы. Проведено удаление 41 зубов у 33 пациентов в возрасте от 39 до 65 лет, находившихся на стационарном лечении в городском медицинском объединении города Самарканд. Показаниями для данного вмешательства были: осложненные воспалительные заболеваний тканей челюстно-лицевой (ЧЛЮ) области. Основную группу составили 23 больных, контрольную - 18 пациентов с подобными клиническими проявлениями. Больным обеих группы перед хирургическим вмешательством проводилась консультация эндокринолога и назначено соответствующее лечение. Оперативное вмешательство проводили в необходимом объеме. Пациентам основной группы после удаления зуба и антисептической обработки, в лунку вводили марлевую турунду с препаратом «Викасол» на 1-2 минуты, затем лунку рыхло заполняли губкой «Биопласт-дент». Учитывая, что хирургические вмешательства в полости рта у пациентов с сахарным диабетом, как правило, сопровождаются кровотечением, применение препарата «Викасол» обеспечивало профилактику кровотечений и препаратов гемостатическое средство hemoben и крошком биопласта-дент (200-1000 мкм) с хлоргексидином, обеспечивает длительность бактерицидного эффекта на микроорганизмы, образующие зубной налет, способствует предупреждению и лечению гингивитов, уменьшает воспаление десен.

Пациентам контрольной группы проводили аналогичное лечение, кроме применения препаратами гемостатическое средство hemoben и крошком биопласта-дент (200-1000 мкм) с хлоргексидином.

Результаты и их обсуждение. В результате клинических наблюдений у пациентов обеих групп была выявлена позитивная динамика в послеоперационном периоде. Пациенты основной группы уже через 1-2 суток не предъявляли жалоб. Слизистая в области лунки удаленного зуба была незначительно гиперемирована или обычной окраски, пальпация переходной складки в этой области - безболезненной. Через 4 суток раневая поверхность полностью эпителизирована.

В контрольной группе на вторые сутки пациенты жаловались на дискомфорт или незначительные боли в области лунки. Слизистая была гиперемирована,



отёчна, пальпация переходной складки в области лунки была чувствительна, в лунке сохранялась турунда. Проводили осмотр, медикаментозную обработку антисептическими растворами, при необходимости ввходили турунду и рекомендовали явиться через двое суток. Турунду удаляли, добивались формирования сгустка за счёт стимуляции капиллярного кровотечения, контрольный осмотр назначали через 2 суток. На 5 сутки стенки лунки содержали молодую грануляционную ткань. Через неделю слизистая в области лунки была обычной окраски, лунка эпителизовалась. Длительность послеоперационного периода у пациентов контрольной группы в среднем составила до 7 дней.

Выводы. Таким образом полученные результаты

демонстрируют необходимость обязательного осмотра и консультации эндокринологом больных с наличием сахарного диабета, для коррекции уровня сахара в крови и предупреждения грозных осложнений, таких как остеомиелит челюстных костей, остеофлегмоны, сепсис и т.д. Препараты гемостатического средство hemoben и крошжом биопласт-дент (200-1000 мкм) с хлоргексидином, применяемый в качестве профилактики осложнений при удалении зубов у пациентов с сахарным диабетом в предложенном комплексе, предотвращает луночковые кровотечения, развитие альвеолитов и рекомендуется к использованию в практике хирурга-стоматолога при проведении операций по удалению зубов у данного контингента.

Литература.

1. Васильев, Г.А. Заживление раны после удаления зуба / Г.А. Васильев // Хирургия зубов с курсом челюстно-лицевой травматологии. 128-133.
2. Вернадский, Ю.И. Местные осложнения, возникающие после удаления зубов.
3. Ибрагимов Д.Д., Бобоназаров О.У. Профилактика осложнений развивающихся после операции удаления зуба у больных с сахарным диабетом с применением препарата биопласт - дент. Сборник материалов первой Бухарской международной конференции студентов - медиков и молодёжи 23-25 май 2019г. г.Бухара
4. «Проблемы эндокринологии» №1 том 57. - Москва: Медиа Сфера, 2011. - С. 19 - 24 с.
5. Каминский А. В., Коваленко А. Н. Сахарный диабет и ожирение: клиническое руководство по диагностике и лечению / Каминский А.В.. - 1. - Киев: Издательство, 2010. - 256 с.
6. «Клиническая Стоматология» №4(64) - Москва: ООО «ТБИ - компания», 2012. - С. 44 - 50 с.
7. Дунаевский, В.А. Обработка раны после удаления зуба и уход за ней. / В.А. Дунаевский//Хирургическая стоматология.-1979.- С. 131-132.



РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРЕДРАКОВЫХ БОЛЕЗНЕЙ ГУБ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Саният Ашурбековна Юсупова¹ Жаруллах Абдуллахович Ашуев²

Усмон Бобоназарович Гаффаров³ Даврон Дастамович Ибрагимов³

¹ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава
России, Махачкала, Россия

²ФГБОУ «Российская медицинская академия непрерывного профессионального
образования» Минздрава России, Москва, Россия

³«Самаркандский Государственный медицинский университет» Самарканд,
Узбекистан

АННОТАЦИЯ

Несомненная роль в развитии злокачественных новообразований слизистых оболочек рта и губ принадлежит предраковым состояниям. Распространенность предраковых болезней губ в различных климатогеографических регионах РФ значительно отличается в зависимости от регионов страны, также имеются отличия в распространении этих болезней в различных государствах, хотя сравнительная статистика затруднена, так как часто исследователи объединяют патологию слизистой оболочки рта и губ.

Ключевые слова: предраковые болезни губ, распространенность, климатогеографические зоны республики Дагестан.

ANNOTATION

An undoubted role in the development of malignant neoplasms of the mucous membranes of the mouth and lips belongs to precancerous conditions. The prevalence of precancerous lip diseases in various climatogeographic regions of the Russian Federation differs significantly depending on the regions of the country, there are also differences in the spread of these diseases in different states, although comparative statistics are difficult, since researchers often combine the pathology of the mucous membrane of the mouth and lips.

Key words: precancerous diseases of the lips, prevalence, climatic and geographical zones of the Republic of Dagestan.

ANNOTATSIYA

Og'iz va lablar shilliq pardalarining yomon sifatli o'smalarini rivojlanishida shubhasiz rak oldi kasalliklari rol o'ynaydi. Rossiya Federatsiyasining turli iqlim va geografik mintaqalarida lab rak oldi kasalliklarining tarqalishi mamlakat mintaqalariga qarab sezilarli darajada farq qiladi, shuningdek, ushbu kasalliklarning turli davlatlarda tarqalishida farqlar mavjud, ammo qiyosiy statistika qilish qiyin, chunki tadqiqotchilar ko'pincha og'iz va lablar shilliq qavatining patologiyasini birlashtiradilar.

Kalit so'zlar: Labning rak oldi kasalliklari, tarqalishi, Dog'iston Respublikasining iqlim-geografik zonalar.

Введение

Болезни слизистой оболочки рта и губ в настоящее время являются важной проблемой современной стоматологии, так как данная патология представляет собой не только медицинскую, но и социальную проблему [1]. «Своевременная диагностика их составляет значительные трудности, а лечение данной патологии не всегда является успешной. Не менее важен социальный аспект проблемы, так как поражения лица, в частности губ, неблагоприятно сказывается на качестве жизни пациентов» [2]. Неблагоприятное влияние на состояние слизистой оболочки полости рта и губ оказывает ряд внутренних и внешних факторов, так распространённость болезней губ в значительной мере зависит от пола, возраста, образа жизни, характера питания, условий труда, климатогеографических условий и экологических факторов [3, 4]. «Несомненная

роль в развитии злокачественных новообразований слизистых оболочек рта и губ принадлежит предраковым состояниям» [5]. «Распространенность предраковых болезней красной каймы губ среди взрослого населения в литературе практически освещены мало и носят противоречивый характер, в основном проведены такие исследования у детей» [6]. «При изучение структуры болезней красной каймы губ, регистрируемых у взрослого населения на приеме в типовой стоматологической поликлинике г. Москвы, при анализе обращений 1971 больных выявлено 212 (11,7%) человек у которых поставлен диагноз доброкачественного новообразования губ (D10.0)» [7].

Распространенность предраковых болезней губ в различных климатогеографических регионах РФ значительно отличается в зависимости от регионов страны, также имеются отличия в распространении



этих болезней в различных государствах, хотя сравнительная статистика затруднена, так как часто исследователи объединяют патологию слизистой оболочки рта и губ. В последние годы, несмотря на появление различных современных методик диагностики и лечения предраковых болезней, наблюдают тенденцию к их росту [8]. В связи с этим важным моментом и задачей стоматологов является максимально раннее, неинвазивное выявление признаков, способствующих развитию предикторных изменений слизистой оболочки рта и губ [9, 10]. «Тщательного рассмотрения в практике врача-стоматолога требуют заболевания, отличающиеся высокой склонностью к озлокачествлению (облигатные предраки красной каймы губ)» [11]. «Они характеризуются отсутствием объективных признаков раковой опухоли, однако при наличии патогенных факторов малигнизируются. Клинические проявления данной группы заболеваний разнообразны, что затрудняет их диагностику. С другой стороны, прогноз зависит от целого ряда факторов, прежде всего природы канцерогенов, а также локального статуса и общего состояния организма. При исключении неблагоприятных воздействий возможно обратное развитие элементов поражения, стабилизация процесса без существенных изменений либо дальнейшее развитие без склонности к перерождению. Сохранение неблагоприятного фона приводит к малигнизации очага поражения» [12].

«В Республике Дагестан имеются достаточно суровые климатические условия, такие как резкие перемены атмосферного давления и низкой и высокой температуры воздуха, избыток ультрафиолетового облучения, высокая влажность, особенности питания, которые отрицательно влияют на распространенность стоматологической патологии населения. Суровые климатические условия проживания и недостаток фтора в питьевой воде (менее 0,16 г/л) оказывают отрицательное действие на состоянии здоровья тканей рта жителей горной климатогеографической зоны Республики Дагестан» [13]. Кроме того, действие этих отрицательных факторов усиливается недостаточным уровнем стоматологической помощи, неудовлетворительной индивидуальной гигиеной рта и низкой мотивацией сохранения стоматологического здоровья [14]. Не смотря на достаточно значительную распространенность этой патологии никто из исследователей не изучал структуру и распространение предраковых болезней губ в Республике Дагестан.

Цель исследования — изучить распространенность, частоту и структуру предраковых болезней губ у взрослого населения Республики Дагестан в различных климатогеографических зонах.

Материал и методы

Территории Дагестана присуща вертикальная зональность, вследствие чего условно выделяются

три климатогеографические области: низменная (равнинная), составляющая 44% общей площади региона; предгорная - 15,8%, горная - 40,2%. Соседство равнин и высоких гор, моря и пустынь создало разнообразие климатических условий. Для выявления особенностей структуры и распространенности предраковых болезней губ в различных регионах республики Дагестан (равнинном, предгорном и горном), было проведено за три года обследование взрослого населения, охватывающее основные возрастные группы, при этом выявлено 1673 больных с предраковой патологией губ, в трех климатогеографических зонах Республики Дагестан.

Критерием включения в исследование являлись:

Обследуемые в возрастных группах от 18 до 90 лет (молодой возраст – от 18 до 44 лет; средний возраст – 45-59 лет; пожилой возраст – 60-74 лет; старческий возраст – 75-90 лет).

Лица женского и мужского пола.

Пациенты с различными видами предраковой патологии губ.

Добровольное информированное согласие обследуемых участвовать в исследовании.

Отсутствие соматической патологии в декомпенсированной форме.

Критерием исключения в исследовании служили:

Пациенты с фоновой патологией губ, к которой относят метеорологический и актинический хейлит, хроническую трещину губ, постлучевой хейлит, красную волчанку.

Злокачественная патология красной каймы губ.

Тяжелые системные болезни у пациентов в виде рака, туберкулеза болезней системы кровообращения в стадии декомпенсации или в стадии ремиссии менее 6-ти месяцев и активных аутоиммунных процессов, которые могли бы оказать влияние на течение стоматологических заболеваний.

Применение пациентами лекарственных препаратов, которые влияют на усугубление течения стоматологических заболеваний (иммуноподавляющие средства, антидепрессанты, противосвертывающие средства, цитостатики).

При этом в равнинной зоне выявлены 445, в предгорной зоне 659 и горной зоне 569 пациентов с предраковыми болезнями губ. Анализ материалов проведенного обследования взрослого населения, позволил установить уровень обращаемости по поводу предраковых болезней губ у населения различных климатогеографических зон республики.

Результаты и обсуждение

На консультативном приеме при обследовании 1673 пациентов диагностировали у них следующие виды предраковых болезней губ: красный плоский лишай, папиллома, лейкоплакия, бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, гиперплазия, кератоакантома.



Среди предраковых болезней губ в республике чаще всего выявляли красный плоский лишай губ у 483 (28,9%) пациентов от общего количества больных. На втором месте диагностировали папиллому губ у 456 (27,3%) у жителей республики, далее следовали лейкоплакия у 194 (11,6%) и бородавчатый предрак у 161 (9,6%) пациента. Количество больных с ограниченным предраковым гиперкератозом и гиперплазией губ находились примерно на одном уровне – соответственно 138 (8,2%) и 136 (8,1%) больных. Реже всего встречалась у больных кератоакантома губ, у 105 (6,3%) пациентов (Рисунок 1).

При сравнительном анализе количества пациентов с различными видами предраковых болезней губ в различных климатогеографических зонах республики выявлены статистически значимые данные. Статистическая значимость показателей у больных с красным плоским лишаем чаще выявлена в горной климатогеографической зоне ($p < 0,05$), по сравнению с равнинной и предгорной зонами, соответственно у 257 (15,4%), 94 (5,6%) и 132 (7,9%) человек. Статистическая значимость показателей у пациентов с папилломами чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне ($p < 0,05$), по сравнению с горной, соответственно у 207 (12,4%) и 87 (5,2%) человек. Статистическая значимость показателей у пациентов с лейкоплакиями чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне ($p < 0,05$), по сравнению с равнинной и горной, соответственно у 102 (6,1%), 32 (1,9%) и 60 (3,6%) человек (Таблица 1).

У пациентов с бородавчатым предраком губ статистическая значимость показателей чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне ($p < 0,05$), по сравнению с равнинной и горной, соответственно у 91 (5,4%), 39 (2,3%) и 31 (1,9%) человек. Статистическая значимость показателей у пациентов с ограниченным предраковым гиперкератозом чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне ($p < 0,05$), по сравнению с равнинной, соответственно у 65 (3,9%) и 27 (1,6%) человек, в тоже время в горной зоне эта патология так же чаще встречалась по сравнению с равнинной зоной, соответственно у 46 (2,7%) и 27 (1,6%) человек. Статистическая значимость показателей у пациентов с гиперплазией чаще выявлена в горной климатогеографической зоне ($p < 0,05$), по сравнению с предгорной, соответственно у 57 (3,4%) и 29 (1,7%) человек, также эта патология чаще встречалась в равнинной зоне по сравнению с предгорной, соответственно

у 50 (3%) и 29 (1,7%) человек. При сравнительном анализе распространенности кератоакантомы у пациентов в различных климатогеографических зонах, статистически значимых данных не выявлено ($p > 0,05$).

Закключение

Таким образом, чаще всего выявляли в республике следующую предраковую патологию губ - красный плоский лишай у обнаружен у 28,9%, на втором месте диагностировали папиллому губ у 27,3%, далее следовали лейкоплакия 11,6% и бородавчатый предрак 9,6%. Количество больных с ограниченным предраковым гиперкератозом и гиперплазией губ находились примерно на одном уровне – соответственно 8,2% и 8,1%. Реже всего встречалась у больных кератоакантома губ, которая составила 6,3%. При сравнительном анализе количества пациентов с различными видами предраковых болезней губ в различных климатогеографических зонах республики выявлено, что статистическая значимость показателей у больных с красным плоским лишаем чаще была в горной климатогеографической зоне, по сравнению с равнинной и предгорной зонами, соответственно 15,4%, 5,6% и 7,9%. Статистическая значимость показателей у пациентов с папилломами чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне, по сравнению с горной, соответственно 12,4% и 5,2%. Статистическая значимость показателей у пациентов с лейкоплакиями чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне, по сравнению с равнинной и горной, соответственно 6,1%, 1,9% и 3,6%. У пациентов с бородавчатым предраком губ статистическая значимость показателей чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне, по сравнению с равнинной и горной, соответственно 5,4%, 2,3% и 1,9%. Статистическая значимость показателей у пациентов с ограниченным предраковым гиперкератозом чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне, по сравнению с равнинной, соответственно 3,9% и 1,6%, в тоже время в горной зоне эта патология так же чаще встречалась по сравнению с равнинной зоной, соответственно 2,7% и 1,6%. Статистическая значимость показателей у пациентов с гиперплазией чаще выявлена в горной климатогеографической зоне, по сравнению с предгорной, соответственно 3,4% и 1,7%, также эта патология чаще встречалась в равнинной зоне по сравнению с предгорной, соответственно 3% и 1,7%.



Рисунок 1. Процентное соотношение пациентов с различными видами предраковых болезней губ в Республике Дагестан

Таблица 1. Сравнительный анализ количества выявленных больных с предраковыми болезнями губ в различных климатогеографических зонах РД

Предраковые болезни губ	Климатогеографические зоны			Итого
	Равнинная	Предгорная	Горная	
Красный плоский лишай	94* (5,6)	132** (7,9)	257*** (15,4)	483 (28,9)
Папиллома	162 (9,7)	207** (12,4)	87*** (5,2)	456 (27,3)
Лейкоплакия	32* (1,9)	102** (6,1)	60*** (3,6)	194 (11,6)
Бородавчатый предрак	39* (2,3)	91** (5,4)	31 (1,9)	161 (9,6)
Ограниченный предраковый гиперкератоз	27* (1,6)	65 (3,9)	46*** (2,7)	138 (8,2)
Гиперплазия	50* (3)	29** (1,7)	57 (3,4)	136 (8,1)
Кератоакантома	41 (2,5)	33 (2)	31 (1,8)	105 (6,3)
Итого	445 (26,6)	659 (39,4)	569 (34)	1673 (100)

Примечание:

* - $P < 0,05$ - уровень значимости показателей у пациентов предраковыми болезнями губ, проживающих в равнинной зоне, по сравнению с предгорной;

** - $P < 0,05$ - уровень значимости показателей у пациентов с предраковыми болезнями губ, проживающих в предгорной зоне, по сравнению с горной;

*** - $P < 0,05$ - уровень значимости показателей у пациентов с предраковыми болезнями губ, проживающих в горной зоне, по сравнению с равнинной.

ЛИТЕРАТУРА

- Барер Г.М. Заболевания слизистой оболочки полости рта. 2003. Barer GM. Diseases of the oral mucosa. 2003. (In Russ).
- Гажва С.И., Дятел А.В. Распространенность заболеваний слизистой оболочки красной каймы губ у взрослого населения Нижегородской области. Фундаментальные исследования. 2014;10-6:1076-1080.
- Gazhva SI, Dyatel A.V. The prevalence of diseases of the mucous membrane of the red border of the lips in the adult population of the Nizhny Novgorod region. Basic research. 2014;10-6:1076-1080. (In Russ).
- Крихели Н.И., Пустовойт Е.В., Рыбалкина Е.А. Заболевания губ. Учебное пособие. 2016.
- Krikheli NI, Pustovoyt EV, Rybalkina EA. Lip diseases. Tutorial. 2016. (In Russ).
- Patil S, Maheshwari S. Prevalence of lip lesions in an Indian population. J Clin Exp Dent. 2014;6(4):e374-378. doi:10.4317/jced.51597.
- Фирсова И.В., Михальченко В.Ф., Михальченко Д.В. Врачебная тактика при диагностике предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. Вестник ВолгГМУ. 2013;1(45):3-6.
- Firsova IV, Mikhachchenko VF, Mikhachchenko DV. Medical tactics in the diagnosis of precancerous diseases of the oral mucosa and the red border of the lips. Vestnik VolgGМУ. 2013;1(45):3-6. (In Russ).
- Зыкеева С.К., Билисбаева М.О. Заболевания языка и губ у детей и подростков. Вестник КазНМУ. 2018;1:148-153.
- Zykeeva SK, Bilisbaeva MO. Diseases of the tongue and lips in children and adolescents. Bulletin of KazNMU. 2018;1:148-153. (In Russ).
- Дзугаева И.И., Умарова К.В. Анализ структуры заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, регистрируемых у взрослого населения на приеме в типовой стоматологической поликлинике. Российский стоматологический журнал. 2014;5:50-52.
- Dzugaeva II, Umarova KV. Analysis of the structure of diseases of the oral mucosa and the red border of the lips, registered in the adult population at the reception in a typical dental clinic. Russian Dental Journal. 2014;5:50-52. (In Russ).
- Пурсанова А.Е., Казарина Л.Н., Гушина О.О. Клинико-иммунологические особенности предраковых заболеваний слизистой оболочки рта и красной каймы губ. Стоматология. 2018;5:23-26.
- Pursanova AE, Kazarina LN, Gushchina OO. Clinical and immunological features of precancerous diseases of the oral mucosa and red border of the lips. Dentistry. 2018;5:23-26. (In Russ).
- Горячева Т.П., Шкаредная О.В., Базилян Э.А. Оптимизация ранней диагностики патологических состояний слизистой оболочки рта. Современные технологии в медицине. 2017;3(9):118-124.
- Goryacheva TP, Shkarednaya OV, Bazikyan EA. Optimization of early diagnosis of pathological conditions of the oral mucosa. Modern technologies in medicine. 2017;3(9):118-124. (In Russ).
- Чуйкин С.В., Акмалова Г.М., Чернышева Н.Д. Особенности клинического течения красного плоского лишая слизистой оболочки рта, ассоциированной с герпесвирусной инфекцией. Современные проблемы науки и образования. 2015;2.
- Chuikin SV, Akmalova GM, Chernysheva ND. Features of the clinical course of lichen planus of the oral mucosa associated with herpes virus infection. Modern problems of science and education. 2015;2. (In Russ). <http://science-education.ru/ru/article/view?id=18735>.
- Костина И.Н., Епишова А.А., Григорьев С.С. Чернышева Н.Д., Сорокоумова Д.В. Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта, красной каймы губ и кожи лица: Учебное пособие для врачей-стоматологов-хирургов, челюстно-лицевых хирургов и стоматологов-терапевтов. 2019.
- Kostina IN, Epishova AA, Grigoriev SS, Chernysheva N.D., Sorokoumova D.V. Precancerous diseases of the oral mucosa, red border of the lips and facial skin: A manual for dentists-surgeons, maxillofacial surgeons and dentists-therapists. 2019. (In Russ).
- Луцкая И.К. Предраковые заболевания красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта. Современная стоматология. 2011;1:33-36.
- Lutskaya IK. Precancerous diseases of the red border of the lips and oral mucosa. Modern dentistry. 2011;1:33-36. (In Russ).
- Курбанов О.Р., Абдурахманов А.И., Курбанов З.О. Распространенность и интенсивность болезней пародонта у взрослого населения горной климатогеографической зоны Республики Дагестан. Вестник ДГМА. 2013;4(9):48-50.
- Kurbanov OR, Abdurakhmanov AI, Kurbanov ZO. The prevalence and intensity of periodontal diseases in the adult population of the mountainous climatic and geographical zone of the Republic of Dagestan. Bulletin of the DSMA. 2013;4(9):48-50. (In Russ).
- Алиханов Т.М., Курбанов О.Р., Курбанов З.О., Салихова М.М. Распространенность и интенсивность болезней пародонта взрослого населения горной климатогеографической зоны Республики Дагестан. Вестник



ДГМА. 2012;6;34-37.

Alikhanov TM, Kurbanov OP, Kurbanov ZO, Salikhova MM. The prevalence and intensity of periodontal diseases in the adult population of the mountainous climatic and geographical zone of the Republic of Dagestan. Bulletin of the DSMA. 2012;6;34-37. (In Russ).

ДД Ибрагимов, УН Мавлянова, ФШ Кучкоров, И Халилов. Причина развития одонтогенного остеомиелита при несвоевременной хирургической стоматологической тактике (случай из практики). Scientific progress. 2021, 2(5). Стр. 287-291.

ДД Ибрагимов, ФШ Кучкоров. Применение современных антисептиков в сочетании с остеорегенеративными препаратами после сложных операций удаления зуба мудрости. Актуальные вопросы стоматологии. 2021. Стр. 852-855.

ДД Ибрагимов, ФШ Кучкоров, НС Исмаев. Результаты применения антисептиков в сочетании с остеорегенеративными препаратами после сложных операций удаление зуба мудрости. Материалы научно-практической конференции (69-й годичной) с международным участием. 2021/11.

Ф Нарзикулов, Ф Кучкоров, Д Ибрагимов. Применение препарата элюдрил про в комплексном лечения для профилактики в развитие переимплантитов. Дни молодых учёных. 2022/4/29, 1. Стр. 88-89.

А.Н. Ахмедов Д.Д. Ибрагимов, Ф.Ш. Кучкоров, О.А. Рузибаев, Н.Ш. Худойбердиев. Эффективность местного применения антисептического раствора и спрея при лечении периостита челюстей. Актуальные вопросы современной науки и инноватики. Вестник науки. 2023/6/16. Стр. 30-35.

Musaev Jamshid Khasanovich Ibragimov Davron Dastamovich, Kuchkorov Firdavs Sheralievich. Improving the effectiveness in the complex treatment of periostitis of the jaws with the use of drugs decasan and stomorad. Interdisciplinary research, education and innovation. International scientific conferences ConferencII. 2023/5/25, 6. Стр. 8-14.

Абсаматов Жасур Кодирхонович Кучкоров Фирдавс Шералиевич, Хамраева Юлдуз. Применение Элюдрил ПРО в сочетании Остеогеноном после сложных операций удаление зуба мудрости нижней челюсти. «Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». VI Международный конгресс стоматологов г.Ташкент. 2023/5/16. Стр. 156-159.

Шукурова З.С. Ибрагимов Д.Д., Кучкоров Ф.Ш., Нарзикулов А.Р. Применение препаратов фурасол и фарингосол салванолс при лечении больных с периоститами челюстей. Материалы международной научно-практической конференции «инновационные решения в челюстно-лицевой хирургии». Ташкентский государственный стоматологический институт. 2023/4/26. Стр. 42-44.

Умирзоков Суннатилло Бокиевич Ибрагимов Даврон Дастамович, Кучкоров Фирдавс Шералиевич, Мардонова Нигора Парда кизи. Применение препаратов фурасол и фарингосол салванолс при лечении больных с периоститами челюстей. Молодежь и наука 2023: к вершинам познания. Новая наука. 2023/3/21. Стр. 7-13.

Махаммадиев Ахмадхон Орифхонович Ибрагимов Даврон Дастамович, Кучкоров Фирдавс Шералиевич, Мусаев Жамшид Хасанович. Повышение эффективности лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Развитие общества и науки в современных условиях. Новая наука. 2023/3/20. Стр. 112-118.

Гаффаров Усмон Бобоназарович Исмаев Навруз Самадович, Кучкоров Фирдавс Шералиевич, Ибрагимов Даврон Дастамович. Повышение эффективности комплексного лечения острых гнойных периоститов челюстей. Наука XXI века: вызовы, становление, развитие. Новая наука. 2023/3/20. Стр. 28-34.

ФШ Кучкоров, ДД Ибрагимов, ЖА Абдуфаттоев, НС Исмаев. Применение препаратов элюдрил про и остеогенон после сложной операции удаление зуба. Актуальные вопросы стоматологии. 2023. Стр. 398-402.

Кучкоров Фирдавс Шералиевич Ибрагимов Даврон Дастамович, Абдуфаттоев Жахонгир Абдутолибович. Повышение эффективности в комплексном лечении периоститов челюстей с применением препаратов декасан и стоморад. Фундаментальная и прикладная наука: состояние и тенденции развития. Новая наука. 2023. Стр. 328-339.

DD Ibragimov, UM Mavlyanova, UB Gaffarov, F KUCHKOROV, HM Akramov. The case of hemifacial microsomia in blood brothers. THEORETICAL & APPLIED SCIENCE Учредители: Теоретическая и прикладная наука. 2021, 9. Стр. 793-795.

ДД Ибрагимов, ФШ Кучкоров. Развитие деформации лица при неправильной диагностике доброкачественных опухолей челюстно-лицевой области (клиническое наблюдение). 2022, 1(1). Стр. 414-418.

ДД Ибрагимов, УМ Мавлянова, УБ Гаффаров, ФШ Кучкоров, НС Исмаев. Случай гемифациальная микросомия у кровных братьев. Современные аспекты комплексной стоматологической реабилитации пациентов с дефектами челюстно-лицевой области. 2021. Стр. 48-51.

Кучкорова Камола Холмат кизи Ибрагимов Даврон Дастамович, Мардонова Нигора Парда кизи, Кучкоров Фирдавс Шералиевич. Результаты хирургического лечения одонтогенных кист верхней и нижней челюсти. Научный потенциал – 2023. Новая наука. 2023/5/29. Стр. 208-214.

ДД Ибрагимов, Н П Мардонова, НС Исмаев, ФШ Кучкоров. Жағ кисталарини даволашда тромбоцитлар билан тўйинган фибриннинг қўллаш авзаллиги. MedUnion. 2023/5/17, 2(1). Стр. 88-93.



Туйчиева М.А. Кучкоров Ф.Ш., Ибрагимов Д.Д., Норпулатов Д.М.. Профилактика деформации альвеолярного отростка челюсти после операции удаление зуба. Материалы международной научно-практической конференции «инновационные решения в челюстно-лицевой хирургии». Ташкентский государственный стоматологический институт. 2023/4/26. Стр. 67-70.

Сирождидинов Уктам Хакимович Ибрагимов Даврон Дастамович, Кучкоров Фирдавс Шералиевич. Применение препарата Колапал КП-ЛМ при ограниченных дефектах челюстей после операции цистэктомии. Исследовательская работа – 2023. Новая наука. 2023/3/13. Стр. 16-19.

Кучкоров Фирдавс Шералиевич Акрамов Хусниддин Маматкулович Ибрагимов Даврон Дастамович. Пути реабилитации больных с сочетанными травмами костей лица с учетом клинико-статического анализа. Наука молодых - наука будущего. Новая наука. 2023/2/2, 2. Стр. 146-150.

Ибрагимов Даврон Дастамович Акрамов Хусниддин Маматкулович Кучкоров Фирдавс Шералиевич. Профилактика деформации альвеолярного отростка челюсти после операции по удалению зуба. Наука молодых - наука будущего. Новая наука. 2023/2/2, 2. Стр. 168-173.

Зикижоновна С.Б. Турдиниёзов Б.В. повышения эффективности ринопластики с применением сорбентов. II Всероссийская научно-практической конференция по стоматологии с международным участием «МАКСУДОВСКИЕ ЧТЕНИЯ». 2023/7/12. Стр. 278-282.

АА Махмудов, ММ Рахимов, ДО Матсопоев, БВ Турдиниёзов. Диагностика и сравнительная оценка методов хирургического лечения переломов стенок орбиты (обзор литературы). ББК: 56.65 я 43 С 56. Стр. 110.

Кучкорова Камола Холмат кизи Ибрагимов Даврон Дастамович, Мардонова Нигора Парда кизи, Кучкоров Фирдавс Шералиевич. Результаты хирургического лечения одонтогенных кист верхней и нижней челюсти. Научный потенциал – 2023. Новая наука. 2023/5/29. Стр. 208-214.

Якубов Али Шавкат угли Мардонова Нигора Парда кизи, Ибрагимов Даврон Дастамович. Роль изучения местного иммунного статуса у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. Интернаука. 2023/5, 3.

Умирзоков Суннатилло Бокиевич Ибрагимов Даврон Дастамович, Кучкоров Фирдавс Шералиевич, Мардонова Нигора Парда кизи. Применение препаратов Фурасол и Фарингасол Салванолс при лечении больных с периоститами челюстей. Молодежь и наука 2023: к вершинам познания. Новая наука. 2023/3/21. Стр. 7-13.

Якубов Али Шавкат угли Мардонова Нигора Парда кизи, Ибрагимов Даврон Дастамович. Преимущества применения насыщенного тромбоцитарного фибрина при лечении кист челюстей. Наука молодых - наука будущего. Новая наука. 2023/2/2, 2. Стр. 162-167.

ПРЕДРАКОВЫЕ БОЛЕЗНИ ГУБ У НАСЕЛЕНИЯ В РАЗЛИЧНЫХ КЛИМАТОГЕОГРАФИЧЕСКИХ ЗОНАХ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Ашуев Жаруллах Абудллахович ¹ Гаффаров Усмон Бобонащарович ²
Ибрагимов Даврон Дастамович ³

¹ФГБОУ «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования», г. Москва, Российская Федерация

^{2,3}«Самаркандский Государственный медицинский университет» Самарканд, Узбекистан.

АННОТАЦИЯ

Несомненная роль в развитии злокачественных новообразований слизистых оболочек рта и губ принадлежит предраковым состояниям. Распространенность предраковых болезней губ в различных климатогеографических регионах РФ значительно отличается в зависимости от регионов страны, также имеются отличия в распространении этих болезней в различных государствах, хотя сравнительная статистика затруднена, так как часто исследователи объединяют патологию слизистой оболочки рта и губ.

Ключевые слова: предраковые болезни губ, распространенность, климатогеографические зоны республики Дагестан

ANNOTATION

An undoubted role in the development of malignant neoplasms of the mucous membranes of the mouth and lips belongs to precancerous conditions. The prevalence of precancerous lip diseases in various climatogeographic regions of the Russian Federation differs significantly depending on the regions of the country, there are also differences in the spread of these diseases in different states, although comparative statistics are difficult, since researchers often combine the pathology of the mucous membrane of the mouth and lips.

Keywords: precancerous lip diseases, prevalence, climatogeographic zones of the Republic of Dagestan.

ANNOTATSIYA

Og'iz va lablar shilliq pardalarining yomon sifatli o'smalarini rivojlanishida shubhasiz rak oldi kasalliklari rol o'ynaydi. Rossiya Federatsiyasining turli iqlim va geografik mintaqalarida lab rak oldi kasalliklarining tarqalishi mamlakat mintaqalariga qarab sezilarli darajada farq qiladi, shuningdek, ushbu kasalliklarning turli davlatlarda tarqalishida farqlar mavjud, ammo qiyosiy statistika qilish qiyin, chunki tadqiqotchilar ko'pincha og'iz va lablar shilliq qavatining patologiyasini birlashtiradilar.

Kalit so'zlar: Labning rak oldi kasalliklari, tarqalishi, Dog'iston Respublikasining iqlim-geografik zonalari.

Введение

Болезни слизистой оболочки рта и губ в настоящее время являются важной проблемой современной стоматологии, так как данная патология представляет собой не только медицинскую, но и социальную проблему [1]. «Своевременная диагностика их составляет значительные трудности, а лечение данной патологии не всегда является успешной. Не менее важен социальный аспект проблемы, так как поражения лица, в частности губ, неблагоприятно сказывается на качестве жизни пациентов» [2]. Неблагоприятное влияние на состояние слизистой оболочки полости рта и губ оказывает ряд внутренних и внешних факторов, так распространённость болезней губ в значительной мере зависит от пола, возраста, образа жизни, характера питания, условий труда, климатогеографических условий и экологических факторов [3, 4]. «Несомненная роль в развитии злокачественных новообразований слизистых оболочек рта и губ принадлежит предраковым состояниям» [5]. «Распространенность предраковых болезней красной каймы губ среди

взрослого населения в литературе практически освещены мало и носят противоречивый характер, в основном проведены такие исследования у детей» [6]. «При изучение структуры болезней красной каймы губ, регистрируемых у взрослого населения на приеме в типовой стоматологической поликлинике г. Москвы, при анализе обращений 1971 больных выявлено 212 (11,7%) человек у которых поставлен диагноз доброкачественного новообразования губ (D10.0)» [7].

«Распространенность предраковых болезней губ в различных климатогеографических регионах РФ значительно отличается в зависимости от регионов страны, также имеются отличия в распространении этих болезней в различных государствах, хотя сравнительная статистика затруднена, так как часто исследователи объединяют патологию слизистой оболочки рта и губ. В последние годы, несмотря на появление различных современных методик диагностики и лечения предраковых болезней, наблюдают тенденцию к их росту» [8]. В связи с этим важным моментом и задачей стоматологов яв-

ляется максимально раннее, неинвазивное выявление признаков, способствующих развитию предикторных изменений слизистой оболочки рта и губ [9, 10]. «Тщательного рассмотрения в практике врача-стоматолога требуют заболевания, отличающиеся высокой склонностью к озлокачанию (облигатные предраки красной каймы губ)» [11]. «Эта патология характеризуется отсутствием объективных признаков раковой опухоли, однако при наличии патогенных факторов малигнизируются. Клинические проявления данной группы заболеваний разнообразны, что затрудняет их диагностику. С другой стороны, прогноз зависит от целого ряда факторов, прежде всего природы канцерогенов, а также локального статуса и общего состояния организма. При исключении неблагоприятных воздействий возможно обратное развитие элементов поражения, стабилизация процесса без существенных изменений либо дальнейшее развитие без склонности к перерождению. Сохранение неблагоприятного фона приводит к малигнизации очага поражения» [12].

«В Республике Дагестан имеются достаточно суровые климатические условия, такие как резкие перемены атмосферного давления и низкой и высокой температуры воздуха, избыток ультрафиолетового облучения, высокая влажность, особенности питания, которые отрицательно влияют на распространенность стоматологической патологии населения. Суровые климатические условия проживания и недостаток фтора в питьевой воде (менее 0,16 г/л) оказывают отрицательное действие на состоянии здоровья тканей рта жителей горной климатогеографической зоны Республики Дагестан» [13]. Кроме того, действие этих отрицательных факторов усиливается недостаточным уровнем стоматологической помощи, неудовлетворительной индивидуальной гигиеной рта и низкой мотивацией сохранения стоматологического здоровья [14]. Не смотря на достаточно значительную распространенность этой патологии никто из исследователей не изучал структуру и распространение предраковых болезней губ в Республике Дагестан.

Цель исследования — изучить распространенность, частоту и структуру предраковых болезней губ у взрослого населения Республики Дагестан в различных климатогеографических зонах.

Материал и методы исследования

«Территории Дагестана присуща вертикальная зональность, вследствие чего условно выделяются три климатогеографические области: низменная (равнинная), составляющая 44% общей площади региона; предгорная - 15,8%, горная - 40,2%. Соседство равнин и высоких гор, моря и пустынь создало разнообразие климатических условий». Для выявления особенностей структуры и распространенности предраковых болезней губ в различных регионах республики Дагестан

(равнинном, предгорном и горном), было проведено за три года обследование взрослого населения, охватывающее основные возрастные группы, при этом выявлено 1673 больных с предраковой патологией губ, в трех климатогеографических зонах Республики Дагестан.

Критерием включения в исследование являлись:

Обследуемые в возрастных группах от 18 до 90 лет (молодой возраст — от 18 до 44 лет; средний возраст — 45-59 лет; пожилой возраст — 60-74 лет; старческий возраст — 75-90 лет).

Лица женского и мужского пола.

Пациенты с различными видами предраковой патологии губ.

Добровольное информированное согласие обследуемых участвовать в исследовании.

Отсутствие соматической патологии в декомпенсированной форме.

Критерием исключения в исследовании служили:

Пациенты с фоновой патологией губ, к которой относят метеорологический и актинический хейлит, хроническую трещину губ, постлучевой хейлит, красную волчанку.

Злокачественная патология красной каймы губ.

Тяжелые системные болезни у пациентов в виде рака, туберкулеза болезней системы кровообращения в стадии декомпенсации или в стадии ремиссии менее 6-ти месяцев и активных аутоиммунных процессов, которые могли бы оказать влияние на течение стоматологических заболеваний.

Применение пациентами лекарственных препаратов, которые влияют на усугубление течения стоматологических заболеваний (иммуноподавляющие средства, антидепрессанты, противосвертывающие средства, цитостатики).

В равнинной зоне выявлены 445, в предгорной зоне 659 и горной зоне 569 пациентов с предраковыми болезнями губ. Анализ материалов проведенного обследования взрослого населения, позволил установить уровень обращаемости по поводу предраковых болезней губ у населения различных климатогеографических зон республики.

Результаты и обсуждение

На консультативном приеме при обследовании 1673 пациентов диагностировали у них следующие виды предраковых болезней губ: красный плоский лишай, папиллома, лейкоплакия, бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, гиперплазия, кератоакантома.

Среди предраковых болезней губ в республике чаще всего выявляли красный плоский лишай губ у 483 (28,9%) пациентов от общего количества больных с предраковой патологией. На втором месте диагностировали папиллому губ у 456 (27,3%) жителей республики, далее следовали лейкоплакия у 194 (11,6%) и бородавчатый предрак у 161 (9,6%) пациента. Количество больных с ограниченным предрако-

вым гиперкератозом и гиперплазией губ находились примерно на одном уровне – соответственно 138 (8,2%) и 136 (8,1%) больных. Реже всего встречалась у больных кератоакантома губ, у 105 (6,3%) пациентов (Рисунок 1).

Сравнительное изучение количества пациентов с различными видами предраковых заболеваний губ в разных климатогеографических зонах РД дало статистически значимые данные. Статистическая значимость показателей у больных с красным плоским лишаем губ чаще выявлена в горной климатогеографической зоне ($p < 0,05$), по сравнению с равнинной и предгорной зонами, соответственно у 257 (15,4%), 94 (5,6%) и 132 (7,9%) человек. Статистическая значимость показателей у пациентов с папилломами губ чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне ($p < 0,05$), по сравнению с горной, соответственно у 207 (12,4%) и 87 (5,2%) человек. Статистическая значимость показателей у пациентов с лейкоплакиями губ чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне ($p < 0,05$), по сравнению с равнинной и горной, соответственно у 102 (6,1%), 32 (1,9%) и 60 (3,6%) человек (Таблица 1). Статистическая значимость показателей у пациентов с бородавчатым предраком губ чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне ($p < 0,05$), по сравнению с равнинной и горной, соответственно у 91 (5,4%), 39 (2,3%) и 31 (1,9%) человек. Статистическая значимость показателей ограниченного предракового гиперкератоза губ чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне ($p < 0,05$), по сравнению с равнинной, соответственно у 65 (3,9%) и 27 (1,6%) человек, в тоже время в горной зоне эта патология так же чаще встречалась по сравнению с равнинной зоной, соответственно у 46 (2,7%) и 27 (1,6%) человек. Статистическая значимость показателей у пациентов с гиперплазией губ больше выявлена в горной климатогеографической зоне ($p < 0,05$), по сравнению с предгорной, соответственно у 57 (3,4%) и 29 (1,7%) человек, также эта патология чаще встречалась в равнинной зоне по сравнению с предгорной, соответственно у 50 (3%) и 29 (1,7%) человек. Сравнение распространенности кератоакантомы губ у пациентов в различных климатогеографических условиях не достигало статистической значимости ($p > 0,05$).

Таким образом, чаще всего выявляли у населения в республике следующую предраковую патологию губ: красный плоский лишай обнаружен у 28,9% пациентов, на втором месте диагностировали папиллому губ у 27,3%, далее следовали лейкоплакия 11,6% и бородавчатый предрак 9,6%. Количество больных с ограниченным предраковым гиперкератозом и гиперплазией губ находились примерно на одном уровне – соответственно 8,2% и 8,1%. Реже всего выявляли у больных кератоакантому губ, которая составила 6,3%. Выявлено, что статистическая значимость показателей у больных с красным плоским

лишаем чаще была в горной климатогеографической зоне, по сравнению с равнинной и предгорной зонами, соответственно 15,4%, 5,6% и 7,9%. Статистическая значимость показателей у пациентов с папилломами чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне, по сравнению с горной, соответственно 12,4% и 5,2%. Статистическая значимость показателей у пациентов с лейкоплакиями чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне, по сравнению с равнинной и горной, соответственно 6,1%, 1,9% и 3,6%. У пациентов с бородавчатым предраком губ статистическая значимость показателей чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне, по сравнению с равнинной и горной, соответственно 5,4%, 2,3% и 1,9%. Статистическая значимость показателей у пациентов с ограниченным предраковым гиперкератозом чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне, по сравнению с равнинной, соответственно 3,9% и 1,6%, в тоже время в горной зоне эта патология так же чаще встречалась по сравнению с равнинной зоной, соответственно 2,7% и 1,6%. Статистическая значимость показателей у пациентов с гиперплазией чаще выявлена в горной климатогеографической зоне, по сравнению с предгорной, соответственно 3,4% и 1,7%, также эта патология чаще встречалась в равнинной зоне по сравнению с предгорной, соответственно 3% и 1,7%. При сравнительном анализе распространенности кератоакантомы у пациентов в различных климатогеографических зонах, статистически значимых показателей не выявлено. Таким образом, предраковая патология губ чаще выявлялась у населения предгорной зоны, несколько меньше больных было в предгорной и наименьшее количество пациентов с предраковой патологией губ встречалась в равнинной климатогеографической зоне.

Заключение

Таким образом, чаще всего выявляли следующую предраковую патологию губ - красный плоский лишай у обнаружен у 28,9%, на втором месте диагностировали папиллому губ у 27,3%, далее следовали лейкоплакия у 11,6% и бородавчатый предрак у 9,6% пациентов. Количество больных с ограниченным предраковым гиперкератозом и гиперплазией губ находились примерно на одном уровне – соответственно 8,2% и 8,1%. Реже всего встречалась у больных кератоакантома губ, которая составила 6,3%. При сравнительном анализе количества пациентов с различными видами предраковых болезней губ в различных климатогеографических зонах республики выявлено, что статистическая значимость показателей у больных с красным плоским лишаем чаще была в горной климатогеографической зоне, по сравнению с равнинной и предгорной зонами, соответственно 15,4%, 5,6% и 7,9%. Статистическая значимость показателей у пациентов с папилломами



чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне, по сравнению с горной, соответственно 12,4% и 5,2%. Статистическая значимость показателей у пациентов с лейкоплакиями чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне, по сравнению с равнинной и горной, соответственно 6,1%, 1,9% и 3,6%. У пациентов с бородавчатым предраком губ статистическая значимость показателей чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне, по сравнению с равнинной и горной, соответственно 5,4%, 2,3% и 1,9%. Статистическая значимость показателей у пациентов с ограниченным

предраковым гиперкератозом чаще выявлена в предгорной климатогеографической зоне, по сравнению с равнинной, соответственно 3,9% и 1,6%, в тоже время в горной зоне эта патология так же чаще встречалась по сравнению с равнинной зоной, соответственно 2,7% и 1,6%. Статистическая значимость показателей у пациентов с гиперплазией чаще выявлена в горной климатогеографической зоне, по сравнению с предгорной, соответственно 3,4% и 1,7%, также эта патология чаще встречалась в равнинной зоне по сравнению с предгорной, соответственно 3% и 1,7%.

ЛИТЕРАТУРА

Барер Г.М. Заболевания слизистой оболочки полости рта. 2003. Barer GM. Diseases of the oral mucosa. 2003. (In Russ).

Гажва С.И., Дятел А.В. Распространенность заболеваний слизистой оболочки красной каймы губ у взрослого населения Нижегородской области. Фундаментальные исследования. 2014;10-6:1076-1080.

Gazhva SI, Dyatel A.V. The prevalence of diseases of the mucous membrane of the red border of the lips in the adult population of the Nizhny Novgorod region. Basic research. 2014;10-6:1076-1080. (In Russ).

Крихели Н.И., Пустовойт Е.В., Рыбалкина Е.А. Заболевания губ. Учебное пособие. 2016.

Krikheli NI, Pustovoyt EV, Rybalkina EA. Lip diseases. Tutorial. 2016. (In Russ).

Patil S, Maheshwari S. Prevalence of lip lesions in an Indian population. J Clin Exp Dent. 2014;6(4):e374-378. doi:10.4317/jced.51597.

Фирсова И.В., Михальченко В.Ф., Михальченко Д.В. Врачебная тактика при диагностике предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. Вестник ВолгГМУ. 2013;1(45):3-6.

Firsova IV, Mikhachchenko VF, Mikhachchenko DV. Medical tactics in the diagnosis of precancerous diseases of the oral mucosa and the red border of the lips. Vestnik VolgGМУ. 2013;1(45):3-6. (In Russ).

Зыкеева С.К., Билисбаева М.О. Заболевания языка и губ у детей и подростков. Вестник КазНМУ. 2018;1:148-153.

Zykeeva SK, Bilisbaeva MO. Diseases of the tongue and lips in children and adolescents. Bulletin of KazNMU. 2018;1:148-153. (In Russ).

Дзугаева И.И., Умарова К.В. Анализ структуры заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, регистрируемых у взрослого населения на приеме в типовой стоматологической поликлинике. Российский стоматологический журнал. 2014;5:50-52.

Dzugaeva II, Umarova KV. Analysis of the structure of diseases of the oral mucosa and the red border of the lips, registered in the adult population at the reception in a typical dental clinic. Russian Dental Journal. 2014;5:50-52. (In Russ).

Пурсанова А.Е., Казарина Л.Н., Гущина О.О. Клинико-иммунологические особенности предраковых заболеваний слизистой оболочки рта и красной каймы губ. Стоматология. 2018;5:23-26.

Pursanova AE, Kazarina LN, Gushchina OO. Clinical and immunological features of precancerous diseases of the oral mucosa and red border of the lips. Dentistry. 2018;5:23-26. (In Russ).

Горячева Т.П., Шкаредная О.В., Базилян Э.А. Оптимизация ранней диагностики патологических состояний слизистой оболочки рта. Современные технологии в медицине. 2017;3(9):118-124.

Goryacheva TP, Shkarednaya OV, Bazikyan EA. Optimization of early diagnosis of pathological conditions of the oral mucosa. Modern technologies in medicine. 2017;3(9):118-124. (In Russ).

Чуйкин С.В., Акмалова Г.М., Чернышева Н.Д. Особенности клинического течения красного плоского лишая слизистой оболочки рта, ассоциированной с герпесвирусной инфекцией. Современные проблемы науки и образования. 2015;2.

Chuiquin SV, Akmalova GM, Chernysheva ND. Features of the clinical course of lichen planus of the oral mucosa associated with herpes virus infection. Modern problems of science and education. 2015;2. (In Russ). <http://science-education.ru/ru/article/view?id=18735>.

Костина И.Н., Епишова А.А., Григорьев С.С., Чернышева Н.Д., Сорокоумова Д.В. Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта, красной каймы губ и кожи лица: Учебное пособие для врачей-стоматологов-хирургов, челюстно-лицевых хирургов и стоматологов-терапевтов. 2019.

Kostina IN, Epishova AA, Grigoriev SS, Chernysheva N.D., Sorokoumova D.V. Precancerous diseases of the oral mucosa, red border of the lips and facial skin: A manual for dentists-surgeons, maxillofacial surgeons and dentists-therapists. 2019. (In Russ).



Луцкая И.К. Предраковые заболевания красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта. Современная стоматология. 2011;1:33-36.

Lutskaya IK. Precancerous diseases of the red border of the lips and oral mucosa. Modern dentistry. 2011;1:33-36. (In Russ).

Курбанов О.Р., Абдурахманов А.И., Курбанов З.О. Распространенность и интенсивность болезней пародонта у взрослого населения горной климатогеографической зоны Республики Дагестан. Вестник ДГМА. 2013;4(9):48-50.

Kurbanov OR, Abdurakhmanov AI, Kurbanov ZO. The prevalence and intensity of periodontal diseases in the adult population of the mountainous climatic and geographical zone of the Republic of Dagestan. Bulletin of the DSMA. 2013;4(9):48-50. (In Russ).

Алиханов Т.М., Курбанов О.Р., Курбанов З.О., Салихова М.М. Распространенность и интенсивность болезней пародонта взрослого населения горной климатогеографической зоны Республики Дагестан. Вестник ДГМА. 2012;6;34-37.

Alikhanov TM, Kurbanov OP, Kurbanov ZO, Salikhova MM. The prevalence and intensity of periodontal diseases in the adult population of the mountainous climatic and geographical zone of the Republic of Dagestan. Bulletin of the DSMA. 2012;6;34-37. (In Russ).

ДД Ибрагимов, УН Мавлянова, ФШ Кучкоров, И Халилов. Причина развития одонтогенного остеомиелита при несвоевременной хирургической стоматологической тактике (случай из практики). Scientific progress. 2021, 2(5). Стр. 287-291.

ДД Ибрагимов, ФШ Кучкоров. Применение современных антисептиков в сочетании с остеорегенеративными препаратами после сложных операций удаления зуба мудрости. Актуальные вопросы стоматологии. 2021. Стр. 852-855.

ДД Ибрагимов, ФШ Кучкоров, НС Исмаилов. Результаты применения антисептиков в сочетании с остеорегенеративными препаратами после сложных операций удаления зуба мудрости. Материалы научно-практической конференции (69-й годичной) с международным участием. 2021/11.

Ф Нарзикулов, Ф Кучкоров, Д Ибрагимов. Применение препарата элюдрил про в комплексном лечении для профилактики в развитии переимплантитов. Дни молодых учёных. 2022/4/29, 1. Стр. 88-89.

А.Н. Ахмедов Д.Д. Ибрагимов, Ф.Ш. Кучкоров, О.А. Рузибаев, Н.Ш. Худойбердиев. Эффективность местного применения антисептического раствора и спрея при лечении периостита челюстей. Актуальные вопросы современной науки и инноватики. Вестник науки. 2023/6/16. Стр. 30-35.

Musaev Jamshid Khasanovich Ibragimov Davron Dastamovich, Kuchkorov Firdavs Sheralievich. Improving the effectiveness in the complex treatment of periostitis of the jaws with the use of drugs decasan and stomorad. Interdisciplinary research, education and innovation. International scientific conferences ConferencII. 2023/5/25, 6. Стр. 8-14.

Абсаматов Жасур Кодирхонович Кучкоров Фирдавс Шералиевич, Хамраева Юлдуз. Применение Элюдрил ПРО в сочетании Остеогеноном после сложных операций удаление зуба мудрости нижней челюсти. «Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». VI Международный конгресс стоматологов г.Ташкент. 2023/5/16. Стр. 156-159.

Шукурова З.С. Ибрагимов Д.Д., Кучкоров Ф.Ш., Нарзикулов А.Р. Применение препаратов фурасол и фарингосол салванолс при лечении больных с периоститами челюстей. Материалы международной научно-практической конференции «инновационные решения в челюстно-лицевой хирургии». Ташкентский государственный стоматологический институт. 2023/4/26. Стр. 42-44.

Умирзоков Суннатилло Бокиевич Ибрагимов Даврон Дастамович, Кучкоров Фирдавс Шералиевич, Мардонова Нигора Парда кизи. Применение препаратов фурасол и фарингосол салванолс при лечении больных с периоститами челюстей. Молодежь и наука 2023: к вершинам познания. Новая наука. 2023/3/21. Стр. 7-13.

Махаммадиев Ахмадхон Орифхонович Ибрагимов Даврон Дастамович, Кучкоров Фирдавс Шералиевич, Мусаев Жамшид Хасанович. Повышение эффективности лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Развитие общества и науки в современных условиях. Новая наука. 2023/3/20. Стр. 112-118.

Гаффоров Усмон Бобоназарович Исмаилов Навруз Самадович, Кучкоров Фирдавс Шералиевич, Ибрагимов Даврон Дастамович. Повышение эффективности комплексного лечения острых гнойных периоститов челюстей. Наука XXI века: вызовы, становление, развитие. Новая наука. 2023/3/20. Стр. 28-34.

ФШ Кучкоров, ДД Ибрагимов, ЖА Абдуфаттоев, НС Исмаилов. Применение препаратов элюдрил про и остеогенон после сложной операции удаление зуба. Актуальные вопросы стоматологии. 2023. Стр. 398-402.

Кучкоров Фирдавс Шералиевич Ибрагимов Даврон Дастамович, Абдуфаттоев Жахонгир Абдутолибович. Повышение эффективности в комплексном лечении периоститов челюстей с применением препаратов декасан и стоморад. Фундаментальная и прикладная наука: состояние и тенденции развития. Новая наука. 2023. Стр. 328-339.



DD Ibragimov, UM Mavlyanova, UB Gaffarov, F KUCHKOROV, HM Akramov. The case of hemifacial microsomia in blood brothers. THEORETICAL & APPLIED SCIENCE Учредители: Теоретическая и прикладная наука. 2021, 9. Стр. 793-795.

ДД Ибрагимов, ФШ Кучкоров. Развитие деформации лица при неправильной диагностике доброкачественных опухолей челюстно-лицевой области (клиническое наблюдение). 2022, 1(1). Стр. 414-418.

ДД Ибрагимов, УМ Мавлянова, УБ Гаффаров, ФШ Кучкоров, НС Исматов. Случай гемифациальная микросомия у кровных братьев. Современные аспекты комплексной стоматологической реабилитации пациентов с дефектами челюстно-лицевой области. 2021. Стр. 48-51.

Кучкорова Камола Холмат кизи Ибрагимов Даврон Дастамович, Мардонова Нигора Парда кизи, Кучкоров Фирдавс Шералиевич. Результаты хирургического лечения одонтогенных кист верхней и нижней челюсти. Научный потенциал – 2023. Новая наука. 2023/5/29. Стр. 208-214.

ДД Ибрагимов, Н П Мардонова, НС Исматов, ФШ Кучкоров. Жағ кисталарини даволашда тромбоцитлар билан тўйинган фибриннинг қўллаш авзаллиги. MedUnion. 2023/5/17, 2(1). Стр. 88-93.

Туйчиева М.А. Кучкоров Ф.Ш., Ибрагимов Д.Д., Норпулатов Д.М.. Профилактика деформации альвеолярного отростка челюсти после операции удаление зуба. Материалы международной научно-практической конференции «инновационные решения в челюстно-лицевой хирургии». Ташкентский государственный стоматологический институт. 2023/4/26. Стр. 67-70.

Сирождидинов Уктам Хакимович Ибрагимов Даврон Дастамович, Кучкоров Фирдавс Шералиевич. Применение препарата Колапал КП-ЛМ при ограниченных дефектах челюстей после операции цистэктомии. Исследовательская работа – 2023. Новая наука. 2023/3/13. Стр. 16-19.

Кучкоров Фирдавс Шералиевич Акрамов Хусниддин Маматкулович Ибрагимов Даврон Дастамович. Пути реабилитации больных с сочетанными травмами костей лица с учетом клинко-статического анализа. Наука молодых - наука будущего. Новая наука. 2023/2/2, 2. Стр. 146-150.

Ибрагимов Даврон Дастамович Акрамов Хусниддин Маматкулович Кучкоров Фирдавс Шералиевич. Профилактика деформации альвеолярного отростка челюсти после операции по удалению зуба. Наука молодых - наука будущего. Новая наука. 2023/2/2, 2. Стр. 168-173.

Зикижоновна С.Б. Турдиниёзов Б.В. повышения эффективности ринопластики с применением сорбентов. II Всероссийская научно-практической конференция по стоматологии с международным участием «МАКСУДОВСКИЕ ЧТЕНИЯ». 2023/7/12. Стр. 278-282.

АА Махмудов, ММ Рахимов, ДО Матсопоев, БВ Турдиниёзов. Диагностика и сравнительная оценка методов хирургического лечения переломов стенок орбиты (обзор литературы). ББК: 56.65 я 43 С 56. Стр. 110.

Кучкорова Камола Холмат кизи Ибрагимов Даврон Дастамович, Мардонова Нигора Парда кизи, Кучкоров Фирдавс Шералиевич. Результаты хирургического лечения одонтогенных кист верхней и нижней челюсти. Научный потенциал – 2023. Новая наука. 2023/5/29. Стр. 208-214.

Якубов Али Шавкат угли Мардонова Нигора Парда кизи, Ибрагимов Даврон Дастамович. Роль изучения местного иммунного статуса у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. Интернаука. 2023/5, 3.

Умирзоков Суннатилло Бокиевич Ибрагимов Даврон Дастамович, Кучкоров Фирдавс Шералиевич, Мардонова Нигора Парда кизи. Применение препаратов Фурасол и Фарингасол Салванолс при лечении больных с периоститами челюстей. Молодежь и наука 2023: к вершинам познания. Новая наука. 2023/3/21. Стр. 7-13.

Якубов Али Шавкат угли Мардонова Нигора Парда кизи, Ибрагимов Даврон Дастамович. Преимущества применения насыщенного тромбоцитарного фибрина при лечении кист челюстей. Наука молодых - наука будущего. Новая наука. 2023/2/2, 2. Стр. 162-167.



FEATURES OF THERAPY OF ISCHEMIC HEART DISEASE WITH HYPERTENSION

D.M Nuraliyeva., Muhkamedova M.G., Azizova F.F.

Center for the development of professional qualifications of medical workers

Introduction

The article presents data on the treatment of patients suffering from coronary heart disease and AH. The main principles of treatment of patients with IHD in combination with AH remain adequate control over the level of blood pressure, the appointment of antiplatelet agents and statins. To achieve the target level of blood pressure, b-blockers are used (it is necessary to choose metabolically neutral preparations of this class) and calcium antagonists, the latter demonstrating high efficiency in the combination of IHD and AH; ACE inhibitors and APA not only can reliably control blood pressure level, but also have additional beneficial effects, in addition to reducing the blood pressure.

ANNOTATION

В статье представлены данные о лечении больных, страдающих одновременно ИБС и АГ. Основными принципами лечения больных ИБС в сочетании с АГ остаются адекватный контроль за уровнем АД, назначение антиагрегантов и статинов. Для достижения целевого уровня АД используются как b-адреноблокаторы (необходимо выбирать метаболически нейтральные препараты этого класса), так и антагонисты кальция, причем последние демонстрируют высокую эффективность при сочетании ИБС и АГ; ингибиторы АПФ и АРА не только позволяют надежно контролировать уровень АД, но и имеют дополнительные благоприятные эффекты, помимо снижающего АД действия.

АННОТАЦИЯ

АННОТАЦИЯ

Мақолада юрак ишемик касалиги ва артериал гипертензияга чалинган беморларни даволаш бўйича маълумотлар келтирилган. Юрак ишемик касалиги ва артериал гипертензия билан оғриган беморлар учун даволаш усулларнинг асосий принциплари қон босими даражасини назорат қилиш, антиагрегант ва статинларни тайинлаш билан мақсадли қон босим даражасини туширишга бета-блокаторлар ишлатилди. (метаболик нейтрал шу синф дорилари танланган бўлиши керак.) ва шунингдек кальций антагонисти, АПФ ингибитори, сартанлар (АРА) ЮИҚ ва АГ билан кечувчи касаликда нафақат ишонарли АБ даражасини назорат қилишда балки қўшимча ижобий самарадорлиги бор.

Cardiovascular diseases (CVD) currently occupy a leading place among the causes of mortality, morbidity and disability almost throughout the world [9, 30]. According to WHO estimates, more than 17 million people die from cardiovascular diseases every year worldwide. The most common and of great social importance among this group of diseases are arterial hypertension (AH) and coronary heart disease (CHD). Moreover, the course of these diseases among the male and female populations of humanity differs and has its own characteristic differences [12, 16]. The most common cause of death for older women in the US and Europe is cardiovascular disease, which annually causes the death of 250 thousand American and 76 thousand English women.

In the United States, cardiovascular disease is the cause of death in 43% of women over 50 years of age. In the structure of mortality in Europe, cardiovascular diseases account for 55% in women and 43% in men. In postmenopausal women, the risk of death from coronary heart disease is 10 times greater than the risk of a hip fracture or breast cancer. IHD in the overall mortality structure of the female population of Europe is 23%.

High blood pressure (BP) is one of the main indepen-

dent risk factors for the development of atherosclerosis and coronary artery disease, as well as heart failure [2,5]. The results of the large-scale MRFIT study indicate that systolic and diastolic blood pressure levels are closely correlated with mortality from coronary heart disease. At the same time, a decrease in elevated blood pressure leads to a decrease in morbidity and mortality from coronary artery disease [8]. All studies note a high incidence of detection of coronary artery disease in patients with hypertension [4].

Elevated blood pressure is one of the main damaging factors for the integrity of the endothelial layer of arteries [9]. Currently, endothelial dysfunction is considered as the initial stage of atherogenesis [9]. The main goal of treating patients with hypertension is to achieve maximum reduction in the risk of cardiovascular morbidity and mortality [1, 11].

The modern strategy in patients with coronary artery disease for the purpose of preventing cardiovascular complications involves the mandatory prescription of antiplatelet drugs (aspirin/aspirin cardio 75-150 mg or clopidogrel 75 mg), lipid-lowering drugs (statins to achieve the required level of low-density lipoprotein cho-



lesterol - LDL cholesterol) and β - adrenergic blockers for persons who have previously suffered an MI [2]. The addition of angiotensin-converting enzyme inhibitors - ACE (perindopril 8 mg or ramipril 10 mg) to all patients with stable coronary artery disease, including those without signs of heart failure, guarantees a reduction in the risk of developing myocardial infarction, which will significantly improve the prognosis in this category of patients.

The prescription of antiplatelet agents to patients with coronary artery disease in combination with hypertension has its own characteristics. With high uncontrolled hypertension (BP >180/100 mm Hg), temporary withdrawal of antiplatelet agents is required due to the risk of hemorrhagic strokes. Once blood pressure has stabilized at the desired level, antiplatelet therapy is safe and can be started or resumed [5, 11].

Among lipid-lowering drugs, statins are effective treatments for patients with various forms of coronary artery disease, and when the target LDL cholesterol level is below 2.5 mmol/l or 100 mg/dl [2], and according to the latest data [10, 15], below 2.0 mmol/l or 75 mg/dl, long-term outcome of the disease significantly improves. At the same time, it has recently been shown that in patients with hypertension in combination with risk factors and moderate hypercholesterolemia, the addition of statins significantly reduces the risk of cardiovascular events.

The drugs of choice for hypertension against the background of coronary artery disease are β -blockers and calcium antagonists, since, along with antihypertensive drugs, these classes of drugs also have anti-ischemic properties [1, 11]. Moreover, several clinical studies and meta-analyses have shown that β -blockers reduce mortality and the risk of recurrent myocardial infarction by 20-25% in patients after a previous myocardial infarction. It should be recalled that β -blockers were among the first antihypertensive drugs that, according to placebo-controlled studies, demonstrated a beneficial effect on long-term prognosis in patients with hypertension [8]. In clinical practice, atenolol, metoprolol, bisoprolol, carvedilol and other drugs are used. However, the advisability of using a β -blocker such as atenolol in this situation has been called into question following the recently presented preliminary results of the ASCOT study [4].

Table No. 1

Drugs	Daily dose mg/day	Frequency of administration p/day
	Cardioselective	
Atenolol	25-100	1-2
Betaxolol	5-20	1
Bisoprolol	2,5-10	1
Metoprolol	50-200	2
Nebivolol	2,-10	1

	Noncardioselective	
Propranolol	20-240	2-3
Oxyprenolol	20-160	2-3
Carvedilol	12,5-50	1-2
Labetalol	200-1200	2

Among drugs that lower blood pressure, calcium antagonists occupy a leading position. After the completion of studies such as STOP-2 [13], NORDIL [12], INSIGHT [6], ALLHAT [23], INVEST [19] and VALUE [14], evidence was obtained of the complete safety of various representatives of the class of calcium antagonists (nifedipine in the new dosage form - GITS, amlodipine, verapamil, diltiazem) and effectiveness in improving the prognosis in patients with hypertension in comparison with diuretics, β -blockers, ACE inhibitors and angiotensin receptor blockers with good tolerability in terms of metabolic disorders.

Table No. 2

Drugs	Daily dose mg/day	T 1/2h
Verapamil	240-480	8-12
Diltiazem	180-360	6-8
Nifedipine	30-60	8-12
Amlodipine	5-10	24-48
Isradipin	5-15	8-12
Lacidipine	2-4	24-28
Felodipin	5-20	18-25

One of the first well-organized clinical studies to study the effectiveness and safety of calcium antagonists in patients with hypertension was the international INSIGHT study [6]. In it, the effect of the calcium antagonist nifedipine GITS and the diuretic co-amilofide was studied in 6321 patients with hypertension and concomitant risk factors for cardiovascular complications. Against the background of monotherapy with nifedipine, GITS was able to achieve the target blood pressure level in 70% of cases, which confirms the pronounced blood pressure-lowering effect of calcium antagonists.

As noted earlier, β -blockers and calcium antagonists, in accordance with modern recommendations, are the drugs of choice in the treatment of patients with hypertension in combination with coronary artery disease [1, 11]. The INVEST study [19] studied two strategies for the management of patients with hypertension in combination with coronary artery disease - based on calcium antagonists and β -blockers. The 22,576 patients with hypertension and coronary artery disease included in the study received either verapamil sustained release at a dose of 240 mg with the addition of the ACE inhib-

itor trandolapril and the diuretic hydrochlorothiazide to achieve the target blood pressure level, or atenolol with the addition of hydrochlorothiazide, and then prescribing trandolapril if necessary. After an average of 2.7 years of treatment with the same blood pressure control, a total of 2269 patients achieved the primary endpoint without significant differences between groups (9.93% in the calcium antagonist group and 10.17% in the beta-blocker group; relative risk 0.98; 95% confidence interval 0.90-1.06).

Thus, calcium antagonists (verapamil sustained release) are not inferior in effectiveness to β -blockers (atenolol) in the treatment of patients with hypertension in combination with coronary artery disease.

The CAMELOT study [17], which ended recently, examined the effect of antihypertensive drugs (amlodipine 10 mg and enalapril 20 mg) and placebo on the prognosis of patients with stable coronary artery disease with baseline normal blood pressure, and also assessed the progression of coronary atherosclerosis using intravascular ultrasound. Along with a favorable effect on the prognosis in the calcium antagonist group compared with the placebo group, according to the results of intravascular ultrasound, there was no increase in the volume of coronary atheroma ($p = 0.31$). At the same time, in patients randomized to the placebo group, a significant progression of atherosclerotic lesions was revealed compared with the initial state ($p < 0.001$) and a tendency towards progression of atherosclerosis was noted in patients on the background of an ACE inhibitor ($p = 0.08$).

Atherosclerosis, as has recently been shown, is clearly associated with disturbances in the renin-angiotensin-aldosterone system [9], therefore, inhibition of ACE activity, preventing the production of angiotensin II and increasing bradykinin levels, may become a promising direction in the treatment of coronary artery disease.

The results of the HOPE and EUROPA studies proved the advisability of prescribing ACE inhibitors at a set effective dose to patients with atherosclerotic cor-

onary artery disease (CAD), regardless of the functional state of the left ventricle, despite the lack of positive results in studies such as QUIET [20], PEACE [18], CAMELOT [17].

Table №3

Drugs	Daily dose mg/day	T 1/2h
Benazepril	2.5 up to 5-10	2.5 up to 5-10
Captopril	18.75 (in 3 doses) up to 50-75 (in 3 doses)	18.75 (in 3 doses) up to 50-75 (in 3 doses)
Enalapril	2.5 up to 10-20 (in 2 doses)	2.5 up to 10-20 (in 2 doses)
Lisinopril	2.5 up to 5-20 (once a day)	2.5 up to 5-20 (once a day)
Quinapril	2.5-5 up to 10-20 (in 2 doses)	2.5-5 up to 10-20 (in 2 doses)
Perindopril	2 4	2 4
Ramipril	1.25-2.5 2.5-5	1.25-2.5 2.5-5

Thus, the treatment of patients suffering from both coronary artery disease and hypertension requires an integrated approach, that is, simultaneous action on both conditions. The basic principles of treatment of patients with coronary artery disease in combination with hypertension remain adequate control over blood pressure levels, the prescription of antiplatelet agents and statins. To achieve the target blood pressure level, both β -blockers (it is necessary to choose metabolically neutral drugs of this class) and calcium antagonists are used, and the latter demonstrate high efficiency in the combination of coronary artery disease and hypertension; ACE inhibitors and ARBs not only allow reliable control of blood pressure levels, but also have additional beneficial effects in addition to their blood pressure-lowering effect.

REFERENCES:

- Всероссийское научное общество кардиологов (ВНОК). Национальные рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии. М 2004.
- Комитет экспертов ВНОК. Диагностика и лечение стабильной стенокардии. Российские рекомендации. Кардиоваскулярная терапия и профилактика (приложение) 2004.
- Сыркин А.Л. Лечение стабильной стенокардии. Consilium medicum. 2000; 2:470-477.
- ASCOT study investigators, 2005. <http://www.ascotstudy.org/home>. Htm.
- Armstrong P.W. Stable ischemic syndromes. In: Textbook of cardiovascular medicine. Ed. E.J. Topol. Philadelphia PA: Lippincott Williams & Wilkins-Raven 1998;333-364.
- Brown M.J., Palmer C.R., Castaigne A. et al. Morbidity and mortality in patients randomized to double-blind treatment with a long-acting calcium-channel blocker or diuretic in the International Nifedipine GITS study: INSIGHT. Lancet 2000;356:366-372.
- Chobanian A.V., Bakris G.L., Black H.R., et al. The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high pressure: The JNC 7 report. JAMA 2003; 289:2560-2572.
- Collins R., Peto R., MacMahon S. et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 2: Short-term reductions in blood pressure: Overview of randomised drug trials in their epidemiological context. Lancet 1990;335:827-838.



Dzau V., Bernstein K., Celermaier D. et al. The relevance of tissue angiotensin-converting enzyme: manifestations in mechanistic and endpoint data. *Am J Cardiol* 2001;88:Suppl L:L1-L20.

Grundy S.M., Cleeman A., Merz C.N.B. Implications of Recent Clinical Trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. *Circulation* 2004;110:227-239.

Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension - European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2003;21:1011-1053.

Hansson L., Hedner T., Lund-Johansen P. et al. Randomised trial of effects of calcium antagonists compared with diuretics and beta-blockers on cardiovascular morbidity and mortality in hypertension: the Nordic Diltiazem (NORDIL) study. *Lancet* 2000;356:359-365.

Hansson L., Lindholm L., Ekblom T. et al. Randomised trial of old and new antihypertensive drugs in elderly patients: cardiovascular morbidity and mortality the Swedish Trial in Old Patients with Hypertension-2 study. *Lancet* 1999;354:1751-1756.

Julius S., Kjeldsen S.E., Weber M. et al. Outcomes in hypertensive patients at high cardiovascular risk treated with regimens based on valsartan or amlodipin: the VALUE randomised trial. *Lancet* 2004;363:2021-2031.

La Rosa J.C., Grundy S.M., Waters D.D. et al. Intensive lipid lowering with atorvastatin in patients with stable coronary disease. *N Engl J Med* 2005;352:1425-1435.

Neaton J.D., Wentworth D. for the Multiple Risk Factor Intervention Trial Group. Serum cholesterol, blood pressure, cigarette smoking, and death from coronary heart disease: overall findings and differences by age for 316,099 white men. *Arch Intern Med* 1992;152:56-64.

Nissen S.E., Tuscus E.M., Libby P. et al. Effect of antihypertensive agents on cardiovascular events in patients with coronary artery disease and normal blood pressure. The CAMELOT study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004;292:2217-2226.

PEACE Trial investigators. Angiotensin-converting-enzyme inhibition in stable coronary artery disease. *N Engl J Med* 2004;351:2058-2068.

Pepine C., Handberg E.M., Cooper-deHoff R.M. et al. A calcium antagonist vs a non-calcium antagonist hypertension treatment strategy for patients with coronary artery disease. The International Verapamil-Trandolapril Study (INVEST): a randomized controlled trial. *JAMA* 2003;290:2805-2816.

Pitt B., O'Neill B., Feldman R. et al. The Quinapril Ischemic Event Trial (QUIET): evaluation of chronic ACE inhibitor therapy in patients with ischemic heart disease and preserved left ventricular function. *Am J Cardiol* 2001;87:1058-1063.



HELICOBACTER PYLORI: ФИКРЛАР, ФАКТЛАР, ГИПОТЕЗАЛАР.

Эшбеков М.Э., Абдусаматов Ж. М., Атамурадов Ш.И, Рахимов А.Ф.

Ўзбекистон Республикаси Қуролли Кучлари Ҳарбий тиббиёт академияси ҳарбий тиббиёт илмий-тадқиқот институти

АННОТАЦИЯ

Мақолада уреаза ферментининг одам ошқозон шираси кислоталигига таъсири тўғрисида лаборатория тадқиқотлари натижалари келтирилган. In vitro тажрибалари ошқозонда уреаза ферменти мавжудлиги ошқозон шираси таркибидаги эркин хлорид кислотаси концентрациясининг кескин камайишига олиб келишини кўрсатди. Бу факт, ушбу ферментни ишлаб чиқарувчи бактериялар- *Helicobacter pylori*, катта эҳтимоллик билан агрессия омили эмас, балки ошқозон шиллиқ қаватини хлорид кислотанинг емирувчи таъсиридан ҳимоя қилиш омили эканлигини кўрсатади. Мақола ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраси касаллиги патогенезини ўрганиш бўйича тадқиқотларнинг янги йўналишининг бошланишидир.

Ключ сўзлар: ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраси касаллиги, ошқозон яраси, *Helicobacter pylori*, ошқозон ширасининг кислоталиги, уреаза, аммиак.

АННОТАЦИЯ

В статье сообщается о результатах лабораторных исследований по изучению действия фермента уреазы на кислотность желудочного сока человека. Эксперименты in vitro показали резкое снижение концентрации свободной соляной кислоты желудочного сока в присутствии фермента уреазы. Этот факт свидетельствует о том, что бактерии *Helicobacter pylori*, вырабатывающие данный фермент, являются, скорее всего, фактором защиты слизистой оболочки желудка от пептического действия соляной кислоты, нежели фактором агрессии. Статья является началом нового направления исследований по изучению патогенеза язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка, *Helicobacter pylori*, кислотность желудочного сока, уреаза, аммиак.

ANNOTATION

In the article it is reported the results of laboratory researches on study of the influence of urease on the acidity of human gastric juice. Experiments in vitro show dramatic decrease in free HCl concentration in gastric juice in the presence of the enzyme urease. This fact testifies that *Helicobacter pylori* producing this enzyme is most likely a protection factor of gastric mucous tunic from peptic effect of HCl rather than a factor of aggression. This article is the beginning of new direction upon research of pathogenesis of gastric and duodenal ulcer disease.

Keywords: Stomach ulcer, *Helicobacter pylori*, Acidity of gastric juice, ureasa, ammonia.

Долзарблиги. Инфекцион назария ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраси касаллигининг этиопатогенезини тушунтиришга ҳаракат қилувчи барча назарияларнинг энг қадимийсидир. 1851 йилдаёқ Ҳ. Леберт тажрибада қуённинг бўйин вена томирига йиринг киритиб, унда ошқозон яраси пайдо бўлишини кузатган. Ушбу назария тарафдорлари аёлларда ошқозон яраларининг сабабини ҳам дизентерия ва пуэрперал инфекцияда (М. Lettull, 1888), аппендицитда (Е. Рауг, 1907), кариесли тишлардан (Е. Rozenow, 1913) микробларнинг ошқозонга тушишидан деб ҳисоблаган [1].

Микробларнинг ошқозонга кариесли тишлардан кириб келишини қандайдир тарзда тушунтириш мумкин, аммо чувалчангсимон ўсимта ва тос аъзоларидан микробларнинг ошқозонга кириб келишини тушунтиришга ёрдам берадиган анатомик асос йўқ. Сепсисда метастазлар бошқа органлар билан бирга ошқозонни ҳам зарарлаган бўлиши мумкин, аммо у ҳолда бу жараён абцесс ёки флегмона каби йирингли бўлиши керак эди. Шунинг учун, бу назарияни XX аср олимларининг кўпчилиги қўллаб-қувватламади. 1983

йилда австралиялик олимлар В. Marshall и К. Warren томонидан янги турдаги бактериялар -*Helicobacter pylori*нинг кашф қилиниши, инфекция таълимотга иккинчи ҳаётни бахш этди. Бу бактериялар атрофида кучли илмий музокоралар авж ола бошлади. Бундай мухокамалар 2007 йилда бу олимларга Нобель мукофоти берилганидан сўнг жуда кучайди. Айниқса микробиологлар, патоморфологлар, баъзи фармацевтика компаниялари ва уларнинг реклама агентликлари бу борада жонбозлик кўрсатишди. Илмий ва оммабоп нашрларда жуда кўп мақолалар ва хисоботлар пайдо бўлди. Агар бундай мухокамаларнинг мазмунини қисқача баён қилсак, тахминан қуйидаги қўриқ юзага келади: *Helicobacter pylori* грам-манфий, хивчинга эга, спираль бурмаланган бактерия. Яшаш жойи фақат ошқозон. Мочевинани аммиак ва карбонат ангидрид газига парчаловчи фермент - уреаза ишлаб чиқаради. Бу бактерия ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яралари пайдо бўлишининг ягона сабабчиси. М. Vudli ва А. Uelanнинг таъкидлашича, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраси касаллиги патогенезида бу бактериялар роли тўлиқ аниқланмаган бўлсада,



деярли барча клинцистлар томонидан ушбу пастулат аксиома сифатида шак-шубҳасиз қабул қилинди [2]. Омади юришмаган бу бактерияларни ҳимоя қилиш бўйича ҳеч қерда ҳеч қандай сўз йўқ, гарчи дунёда патогенларга қараганда фойдали микроблар кўпроқ эканлигига шубҳа йўқ ва *Helicobacter pylori* улардан бири бўлиши мумкин. Қуйида келтирилган аниқ фактлар айнан шу нарсадан далолат беради:

1. Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраси касаллигининг умум тан олинган этиопатогенетик омиллари мавжудлиги (стресс, алиментар бузилишлар, ошқозоннинг секреция дисфункцияси, беморнинг организмда юз берадиган гормонал ўзгаришлар ва бошқалар) [8].

2. *Helicobacter pylori* бактериялари соғлом одамларда ҳам ва ҳатто баъзи ҳайвонларда, айниқса кавш қайтарувчи ҳайвонларда учрайди. Бу уларнинг овқат ҳазм қилиш жараёнида физиологик жиҳатдан зарурлигини таъкидлайди.

3. Яра кўп ҳолларда асосан ўн икки бармоқли ичакда пайдо бўлади, аммо ичакнинг бу қисмида бундай бактериялар учрамайди.

4. Ошқозон шиллиқ қаватининг бутун юзаси *Helicobacter pylori* бактериялари билан колонизация қилинишига қарамасдан, яралар одатда, фақат ошқозоннинг кичик эгрилигида пайдо бўлади.

5. Жарроҳлик муолажалари билан даволашдан сўнг ҳам, ошқозон шиллиқ қаватининг катта қисми *Helicobacter pylori* бактериялари томонидан колонизация қилиниши давом этишига қарамай, беморларнинг аксариятида ошқозон ва ўн икки бармоқли яра касаллигининг қайталаниши кузатилмайди. Айниқса ваготомия операциясидан сўнг бундай ҳолатни аниқ кўриш мумкин.

Юқорида келтирилганлар билан боғлиқ ҳолда, ошқозон шиллиқ қаватини ҳимоя қилиш жараёнида *Helicobacter pylori* бактериясининг эҳтимолий роли мавжуд деган тахминни исботлаш учун тадқиқотлар ўтказиш мақсадга мувофиқ бўлар эди. Загреблик шифокор Schwarzнинг “Кислота йўқ – яра ҳам йўқ” деган машҳур тезиси ушбу тадқиқот йўналишини аниқлаб беради.

Тадқиқотнинг мақсади. Уреаза ферментининг ошқозон шираси кислоталилик даражасига таъсирини ўрганиш.

Тадқиқотнинг материали ва усуллари. Ўрганиш учун соғлом одамлардан профилактик эзофагогастрофиброскопия пайтида ва беморлардан эрталаб бўш ошқозондан электроотсос ёрдамида аспирация қилиш йўли билан ошқозон шираси олинди. Катарал-эрозив гастродуоденит билан оғриган етти беморнинг ва уч соғлом одамларнинг ошқозон шираси ўрганилди. Соғлом одамлардан олинган ошқозон шираси ҳажми 18-20 мл, беморлардан олингани эса 50-70 мл.

Helicobacter pylori бактериясининг асосий фаол омили мочевинани аммиак ва карбонат ангидридга

парчаловчи уреаза ферменти бўлиб, табиатда бу фермент тарвуз уруғларида ҳам учрайди. Ўн дон тарвуз уруғлари пўстлогидан тозалангандан сўнг, ҳавончада майдаланиб, сувли суспензия тайёрланди [6].

Ошқозон шираси ва тарвуз уруғининг сувли суспензияси (уреазанинг) РНи Combina 10М тест чизиғи ёрдамида экспресс усулида аниқланди. Ошқозон ширасининг кислоталиги Michaelis усули билан аниқланди: 10 мл ҳажмдаги ошқозон ширасига, фенолфталеиннинг 1% эритмасидан ва 0,5% диметиламиноазобензолнинг 1% эритмасидан бир томчидан қўшилди, сўнгра ўювчи натрийнинг (NaOH) 0,1% эритмаси билан титрлаш амалга оширилди. Дастлаб ошқозон ширасининг кислоталиги аниқланди. Сўнгра ошқозон шираси иккита пробиркага 5- 10 млдан қилиб бўлиб олинди. Битта пробиркага 10 та тарвуз уруғидан тайёрланган сувли суспензиядан 5 мл қўшилди, иккинчи пробиркага 5 мл дистилланган сув қўшилди ва чайқатилиб, ҳона ҳароратида 15-20 дақиқа давомида сақлангандан сўнг титрланди [7].

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Ошқозон ширасининг лаборатория текширувлари натижалари №1 жадвалда мутлақ рақамларда келтирилган. Жадвалдан кўриниб турганидек, аксарият беморларда ошқозон ширасининг эркин хлорид кислотаси (HCL) 20-40 титр бирлигига (т.б.), умумий кислоталик – 35-62 т.б. тенг. Эркин ва боғланган HCL йиғиндиси – 29-55 т.б., яъни боғланган HCL – 12-30 т.б., кислота қолдиқлари 5-10 т.б га тенг. Ошқозон ширасининг титрланиш натижалари тарвуз уруғларининг сувли суспензия қўшилгандан сўнг аввалгиларидан сезиларли даражада фарқ қилди. Учта ҳолатда эркин HCL 1-4 т.е. оралиғида аниқланди. Қолган етти ҳолатнинг барчасида титрлаш ўрганилаётган объектларда эркин HCL йўқлигини кўрсатди (0 т.б.). Аксинча, ошқозон ширасининг умумий кислоталиги бироз ошди ва 40-76 т.б.ни ташкил қилди. Эркин ва боғланган HCLнинг умумий кўрсаткичи сезиларли даражада ўзгармади. Икки ҳолатда кислота қолдиқлари миқдори сезиларли даражада ошди (20-27 т.б.), қолган 7 ҳолатда эса деярли ўзгармади. Титрлаш, 5 мл дистилланган сув қўшилган ошқозон шарбати порциясида фақат уч ҳолатда эркин хлорид кислота титри бироз пасайганлигини кўрсатди. Бошқа ҳолларда, эркин хлорид кислота ҳам, боғланган хлорид кислота ҳам ва умумий кислоталик кўрсаткичлари ҳам деярли ўзгармади. Барча ҳолларда, ошқозон ширасининг РНи 5-5,5 атрофида бўлди, тарвуз уруғларининг сувли суспензиясининг РНи эса 6,0-6,25 ни ташкил қилди. Бунга ўз тажрибамиздан бир мисол келтирамиз. Бемор М. Ёши 39 ёшда. 2012 йил 13 ноябрдаги эзофагогастроуденофиброскопия хоулосаси: Ўн икки бармоқли ичакнинг пиёзчасида ярадан кейинги чандик. Ўткир катарал гастродуоденит. 50 мл миқдорида ярим шаффоф, кулранг ранга яқин



ошқозон шираси олинди. . РН-5,5.

Тажриба №1. 10 мл ошқозон шираси колба идишга солиниб, фенолфталеиннинг 1% эритмаси ва 0,5%ли диметиламиноазобензол эритмасидан бир томчидан қўшилди. Ошқозон шираси кучсиз пушти рангга эга бўлди. Титрлаш натижалари:

- 1-даража (дастлабки) - 22,0 (кучсиз пушти ранг).
 - 2-даража - 24,0 (тўқ сариқ, сомон ранги).
 - 3-даража - 25,0 (лимон ранг, сарғиш).
 - 4-даража - 26,7 (турғун қизил, малина рангли).
- Ҳисоблаш: Эркин НСІ = $24,0 - 22,0 = 2 \times 10 = 20$.
Умумий кислоталик = $26,7 - 22,0 = 4,7 \times 10 = 47$.
Эркин ва боғланган НСІ йиғиндиси = $25,8 - 22,0 = 3,8 \times 10 = 38$.

Боғланган НСІ = $38 - 20 = 18$.

Кислота қолдиғи = $47 - 38 = 9$.

Тажриба №2. 10 мл ошқозон шираси колба идишга олинди, 5 мл дистилланган сув ва юқоридаги реагентлардан 1 томчидан қўшилди. Аралашманинг ранги кучсиз пушти. Титрлаш натижалари:

- 1-даража (дастлабки) - 33,1 (кучсиз пушти).
- 2-даража - 35,1 (тўқ сариқ, сомон ранги).
- 3-даража - 35,6 (лимон ранг, сарғиш).
- 4-даража - 37,8 (турғун қизил ранг, малина рангли).

Ҳисоблаш: Эркин НСІ = $35,1 - 33,1 = 2 \times 10 = 20$.

Умумий кислоталик = $37,8 - 33,1 = 4,7 \times 10 = 47$.

Эркин ва боғланган НСІ йиғиндиси = $36,2 - 33,1 = 4,1 \times 10 = 41$.

Боғланган НСІ = $41 - 20 = 21$.

Кислота қолдиғи = $47 - 41 = 6$.

Тажриба №3. 10 мл ошқозон шираси колба идишга олинди, 10 та тарвуз уруғининг 5 мл сувли суспензияси ва 1 томчи реагент қўшилди. Аралашма сорғиш ранг олди - сомон ранги. Аралашманинг РН 6,25. Титрлаш натижалари:

- 1-даража (дастлабки) - 27,1 (тўқ сариқ, сомон ранги).
- 2-даража - 27,1 (тўқ сариқ, сомон ранги).
- 3-даража - 31,2 (лимон ранг, сарғиш).
- 4-даража - 32,2 (турғун қизил ранг, малина рангли).

Ҳисоблаш: Эркин НСІ = $27,1 - 27,1 = 0 \times 10 = 0$.

Умумий кислоталик = $32,2 - 27,1 = 5,1 \times 10 = 51$.

Эркин ва боғланган НСІ йиғиндиси = $31,7 - 27,1 = 4,6 \times 10 = 46$.

Боғланган НСІ = $46 - 0 = 46$.

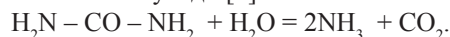
Кислота қолдиғи = $51 - 46 = 5$.

Навбатдаги тажриба уреаз сузли суспензиясининг тўғридан-тўғри буферлаш хусусиятларини аниқлаш учун стандарт НСІнинг 0,1% эритмаси билан ўтказилди: 5 мл синов эритмаси колбага солинди, унга 1 томчидан фенолфталеиннинг 1% эритмаси ва диметиламиноазобензолнинг 0,5% эритмаси қўшилди. Эритма титрлангач, ўрта босқичдаги тўқ сариқ ва лимон ранг даражасига ўтмай, бирданига қизил малина рангига бўялди. Шу микдордаги стандарт

эритмага 5 мл тарвуз уруғларининг сувли суспензиясини қўшиб титрланганда юқоридаги тажриба билан бир хил натижа берди. Шунинг билан бирга, ҳар икки ҳолатда ҳам тенг микдорда NaOH сарф қилинди- 100 титр бирл.

Ўтказилган лаборатория тадқиқотлари натижаларини таққослаш шуни кўрсатдики, тарвуз уруғларидан тайёрланган сувли суспензия қўшилганидан сўнг, ошқозон шираси таркибидаги эркин НСІ концентрацияси камай бориб, маълум вақтдан кейин бутунлай йўқолди, аксинча НСІ нинг бириккан фракцияси концентрацияси ошиб борди. Умумий кислоталик даражасига келсак, унда бир томонлама ўзгаришлар бўлмади: тўрт ҳолатда унинг кўрсаткичлари бироз пасайди ва бешинчи ҳолатда ҳатто ошди, бу унинг уреаз ферменти таъсирига учрамаслигидан далолат беради. Дистилланган сув қўшилгандан сўнг ошқозон шираси кислотасининг сезиларли даражада пасаймаганлиги, урезани ўз ичига олган тарвуз уруғлари сувли суспензияси эркин НСІ концентрациясини пасайтириш хусусиятига эга эканлигини кўрсатади, бу эса унинг ошқозон шиллик қаватини кислота агрессиясидан химоя қилиш функциясига эга эканлигининг исботидир.

Аммо, бу жараённинг механизми қандай? Тарвуз уруғларининг сувли суспензияси ишқорли мухит эмас - у 6,0 -6,25 оралиғида РНга эга. Бу ошқозон ширасининг кислоталигига унинг бевосита буферли таъсирини истисно қилади. Эркин НСІ кислотанинг стандарт эритмаси билан ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатадики, ҳамма гап уреаз ферментининг ошқозон шираси элементлари билан ўзаро таъсирида бўлади. Уреаз амидаза гуруҳининг гидролитик ферментлари синфига мансуб. Унинг иштирокида мочевина карбонат ангидрид газига ва аммиакга парчаланadi. Мочевина эса ошқозон шиллик қаватининг муҳим таркибий қисмидир. Уреаз иштирокида катализланган реакция қуйидагича кўринишга эга бўлади [4]:



Биз тахмин қилишимизча муаммонинг ечими эҳтимол шу ерда ётади. Келинг, чуқурроқ кўриб чиқайлик. Ошқозон шиллиги - бу протеолитик ферментлар ва хлорид кислотанинг кучли эритувчи таъсирдан ошқозон деворини химоя қилувчи ёпишқок модда, икки шаклда кўринишга эга: гел шаклида (эримайдиган шиллик) ва ошқозон шираси таркибида эрувчан (эрийдиган шиллик), кимёвий тузилиши бўйича мукополисахариддир. Ошқозон шиллиги молекуласининг полисахарид қисми 50% аминсахарлардан иборат бўлиб, оксил қисми 50% тиреон, серин, аланин ва пролиндан иборат. Ушбу аминокислоталар томонидан ҳосил бўлган пептид боғлари ошқозон шиллигига муҳим физик хусусият - гел ҳосил қилиш ва хлорид кислотаси ва пепсиннинг емирувчи таъсирига сезиларли қаршилиқ кўрсатиш хусусиятини беради. Бу кимёвий жараён мочевина иштирокида



Жадвал № 1. Michaelis усулида титрланганда ошқозон ширасининг кислоталик кўрсаткичлари (титр birlikларида)

Беморлар № т/р	Ошқозон ширасининг дастлабки кўрсаткичлари					Ошқозон ширасининг кислоталик кўрсаткичлари + тарвуз уруғларининг сувли суспензияси					Ошқозон ширасининг кислоталик кўрсаткичлари + дистилланган сув				
	Эркин HCl	Умумий кислоталик	Эркин ва бириккан . HCl йиғиндиси	Бириккан HCl	Кислоталик	Эркин HCl	Умумий кислоталик	Эркин ва бириккан HCl йиғиндиси	Бириккан HCl	Кислоталик	Эркин HCl	Умум кислот.	Эркин ва бириккан HCl йиғиндиси	Бириккан HCl	Кисл.
1	40	60	55	15	5	4	50	47	43	3	38	60	55	17	5
2	40	80	70	30	10	0	55	50	50	5	28	75	68	40	7
3	20	54	44	24	10	2	42	37	35	5	18	50	44	26	6
4	25	56	48	23	8	0	54	46	46	8	20	56	46	26	10
5	32	62	52	20	10	0	76	76	76	0	26	60	52	26	8
6	20	40	32	12	8	0	43	37	37	6	16	38	32	16	6
7	17	35	29	12	6	0	40	20	20	20	15	35	28	13	7
8	20	47	38	18	9	0	51	46	46	5	20	47	41	21	6
9	27	53	44	17	9	1	53	26	25	27	23	51	44	21	7
10	24	50	40	16	10	0	60	54	54	6	22	48	38	16	10



содир бўлади [5]. Эрмайдиган шиллиқнинг хлорид кислотаси ва пепсиннинг таъсир қилишига қаршилиги унинг химоя хусусияти сифатида нотўғри талқин қилинади.

Шу билан биргаликда, барчага маълум бўлиши керакки ошқозон шиллиқнинг химоя хусусияти хлорид кислота ва пепсин йўлига механик тўсиқ бўлишида эмас, балки барча юқори ривожланган жонзотлардаги каби кимёвий жараён туфайли юз беради. Бундай кимёвий жараён натижасида ошқозон шираси таркибидаги хлорид кислота ва пепсин сарф бўлади, яъни бу моддалар таъсирига сезувчан бўлган моддалар томонидан нейтраллаштирилади. Нейтраллаштурувчи модда сифатида уреaza ферменти таъсири остида парчаланган мочевиная молекуласининг полимер боғланиши бузилиши жараёнида ҳосил бўлган ошқозон ширасининг эрувчан қисми (гел) ҳисобланади. Уреaza ферменти эса *Helicobacter pylori* бактерияларининг ҳаёт фаолиятида ҳосил бўлувчи асосий модда ҳисобланади. Шундан келиб чиққан ҳолда, таҳмин қилиш мумкинки, табиатан бактериялар организмнинг очлик пайтида ошқозон деворларини хлорид кислота ва пепсиннинг емирувчи таъсиридан химоя қилиш учун яратилган. Умуман олганда, бу бактериялар хусусиятларига баҳо беришда “айбсизлик презумпцияси” тамойилларидан келиб чиқиш керак. Нахотки, табиат ўзи яратган энг мукаммал қурилмасида яшашнинг (ҳаётнинг) мақсадига тўғри келмайдиган ноаниқликка олдиндан (била туриб) йўл қўяди. Аниқроғи, аксинча, тахминимизча *Helicobacter pylori* бактериялари организмнинг очлик даврида унинг ички ресурслари (сўлак, ошқозон шиллиғи) ҳисобига энергия билан таъминлаш учун овқат хазм қилиш жараёнида иштирок этиб, ўзига хос чиқиндисиз жараённи юзага келтиради, ҳамда ошқозоннинг шиллиқ қавати химоясини таъминлайди. Ушбу таҳминнинг бевосита исботи сифатида кавш қайтарувчи хайвонлар ошқозонли органида ем-хашак билан билан бирга уларнинг ошқозонига тушувчи мочевиная парчалош учун зарур бўлган уреaza ферментини ишлаб чиқарувчи *Helicobacter pylori* мавжудлигини келтириш мумкин.

Шундай қилиб, лаборатория тадқиқотлари натижаларини умумлаштириб, қуйидаги хулосаларга келишимиз мумкин:

Уреaza ферменти иштирокида, ошқозон ширасида эркин хлорид кислота концентрацияси кескин камаяди (нолга қадар). Боғланган хлорид кислота миқдори ортади ва умумий кислоталик даражаси ўзгармайди.

Ошқозон ширасининг эркин хлорид кислотасини нейтраллаш жараёни хлорид кислотанинг эркин фракциясига тўғридан-тўғри таъсири билан эмас, балки ошқозон шиллиғи иштирокида амалга ошади.

Уреaza ферментини ишлаб чиқувчи *Helicobacter pylori* бактериялари хлорид кислотанинг пептик таъсиридан ошқозон шиллиқ қаватини химоя қилади.

Уреaza ферменти ошқозон шираси таркибида-

ги хлорид кислотани нейтраллаштириш жараёнида ошқозонда овқат хазм бўлишини секинлаштиради, ортиқча газларнинг ҳосил бўлиши эса метиоризмга олиб келади. Бундай ҳолатларнинг олдини олиш учун овқатланишдан олдин уреaza ферментининг ингибиторларини қабул қилиш керак. Масалан, овқатдан олдин кўк чой истеъмол қилиш зарур.

5. Ўзининг таркибида уреaza ферментини сақловчи тарвуз уруғлари ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак ярасига қарши дори-дармонларни тайёрлаш учун асос бўлиб хизмат қилиши мумкин. Шу сабабли, тарвуз уруғлари тоза ҳолда ахолининг хавф гуруҳи орасида ошқозон яраси касаллигининг одатий мавсумий авж олиш даврида ҳамда ўта кучли асаб ва жисмоний зўриқишлар даврида (муддатли ҳарбий хизматчиларнинг ҳарбий хизматга келган дастлабки ойларида, ҳарбий машқлар даврида, альпинистларда, талабаларнинг имтиҳонлари даврида) касалликнинг олдини олиш ва нишонли н даволаш учун ишлатилиши мумкин. Бундан ташқари тарвуз уруғида В гуруҳи витаминларнинг барчаси, фосфор, марганец ва мис микроэлементлари мавжуд бўлиб, юқори калорияга эга маҳсулот ҳисобланади. У юрак-қон томир тизимида ижобий таъсир қилади ҳамда организмнинг гармонал мувозанатини сақлашга ёрдам беради. Тарвуз уруғлари антиоксидантларга бой бўлим, улар тўқималарнинг қариш жараёнини секинлаштиради, онкологик касалликларнинг пайдо бўлиш хавфини пасайтиради. Тарвуз уруғларини тоза ҳолича истеъмол қилишга деярли монеликлар йўқ.

Helicobacter pylori бактерияларига бир оз бўлсада аниқлик киритгандек бўлди ва ўз таҳминларимиз ва фактларимиз билан илмий адабиётларда мавжуд бўлган - *Helicobacter pylori* бактерияларининг зарари тўғрисидаги маълумотлар афсона эканлигини бир оз бўлсада исботладик. Аммо, бу бактериялар ошқозонда яшаши жараёнида ҳосил қилувчи газлар билан қандай йўл тутиш керак? Маълумки, карбонат ангидрид гази атмосфера хавоси таркибида ҳам кам миқдорда мавжудлиги бу газнинг кичик концентрацияларда инсон учун зарарсиз эканлигидан дарак беради. Мочевина молекуласи парчаланиши жараёнида ҳосил бўлувчи аммиакни нима қилиш керак? Аммиак одамнинг кекириши жараёнида нафас билан чиқувчи ёқимсиз ҳидли, токсик газ. Унинг ошқозон хавосида физиологик меъёрда бўлиш чегараси - 0,4 мг/м³. Ошқозон шираси таркибида аммиак 20-80 ммоль/литр. миқдорда бўлади. (Смирнова Г. П. Шимолий давлат мед. Университети. РФ). “Қолдиқ аммиак”нинг роли ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраси касаллиги билан касалланган беморларда А.И. Гоженко, А.А. Авраменколар [3] томонидан етарлича ўрганилган. Бу муаллифлар келтирган маълумотларга кўра аммиакнинг концентрацияси яра атрофидаги яллиғланиш жараёнининг даражасига тўғри пропорциональ боғлиқ бўлиб, яллиғланиш жараёни камайиши билан аммиак миқдори ҳам камайиб боради. Муаллифларнинг фикрига кўра аммиак яра ҳосил бўлиши-



ни тезлаштириш билан бир қаторда ошқозон шираси таркибидаги хлорид кислотанинг нейтраллашишида ҳам унинг роли бор. Шу сабабли савол туғилади. Қандай қилиб ошқозон ширасининг кислоталик даражасини пасайтирувчи омил улцероген бўлиши мумкин ва нима учун шу пайтга қадар биз ярани ошқозон ширасининг кислоталик даражасини пасайтирувчи препаратлар билан даволаймиз? Аслида эса бунинг тескариси, аммиак физиологик зарур бўлган восита. Бундан ташқари аммиак ҳаводан енгил газ ва у ошқозоннинг “газли пуффаги” таркибида бўлади, демак бундай ҳолда яра ошқозоннинг тубида ҳосил бўлиши керак эди. Унинг концентрациясининг ошиши ва шунга мос равишда гастродуоденаль зонада деструктив зарарланиш даражасининг ошиши яранинг ўткир даврида шилимшиқ ҳосил бўлишининг ошиши билан тушинтирилади. Ўзининг таркибида мочевинани сакловчи ошқозон шилиғи аммиакни етказиб берувчи омил ҳисобланади. Агар биз *Helicobacter pylori* бактерияларнинг инсон учун фойдали эканлигини тан олсак, у ҳолда улар ишлаб чиқувчи газ аммиакнинг ошқозон шираси ва ошқозоннинг ҳаволи пуффагида маълум концентрацияларда физиологик мавжуд бўлиши зарурлигини ҳам тан олишимиз керак бўлади. Аммиак қандай қилиб фойдали бўлиши мумкин? Бу саволга жавоб қидириш куйидаги мулоҳазаларга сабаб бўлди:

Биринчидан. Тиббиётда нашатир спирти деб аталадиган аммиакнинг 10% сувли эритмаси нафас олишни рағбатлантириш ва беморларни ҳушига келтириш учун ишлатилади. Балки айнан шу ҳолат уйқу апнояси синдромидан азият чекаётган беморларда нафас олиш марказини фаоллаштириш учун табиатнинг ўзи фойдаланадиган хусусиятдир. Баъзан ўлимга сабаб бўлувчи бу синдром кўпинча кексаларга хос бўлади деб ҳисобласак, уларда ошқозон шилиқ каватининг ёшга боғлиқ атрофияси натижасида кўпинча кардия ва ошқозон-қизилўнғач рефлюкснинг функционал етишмовчилиги мавжуд бўлади. Бизни яратган табиатнинг донолигини тан олиш керак ҳолос.

Иккинчидан. Нашатир спирти асалари, ковоқа-ри, чивин каби ҳашоратлар чақишида даво сифатида

ишлатилади. Аммиакнинг 0,05% эритмасини англатадиган унинг 0,5% сувли эритмаси жарроҳнинг қўлларини операцияга тайёрлаш учун ишлатилган (Спасокуцкий – Кочергин усули). Бу ошқозонга тушувчи озиқ-овқат моддаларини маълум даражада зарарсизлантириш учун мўлжалланган аммиакнинг ошқозонда мавжудлиги зарур ҳолат эканлигини англатади,

Учинчидан. Аммиак озиқ-овқат саноатида бозорга чиқариладиган муддати ўтган гўштга товар кўри-нишини беришда қайта ишлаш учун ишлатилади. Шунинг учун, аммиак ошқозонда узок вақт давомида озиқ-овқат моддаларини сақлаб қолувчи консервант вази-фасини бажаришини истисно қилиб бўлмайди.

Тўртинчидан. Аммиак совутиш саноатида совутувчи сифатида ишлатилади (холодоген R 717). Аммиакнинг бу хоссаси ошқозонга тушувчи иссиқ овқат, чой, қаҳва каби маҳсулотларни совутиш учун зарур бўлиши мумкин эканлигини истисно қилиб бўлмайди.

Бешинчидан. Аммиак ҳаводан енгилроқ, шунинг учун у ошқозоннинг туб қисмида газ пуффаги ҳосил бўлишида иштирок этади ва бу билан ошқозоннинг корин бўшлиғида вертикал ҳолда муаллақ ушланиб туришида ҳаво шари ёки парашют ролини ўйнайди.

Шундай қилиб, ошқозон шарбати ва ошқозон ҳавосидаги аммиак миқдори меъёрда 4,99 - 9,99 ммол/л концентрацияларда бўлиши, инсон организмидаги муҳим ҳаётий жараёнларни таъминлайдиган зарур табиий шароитлардан биридир. Аммиакнинг санаб ўтилган ижобий хусусиятлари яна бир бор шуни тасдиқлайдики, ошқозоннинг шилиқ каватида *Helicobacter pylori* бактерияларининг бўлиши қўшма ҳаётнинг зарурий шакли бўлиб, тирик мавжудотларнинг кўп мақсад билан бирга яшашининг табиий уйғунлигини таъминлаш учун макро- ва микроорганизмнинг ўзига хос симбиозидир. Шу сабабли, антихеликобактер терапияси кўринишидаги ушбу бактерияларга қарши кураш нафақат инсон танасининг бу уйғунлиги ва эндоэкологиясини, балки соғлиқни сақлаш бюджетига ва ошқозон ўн икки бармоқли ичак яраси касаллигига чалинган беморларнинг оилаларига катта зарар етказди.

АДАБИЁТЛАР

- Василенко В. Х., Гребнев А. Л., Шептулин А. А. Язвенная болезнь. М.: Медицина; 1987; 286.
- Вудли М., Уэлан А. Терапевтический справочник Вашингтонского университета. М.: Практика; 1995: 412.
- Гоженко А.И., Авраменко А.А. Роль уровня «остаточного» аммиака у больных хроническим хеликобактериозом в формировании деструктивных поражений гастродуоденальной зоны. Клінічна медицина. Журнал АМН України. 2009; 15(4): 789–801.
- Гусева К. Е., Проскурина И. К. Разработка химического эксперимента с экологическим содержанием. Химия в школе, 2002; 10: 72–74..
- Мыш В. Г. Патологические аспекты хирургии язвенной болезни. – Новосибирск. Наука. 1983. С. 3–20.
- Цыганов А. Р., Сучкова И.В., Ковалева И. В. Биохимия. Практикум: учебное пособие. Минск: ИВЦ Минфина. 2007: 19.
- Шеховцева Т. Н. Ферменты: их использование в химическом анализе. Соросовский образовательный журнал. 2000; 6(1): 38-40.
- Эшбеков М. Беседы о язвенной болезни. Ташкент-Джизак, Сангзар, 2009:



HARBIY XIZMATCHILARNING DISPANSERIZATSIYA ISHLARINI REJALASHTIRISHDA ULARNING HAYOT SIFATI KO'RSATKICHLARINI MAXSUS STANDARTLASHTIRILGAN SF-36 SO'ROVNO'MASI YORDAMIDA BAHOLASHNING AHAMIYATI

Halimov B.X., Qutliyev J.A.,

O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlari Harbiy tibbiyot akademiyasi
harbiy tibbiyot ilmiy-tadqiqot instituti

ANNOTATSIYA

Harbiy xizmatchilarning xizmat sharoitlari va hududiga bog'liq holda hayot sifati ko'rsatkichlarini populyatsion darajada baholash armiyada olib borilayotgan dispanserizatsiya ishlarini baholash imkonini beradi. Tadqiqot davomida harbiy xizmatchilarning hayot sifatini baholash bo'yicha hozirda mavjud halqaro tajribalar o'rganilgan va ushbu tajriba va tavsiyalar asosida tadqiqot usulini harbiy jamoalarda ahamiyatliligi aniqlangan.

Tayanch so'zlar: so'rovнома, hayot sifati, harbiy xizmatchi, xizmat sharoitlari, jismoniy salomatlik, ruhiy salomatlik.

АННОТАЦИЯ

Оценка показателей качества жизни военнослужащих в уровне популяции, в зависимости от условий и места службы, позволяет оценить качество диспансеризации, проводимой в армии. В ходе исследования был изучен имеющийся на сегодняшний день международный опыт оценки качества жизни военнослужащих и на основе этого опыта и рекомендаций определена значимость метода исследования в военных коллективах.

Ключевые слова: анкета, качество жизни, военнослужащие, условия службы, физическое здоровье, психическое здоровье.

ANNOTATION

Assessing the indicators of the quality of life of military personnel at the population level, depending on the conditions and place of service, allows us to assess the quality of medical examinations carried out in the army. During the study, the currently available international experience in assessing the quality of life of military personnel was studied and, based on this experience the significance of the research method in military groups was determined.

Key words: questionnaire, quality of life, military personnel, conditions of service, physical health, mental health.

Kirish

Dunyo miqyosida harbiy xizmatchilarning salomatlik holatini baholash tibbiy-biologik jihatdan muhim yo'nalishlardan biri bo'lib, harbiy xizmatchilarning xizmat majburiyatlarini qay darajada bajarish imkoniyatlarini oldindan bashoratlash imkoniyatini yaratish bilan birga armiyadagi kelgusi davolash-profilaktika ishlarini rejalashtirishda muhim ahamiyat kasb etadi. Biroq, tibbiy-biologik jihatdan sog'lom bo'lgan shaxslar hamma vaqt ham kasbiy va ijtimoiy vazifalarini to'la qonli bajara olmasliklari mumkin. Shaxsning umumiy salomatlik holatini aniqlashda hayot sifatini baholash tushunchasi nisbatan keng ma'lumotli bo'lib, insonning nafaqat tibbiy-biologik jihatdan balki, boshqa muhim aspektlar hisoblanga ruhiy, jismoniy va ijtimoiy holatlari to'g'risida batafsil ma'lumotlarni olish imkonini beradi [1]. Hayot sifati - insonning ijtimoiy, emotsional, jismoniy va ruhiy faoliyatlarining majmuaviy xarakteristikasi bo'lib, uning subyektiv tuyg'ulariga asoslanadi. [3]. Oxirgi yillarda olimlar orasida hayot sifatini baholashda standartlashtirilgan so'rovnomalarni qo'llashga alohida e'tibor qaratilmoqda. Hayot sifatini baholash so'rovnomalarni qo'llashning asosiy maqsadi, insonning jamiyatdagi jarayonlarga ishtirok etish imkoniyatlarini salomatlikning boshqa ko'rsatkichlari ya'ni kasallanish, mehnatga layoqatsizlik, o'lim va boshqalar bilan bog'liq holda to'liqroq baholashdan

iboratdir.

Tadqiqot usullari.

Tadqiqot umumiy salomatlikni baholash Hayot sifatini baholash xalqaro loyihasi (International Quality of Life Assessment Project (IQOLA)) talablari asosida Medical Outcomes Study-Short Form-36 (SF-36) anketa so'rovnomasini asosida o'tkazildi. Standart so'rovnoma natijalari SF-36 natijaarini hisoblash formulasi yordamida hisoblab chiqilib, tadqiqotda ishtirok etgan harbiy xizmatchilarning xizmat hududi bo'yicha taqsimlandi va olingan ma'lumotlar statistik ishlov berishning o'rnatilgan funksiyalaridan foydalangan holda MCO Excel-2016 dasturlar majmuasi yordamida Pentium-IV personal kompyuterida statistik ishlov berildi.

Natijalar.

Tadqiqotimizda harbiy xizmatchilarning hayot sifatini baholash bo'yicha so'rovnomada Mudofaa vazirligi tizimidagi harbiy okrug va birlashmalardan jami 89 nafar (JG'MHO, MHO, SHXO va THO) turli toifadagi harbiy xizmatchilar ishtirok etdi. So'rovnomalarni natijalari 1-jadvalda ko'rsatilgan.

1-jadvalda berilgan SF-36 bo'yicha statistik ma'lumotlarga e'tibor qaratadigan bo'lsak, ushbu so'rovnomada belgilangan salomatlik komponentlari bo'yicha umumiy ballar 100 ballik tizimida olingan bo'lib, yig'ilgan ballar 100 ballni tashkil etsa, demak inson salomatlik holati eng yuqori darajada bo'lishini



belgilaydi. 100 balldan pastga qarab sho'ng'ish orqali inson salomatlik holati darajasi ham pasayib boraveradi. So'rovnoma ishtirok etgan harbiy xizmatchilarning eng past ko'rsatkichlari bu umumiy salomatlik holati ko'rsatkichi bo'lib, 69,55 ballni tashkil etgan bo'lsa, eng yuqori ko'rsatkich bu jismoniy faoliyat bo'lib, 85,39 ballni tashkil etganligini ko'rishimiz mumkin.

1-jadval

Transformatsiya qilingan SF-36 savolnomasida ishtirok etgan barcha toifadagi harbiy xizmatchilarning o'rtacha ballari (n=89)

No	SF-36 shkalasi komponentlari	O'rtacha ballar (M)
1	PF	85,39
2	RP	78,65
3	BP	79,74
4	GH	69,55
5	VT	78,03
6	SF	80,05
7	RE	79,40
8	MN	78,78

Bundan tashqari transformatsiya qilingan SF-36 savolnomasida ishtirok etgan barcha toifadagi harbiy xizmatchilarning umumiy o'rtacha ballariga e'tibor qaratar ekanmiz, og'riq intensivligi-79,74 ballni, hayotiy faollik-78,03 ballni, ijtimoiy faoliyat-80,05 ballni, emotsional holatga asoslangan rolli faoliyat-79,40 ballni, ruhiy salomatlik komponenti-78,78 ballni, jismoniy holatga asoslangan rolli faoliyat-78,65 ballni tashkil etganligi aniqlandi.

Ushbu natijalarni tahlil qilar ekanmiz eng yuqori ko'rsatkich jismoniy faoliyat ko'rsatkichi (Physical Functioning - PF) - 85,39 ballni tashkil etganligi harbiy xizmatchilar tomonidan o'ziga xizmat ko'rsatish, piyoda yurish, zinapoyada piyoda ko'tarilish, og'ir yuklarni tashish va shunga o'xshash jismoniy yuklamalarni bajarishga hech qanday cheklovlari yo'qligi va faol darajadagi jismoniy holatni aks ettiradi. Keyingi o'rinda ijtimoiy faoliyat (Social Functioning - SF) - 80,05 ballni tashkil etib, harbiy xizmatchilarning jismoniy yoki ruhiy holatning ijtimoiy muloqotga bog'liq muammolarning yo'qligi, jismoniy va emotsional holatning yuqoriligi evaziga muloqot qilish darajasining ham birmuncha yuqoriligidan darak beradi. Jadvalda 79,74 ball bilan keyingi o'rinni tanadagi og'riq intensivligi (Bodilypain - VR) haqida ma'lumot beruvchi shkala egallangan bo'lib, olingan natijalar tanadagi og'riqlar sababli harbiy xizmatchilar faolligining cheklanishi bilan bog'liq muammolarning yo'qligidan dalolat beradi. Emotsional holatga asoslangan rolli faoliyat (Role-Emotional - RE) -79,40 ballni tashkil etib, harbiy xizmatchilarda emotsional holat evaziga mehnat qilish yoki boshqa

turdagi kundalik faoliyat bilan shug'ullanishdagi cheklanishlar darajasi u qadar yuqori emasligi aniqlandi. Bundan tashqari MH-78,78 ballni, RP-78,65 ballni VT-78,03 ballni tashkil etgan bo'lsa, barcha toifadagi harbiy xizmatchilarda umumiy salomatlik holati ko'rsatkichlari GH-69,55 ballni tashkil etgan holda unchalik yuqori emasligi aniqlandi.

Harbiy okruglar kesimida tahlil qilingan ko'rsatkichlarga nazar tashlash ekanmiz, SHHO va JG'MHO hududida joylashgan harbiy qism va muassasalar harbiy xizmatchilarining hayot sifati ko'rsatkichlari MHO va THO harbiy xizmatchilar hayot sifatidan ancha yuqori ekanligi harbiy xizmatchilar orasida o'tkazilgan so'rovnomalarda natijasida (1-rasmga qarang) yaqqol ko'rinadi.

Olingan natijalarning yig'indisi ko'ra SHHO tasarrufidagi harbiy qism va muassasalar shaxsiy tarkibining hayot sifati ko'rsatkichlari barcha shkalalar bo'yicha 76,0 balldan yuqoriligi (PF - 92,75; RP- 87,50; VR-96,87; GH-76,00; VT-83,5; SF-91,25; RE-86,66; MN-86,4) va JG'MHO tasarrufidagi harbiy qism va muassasalar shaxsiy tarkibining hayot sifati ko'rsatkichlari barcha shkalalar bo'yicha 72,51 balldan yuqoriligi (PF - 89,75; RP- 83,75; VR-79,75; GH-72,51; VT-83,05; SF-80,03; RE-80,84; MN-79,10) bo'lsa, MHO tasarrufidagi harbiy qism va muassasalar shaxsiy tarkibining hayot sifati ko'rsatkichlari barcha shkalalar bo'yicha 55,89 balldan yuqoriligi (PF - 76,78; RP- 58,92; VR-55,89; GH-58,21; VT-67,85; SF-70,53; RE-69,04; MN-71,42), THO tasarrufidagi harbiy qism va muassasalar shaxsiy tarkibining hayot sifati ko'rsatkichlari barcha shkalalar bo'yicha 63,66 balldan yuqoriligi (PF - 72,0; RP- 71,66; VR-79,16; GH-63,66; VT-67,0; SF-74,16; RE-75,56; MN-74,93), dan ko'rinib turibdiki, harbiy xizmatchilarning yoshi, tashqi iqlim va ekologiya holati hayot sifatiga ta'siri salmoqli hisoblanadi.

SHHO, JG'MHO va THO da 8 ta shkalaning ichidan barcha toifadagi harbiy xizmatchilarda umumiy salomatlik holati ko'rsatkichlari GH- ko'rsatkich eng past ko'rsatkichlardan biri bo'ldi va 76,0-58,2 ballni tashkil qildi). Bu esa ushbu harbiy okruglardagi harbiy xizmatchilarning salomatlik holatidagi o'zgarishlar, omillar ta'sirida yuzaga kelgan sezilarli cheklanishlar bor ekanligini ko'rsatish bilan birgalikda, ularning umumiy salomatlik holatidagi muammolari bor ekanligini ko'rsatdi, ushbu muammolarni ta'sirida kelgusida harbiy xizmatchilar organizmida turli xastalikning rivojlanish ehtimoli yuqori sanaladi.

Deyarli barcha harbiy okruglar shaxsiy tarkibining hayot sifati ko'rsatkichlari orasida salomatlikning jismoniy komponenti (Physicalhealth-PH) shkalasining boshqa komponentlarga nisbatan yuqoriligi (92,7-72,0) harbiy xizmatchilar o'z jismoniy holati yuqori baholashlarini ko'rsatadi. Ushbu ko'rsatkichning boshqa shkalalardan yuqori bo'lishi bu harbiy jamoalar orasida tabiiy holat bo'lib, armiyadagi jismoniy tayyorgarlikka bo'lgan talablar, harbiy xizmatchilarning



jismoniy holatini saqlash va doimiy ravishda jismoniy barkamollikka erishish yo'lidagi harakatlari samarasi sifatida ko'rishimiz mumkin.

Ijtimoiy faoliyatni aks ettiradigan shkala (SF) bo'yicha ko'rsatkichlar 91,25-70,53 ballar oralig'ini tashkil etib, biz kutganimizdek past natijalar qayd etilmadi. Bizning fikrimizcha harbiy xizmatchilarning hayot tarzi, 24 soat davomidagi jangovar shaylik, yuqori intizom va xizmat majburiyatlari sababli ular yaqinlarni, qarindoshlari va jamiyatning boshqa vakillari bilan muloqot uchun nisbatan yopiq bo'lishi, harbiy xizmatning bir qator omillari sabab ularda ijtimoiy muloqotlar nisbatan past bo'lishi kutilgan bo'lsada, tadqiqot natijasida ushbu ko'rsatkichlarning sog'lom aholining boshqa qatlamlari ko'rsatkichlaridan past emasligi ularning ijtimoiy munosabatlarida muammolar yo'qligi aniqlandi.

Muhokama.

Inson salomatligini baholashda subyektiv javoblarga asoslangan standartlashtirilgan so'rovnomalardan foydalanish Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining "inson salomatligi" ta'rif "Sog'liq - nafaqat kasalliklar va jismoniy nuqsonlar yo'qligi emas, balki to'liq jismoniy, ruhiy va ijtimoiy osoyishtalik holatidir" [19] bo'yicha baholash imkoniyatini yaratadi. Salomatlik va hayot sifatini baholash uchun standartlashtirilgan anketa-so'rovnomalarda insonlarning salomatlik holati va hayot sifati profilini yaratishga asoslangan bo'lib, eng keng tarqalgan so'rovnomalarda SF-36 (Medical Outcome Study SF-36) va JSST tomonidan ishlab chiqilgan to'liq hajmli WHOQOL-100 va qisqa mazmunli WHOQOL-BREF so'rovnomalari. SF-36 jami 8 ta shkala hamda jismoniy va ruhiy salomatlik kabi 2 ta bir birini to'ldiruvchi ko'rsatkichlarga birlashtirilgan 36 ta savoldan iborat so'rovnoma hisoblanadi. WHOQOL ning to'liq versiyasi 100 ta savoldan iborat bo'lsa, qisqa shakldagi WHOQOL-BREF so'rovnomasi esa 26 ta savolni o'z ichiga oladi. SF-36 va WHOQOL-BREF turli xil ko'rsatkichlarni tahlil qiladi. Jumladan, SF-36 sog'liq bilan bog'liq hayot sifatini baholasa, WHOQOL-BREF esa global hayot sifatini baholash uchun mo'ljallangan [6, 7, 8]. So'rovnoma uslubiyotining qisqacha versiyasi hayot sifatini 4 ta soha (domen) bo'yicha baholash imkonini beradi, bular jismoniy salomatlik, hayotning psixologik sifati, hayotning ijtimoiy sifati va insonni o'rab turgan muhit holati. Ushbu hayot sifatini baholash bo'yicha mashhur bo'lgan ikkala uslubiyot ham yetarli psixometrik ko'rsatkichlar asosida bir necha tillarda tajribadan o'tkazilgan bo'lsada, aynan o'zbek tilida harbiy xizmatchilar orasida tajribadan o'tkazilganligi bo'yicha ma'lumotlar mavjud emas [2, 4, 9, 10, 11].

Hayot sifatini baholash bo'yicha standartlashtirilgan so'rovnomalarning [2, 4, 6] muhim cheklovlari ularning mazmunan xilma-xilligida bo'lib, ayrim mualliflar [12, 13, 14, 15] tomonidan ushbu qiyinchiliklarni yengib o'tish uchun baholashning yagona mezonlarini qo'llaydigan usullar taklif qilinadi (masalan, hayot

sifati va qoniqish so'rovnomasida (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire) har bir soha bo'yicha faqat subyektiv qoniqish holati baholanadi, soha (domen) strukturani ishlab chiqishda sog'lom holatdagi va kasallikdagi hayot sifati to'g'risida keng miqyosdagi intervyu (suhbat) qo'llaniladi (masalan, Quality of Life Scale - QOLS.) [7, 8]. Hayot sifatini baholashda domenlar turli darjada muhim bo'lganligi sababli, ayrim vaziyatlarda hayot sifatini baholash domenlarni "qayta ko'rib chiqish" orqali to'ldirish mumkin. Bunda "qayta ko'rib chiqish" so'rovnomadan o'tkazilayotganining o'ziga qoldiriladi (uning o'zi har bir sohaning muhimligini baholaydi, misol uchun "Quality of Life Inventory" da), yoki oldingi taqiotlar va so'rovlar asosida shakllantiriladi (Nottingham Health Profile). Nihoyat, alohida tajriba guruhlar va patsiyentlar uchun kasallikka xos hayot sifatini baholash usullari taklif qilingan. Bir tomondan, bunday usullar tekshirilayotgan shaxslarning ehtiyoji va noyob xususiyatlarini hisobga olish imkoniyatini taqdim qilsa, ikkinchi tomondan, bu usullar turli guruhlar va kasalliklarni bir-biri bilan taqqoslash imkonini bermaydi [5, 16, 17, 18]. Hayot sifatini aniqlash so'rovnomlari nafaqat bemorlarning balki sog'lom insonlarning ham salomatlik holatini jismoniy, psixologik, emotsional va ijtimoiy tomondan o'rganish va baholashga yordam berishi qator ilmiy manbalarda ko'rsatib o'tilgan [6, 8, 10] bo'lib, Medical Outcomes Study Short-Form 36 (SF-36) savolnomasi aholi orasida hayot sifatini o'rganish uchun ko'p tarqalgan standartlashgan savollardan iborat.

Tadqiqot davomida hayot sifatini o'rganish uchun SF-36 savolnomada har bir savol bo'yicha ballar hisobga olindi va har bir shkala bo'yicha hisoblab chiqildi. Shkalalar "sog'liqning jismoniy komponenti (tarkibiy qismi)" va "sog'liqning ruhiy komponenti (tarkibiy qismi)" ko'rsatkichlariga asosan 2 guruhga bo'linadi. Bular sog'liqning jismoniy komponenti va sog'liqning ruhiy komponenti (tarkibiy qismi). Sog'liqning jismoniy komponenti (tarkibiy qismi) (Physicalhealth – PH) ning tarkibiga kiruvchi shkalalar: jismoniy faoliyat, jismoniy holatga asoslangan rolli faoliyat, og'riq intensivligi (og'riqning kuchliligi) va umumiy sog'liq holati hisoblansa, sog'liqning ruhiy komponenti tarkibiga kiruvchi shkalalar: ruhiy salomatlik, emotsional holatga asoslangan rolli faoliyat, ijtimoiy faoliyat va hayotiy faollik hisoblanadi.

Xulosalar.

Hayot sifatini baholash populyatsion tadqiqoti jamiyatning ajralmas qism hisoblanadigan harbiy jamoalar tarkibini salomatlik holatini baholashda dolzarb hisoblanadi hamda harbiy jamoalarda sog'liqni saqlash va mustahkamlash sohalarini rejalashtirish uchuun zarur bo'lgan ma'lumotlarni taqdim eta oladi.

Turli toifadagi harbiy xizmatchilarning turmush tarzi ko'rsatkichlari aholining boshqa sog'lom qatlami vakillari ko'rsatkichlariga yaqinligi aniqlandi.

Xizmatchilarning turmush tarzining eng past ko'rsatkichlari umumiy salomatlik holati ko'rsatkichi



69,55, eng yuqori ko'rsatkich esa jismoniy faoliyat ko'rsatkichi bo'lib 85,39 ballni tashkil etganligi sabali ularning hayot sifati qoniqarli baholandi.

Ushbu holatlarni albatta armiya safida amaliy sog'lom fuqarolarning xizmat qilishi, xizmatda o'rnatilgan qat'iy tartib va intizom hamda harbiy xizmatchilar uchun belgilangan kun tartibi va yuqori jismoniy faollik natijasi

sifatida baholashimiz mumkin.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Амирджанова В.Н. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 / В.Н. Амирджанова, В.Д. Горячев, А.П. Ребров, В.Н. Сороцкая // Научно-практическая ревматология. -2008. - №1.
2. Осин Е.Н. Апробация русскоязычных версий двух шкал экспрессоценки субъективного благополучия / Е.Н. Осин, Д.А. Леонтьев // Мат-лы III Всероссийского социологического конгресса (Москва, 21—24 октября 2008 г.).
3. Стекольников Л.В. Рейтинг качества жизни населения / Л.В. Стекольников, Л.И. Герасимова // Здравоохранение Чувашии. -2014. -№3. -стр. 45-52.
4. Пергаменщик Л.А. Опросник «Шкалы психологического благополучия» / Л.А. Пергаменщик, Н.Н. Лепешинский, К. Рифф: процесс и результаты адаптации // Психол. диагностика. 2007. № 3. С. 73-97.
5. Шостак Н.А. Использование опросника SF-36 в оценке качества жизни у пациентов с хронической тромбоэмболической легочной гипертензией / Н.А. Шостак, А.А. Клименко, В.С. Шеменкова, А.В. Свет // Клинист. -2017. -№11 (3-4). -44-49 стр. <https://doi.org/10.17650/1818-8338-2017-11-3-4-44-49>. Мурожаат вақти 17.11.2023 й.
6. Bernheim J.L., Theuns P., Mazaheri M. et al. The potential of anamnestic comparative self-assessment (ACSA) to reduce bias in the measurement of subjective well-being // J. of Happiness Studies. 2006. Vol. 7. P. 227-250.
7. Burckhardt C.S., Anderson K.L., Archenholtz B., Haegg O. The Flanagan Quality of Life Scale: Evidence of construct validity // Health and Quality of Life Outcomes. 2003. Vol. 1. N 59.
8. Cohen D.R., Henderson J.B. Health, prevention and economics. Oxford: Oxford University Press, 1991.
9. Diener E., Emmons R.A., Larsen R.J., Griffin S. The Satisfaction with Life Scale // J. of Personality Assessment. 1985. Vol. 49. P. 71-75.
10. Diener E., Ryan K. Subjective well-being: A general overview // South African J. of Psychology. 2009. Vol. 39. P. 391-406.
11. Drummond M., Brixner D., Gold M. et al. Toward a consensus on the QALY // Value in Health. 2009. Vol. 12. Sup. 1. P. S31-S34.
12. Experience Sampling Method: Measuring the quality of everyday life / Ed. by J.M. Hekt ner, J.A. Schmidt, M. Csikszentmihalyi. Thousand Oaks, CA, 2006. Flanagan J.C. A research approach to improving our quality of life // Amer. Psychologist. 1978. Vol. 33. P. 138-147.
13. Frisch M. Quality of Life Therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy. Hoboken, NJ, 2006.
14. Hunt S.M., McEwen J., McKenna S.P. Measuring health status: A new tool for clinicians and epidemiologists // J. of the Royal College General Practitioners. 1985. Vol. 35. P. 185-188.
15. Martin F., Camfield L., Rodham K. et al. Twelve years' experience with the Patient Generated Index (PGI) of quality of life: A graded structured review // Quality of Life Res. 2007. Vol. 16. P. 705-715.
16. Skevington S.M., Lotfy M., O'Connell K.A. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL Group // Quality of Life Res. 2004. Vol. 13. P. 299-310.
17. Smith M.D., Drummond M., Brixner D. Moving the QALY forward: Rational for change // Value in Health. 2009. Vol. 12. Sup. 1. P. S1-S3.
18. Wettergren L., Kettis-Lindblad A., Sprangers M., Ring L. The use, feasibility and psychometric properties of an individualized quality of life instrument: A systematic review of the SEIQoL-DW // Quality of Life Res. 2009. Vol. 18. P. 737-746.
19. <https://www.who.int/ru/about/frequently-asked-questions> (murojaat vaqti 31.01.2024 y).



HARBIY HIZMATCHILARDA MA'NAVY-MADANIY FAZILATLAR ORQALI JANGOVAR RUHNI YUKSALTIRISH OMILLARI

Burxanov T.M., Ibragimov Sh.F.

O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlari Harbiy tibbiyot akademiyasi
harbiy tibbiyot ilmiy-tadqiqot instituti

ANNOTATSIYA

Ushbu maqolada harbiy ta'lim-tarbiya jarayonida oliy harbiy ta'lim muassasasi kursantlarining ma'naviy-madaniy fazilatlarini takomillashtirish texnologiyasini zamonaviy harbiy xizmatchi shaxsi va uning harbiy xizmat faoliyatiga kompleks xususida mulohazalar ilgari surilgan.

Kalit so'zlar: Yangi O'zbekiston, Vatan, sadoqat, ma'naviyat, madaniyat, odob-axloq, jangovar faollik.

АННОТАЦИЯ

В данной статье излагается технология совершенствования духовно-культурных качеств курсантов высшего военного учебного заведения в процессе военного образования, даются комментарии относительно личности современного военнослужащего и его служебно-боевой деятельности.

Ключевые слова: Новый Узбекистан, Родина, верность, духовность, культура, нравы, боевая деятельность.

ANNOTATION

This article describes the technology for improving the spiritual and cultural qualities of cadets of a higher military educational institution in the process of military education, comments are given on the personality of a modern military man and his service and combat activities.

Key words: New Uzbekistan, Motherland, fidelity, spirituality, culture, morals, military activity.

“Qurolli Kuchlarimizda jangovar ruhni yuksaltirish, askar va ofitserlarimizni jismoniy va ma'naviy jihatdan barkamol etib tarbiyalashga e'tiborni yanada kuchaytirish kerak”, – deb ta'kidlaydi O'zbekiston Respublikasi Prezidenti, Qurolli Kuchlar Oliy Bosh Qo'mondoni Shavkat Mirziyoev.[1]

Bugungi kunda Yangi O'zbekiston armiyasida bo'lajak ofitserlarda ma'naviy-madaniy, axloqiy-ruhiy tayyorgarlik tizimini tubdan isloh qilishga alohida e'tibor qaratilib, harbiy xizmatchilarning jahon andozalari darajasida zamonaviy bilim egallashi, ma'nan-axloqan, jismonan yetuk insonlar bo'lib ulg'ayishi, harbiy xizmatchilar qalbida Vatanga sadoqat, fidoyilik tuyg'ularini yanada yuksaltirish borasida O'zbekiston Respublikasini yanada rivojlantirish bo'yicha ustuvor vazifalar belgilangan.

Ta'kidlash joizki, harbiy xizmatchilarning ma'naviy-axloqiy, ruhiy tarbiyaviy imkoniyatlarini integratsiyalash orqali ularda ma'naviy-axloqiy sifatlarni shakllantirishning harbiy pedagogik mexanizmlarini ishlab chiqishga ustuvor vazifa sifatida qaralmoqda. Shu tufayli, shaxsiy tarkibda sodiqlik, jangovar faollik, intizomlilik, mardlik, fidoyilik, jasurlik, bardoshlilik kabi sifatlarni shakllantirish va ularda ma'naviy-axloqiy fazilatlarini rivojlantirishga bo'lgan zarurat bugungi kunning dolzarb vazifalaridan biriga aylanmoqda.

Harbiy ta'lim-tarbiya jarayonida oliy harbiy ta'lim muassasasi kursantlarining ma'naviy-madaniy fazilat-

larini takomillashtirish texnologiyasini zamonaviy harbiy xizmatchi shaxsi va uning harbiy xizmat faoliyatiga kompleks yondashuv asosida tarkib toptirishning innovatsion-pedagogik modellarini ishlab chiqishga doir qator ilmiy izlanishlar olib borilmoqda.

Ayniqsa, maqbul diagnostik vositalarni modifikatsiyalash orqali kursantlarning ma'naviy-axloqiy, tarbiyalanganligini tashxis etishning harbiy pedagogik imkoniyatlarini kengaytirish, kasb, odob-axloq qoidalarini bilish va ularga amal qilish ko'nikmalarini takomillashtirishda kasbiy madaniyat va ma'naviy-axloqiy, tayyorgarlikni takomillashtirish muhim ahamiyat kasb etadi.

Shu nuqtai nazardan, Yangi O'zbekistonning chegaralarini himoya qilish, hududiy yaxlitlik, barqaror tinchlikni ta'minlashda yuqori darajadagi jangovor mahoratni namoyon qiladigan harbiy xizmatchilarni tarbiyalash, ular ongida ma'naviy-axloqiy madaniyatni yuksaltirish ijtimoiy taraqqiyotning muhim omili bo'lmoqda. Yangi mudofaa doktrinasida belgilangan Qurolli Kuchlar tarkibidagi barcha qo'shin turlarining vazifalari va hududlarda harbiy ma'muriy sektorlar faoliyatining takomillashtirilishi Qurolli Kuchlarning jangovor tayyorgarligi va mamlakat mudofaa qobiliyatini yangi bosqichga ko'tarishga va ularda kasbiy madaniyatni rivojlantirishga imkon berilmoqda.

O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2022 yil 28 yanvardagi PF-60- son “Yangi O'zbekistonning taraqqiyot strategiyasi to'g'risida”, 2017 yil 7-fevraldagi



PF-4947-son "O'zbekiston Respublikasini yanada rivojlantirish bo'yicha Harakatlar strategiyasi", 2017 yil 19 may kunidagi PF-5046-son "Millatlararo munosabatlar va xorijiy mamlakatlar bilan do'stlik aloqalarini yanada takomillashirish chora-tadbirlari to'g'risida", 2020 yil 30 iyundagi PF-6017-son "O'zbekiston Respublikasida yoshlarga oid davlat siyosatini tubdan isloh qilish va yangi bosqichga olib chiqish chora-tadbirlari to'g'risida"gi farmonlari, 2018 yil 4 avgustdagi PQ-3898-son "O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlari harbiy xizmatchilarining ma'naviy-ma'rifiy saviyasini tubdan takomillashtirish to'g'risida"gi Qarorlari hamda O'zbekiston Respublikasi Prezidenti Shavkat Mirziyoevning milliy armiyaning takomillashgan ta'sir mexanizmlarini yaratishning zaruriyati haqidagi g'oyalari oliy harbiy ta'lim muassasasi kursantlarida ma'naviy madaniyatni yuksaltirish, ularda jangovar shaylik, axloqiy-ruhiy tayyorgarlik ishlarini yanada takomillashtirish muhim zaruriyat ekanligidan dalolat beradi.

Madaniyat - kishilarning tabiatni, borliqni o'zlashtirish va o'zgartirish jarayonida yaratgan moddiy, ma'naviy boyliklar hamda bu boyliklarni qayta tiklash va bunyod etish yullari va uslublari majmuidir.

"Madaniyat" atamasi hozirgi zamon ilmiy adabiyotlarida rang-barang ma'nolarda ifodalangan. "Madaniyat" va "Kultur" atamaları mutaxassislar fikriga ko'ra ayni ma'noni anglatib, lotincha "ishlov berish", "parvarish qilish" ma'nosini anglatgan. Keyinchalik "ma'rifatli bo'lish", "tarbiyali", "bilimli bo'lish" mazmunida ishlatilgan. Shu bois madaniyat tarkibida uch asosiy qatlam mavjud:

1) insoniyatning muntazam aqliy va jismoniy faol ijodiy faoliyati; 2) moddiy va ma'naviy ne'matlarni ishlab chiqish, iste'mol qilish (foydalanish) va asrash; 3) qadriyatlar, axloqiy tushunchalar, xududiy a'mollarning hayotga tatbiq etuvchi ijtimoiy tuzilmalar. Madaniyat - faol ijodiy faoliyatdir. Inson faol ijodkorlik orqali rivojlanadi va taraqqiyotga erishadi. Ijodkorlik - inson ma'naviy-ruhiy faoliyatining chegaralarini kengaytiradi. Inson ijodiy ko'nikmalar, aqliy va jismoniy mehnat orqaligina ijodkorlik maqomiga ega bo'ladi.[2]

"Vatan muqaddas – uni himoya qilish sharaflı burchdir!" ezgu g'oyasi harbiy xizmatchilarning ijtimoiy faolligi, yuksak vatanparvarligi, ma'naviy-axloqiy madaniyatini va milliy ruhini yuksaltirish hamda mamlakat mudofaa salohiyatini mustahkamlashda mafkuraviy ahamiyat kasb etmoqda.

Shaxsning tayanch madaniyati - bu demokratik, estetik, axloqiy, milliy, psixologik, xududiy, oilaviy, xulq, mehnat va muloqot madaniyati sifatida namoyon bo'ladigan uni turli-tuman qobiliyatlarning rivojlanish darajasini anglatadi. U insonning har tomonlama rivojlanishi, atrof-muhit sharoitida yashay olish qobiliyatini ifoda etadi va jamiyat madaniyatini o'zida aks ettiradi. Jamiyat madaniyati tarkibiga milliy qadriyatlar, bilimlar, estetik ongning ko'rinishlari, odamlar faoliyati va ularning natijalari, shaxs xayotiy faoliyatidagi madaniy munosabatlar, o'zi-

ga xosliklar kiradi.

Madaniyat moddiy va ma'naviy ishlab chiqarish, ijtimoiy va o'zaro munosabatlar, siyosat, oila, axloq, xulq, ta'lim- tarbiya, ijod, ilm-fan, xizmat ko'rsatish, turmush tarzi kabilar bilan birga rivojlanadi, jamiyatning taraqqiyot darajasini aks ettiradi.[3]

Tayanch madaniyat uchun bolalikdan poydevor qo'yiladi hamda ta'lim va tarbiya vositasida bu madaniyat tizimli chuqurlashtiriladi va takomillashtirib boriladi.

Madaniyatli inson - bu ko'p (narsani tushunadigan, binobarin boshqalarga intiladigan, boshqalarni tushunadigan, boshqalarning ma'naviy hayotini "kashf etuvchi", yuksak ma'naviyatga boy inson. Madaniyatli insonning muhim farqli jihati shundaki, u tajovuzkorlikdan, shubhali harakatlardan, shaxsiy norasolliklar majmuidan xoli bo'ladi. Ana shunday insonni oliy ta'lim muassasasi shakllantirishi zarur.[4]

Bizningcha, ma'naviy-madaniy fazilat - bo'lajak ofitserning ma'naviy sifatlari majmuini o'zida aks ettirib, ijodiy, ilmiy, falsafiy, huquqiy, badiiy, diniy, axloqiy bilim va tajribalarni kundalik va kasbiy faoliyatda qo'llay olish, ma'naviy voqeylikni tahlil etish, baholash hamda salbiy ta'sir etuvchi omillarni farqlay olish qobiliyatidir.

Bo'lajak ofitserning ma'naviy madaniyati murakkab tuzilishga ega bo'lib, ma'naviy-axloqiy bilimlar, ma'naviy-axloqiy sifatlari, kasbiy faoliyat, ma'naviy va madaniy qadriyatlar tizimi, axloqiy-ruhiy, jangovar tayyorgarlik kabi komponentlarni o'z ichiga qamrab oladi.

Bo'lajak ofitserlarda ma'naviy-madaniy fazilatlarini takomillashtirishda quyidagi tamoyillarga asoslanish lozim:

– yaxlit yondashuv – bo'lajak ofitserlarni biologik va psixik, ijtimoiy va ma'naviy, anglash va o'z-o'zini anglash, ratsional va irratsional birlik sifatida tushunish;

– bo'lajak ofitserlarga pedagogik qo'llab-quvvatlashga ehtiyoj sezuvchi, individual munosabatda bo'lishni talab etuvchi shaxs deb qarash; bunda yuksak ijtimoiy qadriyatlarning inson shaxsini rivojlantirishdagi o'rni, har bir kursantning individualligi va takrorlanmas ekanligi hurmat qilinishi; uning ijtimoiy xuquq va erkinliklari e'tirof etilishi;

– tarbiya maqsadi, ob'ekti, sub'ekti, samaradorligi ko'rsatkichlari va natijalari kursantning shaxsiyatida namoyon bo'lishi; bo'lajak ofitserlarga ushbu jarayondagi asosiy sub'ekt deb qaralishi; tarbiyaviy faoliyatda antropologik bilimlarga tayanilishi lozim; birinchidan, etnik va hududiy, madaniy-tarixiy, ijtimoiy-iqtisodiy, ijtimoiy-psixologik shart-sharoitlar bilan bog'liqlikda, ikkinchidan, ijtimoiy institutlarning asosiy funksiyalariga muvofiq keladigan holda, uchinchidan, tarbiya jarayonida ishtirokchilarning individualligini hisobga olgan holda, tarbiyaviy ish mazmuni, shakl va metodlari tanlab olinadigan tabaqalashtirilgan yondashuv.[5]

Tabiat bilan uyg'unlik tamoyili quyidagi qoidalarga rioya etishni talab etadi:

1) kursantning individual-shaxsiy xususiyatlarini



o'rganish va tarbiyalash;

2) kursantning motiv va ehtiyojlariga tayanish;

3) psixologik-pedagogik tashxis, maslahat va korrektsiyaning o'zaro aloqadorligini ta'minlash;

Tarbiyaviy jarayondagi munosabatlarni tashkil etishga insonparvar yondashuvda – pedagog va bo'lajak ofitserlar o'rtasidagi hurmat, ularning fikrini diqqat bilan tinglash, ularga yaxshi va e'tiborli munosabatda bo'lishi, rivojlanayotgan shaxs o'zini himoyalangan, kerakli, ahamiyatli his etishi; ob'ektiv yagona maqsaddagi o'qituvchi va kursantlarning har tomonlama o'zaro ta'siri uchun psixologik qulayliklar yaratilishi, shuningdek, qadriyatli-mazmunli yondashuv – bo'lajak ofitserda o'z hayotining mazmunini anglashi uchun zaruriy shart-sharoit yaratishga, uning tabiat, sotsium, madaniyat bilan muvoqatida yuzaga keladigan shaxsiy fikrlarini tarbiyalashga yo'naltirilishi lozim.

Madaniyat bilan uyg'unlik tamoyili ta'limning barcha tizimida bo'lajak ofitserni madaniy o'z-o'zini rivojlantirish va o'z-o'zini o'zgartirishga qobiliyatli hayot sub'ekti deb qarash deganda, ta'limga madaniy jarayon sifatida, ta'lim muassasasiga – pedagog va kursantlar hayotining madaniy namunalari yaratiladigan, madaniy voqealar sodir bo'ladigan, madaniyat yaratish va madaniyatli ofitserni tarbiyalash amalga oshiriladigan madaniy-ta'limiy makon sifatida munosabatda bo'lish, o'quv-tarbiyaviy jarayonda milliy an'ana, urf-odat, marosimlarga tayanish kabilar tushuniladi.[6]

Xulosa o'rnida shuni aytish joizki globalashuv jarayonida ijtimoiy-iqtisodiy, siyosiy, ma'naviy va madaniy yo'nalishlar bugungi zamon ijtimoiy taraqqiyotini qamrab olgan sharoitda harbiy xizmatchilarning ma'naviy-madaniy fazilatlarini yuksaltirishga ehtiyojning oshib borishi tamoyillarini tahlil etish maqsadga muvofiqdir.

Adabiyotlar

1. Mirziyoev Sh.M. O'zbekiston Respublikasi Xavfsizlik Kengashining kengaytirilgan tarkibdagi majlisida "Qurolli kuchlarimiz – mamlakatimiz barqarorligi va taraqqiyotining mustahkam kafolatidir" mavzusidagi nutqidan
2. Abdullaev A. Ma'naviyat va iqtisod, tafakkur. – T.: "Ma'naviyat", 1999 – 200 b.
3. Komilova T. Milliy axloqiy qadriyatlar va ularning tarbiyaviy ahamiyati. – T.: Fan, 2000. – 281 b.
4. Ochildiev A.S. Bugungi dunyoning mafkuraviy manzarasi. – T.: Yangi asr avlodi, 2001. – 302 b.
5. Erkaev A. Ma'naviyat - millat nishoni: monografiya/A.Erkaev. - 2to'ldirilgan nashri. - T.: Ma'naviyat, 1999. - 239 b.
6. Yusupov E. Inson kamolotining ma'naviy asoslari. - T.: Universitet, 1998. - 156 b.
7. Musurmonova O. Yusori sinf talabalari ma'naviy madaniyatini shakllantirishning shakl va metodlari. - T.: Fan, 1995. - 165 b.



ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Эшбеков М. Э., Абдусаматов Ж. М., Рахимов А. Ф.

Научно-исследовательский институт военной медицины

Военно-медицинской академии Вооруженных Сил Республики Узбекистан

Аннотация. В статье обсуждаются вопросы названия, понятия и классификации язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Авторы обосновывают свое несогласие с разделением язвенной болезни на язвенную болезнь желудка и язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки и предлагают свою классификацию, основанную на новой трофической теории и открытых ими закономерностях, объясняющих частое поражение язвенным процессом малую кривизну желудка и верхней полуокружности луковицы двенадцатиперстной кишки.

Актуальность. Язвенная болезнь относится к числу распространенных болезней пищеварительных органов. Она является общим, хроническим, циклически протекающим, рецидивирующим заболеванием. Возникновение его определяется сочетанным расстройством нервных и гормональных механизмов, регулирующих функциональную (секреторную и моторную) деятельность гастро-дуоденальной системы, что сопровождается нарушением соотношения между активностью кислотного-пептического фактора и защитными возможностями слизистых оболочек с образованием пептической язвы в желудке или двенадцатиперстной кишке. В этом несколько расплывчатом определении С. М. Рысс и Е. С. Рысс (1968) подчеркиваются очень важные и характерные признаки болезни, как хроническое рецидивирующее течение, расстройства нервных и гормональных механизмов, активность кислотного-пептического фактора и единство язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

Классификаций гастро-дуоденальных язв предложено много (Johnson, 1965; С.М Рысс и Е.С Рысс,(2); Г. И. Дорофеев, В.М. Успенский(1); А.А. Шалимов и В.Ф.Саенко(3) и др.). Эти классификации основаны чаще всего на отдельных признаках этих язв - место расположения, размеры, состояние слизистой желудка, уровень кислотности желудочного сока, осложнения язв. Список постоянно обновляется. Потому что, если признаться честно, то в настоящее время общепринятой классификации язвенной болезни не существует. Вы спросите, почему? На этот вопрос хотели бы ответить словами С. М. Рысс и Е. С. Рысс. Предлагая свою клиническую классификацию язвенной болезни, еще в 1968 году они писали. «При построении классификации язвенной болезни необходимо было бы основывать ее на трех принципах: этиологическом, патогенетическом и клиническом. Однако уровень современных знаний в отношении этиологии и патогенеза язвенной болезни, многообразие факторов ее вызывающих, отсутствие единства взглядов на происхождение настоящего заболевания делают преждевременным предложение

такой «идеальной» классификации». По мнению М. J. Grossman (5) язвенная болезнь представляет собой даже группу гетерогенных заболеваний, имеющих общее проявление - дефект слизистой оболочки, и две основные группы - язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, которые нуждаются в дальнейшем подразделении. Согласно этому определению нет так таковой язвенной болезни, как отдельная нозологическая единица, значить нет и единого патогенеза. Отсюда, наверное, пошло разделение язвенной болезни на стрессовые, медикаментозные, симптоматические, юношеские и другие виды язвы. Даже желудочные и дуоденальные язвы по мнению отдельных авторов имеют разные механизмы развития. Наверное, в силу этих обстоятельств даже в Международной классификации болезней это заболевание разделено на «Язвенная болезнь желудка» и «Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки». В настоящее время большинство определений понятия язвенной болезни сводится к следующему знаменательно: Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – сложный патологический процесс, в основе которого лежит воспалительная реакция организма с формированием локального повреждения слизистой верхних отделов желудочно-кишечного тракта, как ответа на нарушение эндогенного баланса местных «защитных» и «агрессивных» факторов. Но, во всех этих определениях не указана сущность заболевания, которая является основным звеном единого патогенеза для всех «форм» и «проявлений» язвенной болезни, объединяющая их под свод одной нозологической единицы. Это привело к путанице в понимании патогенеза язвенной болезни и появлению множества теорий ульцерогенеза. К настоящему времени накоплено немало количество научных фактов по этиопатогенезу, диагностике и лечению язвенной болезни, позволяющих объединить разные точки зрения на решение этой старой проблемы.

Цель. Выработать с учетом современных теоретических и клинических разработок патогенетически обоснованную классификацию язвенной болезни.

Материал и методы. По предложенной Эшбековым М. Э. (4) трофической теории развитие язвенной болезни протекает в два этапа и узловым патогенетическим звеном её является возникающий в организме под действием различных причин тканевой голод. Учитывая это положение мы предлагаем следующее определение названия и понятия заболевания: Название – Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Понятие - Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – сложный патологический процесс в виде неадекватной реакции



человеческого организма, особенно его пищеварительной системы в ответ на тканевой голод, возникающий в результате напряжения эндокринной системы или нехватки внешнего питания, сопровождающийся изъязвлением желудка и начальной части двенадцатиперстной кишки. На

вопрос почему при дуоденальной локализации язвы надо писать язвенная болезнь желудка и 12-п. кишки, а не язвенная болезнь 12-перстной кишки ответ будет такой. Потому что, хотя язва располагается на 12-п. кишке главным персонажем является желудок. В результате гиперфункции желудка страдает 12-п. кишка и основные лечебные действия направлены на подавление выработки желудком соляной кислоты и на ее нейтрализацию. Чтобы доказать единство патогенеза язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки остаётся выяснить механизм развития язв обеих локализаций. Как известно частой локализацией язв является малая кривизна желудка и луковица двенадцатиперстной кишки. Для уточнения этих данных нами изучено расположения язв у 600 больных, оперированных с различными осложнениями язвенной болезни в Республиканском специализированном научном центре хирургии. Из них 32 больных с язвой желудка и остальные 568 – дуоденальной язвой. У всех 32 больных хронические язвы локализовались на малой кривизне желудка: 18 – угол желудка, 7 – средней трети, 5 – верхней трети, 2 – субкардиальный отдел. У большинства из 568 больных с дуоденальной локализацией язвы располагались на верхней, передне-верхней и задне-верхней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки. Только у 15 больных (2,6%) поражалась нижняя стенка кишки.

Руководствуясь тезисом доктора Schwarz из Загреба «Нет кислоты – нет язвы» и предположение R/Lerisch (Цит. По С. С. Юдину, 1965), посчитавший, что существуют какие-то неизвестные анатомофизиологические условия, являющиеся причинами частой локализации хронических язв на малой кривизне желудка, которых иногда невозможно изменить даже путем оперативных вмешательств для определения возможных особенностей рельефа слизистой оболочки желудка и закономерностей пристеночного течения желудочного сока проведены исследования на 20 аутопсийных материалах и 100 больных язвенной болезнью. Желудок при аутопсии и резецированную часть желудка больных рассекали по большой кривизне и расстилали слизистой стороной кверху на гладкой мокрой поверхности стекла. Через некоторое время желудок сокращалось и стали выраженными складки его слизистой. При осмотре кроме описанных в учебниках продольных по малой кривизне и хаотичных в области тела и дна желудка складок обнаружен третий их тип. Они были в виде «коллекторов» и соединяли группы беспорядочных складок с продольными складками малой кривизны (Рис.1). При нанесении красителя на область хаотичных складок путём распыления наблюдалось следующее. Краситель постепенно скапливался в хаотичных

складках и затем стекал по коллекторным складкам в сторону малой кривизны. «Выход» на продольные складки осуществлялся в области субкардии (из дна), в верхнюю и нижнюю треть малой кривизны (из тела) (Рис.2). Далее краска стекала по продольным складкам в сторону луковицы двенадцатиперстной кишки и окрашивала её верхнюю полуокружность (Рис.3).

Классификация язвенной болезни должна быть этиопатогенетически обоснованной, простой и удобной для клинического применения. С учетом этих требований согласно предложенной трофической теории язвообразования (4) и выявленного единства причин желудочных и дуоденальных язв, придерживаясь унитарной позиции о сущности заболевания мы предлагаем следующую классификацию язвенной болезни желудка и 12-п. кишки.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И 12-П. КИШКИ.

Острый гастродуоденит
(катаральный, эрозивный).

Острая язва двенадцатиперстной кишки (луковицы, нисходящего отдела, пилорического жома; первичная, рецидивная; одиночная, множественные).

Хроническая язва двенадцатиперстной кишки (луковицы, нисходящего отдела, пилорического жома; первичная, рецидивная; одиночная, множественные; стадии обострения или ремиссии).

Острая язва желудка (пилорического отдела, угла, нижней трети, средней трети, верхней трети тела желудка; на малой кривизне; передней, стенки; кардиального отдела, первичная, рецидивная).

5. Хроническая язва желудка (одиночная, множественные; аналогичной локализации; первичная, рецидивная; стадии обострения или ремиссии).

Острая или хроническая язва гастродуоденоанастомоза, гастроэнте анастомоза.

7. Острая или хроническая язва тонкой кишки (приводящей, отводящей петли).

Осложнения: кровотечение, прободение, пенетрация, стенозирование.

Комментарий к классификации: Главным признаком настоящей классификации является признание этой патологии не синдромом или же местным процессом - пептической язвой, а болезнью всего организма. Не следует также употреблять термины «язвенная болезнь желудка» или «язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки». Их применение в отдельности означает, что мы имеем дело с двумя заболеваниями. В любой локализации язвы правильное будет, если напишем «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки». Далее нужно указать частные признаки заболевания. Острый гастродуоденит устанавливается на основании следующих признаков: выявление из анамнеза специфических этиологических причин, наличие характерной для язвенной болезни клинической картины, повышение секреторной функции желудка при исследовании желудочного сока, усиление моторно-эвакуаторной функции



желудка и двенадцатиперстной кишки при рентгенологических исследованиях, наличие катаральных или эрозивных изменений слизистой антрального отдела желудка и луковицы 12-п. кишки при гастродуоденофиброскопии. Для установки диагноза: острая язва двенадцатиперстной кишки является обязательным выявление при рентгенологических исследованиях косвенных или прямых симптомов для данной локализации язвы (усиление моторно-эвакуаторной функции желудка и 12-п. кишки, наличие язвенной ниши) и, конечно же, обнаружение язвенного кратера и его сателлитов при эндоскопии. Если характерная для язвенной болезни симптоматика у пациента наблюдается впервые и нет каких-либо рубцовых изменений на эндемических участках при эндоскопии, то острая язва считается первичной. При обнаружении характерных постязвенных рубцов у больных с характерным «гастритическим» анамнезом ставится диагноз рецидивной острой язвы. Язва гастродуоденоанастомоза наблюдается после операции резекции желудка по Бильрот -1. Острая или хроническая язва, появившаяся в двенадцатиперстной кишке после резекции желудка по поводу дуоденальной язвы считается рецидивной. Первичность и вторичность язвы тонкой кишки после операции резекции желудка по Бильрот - 2 также определяется наличием или отсутствием на ней постязвенных рубцов. В число осложнений язвенной болезни мы не включили раковое поражение желудка. Потому что, во –первых, оно не имеет место при дуоденальной локализации язвы. Во-вторых, рак желудка встречается и без язвы. В-третьих, язва желудка является предвестником рака, а не его причиной. Мне кажется очень схожим этиопатогенез язвенной болезни и рака желудка. Напряженное функционирование клеток железистого аппарата слизистой желудка приводит к функциональному истощению и избыточной гибели их. За этим следует напряжение регенераторных процессов, направленных на увеличение количества эпителиальных клеток с низким секреторным потенциалом. Таким образом, появление на фоне гипо- или анацидного атрофиче-

ского «гастрита» раковой опухоли из функционально неполноценных клеток железистого аппарата слизистой оболочки желудка является печальным завершением «адапционно-приспособительной» реакции организма на возникший в нем на непомерно длительный срок тканевой голод, обусловленный прежде всего комбинированным действием этиологических факторов всех групп.

Предложенная классификация дает нам основание сформулировать диагноз в следующих вариантах: 1-вариант. Язвенная болезнь желудка и 12-п. кишки. Острая первичная язва передне-верхней стенки луковицы 12-п. кишки.

2-вариант. Язвенная болезнь желудка и 12-п. кишки. хроническая язва угла желудка по малой кривизне в стадии обострения.

3-вариант. Язвенная болезнь желудка и 12-п. кишки. Состояние после операции резекции желудка по Бильрот-1. рецидивная острая язва гастродуоденоанастомоза.

4-вариант. Язвенная болезнь желудка и 12-п. кишки. хроническая рецидивная язва передней стенки луковицы 12-п. кишки в стадии обострения. постязвенный рубец задней стенки луковицы 12-п. кишки. рубцово-язвенный стеноз луковицы 12-п. кишки.

В случае если язва зажила и оставила после себя суживающий просвет кишки грубый рубец диагноз будет выставлен по следующей формулировке: Язвенная болезнь желудка и 12-п. Кишки. Стадия ремиссии. рубцовый стеноз луковицы 12-п. кишки.

Если рубец гладкий и не суживает просвет кишки очень хочется написать слово «здоров». Практически это так. Ведь в действительности графа истории болезни «исход лечения» заполняется словом «выздоровление». Но по правилам диспансеризации диагноз: «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии. Постязвенный рубец соответствующей стенки луковицы двенадцатиперстной кишки» надо снять хотя бы через год после спокойного проведенных привычных для больного сезонов обострения.

Литература:

1. Дорофеев Г.И., Успенский В.М., Луфит В.М. Механизмы хронизации язвенной болезни// Тер. арх.- 1988.-N 2.-С78-11.
2. Рысс С.М., Рысс Е.С. Язвенная болезнь. Л., Медицина. 1968. 265 с.
3. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. Киев. Здоровья. 1987. 559 с.
4. Эшбеков М. Э. Беседы о язвенной болезни. Ташкент, изд.»Сангзар», 2009. стр.11-18.
5. Grossman M.J. Peptic ulcer. The pathophysiological background// Scand. J.Gastroenterol.- 1980- Vol.15, Suppl..58.-P. 7-16.
6. Johnson, 1965. (Цит. По Василенко В.Х., Гребенев А.Л. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.- М., 1981.-341 с.).
7. Юдин С. С. Этюды желудочной хирургии.М.,Медицина,1965.-256 с.



ҚАНДЛИ ДИАБЕТ 2 ТУРИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ЛИПИДЛАР АЛМАШИНУВИДАГИ ЎЗГАРИШЛАРНИ БАХОЛАШ.

Нажмутдинова Д.К.¹, Кузиева М.М.², Базарова С.А.³

¹Тошкент тиббиёт академияси,

² Ўзбекистон Республикаси Қуролли Кучлари Харбий тиббиёт академияси харбий тиббиёт илмий-тадқиқот институти,

³ Ўзбекистон Республикаси Мудофаа вазирлиги ҳузуридаги

Марказий харбий клиник госпитал

Тошкент, Ўзбекистан

АННОТАЦИЯ

Маълумки, Қандли диабет-2 турини мавжудлиги юрак-қон томир асоратларининг юқори хавфини келтириб чиқаради ва кўп ҳолларда бу касаллик юрак-қон томир тизимининг бошқа патологиялари, масалан, артериал гипертензия, юрак ишемик касаллиги ва гиперхолестеринемияни янада кучайтиради. Бундан ташқари, диабетнинг узоқ муддатли қоникарсиз компенсацияси макроваскуляр асоратларнинг ривожланишига олиб келиб, бу эса кейинчалик оғир оқибатларни юзага келтиради. UKPDS (Бирлашган Қиролликнинг истиқболли диабет тадқиқоти) натижалари шуни кўрсатдики, интенсив гликемик назорат диабетнинг микроваскуляр асоратлари хавфини сезиларли даражада камайтиради, аммо макроваскуляр асоратлар ва умумий ўлимга сезиларли таъсир кўрсатмайди [1]. Ушбу таҳлиллар гликемия, қон босими ва қон липидлари мувозанатини ҳар томонлама назорат қилиш зарурлигини тасдиқлайди.

Калит сўзлар: қандли диабет 2 тури, макро- ва микротомир асоратлари, липидлар, эндотелиал дисфункция.

АННОТАЦИЯ

Известно, что наличие сахарного диабета 2 типа обуславливает высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, а во многих случаях это заболевание усугубляет другие патологии сердечно-сосудистой системы, такие как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца и гиперхолестеринемия. Кроме того, длительная неудовлетворительная компенсация СД приводит к развитию макрососудистых осложнений, которые в дальнейшем приводят к тяжелым последствиям. Результаты UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study) показали, что интенсивный гликемический контроль значительно снижает риск микрососудистых осложнений диабета, но не оказывает существенного влияния на макрососудистые осложнения и общую смертность. Данные анализы подтверждают необходимость комплексного контроля гликемии, артериального давления и липидного баланса крови.

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, макро- и микрососудистые осложнения, липиды, эндотелиальная дисфункция.

ANNOTATION

It is known that the presence of diabetes type 2 causes a high risk of cardiovascular complications, and in many cases this disease aggravates other pathologies of the cardiovascular system, such as arterial hypertension, ischemic heart disease and hypercholesterolemia. In addition, long-term unsatisfactory compensation of diabetes leads to the development of macrovascular complications, which later lead to serious consequences. The results of the UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study) showed that intensive glycemic control significantly reduces the risk of microvascular complications of diabetes, but has no significant effect on macrovascular complications and overall mortality. These analyzes confirm the need for comprehensive control of glycemia, blood pressure, and blood lipid balance

Key words: 2 type diabetes, macro and microvascular complications, lipids, endothelial dysfunction.

Кириш

Қандли диабет-2 (ҚД 2) туридаги липид спектрининг хусусиятлари триглицеридлар концентрациясининг ортиши, юқори зичликдаги липопротеин (ЮЗЛП) даражасининг пасайиши ва зичлиги паст липопоттеидлар устунлигини ўз ичига олган “липид триадаси” билан тавсифланади. Бу ҳолат қуйидаги ходисаларнинг натижасидир, яъни инсулинга резистентлик ва инсулин секрециясининг етарли эмаслиги натижасида овқатдан кейин липид регуляцияси бузилади, қондаги эркин ёғ кислоталари даражаси ошади, жигарда жуда паст зичликдаги липопротеидлар (ЖПЗЛП) ишлаб

чиқариш кўпаяди ва уларнинг липопротеин липаза билан гидролизланиши камаяди, бу эса ўз навбатида триглицеридларга бой айланма липопротеин зарралари сонининг кўпайишига олиб келади. Иккинчидан, ЮЗЛП концентрацияси холестерин эфирларининг юқори зичликдан паст зичликка ўтиши ва триглицеридлар эвазига хиломикронларга айланиши туфайли камаяди [1].

ҚД 2 тури билан оғриган беморларда қон липидлари бузилишининг асосий кўринишларидан бири атероген дислипидемиянинг II б тури, яъни ЗПЛ ва ЗЖПЛП сонининг кўпайиши бўлиб, бу ҳолат атерогенликни оширади ва ушбу



заррачаларнинг концентрацияси триглицеридлар даражаси > 1.5 ммол/л дан юқори бўлади. Умуман олганда, ҚД билан оғриган беморларнинг 30-40% да триглицеридлар миқдори > 2.3 ммол/л ва 10% да триглицеридлар миқдорини > 4.5 ммол/л бўлиши кузатилмоқда. Қандли диабет билан оғриган беморларда ЗПЛПларнинг бир хил даражасида кичик заррачаларнинг атерогенлиги ошиши туфайли “коронар” хавф сезиларли даражада юқори бўлади [2,3]. ЗПЛП даражаси юрак ишемик касаллиги учун мустақил хавф омили эканлиги исботланган, ЗПЛП атерогенлиги заррачалар ўлчамларини кичилиги билан осонлашади, бу шунингдек гипергликемия натижасида уларнинг эндотелиал қатлам орқали томир деворига кириб боришини осонлаштиради. Бундан ташқари ЗПЛП оксидланиш қобилятининг ошиши билан тавсифланади ва ҚД 2 турига хос бўлган оксидловчи стресс шароитида бу қобилят янада аниқроқ бўлади. ЗПЛП томонидан фаоллаштирилган макрофаглар оксидланган ЗПЛПни камраб олади ва холестерин билан бойитилган “кўпик” хужайраларига айланади. Шунингдек ЗПЛП силлиқ мушак хужайраларининг апоптоз жараёнини фаоллаштириш, уларнинг атеросклеротик пиллакча таркибини камайтириш қобилятига эга. Шундай қилиб, силлиқ мушак хужайраларининг камайиши ва фаол макрофагларнинг кўпайиши ҳамда катта липид ядроси билан махсус турдаги атеросклеротик плакларнинг шаклланиши учун шароитлар яратилади. Ушбу беқарор шаклланиш нозик, бўшашган толали мембрана остида эксантрик тарзда жойлашган липид таркибидан иборат бўлиб, юқори стресс остида ёрилиши мумкин. Бу турдаги пиллакча коронар томирларнинг шикастланишини килиник белгилари бўлмаганида ҳам, қандли диабет 2 турида ЮИК эрта ва оғир асоратларининг ривожланиши сабабларидан бири бўлиб ҳисобланади [4,5].

Дислипидемия ҚД 2 тури билан оғриган беморларда юрак қон томир тизими асоратлари учун энг муҳим прогностик хавф омилларидан бири ҳисобланади. ҚД 2 тури билан оғриган беморларда юрак-қон томир касалликларининг асоратлари диабетсиз беморларга қараганда турли хил оғир оқибатларга олиб келиши мумкин. ҚД 2 тури коронар синдромда нохуш оқибатларнинг (ўлим, миокард инфаркти, бир йил ичида қайта миокард инфаркти юзага келиши) мустақил хавф омили ҳисобланади. ҚД 2 тури билан оғриган беморларда диабет бўлмаганларга қараганда ўткир миокард инфаркти ривожланиши эҳтимоли кўпроқ ва инфарктнинг ҳажми одатда каттароқ бўлиб, бундан ташқари, юрак этишмовчилиги ва кардиоген шок каби асоратлар тез-тез ривожланади ва хирургик коронар реваскуляризация операциядан кейинги узоқ муддатли прогноз яхши эмас. Маълумки, миокард инфарктдан кейин диабет билан оғриган беморларнинг 40-50 % кейинги беш йил ичида вафот

этади.

Ҳозирги вақтда статинлар ҚД 2 турининг юрак-қон томир асоратларининг олдини олишда танланган липидларни камайтирадиган дорилардир. Ушбу тоифадаги беморларда дислипидемияни даволашда уларнинг кенг қўлланилиши, аниқ ва кучли гиполипидемик таъсирга эга эканлиги, ноғўя таъсирларини кам эканлиги ва беморлар томонидан яхши қабул қилинганлиги билан оқланади. Улар углевод алмашинувига таъсир қилмайди ва гипогликемик дорилар билан ўзаро салбий таъсир кўрсатмайди [6].

Ҳозирги вақтда статинларни қўллаш имкониятлари статинларни тайинлашнинг биринчи кўрсаткичи бўлган гиперхолестеринемия билан чекланмаган. Сўнгги пайтларда Қандли диабет 2-тури тоифа диабетни (ҚД 2 тури) даволашда статинлардан фойдаланиш кўплаб йирик ва кенг қамровли тадқиқотларда ҳам муҳокама қилинди [7,8]. Қандли диабет 2 тури билан оғриган беморларда гиполипидемик терапиянинг замонавий стратегияларига кўра, ЗПЛП миқдорини камайтириш даволашнинг асосий мақсади ҳисобланади. ҚД ва ЮИК билан оғриган беморлар учун мақсадли ЗПЛП миқдори $2,6$ ммол / л деб ҳисобланади ва ҚД 2 тури билан оғриган беморлар учун юрак-қон томир асоратларининг юқори ёки жуда юқори хавфида ЗПЛП миқдори $1,8$ ммол / л бўлиши мақсадли кўрсаткич этиб белгиланган. Агар триглицеридлар миқдори $5,5$ ммол/л бўлса, дастлаб қондаги триглицеридлар концентрациясини $1,7$ ммол/лга камайтириш зарур. Гиполипидемик терапиянинг бир хил даражада муҳим компоненти ЮЗЛП миқдорини ошириш ҳисобланади. Мақсадли ЮЗЛП кўрсаткичи эркакларда $>1,0$ ммол/л ва аёлларда $1,3$ ммол/л бўлиши керак. Даволаш мақсадларига эришиш учун статинлар ва бошқа липидларни камайтирадиган дорилар билан комбинацияланган терапия қўлланилиши мумкин. Липидларни камайтиришнинг бир неча бор исботланган самарадорлигига қўшимча равишда, бошқа фойдали хусусиятларни ҳам номоён қилади. Статинларнинг юрак-қон томир хавфига таъсир қилиши мумкин бўлган бошқа таъсирлари орасида яллиғланишга қарши, антиагрегант ва антиоксидант таъсирлари ҳам мавжуд. Бу таъсирлар статинларнинг гиполипидемик таъсирига боғлиқ эмас ва уларнинг аҳамияти кўплаб далиллар билан исботланган атерогенезнинг яллиғланиш назарияси сабабли ошади [9]. Эндотелиал дисфункция қандли диабетдаги қон томир касалликларининг асосини ташкил қилиб, қандли диабетнинг 2 турини кечки асоратларининг асосий сабабларидан бири ҳисобланади.

Шундай қилиб, ҳозирги вақтда қандли диабет 2 тури билан оғриган беморларда атеросклерознинг бирламчи ва иккиламчи профилактикаси учун статинларни кенг қўллаш зарурлигини тасдиқловчи

Қондаги липид алмашинуви кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар	Асосий гуруҳ (ҚД-2+ГК) (n=38)	Таққослаш гуруҳи (ҚД-2) (n=42)	Назорат гуруҳи (n=10)
Умумий холестерин (ммол/л)	5.65±1.5*	4.88±1.4*	3.8±1.5
Триглицеридлар (ммол/л)	3.84±2.38*	2.48±2.82*	1.4±1.5
ЗПЛП(ммол/л)	3.4±2.38*	2.84±2.01*	2.0±1.38
ЮЗЛП(ммол/л)	1.06±2.38*	1.08±2.38	1.3±2.38

Изоҳ: *- гуруҳлардаги ишончлилик кўрсаткичи $p < 0.05$

Инструментал текширувлар натижалари

	Асосий гуруҳ (ҚД-2+ГК) (n=38)	Таққослаш гуруҳи (ҚД-2) (n=42)	Назорат гуруҳи (n=10)
Аорта атеросклерози	24 (63%)*	23 (56%)*	1 (10%)
Брахеоцефал артериялар атеросклерози	20 та (52.6%)* >20% ортик стеноз.	18 (44%)* >20% ортик стеноз.	0
Стеатогепатоз	38 (100%)*	38 (96%)*	2 (20%)

Изоҳ: *- гуруҳлардаги ишончлилик кўрсаткичи $p < 0.05$

ишончли илмий далиллар ва клиник маълумотлар мавжуд бўлиб, тадқиқот натижалари шуни кўрсатадики, ҚД 2 тури аниқланган беморларда ЮИК клиник белгилари бўлмаган ёки умумий холестерин даражаси юқори бўлмаса ҳам гиполипидемик терапия ўтказиш микроваскуляр асоратларнинг кафолатли профилактикаси хисобланади[10,11].

Мақсад: Қандли диабет 2 тури билан касалланган беморларда липидлар алмашинувидаги ўзгаришлар даражасини баҳолаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: Тадқиқот гуруҳига 30 ёшдан 57 ёшгача (43±4.5) бўлган стационар шароитида текшириш ва даволашни учу госпитализация қилинган ва оғир юрак қон томир тизими асоратлари ва бош мия қон айланишини ўткир касалликлари бўлмаган 80 нафар бемор ҳамда 10 нафар соғлом инсонлар назорат гуруҳи сифатида ўрганилди. Тадқиқотга олинган 80 нафар беморлар касаллик турига кўра 2 гуруҳга ажратилди. Асосий гуруҳни (n=38) ҚД 2 тури ҳамда ГК бор беморлар ташкил қилди. Таққослаш гуруҳини эса (n=42) фақат ҚД 2 тури билан касалланган беморлар ташкил қилди. Барча беморларда АҚБ, ЭКГ, ЭхоКГ, брахиоцефал артериялар доплерографияси, гликемик профил, липид профили, гликирланган гемоглобин текшируви ўтказилди. Тадқиқот давомида олинган натижалар Windows XP учун SPSSv.15.0 (2007) ва MS Excel дастурий таъминот тўплами ёрдамида амалга оширилган статистик қайта ишловдан ўтказилди. Ўрганилган кўрсаткичлар ўртасида боғлиқликларни таҳлил қилиш учун Спирмен формуласи бўйича

корреляция коэффициентини ҳисоблаш билан даражали корреляцион таҳлил усули қўлланилди. Антропометрик кўрсаткичларни (тана вазни, қорин айланаси (ҚА), бўкса айланаси (БА), ҚА/БА, тана вазни индекси (ТВИ)) ўрганиш стандарт усул бўйича амалга оширилди: тана вазни эрталаб, оч қоринга ўлчанди; ҚА - горизонтал текисликда, ёнбош суягидан 5-6 см баландликда ўлчанади; БА -горизонтал текисликда, думба бурмаси остида ўлчанади; ТВИ (Кетле индекси - II) формула бўйича ҳисоблаб чиқилган.

Натижалар муҳокамаси:

Натижаларни таҳлил қилганда, 1- жадвалдан кўриниб турибдики, I гуруҳдаги беморларда умумий холестерин, ЗПЛП ва триглицеридлар миқдори II гуруҳга нисбатан юқори кўрсаткичларда ва ЮЗЛП миқдори иккала гуруҳда ҳам деярли бир хил кўрсаткичларни ифодаламакда. Хулоса қилиб айтиш мумкинки, иккала гуруҳда ҳам юрак қон томир тизими асоратлари юзага келиш хавфи юқори бўлиб, I гуруҳ беморларида юқори хавф омиллари янада яққол ифодаланган. Инструментал текширувлар (2 жадвал) натижаси таҳлилида ҳам ўзгаришлар яққол ифодаланган бўлиб иккала гуруҳда ҳам клиник белгилари бўлмасада, юрак қон томир касалликларини инструментал тасдиқини кўриш мумкин. Беморларни ёшига аҳамият бериладиган бўлса ҳар икки гуруҳда ижтимоий ва иқтисодий фаол даврдаги ёш бўлиб муаммони қанчалик жиддий эканлигини англаш қийин эмас.



Хулоса. Хулоса қилиб айтганда, ҚД 2 тури билан оғриган беморларда дислипидемик ўзгаришлар кузатилиши аниқланган бўлиб, ёндош касалликлар кўшилиши оқибатида ушбу кўрсаткичлар даражаси кучлироқ ифодаланади ҳамда юрак-қон томир

тизимидаги асоратлар ривожланишини хавфини оширади. Шу сабабли ҚД-2 тури ривожланган беморларда доимий равишда дислипидемик ўзгаришларни назорат қилиш ва гиполипидемик терапияни эрта бошлаш зарур.

Фойдаланган адабиётлар

1. Stevens R.J., Kothari V., Adler A.I., Stratton I.M. The UKPDS risk engine: a model for the risk of coronary heart disease in type II diabetes (UKPDS 56). Clin Sci (Lond) 2020;101:671—679.
2. Ho J.E., Paultre F., Mosca L. Is diabetes mellitus a cardiovascular disease risk equivalent for fatal stroke in women? Data from the Women's Pooling Project. Stroke 2019;34:2812—2816.
3. Syvanne M., Taskinen M.-R. Lipids and lipoproteins as coronary risk factors in non-insulin-dependent diabetes mellitus. Lancet 2019;350 (Suppl. 1):20—23.
4. Lehto S., Ronnema T., Haffner S.M., et al. Dyslipidemia and hyperglycemia predict coronary heart disease events in middle-aged patients with NIDDM. Diabetes 2021;46:1354—59.
5. Sacks FM, Pfeffer MA, Moye LA, et al, for the Cholesterol and Recurrent Events Trial Investigators. The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. N Engl J Med. 2020;335:1001—1009.
6. Berliner JA et al: Atherosclerosis: Basic mechanisms, oxidation, inflammations, and genetics. Circulation, 2021;
7. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomized trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). Lancet 2018;344:1383—89.
8. Pyorala K., Pedersen T.R., Kjekshus J., et al. Cholesterol Lowering With Simvastatin Improves Prognosis of Diabetic Patients With Coronary Heart Disease: A subgroup analysis of the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). Diabetes Care 2018.
9. Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol-lowering with simvastatin in 5963 people with diabetes: a randomised placebo-controlled trial. Lancet 2021;361:2005—16.
10. Карпов Р.С., Кошельская О.А., Суслова Т.Е. и соавт. Влияние 6-месячной терапии симвастатином на липидтранспортную функцию крови и состояние эндотелия у пациентов с сахарным диабетом и артериальной гипертензией. Кардиологи 2019; 1: 27—31.
11. Клинические рекомендации евразийской ассоциации кардиологов национального общества по изучению атеросклероза по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза (2020). Евразийский Кардиологический Журнал. 2020;(2):6-29.).

ҚАДИМГИ РИМ ИМПЕРИЯСИ ВА БУЮК САРКАРДА АМИР ТЕМУР ҚЎШИНЛАРИДАГИ ТИББИЙ ТАЪМИНОТНИ РИВОЖЛАНИШДАГИ ЎХШАШЛИКЛАР

В.Н.Юлдашев

Ўзбекистон Республикаси Қуролли Кучлари Ҳарбий тиббиёт академияси ҳарбий тиббиёт илмий-тадқиқот институти

АННОТАЦИЯ

Ушбу мақолада муаллиф, Рим империяси Траян қўшинлари ва Амир Темур қўшинларидаги тиббий таъминотни ривожланишдаги ўхшашликларни ёритган.

Калит сўзлари: Санитария, депутатлар, ҳарбий тўқнашувлар, когортлар, капсарлар, легионлар, табиблар, империя.

АННОТАЦИЯ

В данной статье автор описывает, сходства в развитии медицинских технологий в армиях Траяна и Амира Тимура в Римской империи.

Ключевые слова: Санитария, депутаты, военные сражения, когорты, капсары, легионы, врачи, империя.

ANNOTATION

Author in this article, highlighted the similarities in the development of medical technology in the armies of Trajan and Amir Timur in Roman Empire.

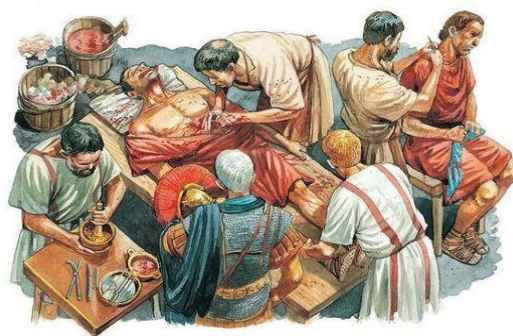
Key words: Sanitation, deputies, military training, cohorts, captains, legion, doctors, empire.

Ҳарбий ҳаракатлар театрида Қуролли Кучлар тиббий таъминотини ташкиллаштиришнинг назарий асосларини ривожлантириш борасида Н.И.Пироговнинг илмий ишлари муҳим аҳамият касб этади. “Қрим уруши ва Кавказ экспедициясида ҳарбий госпитал таърибалари кузатувлари ва эсталикларида олинган умумий ҳарбий-дала жарроҳлиги асослари” (Дрезден, 1865-й), “1877-1878-йилларда Болгария ҳарбий ҳаракатлар театрида ва ҳаракатдаги армия фронт ортида ҳарбий-шифокорлик иши ва хусусий ёрдам” (Санкт-Петербург, 1879-й) шулар жумласидан.

Н.И.Пирогов ўзининг илмий ишларида: “Урушда санитария ишининг бутун маъноси – маъмурият”, яъни қўшинлар тиббий таъминотини ташкиллаштириш эканлигини ишонарли асослаб берган. Н.И.Пирогов таълимоти бўйича “Маъмурият шахслар ҳаракатини доимо бошқариб бориши керак, бунинг акси бўлиб ундан айрим шахслар ўз манфаатлари учун фойдаланмасликлари керак”. Демак, ҳарбий ҳаракатлар вақтида қўшинларда тиббий таъминот шундай тузилиши зарурки, бунда тиббиёт фанининг ютуқларидан фойдаланилган ҳолда ярадор ва касалларга ўз вақтида тиббий ёрдамни кўрсата олиш учун тегишли имкониятлар яратилган бўлиши керак. Шунинг учун Н.И.Пирогов нафақат ҳарбий-дала жарроҳлигининг “отаси”, балким тиббиёт хизмати тузилиши ва тактикаси фанининг ҳам асосчиси ҳисобланади.

Шундан келиб чиқиб биз қадимги Рим империяси яни императори Траян қўшинларида тиббий таъминотни қандай ташкиллаштирилганини кўриб чиқиб хулоса қилишимиз мумкин.

Рим императори Траян ўз юрушларида дала тиббиётларини ўта пухта ташкиллаштирилганини кўришимиз мумкин:



Ҳозирги қўл ёзмаларда Рим императори Траян жанг майдонида аскарлар ярангансиз зудлик билан жанговар тартибдан алмаштирилган, агарда аскар ярангансиз аммо ўзи юриш имкониятига эга бўлса у ҳолда жанговар тартиб ортидаги тиббиёт пунктларга бориб жароҳатини боғлатишга рухсат берилган.

Аскарлар жароҳатлари оғир бўлганда тиббий ходмлар яни депутатлар аскарни жанг майдонидан олиб чиққан ва тиббий ёрдам кўрсатган.



Қадимги Рим императори Траян жанг майдонида яранган аскарларни эвакуация қилишни ташкиллаштирилгани ҳақида қадимги манбаларда ёзиб ўтилганлигига гувоҳ бўлишимиз мумкин.



Жанг майдонида яраланган аскарларни олиб чиқиш кучли ва чаққон санитарлардан фойдаланилган, уларни “**депутатлар**” лотин сўзидан олинган бўлиб (*deputatus* — юборилган) маъносини билдиради.

Қадимий ёдгорликдаги туширилган расмларга кўриб билсак ҳам бўлади яни депутатлар жанг майдонидан яраланган аскарларни эвакуация қилишлари акс этирилган.

Рим империя қўшинлари жанговар тартиби жанговар **когортлардан** ташкил топган эди. Когорт таркиб қуйдагича ташкил этилган эди: умумий одам сони 360 киши, тўғри бурчак остида 8 қатор бўлиб сафланган, қатор узунлиги 82 метр, саф чуқирлиги 15 метрдан ташкил топган эди.

Ҳар бир жанговар когортга 1-2 депутат командаларидан ташкил топган, ҳар бир депутат командаси 8-10 кишидан иборат бўлган эди.

Ҳозирги Қуrolли Кучларимизга солиштирсак бир жанговар **когорт** таркиби бир мотоўқчи батальонни таркибига тўғри келади деб айтишимиз мумкун.

Рим империяси легионлардан ташкил топган бўлиб, бир **легион** таркибида тахминан 4800 кишини ташкил қилган, ҳар бир легионда 24 тадан хирург ва бир бош врачдан иборат бўлган.

Легионларда врачлик хизмати ҳам ташкил этилган эди.

2-3 легион ортида ҳарбий касалхоналар ёйилган эди, ҳарбий касалхоналар 200 кишили ўринга мўлжалланга эди, касалхона сув ва иситиш воситалари билан таъминланган бўлиб асосан оғир ярадорларга хизмат кўрсатар эди.

Ҳозирги Қуrolли Кучларимизга солиштирсак бир жанговар **легион** таркиби бир мотоўқчи бригадаси таркибига тўғри келади десак бўлади.

Шуни хулоса қилиш кераки қадимги давр жанговар ҳаракатларда ҳам тиббий таъминотни ташкиллаштириш ривожланиб келганини тарих саҳифаларида ўқишимиз мумкун.

Энди буюк саркарда Амир Темур қўшинларида ҳам тиббий таъминот ташкиллаштиргани ҳақида тарих саҳифаларида ўқишимиз мумкун.

А.Темур даврига келиб қўшинларни жанг қилиш усуллари бир мунча ўзгарганлиги тиббий таъминотни ташкиллаштиришда ўзига ҳослигини кўришимиз мумкун.

Масалан А.Темур қўшинларни Рим империяси яни Траян қўшинлари жанговар тартибига бир мунча ўхшамаслиги, жанг олиб бориш тактика бошқалиги ва бошқа сабаблар А.Темур қўшинларида тиббий таъминотни ташкиллаштиришда бир мунча қўшимчалар киритганлиги билан фарқланганлигини кўришимиз мумкун.

Қискача буюк саркарда А.Темур ҳақида маълумот келтирмоқчиман:

Амир Темур, Шарафуддин Али Яздийнинг берган маълумотида кўра, ҳижрий 736 йил (милодий 1336 йил 9 апрель) да Қашқадарё воҳасининг Шаҳрисабз

(Кеш) беклигига қарашли Хўжа Илғор қишлоғида, барлос Тарағай оиласида таваллуд топган.

Ривоят қилишларича, Тарағай Баходир кунларнинг бирида ғалати туш кўради. Тушида бир нуроний одам унинг қўлига қилич тутказади. Исломга эътиқоди кучли бўлган Тарағай эртасига бомдод намозидан кейин пири — шайх Шамсуддиндан кўрган тушининг таъбирини сўрайди. Шайх унга «сен ўғил кўрасан, бу ўғлон дунёни забт этади», дейди. Чиндан ҳам оилада ўғил туғилади. У чақолоқ буюк саркардан Амир Темур эди.

Амир Темур жанговар юришларда мағлубият нима эканлигини билмас эди, унга сабаб қўшинлари интизомга жуда қаттиқ риоя қилиши ва аскарларни соғлиқларини сақлаш чораларини моҳирона ташкиллашганлиги эди.

Жанговар юришларда Амир Темур қўшинларида тиббий таъминотни тўғри ташкиллаштиргани яни табибларни ҳурмат қилганлиги қайси давлатларни босиб олганида биринчи бўлиб табибларни жонини сақлаб қолгани ва кейинчалик улардан қўшинларидаги аскарларни даволашда ишлатганлигини айрим манбаларда кўришимиз мумкун.

Амир Темур юрт ободончилиги ва аҳоли соғлиғига алоҳида эътибор берган. Бу ҳақда “Темур тузуклари”да шундай дейилади: “Яна амр этдимки, катта-кичик ҳар бир шаҳар, ҳар бир қишлоқда масжид, мадраса ва хонақоҳлар бино қилсинлар, фақир мискинларга лангархона (йўловчилар кўниб ўтадиган жой; камбағал етим-есирга овқат бериладиган жой; ғарибхона) солсинлар, касаллар учун шифохона қурдирсинлар ва уларда ишлаш учун табиблар тайинлансинлар”.

Сохибқирон даврида ҳар бир шаҳарда шифохона бўлган, уларда билимли ва тажрибали табиблар ишлаганлар. Жумладан, Самарқандда “Дор уш-шифо” номли йирик касалхона бўлиб, унга ўз замонасининг таникли табиби Мир Саййид Шариф Шерозий (1330–1414 й.й.) раҳбарлик қилган. Бу табиб асли журжонлик бўлиб, Амир Темурнинг таклифи билан Самарқандга келиб, шу касалхонага бошчилик қилган. Шу даврлар йирик табиблардан Хисомиддин Иброҳим Кирмоний, Мавлоно Файзуллоҳ Табризий, Мансур ибн Муҳаммадлар яшаб ижод этганлар. Тарихий маълумотларда таъкидланишича, Мавлоно Файзуллоҳ Табризий Амир Темурнинг шахсий табиби бўлган. У Сохибқироннинг барча сафарларида бирга бўлар эди.

А.Темур номдор табиблардан фойдаланиб ўз қўшинларини жанг майдонида ярадорларга тиббий ёрдам кўрсатиш учун табиблар ўқитиб уларни далла шароитда аскарларга ва ярадорларга ёрдам кўрсатиш ўқувни йўлга қўйган давлат арбобларидан бири эди.

Махсус тайёргарлигдан ўтган табиблар жанг майдонидаги яраланган аскарларга тиббий ёрдам кўрсатишганлиги ҳақида айрим мабаларда ёзилиб ўтилган.

А.Темур қўшинларида тиббий таъминотни

ташкилаш ҳақида қисқача ёзиб ўтган француз олими профессор Марсель Брионнинг бўлади бошқа манбаларда тиббий таъминот ҳақида маълумотлар тўлиқ кўрсатмаганлигини кўришимиз мумкин.



Шу ўринда француз темуршуносларидан профессор Марсель Брионнинг “Менким, сохибқирон жаҳонгир Темур” китобидан қисқача парча келтирамыз. “... ватанимга Хуросон оркали кетишга қарор қилдим... Дарабуржирдга етган чоғимиз кўшинни тўхтатдим. Отларга дам бериш мақсадида икки кун шу ерда турадиган бўлдик. Биринчи куннинг ўзиёқ бир неча жангчиларимиз касаллангани, бошлари оғриб, иссиқлари баланд эканидан шикоят қилишаётганини маълум қилишди. Кўшин табибидан улар ўлатга чалинишмадимикан, деб сўрадим. Табиб касаллик сабабини аниқлай олмаганини, бироқ ўлат аломатлари ҳам кузатилмаганини айтди. Иккинчи куни касалланганлар сони яна кўпайди. Биринчи кун касалланганлар қўлтиқлари остида ва биқинларида ёнғоқдек шиш пайдо бўлиб, кучли оғриқ бераётганини билдиришибди. Шундан кейингина табиб қатъий бир қарорга келди – бу ўлат эди.

Табибдан сўрадим: “Бу касалларни қандай даволаса бўлади?” У деди: “Бу касалликнинг давоси йўқ: улар энди ёўладилар, ёки ўз-ўзидан тузалишади!”

...Қуёш ботиб, кечки намозни ўқиб, ...негадир ўзимни лоҳас ҳис қила бошладим. Кўп ўтмай вужудимда кучли қалтираш ва ҳолсизлик бошланди. Табиб менга “гавзабон” гиёҳидан дамлама тайёрлаб ичирди. Яхши терлашим кераклигини айтди. Бироқ кўп ўтмай оғриқ жуда зўрайди... Тонгга бориб бош оғригим ва тафтим шу қадар кучайиб кетдики, ҳатто намоз ўқишга ҳолим қолмади. Табибни чакириб, ўлатга чалинмадиммикан, деб сўрадим. У жавоб бермади. Нега гапирмаётганлигининг сабабини сўрадим. Уни дадиллантириш учун дедим: “Сен кўркма, айтавер, ахир мен Амир Темурман-ку! Ўлимдан кўркмайман. Биз ҳаммамиз ҳам бу дунёдан кетамиз. Ҳатто пайғамбаримиз (с.а.в.) ҳам бу дунёни тарк этган эдилар, мен ҳам қачондир ўлишим керак-ку, ахир! Фақат бир нарсадан афсусланаман – тушакда жон беришимдан таассуфдаман!”

Мана шу гапларимдан кейин табибга тил кирди: “Амирим, сенинг касалинг ҳам ўша... жангчиларнинг

касалидан!” “...Ҳаммага жавоб бериб, жойимга чўзилдим. Эртаси куни қўлтиғим остида без пайдо бўлди. Учинчи куни у кўкарди. Кейин жон талвасасига тушдим. Иссиғим шу даражада баланд эдики, ...атрофимдагиларни танимай қолгандим – қаерда эканимни ҳам билмасдим: бирда Самарқандда юргандек ҳис қилардим... Шу пайт қулоғимга бир товуш чалинди: “Очилди! Очилди!...” Шундан сўнг оғриқ аста-секин тинди – ўлаётган бўлсам керак, деб ўйладим.

Эртаси куни кўзимни очиб, атрофимни ўраб турган мамнун чехраларга кўзим тушди. Кечаги овозлар ҳам шуларники бўлган. Менинг ярам, яъни пайдо бўлган шиш ёрилган – йиринг ва бошқа ихлар оқиб тушган ва аҳволим яхши бўла бошлаган экан. Бироқ мен ҳали ҳам ҳолсиз эдим – ўрнимдан тура олмасдим. ...Менинг хузуригга бир чолни олиб келишди. Уни “Дастур” деб таништиришди. У оташпарастрларнинг бош қоҳини экан. У олиб келган асалига ишора қилди: “Эй Амир, эшитдимки, оғир касални енгиб ўтибсан. Мана бу асалдан есанг, кучга кирасан”, дея у олиб келган асалига ишора қилди... Мен унга бир неча олтин тангалар ҳада қилган эдим, у олмади: “Эй Амир, сенинг хузуригга асалимни сотиш учун келмадим, балки, сенга озгина ёрдамим тегсин деб келдим”, деди у самимий.

Мен бир неча кун ўша асалдан едим ва ҳақиқатдан ҳам фойдаси тегди. Тез кучга кирдим. ...Йўлга чиқадиган кунимиз Дастур келди. Қаёққа кетаётганимни сўради. Мен унга юртимизга қайтаётганимизни айтдим. У деди: “Эй Амир! Агар шу алфозда уйга қайтсаларинг, бутун мамлакатга ўлат оралайди. Ахир у ёқдагилар ҳар куни асал емайди-ку, тўғрими?”, деб сўради. Мен дедим: “Биз томонда умуман асал ейиш урф эмас, фақат Хоразмда асал ейишади”,

Дастур деди: “Ундай бўлса ватанингга киришдан олдин, аскарларингни яхшилаб тутунга тўйинтир! У ўлатнинг ҳидини ўлдиради!”

Мен ундан сўрадим: “Бу қандай қилинади?”

Дастур жавоб қилди: “Йўлда бирор манзилда тўхтанглар. Уйлари кенг бўлсин, Чўлдан тикан тердириб, устига сув сепиб ҳўллайсизлар. Кейин ўша уйларга одамларингни киритиб, ост қисмида ҳўл ўтинни ёқасан. Ўтин ёнмасин, балки тутасин. Одамларинг ўн кун давомида, ҳар куни бир соатдан ана шу муолажани ўташи керак, ўшанда топ-тоза бўлишади!”

Мен дедим: “Тутундан нафаслари бўғилиб қолади-ку?”. Дастур бу саволга қуйидагича жавоб қилди: “Уйларнинг эшигини очиб қўйинглар, ёқиладиган ўтин ҳам кўп бўлмасин. Ўн кун шу амални қилсанг, одамларини баданидаги ўлат чанги, ҳиди ўлади. Натижада Мовароуннахрга ўлат тарқалишининг олдини оласан!”

...Мен жангчиларимга тутунга тўйинтириш муолажасидан ўтишлари учун буйруқ бердим. Ўн кун мо-



байнида жангчиларимиз ҳар куни бир соатдан тутун ютидилар. Тадбир тугаган куни Самарқандга қараб от сурдик. Шундан кейин йўл бўйи ҳеч ким касалликдан шикоят қилмади. Самарқандга қайтгач Форсга мактуб жўнатдим ва дастур чолга бизга кўрсатган хизматлари учун миннатдорчилик билдириб, барча оташпарастларни беш йил мобайнида ҳамма солиқлардан озод қилишимни билдирдим (Марсель Брион “Менким, соҳибқирон – жаҳонгир Темур”. – Т.: “Янги аср авлоди”, 2018, 378-384бетлар).

Бу маълумотлардан кели чиқиб шуни хулоса қилишимиз зарурки А.Темур қўшинларида тиббий таъминот ривожланганлигини ўқишимиз мумкин.

А.Темур қўшинларида тиббий хизматни асосий вазифалари бу қўшинларга юқимли касалликларни

олдини олиш чоралари кўрилганлигини яни ичимлик сувларни ёпиқ иншоотларда ёки ёпиқ идишларда сақланиши аскарларни тозаликни сақлаши уларни чўмилишлари, агарда юқумлик касалик тарқалганда дезинфекция қилиш тадбирларини қўлаганини ўқишимиз мумкин.

Мақолага қисқача хулоса қилсак яни Рим империяси давридаги Траян қўшинларидаги тиббий таъминот Амир Темур қўшинларидаги тиббий таъминотга ўхшашлик жихатларни кўплигини ўқишимиз мумкин.

Яна шуни айтиш лозимки буюк саркардалар жанг олиб боришда тиббий таъминотни ташкилаштириш тартиблари ҳозирги даврга келиб ҳам қўлланилмоқда ва ўрганилмоқдалар.

Фойдаланган адабиётлар рўйхати:

1. Темур тузуклари Тошкент 2018 й;
2. Ҳарбий санъат тарихи;
3. “Менким, соҳибқирон – жаҳонгир Темур”. – Т.: “Янги аср авлоди”, 2018, 378–384 бетлар. Марсель Брион.

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У МОЛОДЫХ МУЖЧИН

Мухамедова М.Г., Арнопольская Д.И.

Научно-исследовательский институт военной медицины

Военно медицинской Академии Вооружённых Сил Республики Узбекистан.

Цель исследования: определить частоту распространённости различных ЭКГ-паттернов, свидетельствующих о кардиоваскулярном риске у молодых лиц, жителей г.Ташкент.

Материал и методы исследования

Исследование включало 1564 мужчин в возрасте 18-27 лет без клиничко-анамнестических указаний на значимую кардиоваскулярную патологию, проходившие первичный скрининг в учреждениях первичного звена здравоохранения, включая электрокардиографию по стандартной методике, в 12 отведениях.

Результаты исследования. Различные ЭКГ паттерны были обнаружены в процессе первичного скрининга у 604 мужчин (38,62%). Однако у 395 человек (65,37% лиц с обнаруженными ЭКГ паттернами) обнаруженные паттерны не были подтверждены клиничко-анамнестическими данными. В результате в группу лиц, требующих детального обследования по результатам ЭКГ скрининга, были включены 209 человек (13,36% от всех мужчин, включенных в исследование).

Вывод: таким образом, у молодых практически здоровых мужчин без клиничко-анамнестических признаков кардиоваскулярной патологии в 13,36% случаев обнаружены ЭКГ-паттерны, которые могут быть признаками сердечно-сосудистого риска (34,60% от всех лиц с патологическими ЭКГ-паттернами).

Ключевые слова: электрокардиография, внезапная сердечная смерть, оценка риска у молодых лиц

Вероятность внезапной сердечной смерти (ВСС) у лиц с наличием структурной патологии сердца в течение года в 7,5 выше, чем у пациентов без структурной патологии сердца [1].

Патологическая анатомия внезапной сердечной смерти не является самостоятельной нозологической единицей и включает в себя ряд заболеваний и состояний. Помимо смерти, обусловленной ишемической болезнью сердца, то есть «внезапной коронарной смерти» (4-8%), причинами ВСС могут быть кардиомиопатии (16-20%) (социально-значимая алкогольная (АКМП), дилатационная (ДКМП), гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП)) [2], миокардиты (7-35%) пороки развития сосудов, аритмии и др. Генетически детерминированные заболевания представлены аритмогенной дисплазией правого желудочка (АКДПЖ) [2], а также заболеваниями, объединенными в группу «каналопатий» (20-25%) (синдром удлиненного QT-интервала, синдром укороченного QT-интервала, синдром Бругада, а также катехоламинэргическая полиморфная желудочковая тахикардия) [3].

Основными причинами внезапной коронарной смерти (ВКС) считаются проявления стенозирующего атеросклероза [4], в большинстве случаев поражение превышает 75% площади просвета сосуда с поражением обычно не менее двух основных ветвей. У лиц молодого возраста стенозирующий атеросклероз может отсутствовать и в генезе ВКС у них основную роль может играть спазм коронарных артерий (стенокардия Prinzmetal).

У пациентов без патологии сердца в анамнезе внезапная сердечная смерть чаще всего возникает на фоне полиморфной желудочковой тахикардии (ЖТ) или ЖТ по типу torsades de pointes [5]. При наличии ИБС желудочковые аритмии возникают на фоне острой ишемии миокарда или в результате реализации механизма re-entry в области постинфарктного рубца [2]. Брадисистолические нарушения в причинах ВСС встречаются до 15%.

Триггерами для фатальных аритмий могут быть повышение тонуса симпатической и/или снижение парасимпатической вегетативной нервной системы, физическая нагрузка, прием некоторых препаратов, электролитные нарушения, интоксикация, гипоксия [5]. Острая левожелудочковая недостаточность на фоне аритмии приводит к регионарным и системным нарушениям гемодинамики.

Цель исследования: определить частоту распространённости различных ЭКГ-паттернов, свидетельствующих о кардиоваскулярном риске у молодых лиц, жителей г.Ташкент.

Материал и методы исследования

Исследование включало 1564 мужчин в возрасте 18-27 лет без клиничко-анамнестических указаний на значимую кардиоваскулярную патологию, проходившие первичный скрининг в учреждениях первичного звена здравоохранения.

Критериями включения в исследования были:

1) отсутствие кардиоваскулярного анамнеза; 2) отсутствие ранее диагностированных артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца (все клинические формы), сахарного диабета; 3) отсутствие недостаточности органов и систем; 4) согласие больного на участие в исследовании.

Электрокардиография (ЭКГ) проводилась по стандартной методике с использованием 12 отведений с записью на термобумагу, скорость лентопротяжного механизма – 50мм/сек. Интерпретация включала оценку регулярности, частоты, источника, положения электрической оси сердца и вектора зубцов QRS и T, продолжительности интервалов и зубцов, их формы

и положения относительно изолинии. В заключении указывались обнаруженные ЭКГ синдромы. Выделялись лица с наличием таких синдромов, как гипертрофия миокарда желудочков, блокады ножек пучка Гиса, изменениями, предположительно свидетельствующими об электрической нестабильности миокарда и риске ВСС.

Все предлагаемые маркеры были условно разделены на 2 группы на основании теоретических представлений о формировании паттернов:

Маркеры дисперсии деполяризации – показатели, свидетельствующие о нарушении процесса распространения возбуждения по миокарду желудочков – удлинение продолжительности QRS комплекса, фрагментация QRS, удлинение времени внутреннего отклонения, блокады ножек пучка Гиса. Все эти показатели свидетельствуют о наличии полей фиброза в толще миокарда. Такие поля чаще всего развиваются в местах некротизированных или апоптозированных кардиомиоцитов в ходе третьей фазы воспаления. Трансформация макрофагов и В-лимфоцитов в фибробласты ассоциируется с выработкой большого количества патологического коллагена, который деформирует структуру миокарда как ткани, создавая эффект «стягивания» и формируя замкнутые контуры проведения возбуждения. Фенотип дисперсии деполяризации зависит от распределения и величины фиброзных полей;

Маркеры дисперсии реполяризации и рефрактерности – показатели, отражающие замедление процесса деполяризации и неомогенность миокарда в аспекте рефрактерности. К этой группе относятся варианты удлинения и укорочения QT, альтернация T, ППРЖ, Тре, увеличение пространственного угла между векторами QRS и T. В патогенезе этих паттернов, вероятно лежит каналопатия – врожденное или приобретенное изменение структурно-функционального состояния трансмембранных электролитных каналов. Генетические каналопатии являются известными патологиями. Однако и в отсутствие мутаций, влияние нейро-гуморальной среды способно изменять конформационную структуру и функциональную активность белков.

Паттерны гипертрофии миокарда ЛЖ и ПЖ являются отражением гиперплазии кардиомиоцитов, апоптоза и изменения функционального состояния трансмембранных каналов, и, таким образом сочетают признаки обеих описанных групп предикторов ВСС.

В ходе исследования рассчитывалась частота встречаемости предикторов, их ассоциации, особенности возрастного распределения. Кардиоваскулярный риск признавался в случае диагностированных ЭКГ-признаков гипертрофии миокарда желудочков и ЭКГ-предикторов ВСС, подтвержденных клинико-анамнестическими данными (209 человек – 13,36% от общей группы первичного скрининга).

Все данные, полученные в ходе настоящего исследования, заносились в сводную таблицу редактора Excell и группировались в зависимости от оцениваемого критерия. В случае непараметрических величин и частотных характеристик рассчитывались относительные доли лиц, имеющих изучаемый признак, в группе. Межгрупповое различие оценивалось с использованием табличного критерия хи квадрат и оценкой его достоверности по таблицам в зависимости от степени свободы. Достоверными считались различия в случае достоверности различий более 95% ($p < 0,05$). Диаграммы, приведенные в работе, были сконструированы в табличном редакторе Excell.

Результаты исследования и обсуждение

Различные жалобы, потенциально свидетельствующие о патологии сердечно-сосудистой системы, в ходе направленного опроса предъявляли 836 человек (53,45%), однако в ходе осмотра у большинства из них (448 человек, 53,59% от всех лиц, предъявляющих жалобы) симптомы беспокойства не были связаны с кардиоваскулярным статусом (вегетативные нарушения – 291 человек, патология желудочно-кишечного тракта: гастроэзофагеальный рефлюкс, висцерокардиальный синдром – 46 человека, патология органов дыхания – 73 человека, эндокринологическая патология – 38). Семейный анамнез, свидетельствующий о ранней кардиальной патологии, был выявлен у 224 человек (14,32% всех лиц, включенных в исследование), однако в 140 случаях клинической симптоматики и ЭКГ паттернов не отмечалось и эти ситуации остались неподтвержденными.

Увеличение массы тела отмечалось у 313 человек (20,01%), что свидетельствует о высокой распространенности избыточной массы тела и абдоминального ожирения у молодых мужчин – городских жителей Узбекистана и, вероятно связанного как с нарушением баланса питания/физическая нагрузка, так и с хроническим психоэмоциональным стрессом, характеризующим урбанистический образ жизни. Артериальная гипертензия или тахикардия были выявлены у 185 мужчин (11,82%). Тошачковая гипергликемия отмечалась у 72 человек (4,60% всех мужчин, включенных в исследование).

Различные ЭКГ паттерны были обнаружены в процессе первичного скрининга у 604 мужчин (38,62%). Однако у 395 человек (65,37% лиц с обнаруженными ЭКГ паттернами) обнаруженные паттерны не были подтверждены клинико-анамнестическими данными. В результате в группу лиц, требующих детального обследования по результатам ЭКГ скрининга были включены 209 человек (13,36% от всех мужчин, включенных в исследование).

В целом из 1564 практически здоровых мужчин, включенных в исследование, у 403 были обнаружены предикторы ССР, что потребовало их углубленного

обследования с целью стратификации риска и выработки плана превентивных мероприятий.

У большинства лиц была обнаружена комбинация ФССР (рис.1). Изучение характерной ассоциации факторов риска показало, что наиболее частой комбинацией ФССР было сочетание жалоб и повышение ИМТ/ОТ (303 человека, 19,37% от всех лиц, включенных в исследование). Комбинация жалоб и ЭКГ-паттернов встречалась у 200 человек (12,79%), жалоб и гипертензии – у 175 человек (11,19%), увеличение ИМТ/ОТ и артериальной гипертензии – у 135 человек (8,63%). Такие закономерные комбинации как сочетание семейного кардиоваскулярного анамнеза и ЭКГ и увеличения ИМТ/ОТ и гипергликемии выявлены у 47 (3,01%) и 51 человека (3,26%) , соответственно.

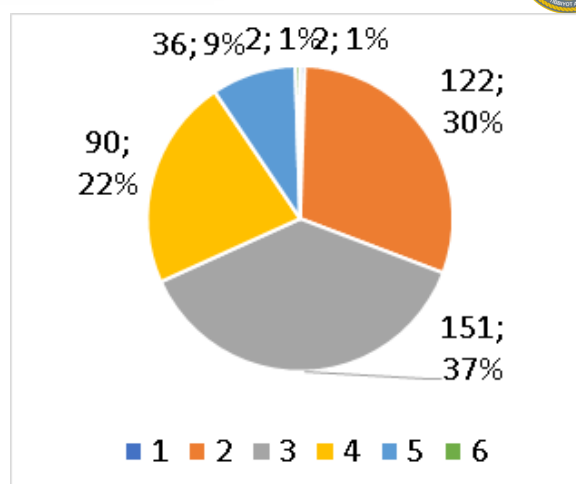


Рисунок 1

Распределение лиц, направленных на углубленное кардиологическое обследование по количеству обнаруженных ФССР

Таблица 1

Частота встречаемости различных предполагаемых предикторов ВСС в популяции условно здоровых мужчин 18-27 лет (n=1564)

предиктор	Критерий	количество Доля, %
Удлинение QT	QTc более 470мсек	<u>44</u> 2,81
Удлинение QRS без признаков блокады ножек пучка Гиса	QRS 100мсек и более	<u>76</u> 4,86
Полная блокада ПНПГ	QRS 120мсек и более	<u>136</u> 8,70
Полная блокада ЛНПГ	QRS 120мсек и более	<u>32</u> 2,05
Фрагментация QRS		<u>110</u> 7,03
Увеличение времени внутреннего отклонения V5-6	Время внутреннего отклонения более 50мсек	<u>74</u> 4,73
ПРРЖ	J +0,1mV и более	<u>422</u> 26,98
Альтернация Т		<u>34</u> 2,17
Тре	Тре более 100мсек	<u>30</u> 1,92
Укорочение QT	QTc 330мсек и менее	<u>2</u> 0,13
Синдром Бругада		<u>0</u> 0,00
Широкий угол между векторами QTS и T более 90градусов	Угол 90 градусов и более	<u>174</u> 11,13
ГЛЖ	Критерии Ромхилт-Эстес, Соколова-Лайона, Кореньский, Пеквероло-Прести	<u>50</u> 3,20
ГПЖ	Критерии Чау-Хелм	<u>88</u> 5,63



Среди всех проанализированных ЭКГ предикторы ВСС были обнаружены в 604 случая (38,62%). Наиболее часто встречался ПРРЖ (26,98%, табл.1), причем «злокачественный вариант» ПРРЖ – с вовлечением нижних отведений и горизонтальное расположение ST после точки J в 196 случаях (12,53%). В 11,13% встречалась паттерн «широкого» пространственного угла между векторами QRS и T. Остальные предикторы встречались менее, чем в 10 % случаях.

Распределение ЭКГ на 2-х летние возрастные

группы (табл.2) показало, что все исследуемые предикторы риска ВСС встречались с одинаковой частотой во всех возрастных группах, кроме ПРРЖ. Этот паттерн достоверно чаще встречался в более молодой группе и его частота достоверно ($p < 0,001$) уменьшалась с увеличением возраста обследуемых мужчин.

Обсуждение

В группе молодых мужчин в возрасте 18-27 лет риск ВСС составляет порядка 5 случаев на 100 тысяч человек в год (The Oregon Sudden Unexpected Death

Таблица 2

Частота встречаемости ЭКГ предикторов ВСС у мужчин 18-27 лет в зависимости от возраста

предиктор	Возрастные группы (в числителе – количество ЭКГ. В знаменателе – относительная доля от всех ЭКГ возрастной группы)					Х и квадрат
	18-19 лет	20-21 лет	22-23года	24-25 лет	26-27 лет	
Количество ЭКГ относительная доля от всех ЭКГ, %	$\frac{288}{18,41}$	$\frac{272}{17,39}$	$\frac{294}{18,80}$	$\frac{432}{27,62}$	$\frac{278}{17,77}$	
Удлинение QT	$\frac{8}{2,78}$	$\frac{6}{2,21}$	$\frac{10}{3,40}$	$\frac{12}{2,78}$	$\frac{8}{2,88}$	нд
Удлинение QRS без признаков блокады ножек пучка Гиса	$\frac{12}{4,17}$	$\frac{14}{5,15}$	$\frac{18}{6,12}$	$\frac{16}{3,70}$	$\frac{16}{5,76}$	Нд
Полная блокада ПНПГ	$\frac{28}{9,72}$	$\frac{26}{9,56}$	$\frac{22}{7,48}$	$\frac{28}{6,48}$	$\frac{32}{11,51}$	Нд
Полная блокада ЛНПГ	$\frac{6}{2,08}$	$\frac{4}{1,47}$	$\frac{10}{3,40}$	$\frac{8}{1,85}$	$\frac{4}{1,44}$	Нд
Фрагментация QRS	$\frac{22}{7,64}$	$\frac{16}{5,88}$	$\frac{18}{6,12}$	$\frac{24}{5,56}$	$\frac{30}{10,79}$	Нд
Увеличение времени внутреннего отклонения V5-6	$\frac{16}{5,56}$	$\frac{14}{5,15}$	$\frac{16}{5,44}$	$\frac{10}{2,31}$	$\frac{18}{6,47}$	Нд
ПРРЖ	$\frac{136}{47,22}$	$\frac{110}{40,44}$	$\frac{70}{23,81}$	$\frac{64}{14,81}$	$\frac{42}{15,11}$	69,38,***
Альтернация Т	$\frac{6}{2,08}$	$\frac{8}{2,94}$	$\frac{8}{2,72}$	$\frac{6}{1,39}$	$\frac{6}{2,16}$	Нд
Тре	$\frac{6}{2,08}$	$\frac{4}{1,47}$	$\frac{6}{2,04}$	$\frac{8}{1,85}$	$\frac{6}{2,16}$	Нд
Укорочение QT	$\frac{0}{0,00}$	$\frac{2}{0,74}$	$\frac{0}{0,00}$	$\frac{0}{0,00}$	$\frac{0}{0,00}$	Нд
«злокачественный» ПРРЖ	$\frac{54}{18,75}$	$\frac{36}{13,24}$	$\frac{34}{11,56}$	$\frac{36}{8,33}$	$\frac{36}{12,95}$	Нд
Широкий угол между векторами QRS и T более 90градусов	$\frac{36}{12,50}$	$\frac{34}{12,50}$	$\frac{36}{12,24}$	$\frac{32}{7,41}$	$\frac{36}{12,95}$	Нд
ГЛЖ	$\frac{8}{2,78}$	$\frac{12}{4,41}$	$\frac{10}{3,40}$	$\frac{12}{2,78}$	$\frac{8}{2,88}$	Нд
ГПЖ	$\frac{18}{6,25}$	$\frac{16}{5,88}$	$\frac{20}{6,80}$	$\frac{16}{3,70}$	$\frac{18}{6,47}$	Нд

Примечание: * - достоверность критерия хи квадрат. Три знака – $p < 0,001$.



Study). Риск ВСС наиболее высок у лиц с кардиоваскулярной патологией, - гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, воспалительным поражением миокарда, кардиомиопатиями, сердечной недостаточностью с низкой систолической функцией миокарда. И соответственно, риск ВСС увеличивается с возрастом. Однако, необходимо отметить, что у большинства жертв ВСС в анамнезе не отмечается известной кардиоваскулярной патологии [6]. ВСС в большинстве случаев является смертью аритмической, в основе которой лежит ФЖ. В аспекте диагностики электрического статуса миокарда наиболее информативным методом является электрокардиография. Множество исследований предлагают различные маркеры ЭКГ в качестве предикторов ВСС.

В ходе настоящего исследования обнаружено, что различные паттерны предикторов ВСС сочетаются, отражая измененное структурно-функциональное состояние миокарда у лиц, предрасположенных к электрической нестабильности с одновременным изменением тканевой архитектуры и структурно-функционального состояния клеточных мембран кардиомиоцитов.

Так, в настоящем исследовании из 604 ЭКГ, на которых обнаружены предполагаемые предикторы ВСС, только в 18 случаях был обнаружен 1 предиктор, на остальных ЭКГ встречалась комбинация предикторов.

Риск ВСС увеличивается при наличии органической патологии миокарда и с увеличением возраста больных. С учетом этого, когорта лиц, включенных в исследование, представляет собой когорту с низким риском ВСС и в этой группе предикторная значимость паттернов, традиционно связываемых с риском ВСС является спорной. Проявление паттернов- предикторов ВСС в этой группе больных, вероятно в значительной степени связано с особенностями нейрогуморальной регуляции. И дифференцировка таких

«транзиторных» признаков и «истинных» предикторов, свидетельствующих о риске, является предметом для последующих исследований [7].

Практическим выводом, полученным в результате настоящего исследования, является следующий: выявление предикторов ВСС в процессе скрининговой ЭКГ у мужчин 18-27 лет без клинико-анамнестических признаков кардиоваскулярной патологии требует динамического контроля и модификации образа жизни с исключением чрезмерных изометрических нагрузок и коррекцией нейро-вегетативного статуса.

Таким образом, у мужчин 18-27 лет без клинико-анамнестических признаков сердечно-сосудистой патологии скрининговая ЭКГ в 38,62% случаев обнаруживает различные предикторы ВСС и их комбинации. Однако, учитывая низкую частоту ВСС в этой когорте (молодые лица без органической патологии сердца), предикторная значимость описанных находок требует дополнительного изучения.

В ходе настоящего исследования нами была принята следующая тактика: лица с ЭКГ критериями гипертрофии левого предсердия и правого желудочков (50 и 88 человек, соответственно), феноменом Бругада (в настоящем исследовании не было), удлинением и укорочением сегмента QT (44 и 2 человека, соответственно) и полной блокадой левой ножки пучка Гиса (32 человека), учитывая значимость паттерна, были облигатно включены во второй (углубленный) этап скрининга. В остальных случаях обнаруженные ЭКГ паттерны служили основанием для углубленного обследования только в случае подтверждения клинико-анамнестическими показателями.

Вывод: таким образом, у молодых практически здоровых мужчин без клинико-анамнестических признаков кардиоваскулярной патологии в 13,36% случаев обнаружены ЭКГ-паттерны, которые могут быть признаками сердечно-сосудистого риска (34,60% от всех лиц с патологическими ЭКГ-паттернами).

Список литературы:

- Здравоохранение в России. 2017: Стат. сб./Росстат. - М., 2017. - 170 с.
- Al-Khatib SM, Stevenson WG, Ackerman MJ, Bryant WJ, Callans DJ, Curtis AB, Deal BJ, Dickfeld T, Field ME, Fonarow GC, et al. 2017 AHA/ACC/HRS Guideline for Management of Patients With Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death. J Am Coll Cardiol. 2017 24390; DOI:10.1016/j. jacc.2017.10.054.
- Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. Eur Heart J 2003; 24:987.
- Ревинский А.Ш., Неминуцкий Н.М., Баталов Р.Е. и соавт. Всероссийские клинические рекомендации по контролю над риском внезапной остановки сердца и внезапной сердечной смерти, профилактике и оказанию первой помощи. 2018. Гэотар-Мед 256 с.
- Buxton AE, Calkins H, Callans DJ, et al. ACC/AHA/HRS 2006 key data elements and definitions for electrophysiological studies and procedures: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Data Standards. J Am Coll Cardiol. 2006; 48:2360-96.
- Myerberg RJ, Castellanos A. Cardiac arrest and sudden cardiac death. : Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Libby P. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 5th ed. Philadelphia, PA: W. B. Saunders Co.; 1997: 845- 884.
- Bloomfield DM, Steinman RC, Namerow PB, et al. Microvolt T-wave alternans distinguishes between patients likely and patients not likely to benefit from implanted cardiac defibrillator therapy: a solution to the Multicenter Automatic Defibrillator Implantation Trial (MADIT) II conundrum. Circulation. 2004. October 5; 110 14: 1885- 1889.



ДИНАМИКА ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ ПРИ COVID-19

Назирова М. Х.¹, Базарова С. А.²

¹Ўзбекистон Республикаси Қуролли Кучлари Ҳарбий тиббиёт академияси ҳарбий тиббиёт илмий-тадқиқот институти

²Ўзбекистон Республикаси Мудофаа вазирлиги ҳузуридаги Марказий ҳарбий клиник госпитал.

АННОТАЦИЯ

Коронавирусная инфекция — острое вирусное заболевание с преимущественным повреждением верхних дыхательных путей, вызываемое РНК-содержащим вирусом рода Betacoronavirus семейства Coronaviridae. COVID-19 - это заболевание с разной степени выраженности от бессимптомного носительства до клинически тяжелой формы вирусной пневмонии с развитием острой дыхательной недостаточности, острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС), а на поздней стадии болезни — сепсиса и септического (инфекционно-токсического) шока. Несмотря на тропизм к легочной ткани, вирус SARS-CoV-2 повреждает разные органы/системы организма человека, приводя к развитию сердечно-сосудистых, коагулопатических, почечных, гастроинтестинальных, печеночных, метаболических, двигательных, нейрокognитивных и психических расстройств, то есть к полиорганной недостаточности. Появление нового инфекционного агента определило перед специалистами здравоохранения задачи, связанные с быстрой диагностикой и своевременным оказанием медицинской помощи данной категории пациентов. В этой связи решающее значение приобретает адекватная терапия, направленная на купирование неконтролируемого процесса, индуцированного не столько вирусемией, сколько связанным с ней воспалением. В связи с этим, целью нашего исследования было изучение влияния моноклональных антител, в частности препарата «Казирививмаб + Имдевивмаб» — комбинация рекомбинантных моноклональных антител, направленных против S-белка на клиническое течение и лабораторные данные у больных с новой коронавирусной инфекцией – Covid-19.

Ключевые слова: моноклональные антитела, интерлейкин-6, Covid-19.

ANNOTATION

Coronavirus infection is an acute viral disease with primary damage to the upper respiratory tract, caused by an RNA virus of the Betacoronavirus genus of the Coronaviridae family. COVID-19 is a disease of varying severity from asymptomatic carriage to a clinically severe form of viral pneumonia with the development of acute respiratory failure, acute respiratory distress syndrome (ARDS), and in the late stages of the disease - sepsis and septic (infectious-toxic) shock. Even though this Coronavirus infection is first attached the lung tissue, the SARS-CoV-2 virus can damage various organs/systems of the human body, leading to the development of cardiovascular, coagulopathic, renal, gastrointestinal, hepatic, metabolic, motor, neurocognitive and mental disorders, these are multiple organ failure. The emergence of a new infectious agent has posed challenges for healthcare professionals related to rapid diagnosis and timely provision of medical care to this category of patients. In this regard, adequate therapy aimed at stopping the uncontrolled process, induced not so much by viremia, but by the associated inflammation, becomes crucial. The purpose of our study was to study the effect of monoclonal antibodies, in particular the drug "Casirivimab + Imdevimab" - a combination of recombinant monoclonal antibodies directed against the S-protein on the clinical course and laboratory data in patients with a new coronavirus infection – Covid-19.

Key words: monoclonal antibodies, interleukin-6, Covid-19.

АННОТАЦИЯ

Коронавирус инфекцияси-бу Coronaviridae оиласининг Betacoronavirus турига мансуб РНК вируси келтириб чиқарадиган юкори нафас йўллариинг шикастланиши билан кечувчи ўткир вирусли касалликдир. COVID-19 -бу асимптоматик ташувчидан ўткир нафас етишмовчилиги, ўткир респиратор дистресс синдроми (ОРДС) ривожланиши билан вирусли пневмониянинг клиник оғир шаклига қадар турли даражадаги хуруж ва касалликнинг кеч босқичида эса- сепсис ва септик (юкумли-токсик) шок ривожланиши билан намоён бўлади. Ўпка тўқималарига тропизмига қарамай, SARS-CoV-2 вируси инсон танасининг турли органлари/тизимларига зарар етказди, бу юрак-кон томир, коагулопатик, буйрак, ошқозон-ичак, жигар, метаболик, мотор, нейрокognитив ва руҳий касалликларнинг ривожланишига олиб келади. Янги юкумли агентнинг пайдо бўлиши соғлиқни саклаш соҳаси мутахассислари учун ушбу тоифадаги беморларга тезкор ташхис қўйиш ва ўз вақтида тиббий ёрдам кўрсатиш билан боғлиқ вазифаларни белгилаб берди. Шу муносабат билан, вирусология билан эмас, балки у билан боғлиқ яллиғланиш билан боғлиқ бўлган назоратсиз жараёни бартараф этишга қаратилган етарли терапия жуда муҳимдир. Шу муносабат билан бизнинг тадқиқотимизнинг мақсади янги коронавирус инфекцияси – Совид-19 билан оғриган беморларда моноклонал антитаналарнинг, хусусан, «Казирививмаб + Имдевивмаб» препаратининг — S-оксилига қарши қаратилган рекомбинант моноклонал антитаналарнинг клиник кечиши ва лаборатор маълумотларига таъсирини ўрганиш эди.

Калит сўзлар: моноклонал антитаналар, интерлейкин - 6, Ковид-19.



Сегодня внимание мирового сообщества обращено к одной общей распространённой проблеме — новой коронавирусной инфекции COVID-19 (Coronavirus Disease 2019), вызванной вирусом SARS-CoV-2. Первые сообщения о случаях заболевания COVID-19 появились в городе Ухань провинции Хубэй (Китайская Народная Республика) в конце декабря 2019 г. Стремительное распространение инфекции по всей территории Китая способствовало признать Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ; World Health Organisation, WHO) данную вспышку заболевания пандемией. На момент написания настоящей работы прошло три года с начала пандемии новой коронавирусной инфекции (Бойцов С.А., 2021г).

Несмотря на почти двадцатилетнюю историю патогенных CoV, методы их профилактики и лечения вызываемых ими заболеваний до сегодняшнего дня, по существу, не разработаны. В качестве одной из причин такого положения могут быть особенности патогенеза CoV-инфекции и стремительное развитие пандемии, которые могли затруднить эффективность проводимых исследований. Вспышка коронавирусной инфекции (CoV), названная COVID-19 (аббревиатура от слов COronaVirus Disease) в конце 2019 и начале 2020 года получила повсеместное распространение и затронула большинство стран мира, что послужило для Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) основанием объявить пандемию CoV [1,3]. COVID-19 характеризуется высокой контагиозностью при сравнительно невысокой летальности в пределах 1–6% [4, 5]. Как известно, первичными воротами инфекции является однослойный эпителий легочных альвеол, куда вирус может внедриться пятью разными способами [6, 16, 17]. Наиболее типичным считается связывание спайк-белка (SP) CoV с рецептором ангиотензинпревращающего фермента (ACE) [2, 8]. Кроме ACE определенное значение в процессе инвазии SARS-CoV играет CD147, известный также как, BASIGIN [11]. Наружная мембрана проникшего в эндосому вируса сливается с эндосомальной мембраной и высвобождает РНК вируса в цитоплазму, где происходит репликация вируса, сборка вирионов и целый каскад событий, сопровождающихся формированием воспалительного ответа [1, 13, 14]. Быстро реагирующими клетками, где происходит экспрессия и последующая секреция провоспалительных цитокинов, являются альвеолоциты II порядка. Наряду с секрецией IL-6, TNF α , IL-1 β , IL-8, часть альвеолярного эпителия подвергается пироптотической гибели, продукты которой поглощаются гранулоцитами, моноцитами/макрофагами. Мигрировавшие поли- и мононуклеары в свою очередь активируются на дальнейшую секрецию провоспалительных цитокинов и хемокинов; одновременно с активацией воспалительных клеток наблюдается повышение проницаемости интерстициальных капилляров, что приводит к утеч-

ке из них плазмы и формированию локального отека [16, 19]. По мере развития и распространения воспалительного процесса вирус инфицирует дендритные клетки и различные субпопуляции мононуклеарных фагоцитов. При этом создаются условия для развития вирусемии, то есть генерализации инфекции, секреция цитокинов приобретает неконтролируемый характер, и в сыворотке крови значительно возрастает концентрация IFN γ , IL-1, IL-6, IL-12, иными словами, первичная воспалительная реакция переходит в новую фазу — фазу цитокинового шторма [6, 7, 18]. Клинически это проявляется гипертермией, сухим кашлем, нарастанием дыхательной недостаточности, переходящей в острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), развиваются признаки нефропатии, а усиливающиеся гемодинамические нарушения и явления коагулопатии сопровождаются формированием диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС) [9, 10, 12, 15].

В связи с вышеуказанным решающее значение приобретает адекватная терапия, направленная на купирование неконтролируемого процесса, индуцированного не столько вирусемией, сколько связанным с ней иммунным воспалением

Из этого следует вполне определенная, на наш взгляд, гипотеза о том, что противовоспалительное лечение, в том числе направленное на подавление цитокинового шторма, для пациентов с COVID-19 может оказаться более приоритетной с позиции выживания, чем прямая терапия, направленная на элиминацию вируса. Одним из решений данной проблемы может стать использование иммуномодулирующей терапии, способной угнетать избыточные воспалительные реакции, восстанавливая таким образом гомеостатическую регуляцию нарушенных регуляторных функций [9, 19].

В связи с этим, целью нашего исследования было изучение влияния моноклональных антител, в частности препарата «Касиривимаб + Имдевивамаб» — комбинация рекомбинантных моноклональных антител, направленных против S-белка на клиническое течение и лабораторные данные у больных с новой коронавирусной инфекцией –Covid-19.

Материалы и методы

Обследовано 40 пациентов с легким и со среднетяжелым течением новой коронавирусной инфекции в возрасте от 31 до 57 лет ($44,2 \pm 5,3$ лет), с длительностью заболевания не более 3х дней. Методом случайной выборки были сформированы 2 группы. Больные основной группы (n=22), получали антиагрегантную (ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут), противовоспалительную (парацетамол 1000 мг/сут), антиоксидантную (аскорбиновая кислота 5%-10,0 мл/сут) терапию, а также комбинацию моноклональных антител, препарат «Касиривимаб 1200 мг/мл + Имдевивамаб 1200 мг/мл» в/в, капельно, однократно. Группа



сравнения ($n=18$) получала также антиагрегантную, противовоспалительную, антиоксидантную, противовирусную (Ремдесивир 100 мг по схеме) терапию в соответствии с временными стандартами по лечению новой коронавирусной инфекции Covid-19. В качестве контроля обследовано 10 практически здоровых лиц. Состояние иммунной системы оценивали до лечения и на пятый день лечения по следующим показателям: изменение содержания интерлейкина-6, прокальцитонина, ферритина, Д-димера, С-реактивного белка, витамина D в сыворотке крови и скорости оседания эритроцитов (СОЭ). Содержание интерлейкинов, прокальцитонина, витамина D и Д-димера определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа. Определение СОЭ из венозной крови проводилась по международному стандартизованному методу Вестергрена. Использовались наборы реактивов для иммуноферментного анализа цитокинов человека фирмы «Вектор - Бест» (Новосибирск). Исследование в крови ферритина проводилась методом Иммунотурбидиметрии. Содержание СРБ исследовалось общими клиническими методами. Полученные данные обработаны на персональном компьютере, в программной среде Microsoft Excel с использованием встроенного «Пакета анализа», специально предназначенного для решения статистических задач.

Результаты

Исходные данные у больных обеих групп были сопоставимы ($p>0,05$) и характеризовались достоверным увеличением содержания ИЛ-6, ферритина, СРБ, СОЭ, Д-димера в сыворотке крови больных и уменьшением количества витамина D в сыворотке крови. При этом увеличение ИЛ-6 было более выраженным

по сравнению с другими сравниваемыми показателями. Известно что, по своим свойствам ИЛ-6 относится к группе провоспалительных интерлейкинов, и способен вызывать активацию и хемотаксис лейкоцитов в ответ на инфицирование. Связь повышенного уровня ИЛ-6 в сыворотке крови у пациентов с новой коронавирусной инфекцией описывают ряд исследователей, объясняя это наличием персистирующей вирусной инфекции у данной категории больных. Полученные нами данные, соотносятся с результатами этих исследований и позволяют сделать вывод, что на ранних стадиях заболевания новой коронавирусной инфекцией, вне клинических проявлений, повышение содержания ИЛ-6 является ранним показателем начала воспалительного процесса. Эффективность лечения при включении комбинации рекомбинантных моноклональных антител - препарата «Казирививааб + Имдевивааб» клинически проявлялась отсутствием начала проявления клинических симптомов. А также у пациентов с признаками катарального воспаления верхних дыхательных путей (ринорея, першение и боль в горле), симптомы исчезали на 2-3 сутки лечения, без применения противовирусных и антибактериальных препаратов. Содержание ИЛ-6, на фоне препарата «Казирививааб + Имдевивааб» к контрольному сроку (5 дней от начала терапии) в основной группе достоверно снизилось ($p<0,05$). Изменения этих показателей в контрольной группе были не столь выражены и носили недостоверный характер (Таблица 1).

Содержание ферритина имело тенденцию к снижению. Содержание СРБ, СОЭ и Д-димера исходно на ранних стадиях заболевания имело тенденцию к повышению, но к контрольному сроку содержание этих

Таблица 1

Динамика иммунологических и клинических показателей в крови на фоне лечения.

№	Показатели	Основная группа ($n=22$)		Группа сравнения ($n=18$)		Контрольная группа ($n=10$)
		До	После	До	После	
1	ИЛ-6 (пг/мл)	14,25±2,7	9,06 ±0,8*	14,8±1,5	18,18±2,3*.*	5,2 ± 0,2
2	Ферритин (пг/мл)	590,3±8,6	436,2±9,8*	588,5±8,4	576,2±9,1*.*	152,6 ± 5,1
3	Д-димер (пг/мл)	1,16±0,02	0,27±0,01*	1,1±0,02	1,01±0,01*.*	0,33 ± 0,03
4	СРБ (мм/л)	5,6±1,7	3,1±1,5*	5,7±1,7	8,2±1,2*.*	2,76±0,3
5	СОЭ (мм/ч)	15±20	5±10	12±18	6±12	4±10
6	Витамин D (нг/мл)	4.0±8.0	18±28	7±15	20±28	30±48

Примечание:

*-уровень достоверности исходных данных $p<0,05$,

.- уровень достоверности данных между группами $p<0,05$.



показателей были в пределах нормы. Изменения этих же показателей в группе сравнения были не столь выражены и носили недостоверный характер. К тому же в группе сравнения отмечалось некоторое увеличение показателей СРБ, СОЭ и Ферритина, клинические признаки катарального воспаления верхних дыхательных путей усиливались. В связи с чем, в дополнении к лечению после 5го дня, приходилось включать антибактериальную, а также глюкокортикостероидную терапию по индивидуальным показаниям. Исследование витамина D в сыворотке крови, показало сниженные данные у большинства пациентов. Эффективность лечения при включении витамина D 5000 мг/сут. клинически проявлялась положительной динамикой на патогенетическое лечение. А также у пациентов с признаками катарального воспаления верхних дыхательных путей (ринорея, першение и боль в горле), симптомы исчезали на 2–3 сутки лечения, без применения антибактериальных препаратов.

Включение в состав комплексной терапии препарата «Казирививаиб + Имдевимаб» способствовало более раннему и достоверному снижению содержания интерлейкина-6 (Таблица 1).

При оценке клинических данных, как гипертермия, ломота, головные боли, боль в горле, в основной группе отмечалось нормализация температурной реакции уже на 2-е сутки введения моноклональных антител, боль в горле сохранялась да 3-4 х суток, ломота и головные

боли прекращались уже на 2-е и 3-е сутки. В группе сравнения, отмечалось гипертермия до 4х-5х суток, боль в горле сохранялась до 5х суток, головная боль и ломота периодически проявлялись на 4е и 5 е сутки.

Заключение

Таким образом исследование продемонстрировало, положительный эффект применения моноклональных антител на ранних стадиях заболевания, которое проявлялось отсутствием или исчезновением клинических признаков заболевания, достоверным снижением интерлейкина-6, а также тенденцией к снижению ферритина, Д-димера, СОЭ и СРБ в крови. Вышеописанные данные показывают, что моноклональные антитела реагируют мгновенно, целенаправленно срывая дальнейший каскад воспалительных реакций, также даёт возможность обходиться без применения противовирусных и антибактериальных препаратов. Показатели группы сравнения, которые к контрольному сроку продемонстрировали тенденцию к повышению лабораторных данных и сохранению некоторых симптомов интоксикации, ещё раз подтвердили эффективность применения моноклональных антител. Полученные предварительные положительные результаты диктуют необходимость дальнейшего изучения механизмов влияния моноклональных антител в комплексной терапии новой коронавирусной инфекции Covid-19 и возможности их профилактического использования.

Список литературы

1. Смирнов В.С., Тотолян Арег А. Врожденный иммунитет при коронавирусной инфекции // Инфекция и иммунитет. 2020. Т. 10, № 2. С. 259–268. [Smirnov V.S., Totolian Areg A. Innate immunity in coronavirus infection. *Infektsiya i иммунитет = Russian Journal of Infection and Immunity*, 2020, vol. 10, no. 2, pp. 259–268. doi: 10.15789/2220-7619-III-1440 (In Russ.)]
2. Соколова Т.М., Полосков В.В., Шувалов А.Н., Бурова О.С., Соколова З.А. Сигнальные TLR/RLR-механизмы иммуномодулирующего действия препаратов ингавирин и тимоген // Российский биотерапевтический журнал. 2019. Т. 18, № 1. С. 60–66. [Sokolova T.M., Poloskov V.V., Shuvalov A.N., Burova O.S., Sokolova Z.A. Signaling TLR/RLR-mechanisms of immunomodulating action of ingavirin and thymogen preparations. *Rossiiskij bioterapevticheskij zhurnal = Russian Journal of Biotherapy*, 2019, vol. 18, no. 1, pp. 60–66. doi: 10.17650/1726-9784-2019-18-1-60-66 (In Russ.)]
3. Aguiar J.A., Tremblay B.J.-M., Mansfield M.J., Woody O., Lobb B., Banerjee A., Chan-diramohan A., Tieszen N., DvorkinGheva A., Revill S., Miller M.S., Carlsten C., Organ L., Joseph C., John A., Hanson P., McManus B.M., Jenkins G., Mossman K., Ask K., Doxey A.C., Hirota J.A. Gene expression and in situ protein profiling of candidate SARS-CoV-2 receptors in human airway epithelial cells and lung tissue. *bioRxiv*, 2020: 030742. doi: 10.1101/2020.04.07.030742
4. Anastassopoulou C., Russo L., Tsakris A., Siettos C. Data-based analysis, modelling and forecasting of the COVID-19 outbreak. *PLoS One*, 2020, vol. 15, no. 3: e0230405. doi: 10.1371/journal.pone.0230405
5. Battagay M., Kuehl R., Tschudin-Sutter S., Hirsch H.H., Widmer A.F., Neher R.A. 2019-novel Coronavirus (2019-nCoV): estimating the case fatality rate — a word of caution. *Swiss Med. Wkly*, 2020, vol. 150: 20203. doi: 10.4414/sm.w.2020.20203
6. Casadevall A., Pirofski L.J. The convalescent sera option for containing COVID-19. *Clin. Invest.*, 2020, vol. 130, no. 4, pp. 1545–1548. doi: 10.1172/JCI138003
7. Chen L., Xiong J., Bao L., Shi Y. Convalescent plasma as a potential therapy for COVID-19. *Lancet. Infect. Dis.*, 2020, vol. 20, no. 4, pp. 398–400. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30141-9
8. Cowling B.J., Park M., Fang V.J., Wu P., Leung G.M., Wu J.T. Preliminary epidemiological assessment of MERS-CoV outbreak in South Korea, May to June 2015 separator commenting unavailable. *Euro Surveill.*, 2015, vol. 20, no. 25. doi: 10.2807/1560-7917. es2015.20.25.21163
8. Feldmann M., Maini R.N., Woody J.N., Holgate S.T., Winter G., Rowland M., Richards D., Hussell T. Trials of anti-tumour necrosis factor therapy for COVID-19 are urgently needed. *Lancet*, on line, 2020 April 09. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30858-8



9. Guo C., Li B., Ma H., Wang X., Cai P., Yu Q., Zhu L., Jin L., Jiang C., Fang J., Liu Q., Zong D. Zhang W., Lu Y., Li K., Gao X., Fu B., Liu L., Ma X., Weng J., Wei H., Jin T., Lin J., Qu K. Tocilizumab treatment in severe COVID-19 patients attenuates the inflammatory storm incited by monocyte centric immune interactions revealed by single-cell analysis. *bioRxiv*, 2020: 029769. doi: 10.1101/2020.04.08.029769
10. Guo Y.R., Cao Q.D., Hong Z.S., Tan Y.Y., Chen S.D., Jin H.J., Tan K.S., Wang D.Y., Yan Y. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak — an update on the status. *Mil. Med. Res.*, 2020, vol. 7, p. 11. doi: 10.1186/s40779-020-00240-0
11. Huang X., Wei F., Hu L., Wen L., Chen K. Epidemiology and clinical characteristics of COVID-19. *Arch. Iran Med.*, 2020, vol. 23, no. 4, pp. 268–271. doi: 10.34172/aim.2020.09.
12. Lai C.C., Shih T.P., Ko W.C., Tang H.J., Hsueh P.R. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): the epidemic and the challenges. *Int. J. Antimicrob. Agents.*, 2020, vol. 17: 105924. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2020.105924
13. Li X., Geng M., Peng Y., Meng L., Lu S. Molecular immune pathogenesis and diagnosis of COVID-19. *J. Pharm. Anal.*, 2020 Mar 5. doi: 10.1016/j.jpha.2020.03.001
52. Mason R.J. Pathogenesis of COVID-19 from a cell biology perspective. *Eur. Respir. J.*, 2020, vol. 55, no. 4: 2000607. doi: 10.1183/13993003.00607-2020
14. Shanmugaraj B., Siri Wattananon K., Wangkanont K., Phoolcharoen W. Perspectives on monoclonal antibody therapy as potential therapeutic intervention for Coronavirus disease-19 (COVID-19). *Asian Pac. J. Allergy Immunol.*, 2020, vol. 38, no. 1, pp. 10–18. doi: 10.12932/AP-200220-0773
15. Sohrabi C., Alsafi Z., O'Neill N., Khan M., Kerwan A., Al-Jabir A., Iosifidis C., Agha R. World health organization declares global emergency: a review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *Int. J. Surg.*, 2020, vol. 76, pp. 71–76. doi: 10.1016/j.ijssu.2020.02.034C
16. Velavan T.P., Meyer C.G. The COVID-19 epidemic. *Trop. Med. Int. Health.*, 2020, vol. 25, no.3, pp. 278–280. doi: 10.1111/tmi.13383
17. Wang C., Li W., Drabek D., Okba N.M.A., van Haperen R., Osterhaus A.D.M.E., van Kuppeveld F.J.M., Haagmans B.L., Grosveld F., Bosch B.-J. A human monoclonal antibody blocking SARS-CoV-2 infection. *Nat. Commun.*, 2020, vol. 11: 2251. doi: 10.1101/2020.03.11.987958
18. Yin S., Huang M., Li D., Tang N. Difference of coagulation features between severe pneumonia induced by SARS-CoV2 and non-SARS-CoV2. *J. Thromb. Thrombolysis*, 2020, vol. 3, pp. 1–4. doi: 10.1007/s11239-020-02105-8
19. Zhang W., Zhao Y., Zhang F., Wang Q., Li T., Liu Z., Wang J., Qin Y., Zhang X., Yan X., Zeng X., Zhang S. The use of antiinflammatory drugs in the treatment of people with severe coronavirus disease 2019 (COVID-19): the experience of clinical immunologists from China. *Clin. Immunol.*, 2020: 108393. doi: 10.1016/j.clim.2020.108393



БУЙРАК ШИКАСТЛАНИШИ БИЛАН КЕЧАДИГАН РАБДОМИОЛИЗ-ДА КЛИНИК ВА ЛАБОРАТОР МАЪЛУМОТЛАРНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ.

Нурмухамедов Х. Д.¹, Базарова С. А.²

¹Ўзбекистон Республикаси Қуролли Кучлари Ҳарбий тиббиёт академияси ҳарбий тиббиёт илмий-тадқиқот институти;

²Ўзбекистон Республикаси Мудофаа вазирлиги ҳузуридаги Марказий ҳарбий клиник госпитал

АННОТАЦИЯ

Етарлича жисмоний тайёргарликларсиз жисмоний зўриқишлар (баъзан жисмоний тайёргарликка эга шахсларда ҳам интенсив жисмоний юкламаларда) инсон организми кўндаланг-тарғил мушаклари зарарланишига ва бу ўз навбатида рабдомиолиз этиологияли тубулоинтерстициал нефрит ривожланишига олиб келади. Тубулоинтерстициал нефритда буйрак коптокчалари, интерстициясида яллиғланиш ва шиш юзага келиб ўткир буйрак шикастланишига олиб келади. Ўткир буйрак шикастланиши (ЎБШ) беморлар учун салбий оқибатларга олиб келувчи асосий омиллардан биридир.

Калит сўзлар: Рабдомиолиз, ўткир буйрак шикастланиши, тубулоинтерстициал нефрит.

АННОТАЦИЯ

Физическая нагрузка без достаточной физической подготовки (иногда даже у людей с физической подготовленностью, интенсивными физическими нагрузками) вызывает поражение поперечных мышц тела человека, а это, в свою очередь, приводит к развитию тубулоинтерстициального нефрита рабдомиолизной этиологии. При тубулоинтерстициальном нефрите воспаление и отек возникают в почечных клубочках, интерстиции и приводят к острому повреждению почек. Острое повреждение почек (ОПП) является одним из основных факторов, приводящих к неблагоприятным исходам для пациентов.

Ключевые слова: рабдомиолиз, острое повреждение почек, тубулоинтерстициальный нефрит.

ANNOTATION

Physical activity without sufficient physical training (sometimes even in people with physical fitness, intense physical activity) causes damage to the transverse muscles of the human body, and this, in turn, leads to the development of tubulointerstitial nephritis of rhabdomyolysis etiology. In tubulointerstitial nephritis, inflammation and swelling occur in the glomeruli and interstitium and lead to acute kidney injury. Acute kidney injury (AKI) is a major contributor to poor patient outcomes.

Key words: rhabdomyolysis, acute kidney injury, tubulointerstitial nephritis.

Рабдомиолиз этиологияли ЎБШнинг ривожланиш патогенези 3 та асосий механизмга бўлинади: буйрак томирлари констрикцияси; буйрак каналчаларида цилиндрлар ҳосил бўлиши; бевосита гемнинг цитотоксик таъсири [1] ва ушбу касаллик патогенезида миоглобин асосий вазифани бажаради. Буйракларда кечувчи фильтрация жараёнида миоглобин гломерулар базал мембранадан ўтиб буйрак каналчаларига йиғилади. Каналчаларда сув реобсорбцияси туфайли миоглобин концентрацияси ошади, бу эса унинг чўкишига ва цилиндрлар ҳосил бўлишига олиб келади. Ҳосил бўлган цилиндрлар каналчалар бўшлиғини обтурациясига сабаб бўлади [2]. Шу билан бирга миоглобин силлиқ мушакларнинг спазмини кучайтириб буйрак томирлари вазоконстрикциясига олиб келади, бу эса ўз навбатида сувсизланиш фонида сувнинг реобсорбциясининг ошишига ва буйрак каналчалари орқали суюқлик оқими камайишига олиб келади [3].

Охириги бир неча йиллар мобайнида ҳарбий

хизматчилар орасида рабдомиолиз этиологияли ўткир буйрак шикастланиши билан асоратланувчи ўткир тубулоинтерстициал нефрит касаллиги аниқланиши ортиб бормокда. Ҳарбий хизмат давомида ҳарбий хизматчилар жисмоний юкламаларни, баъзан эса кучли жисмоний юкламаларни бажаришига тўғри келади. Турли контингентлардаги ҳарбий хизматчиларнинг дастлабки жисмоний ҳолати ва жисмоний тайёргарлик даражаси сезиларли даражада фарқ қилиши сабабли, уларнинг баъзиларида ушбу юкламалар оқибатида мушаклар шикастланишига олиб келиши, бу эса ўз навбатида рабдомиолизга характерли клиник кўринишлари билан намоён бўлувчи ўткир буйрак шикастланиши ривожланишига сабаб бўлади.

Материал ва усуллар: тадқиқот давомида 45 та эркак жинсига мансуб, ўртача ёши 26 ± 6.5 тенг бўлган беморлар ўрганилди. Улардан, асосий гуруҳни жисмоний юкламалардан сўнг рабдомиолиз этиологияли буйрак шикастланиши белгилари мавжуд бўлган 20 та бемор ташкил қилди. Таққослаш гуруҳига эса жисмоний юкламалардан сўнг рабдомиолиз ри-



вожланган, аммо буйрак шикастланиши бўлмаган 15 нафар беморлар киритилган. Шу билан бирга назорат гуруҳига 10 та соғлом инсонлар танлаб олинган. Жисмоний юкламалар – 1000 метрга вақт оралиғида югуриш (чидамлиликини баҳолаш учун) ва 100м га қисқа вақт оралиғида югуриш (юкламали машк) белгиланган, 10 та тортилиш ҳамда белгиланган вақт оралиғида кучга йўналтирилган машклар мажмуасини топширишдан таркиб топгандир. Беморларда миопатиянинг клиник мезони сифатида мушаклар (асосан қўл ва оёқ) даги оғриқлар, кўнгил айнаши, қайт қилиш, бел (буйрак) даги оғриқлар, пешоб камайиши ва эт увушиши/ёки тана ҳароратини қисқа муддатли кўтарилиши билан намоён бўладиган клиник белгилар ажратиб олинган. Лаборатор кўрсаткичлардан рабдомиолиз ва рабдомиолиз этиологияли буйрак шикастланишини кўрсатувчи белгиларга – биокимёвий кон тахлилида миоглобин, мочевино, креатинин, қолдиқ азот кўрсаткичларини кўтарилиши, коптокчалар филтрациясининг пасайиши ҳамда умумий пешоб тахлилидаги (УПТ): нисбий зичликдаги ўзгаришлари, протеинурия, цилиндрурия, миоглобинурия олинган. Биокимёвий текшириш хулосалари Cobos 311 аппарати ёрдамида амалга оширилган (Германия). Буйрак коптокчалари филтрациясини баҳолаш 2011й да қабул қилинган ЕРІ формуласи бўйича хисобланди.

Олинган натижалар муҳокамаси: Жисмоний

юкламалардан сўнг рабдомиолиз туфайли буйрак шикастланиши кузатилган 1 гуруҳ беморларда қон плазмасидаги миоглобин кўрсаткичлари 10,5 дан 575мкг/л кўтарилиши аниқланиб бу $n=20$ та бемор ичида 80% ни ташкил қилди ($p<0.05$). Мочевина кўрсаткичи 8,7 мм/л дан 18,9 мм/л кўтарилиши аниқланиб бу $n=15$ та беморда 75% ни ташкил қилди ($p<0.05$). Креатинин кўрсаткичи 173мм/л дан 773мм/л гача кўтарилиши аниқланиб 100% ни ташкил этди ($p<0.05$). УПТ да оксил 0.033% дан 0.132% гача ташкил қилиб $n=20$ беморнинг 70% ни ташкил қилди. Цилиндрурия кўриш майдонида 0-1/1 дан 2-3/1тагача аниқланиб $n=20$ беморнинг 70% ни ташкил қилди.

Жисмоний юкламалардан сўнг рабдомиолиз ривожланиши ва буйрак шикастланишисиз кечган 2 гуруҳ беморларда мочевино, креатинин, қолдиқ азот, КФ кўрсаткичлари нормал кўрсаткичарда чегарасида бўлиб, фақат миоглобин 99,3 дан 349мкг/л гача кўтарилиши аниқланиб 100% ни ташкил этди ($p<0.05$). УПТ аҳамиятга молик ўзгаришлар аниқланмади.

Умумлаштириб таққосланганда, 1-жадвалда келтирилган кўрсаткичларни ўрганилган 1 гуруҳ беморларда мочевино (ўртача 10.8 ± 2.3), креатинин (ўртача 263.95 ± 18.9), қолдиқ азот (ўртача 4.59 ± 0.19) кўрсаткичлари 2гуруҳдаги беморлар кўрсаткичлари: мочевино (ўртача 5.42 ± 1.2), креатинин (ўртача

1-Жадвал

**ЎБШ билан ва ЎБШ сиз рабдомиолиз кечган беморлар
лаборатор тахлил натижаларини солиштириш**

№	Кўрсаткичлар	Асосий гуруҳ (n=20)	Таққослаш гуруҳи (n=15)	Назорат гуруҳи (n=10)
Қон тахлилидаги ўзгаришлар				
1	Мочевина (ммоль/л)	$10.8 \pm 2.3^*$	$5.42 \pm 1.2^*$	4.92 ± 0.20
2	Креатинин (мкмоль/л)	$263.95 \pm 18.9^*$	$100.6 \pm 5.8^*$	81.5 ± 3.7
№	Кўрсаткичлар	Асосий гуруҳ (n=20)	Таққослаш гуруҳи (n=15)	Назорат гуруҳи (n=10)
3	Қолдиқ азот (ммоль/л)	$4.59 \pm 0.19^*$	$2.51 \pm 0.6^*$	2.28 ± 0.65
4	КФ (ЕРІ)мл/л	$34.1 \pm 3.2^*$	$92.3 \pm 4.6^*$	105.6 ± 5.9
5	Миоглобин (мкг/л)	$158.12 \pm 9.7^*$	$183.88 \pm 10.5^*$	49.73 ± 1.9
Умумий пешоб тахлилидаги ўзгаришлар				
6	Зичлиги	1015 ± 2.1	1014 ± 2.0	1016 ± 2.2
7	Оксил	$0.165 \pm 0.9^*$	0	0
8	Цилиндрлар	1.1 ± 0.5	0	0
9	Миоглобин	$41.9 \pm 2.1^*$	$37 \pm 3.2^*$	19.26 ± 2.3

Изоҳ: *-гуруҳлардаги ишончлилиқ кўрсаткичи $p<0.05$



2-Жадвал

ЎБШ билан ва ЎБШ сиз кечган беморлар клиник белгилари солиштириш

№	Клиник белгилари	Асосий гуруҳ (n=20)	Таққослаш гуруҳи (n=15)	Назорат гуруҳи (n=10)
1	Мушаклардаги оғриқлар	4.45	4	2
2	Кўнгил айнаши	3	1.5	0
3	Қайт қилиш	2	0.8	0
4	Бел соҳаси (буйрак) даги оғриқлар	4.35	3.2	0
5	Пешоб камайиши	2	0	0
6	Эт увушиши/ёки тана ҳароратини кўтарилиши	1.3	0	0

100.6±5.8), қолдиқ азот (ўртача 2.513±0.6) га қараганда 2-2.5 баробарига ошганлигини кўриш мумкин. Коптокчалар фильтрацияси (КФ) эса аксинча 1гуруҳ беморларда (ўртача 34.1±3.2) 2гуруҳ беморларга нисбатан (ўртача 92.3±4.6) 2 баробардан ортиқ пасай ганлиги аниқланди. Қон плазмасидаги миоглобин кўрсаткичлари иккала гуруҳда ҳам деярли катта фарққа эга бўлмади (ўртача 1гуруҳ 158.12±9.7 ва 2гуруҳ 183.88±10.5).

2-жадвалда беморлардаги клиник белгиларнинг кузатилишига қараб 5 балли тизимда солиштирилган ҳолда ўрганилди. Унга кўра 1-гуруҳдаги ўрганилган беморларда клиник белгиларнинг кузатилиши бўйича мушаклардаги оғриқлар, бел соҳаси (буйраклар) даги оғриқлар 4.45 балли ташкил этиб, яққол намоён бўлган, кейинги клиник белгиларга кўра кўнгил айнаши ўртача 3 балли ташкил этди. Қайт қилиш ва пешоб камайиши умумий беморлар ичида 2 балли ташкил этди. Тана ҳароратини кўтарилиши/ёки эт увушиши эса 1.3 балли ташкил этди. 2-гуруҳ беморларда эса бу кўрсаткичлардан мушаклардаги

оғриқлар 4 балли ташкил этиб яққол намоён бўлди, бел соҳасидаги оғриқлар 3.2 балли, кўнгил айнаши 1.5 балли ва қайт қилиш 0.8 балли ташкил этди. Умумлаштириб айтганда 1-гуруҳ беморларда 2-гуруҳ беморларга қараганда клиник белгилар яққол ифодаланганлиги аниқланади. 2- гуруҳ беморларда асосан мушак ва бел (буйрак) соҳасидаги оғриқларнинг ифодаланганлиги аниқланди.

Хулоса: хулоса қилиб айтганда, интенсив жисмоний юкламаларни бажаришда жисмоний тайёргарликка эга бўлган ҳарбий хизматчилар орасида ҳам рабдомиолиз этиологияли ЎБШ кузатилиши кузатишмоқда. Юқоридаги келтирилган текширувларга кўра рабдомиолиз ва рабдомиолиз этиологияли ўткир буйрак шикастланиши олдини олиш мақсадида ҳарбий хизматчилар орасида рабдомиолизга олиб келувчи ҳолатларни аниқлаш, профилактика чора тадбирларини ўтказиш ҳамда жисмоний юкламаларга организмнинг чидамлилигини ошириш каби масалаларини ҳал қилиш мақсадида ушбу касалликларни янада чуқурроқ ўрганиш лозим деб билинди.

Адабиётлар рўйхати:

Rawson E.S., Clarkson P.M., Tarnopolsky M.A. Perspectives on exertional rhabdomyolysis. Sports Med. 2017; [1,2] - 47: 33–49. DOI: 10.1007/s40279-017-0689-z. PMID: 28332112.

Kwiatkowska M., Chomiczka I., Malyszko J. Rhabdomyolysis — induced acute kidney injury — an underestimated problem. Wiad. Lek. 2020; [3] - 2543–2548. PMID: 33454698.

Слободянюк О.Н., Жарский С.Л., Аввакумова И.Ю. и др. Рабдомиолиз у мужчин молодого возраста в организованном коллективе // Дальневост. мед. журнал. - 2010.

Gupta N., Nusbaum J. Points & pearls: rhabdomyolysis: evidence based management in the emergency department. Emerg Med Pract. 2020; 22 (Suppl 12): 1–2. PMID: 33259708.

Рабдомиолизда ўткир буйраклар шикастланишининг олдини олиш чора-тадбирлари. Услубий қўлланма 2023й.



СОВРЕМЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОЙСК

Расулов Улугбек Абдугафурович –
Центральный военный клинический госпиталь
Министерства обороны Республики Узбекистан

АННОТАЦИЯ

Статья посвящена исследованию современных организационных проблем системы медицинского обеспечения войск. Рассматриваются различные позиции учёных относительно выделения актуальных направлений совершенствования организации медицинского обеспечения войск на основе применения передовых медико-организационных технологий, в том числе, в аспекте эвакуационных мер, хирургической помощи на фоне увеличения частоты минно-взрывных ранений в современных вооружённых конфликтах.

Ключевые слова: медицинское обеспечение войск, военно-медицинская служба, раненные военнослужащие, боевые травмы, медико-организационные технологии, эвакуация, хирургическая помощь, минно-взрывные ранения, современные вооружённые конфликты.

ANNOTATION

The article is devoted to the study of modern organizational problems in the system of medical support for troops. Various positions of scientists are considered regarding the identification of current areas for improving the organization of medical support for troops based on the use of advanced medical and organizational technologies, including in the aspect of evacuation measures, surgical care against the backdrop of an increase in the frequency of mine-explosive injuries in modern armed conflicts.

Key words: medical support for troops, military medical service, wounded military personnel, combat injuries, medical and organizational technologies, evacuation, surgical care, mine blast wounds, modern armed conflicts.

Анализ состояния военно-медицинских служб различных стран мира, а также подходов к организации и оказанию медицинской помощи военнослужащим, в том числе хирургической помощи при минно-взрывных ранениях показывает, что армии многих стран придерживаются нескольких теоретико-методологических моделей организации систем медицинского обеспечения вооружённых сил. При этом наблюдается большое разнообразие методов, механизмов, техник, применяемых в различных военно-медицинских службах для обеспечения их эффективного функционирования. Вместе с тем, на процесс совершенствования организации военно-медицинских служб вооружённых сил в каждом конкретном государстве имеет влияние довольно широкий диапазон факторов, включая макроэкономические условия, социально-политическую среду, сочетание экономических, социальных, демографических и др. условий [5,6,9]. В связи с этим, полагается целесообразным рассмотреть различные позиции относительно организационных проблем систем медицинского обеспечения войск с учётом современных вооружённых конфликтов. Так, А.Е. Бакай, О.Г. Шекера, В.В. Стеблюк, Г.Д. Киржнер и др. опираясь на анализ литературных источников и результатов фундаментальных научных исследований, отдельных стратегий и работ государств членов и партнеров Североатлантического альянса (НАТО, Организация Североатлантического договора) по организации медицинского

обеспечения войск констатируют, что данные вопросы имеют широкий круг обсуждения и несомненно высокое практическое значение в современных условиях различных стран мира. Деятельность военно-медицинской системы для поддержания на должном уровне здоровья личного состава вооружённых сил рассматривается как важный фактор обеспечения безопасности стран Североатлантического альянса. Исходя из этого, главной миссией военно-медицинской службы выступает интегрированный, структурно и функционально связанный, укомплектованный квалифицированным персоналом и всеми необходимыми средствами орган, созданный командованием в интересах здравоохранения личного состава и повышения боеспособности войск. Обеспечение необходимого уровня медицинской готовности достигается профессиональным отбором лиц с исходной медицинской пригодностью к определённому виду военной службы, специальным тренингом, внедрением достижений науки и техники в практику военного здравоохранения. Создание интегрированной военно-медицинской системы – это более тесное взаимодействие медицинских служб всех видов вооружённых сил, повышение рентабельности и качества медицинской помощи, оказываемой по принципам последовательности и преемственности, начиная от театра боевых действий до медицинских центров, от оказания первой помощи до комплексного мониторинга состояния здоровья и боевой готовности, от



амбулаторного приема военнослужащего до высококвалифицированных медицинских услуг всем контингентам. Формирование здорового образа жизни военнослужащих, условия военного труда, сложный и напряженный характер современных вооруженных конфликтов предъявляют военнослужащему повышенные требования, которые могут быть выполнены при условии полного его физического и психического здоровья и социального благосостояния, достижение которых возможно лишь при концентрации усилий медицинской службы и командования [2,11].

На сегодняшний день минно-взрывные ранения остаются довольно актуальной проблемой, обусловленной спецификой современных военных конфликтов, а также особенностями развития средств индивидуальной защиты военнослужащих. Основываясь на вышеизложенное, совершенствование организационной структуры медицинского обеспечения войск предполагает создание структуры военно-медицинской системы, которая бы значительно больше соответствовала современным задачам, создание системы непрерывного и адекватного медицинского снабжения на базе новых ресурсов и передовых технологий. Разрабатываются усовершенствованные альтернативные аналитические модели для принятия организационных решений, расчета потребностей в кадрах и их рационального использования, потребности в медицинских учреждениях, их табельном оснащении, регулярном медицинском снабжении, автоматизации диагностического и лечебного процессов и т.п [10].

И.А. Авдей, Ю.А. Соколов, А.А. Москаленко, С.Н. Васильева, П.Д. Денисов и др. проанализировав современный опыт организации лечебно-эвакуационных мероприятий проводимых в ходе боевых действий Вооруженных Сил Российской Федерации в Украине пришли к выводам, что действия войск с обеих противоборствующих сторон характеризуются решительностью, высокой маневренностью и напряженностью, динамической обстановкой, активностью как в воздушном пространстве, так и на земле, на широком фронте, на большую глубину и в высоком темпе. В современных военных конфликтах, в частности в ходе специальной военной операции на деятельность системы медицинского обеспечения войск существенно влияет возможность одномоментного возникновения масштабных санитарных потерь военнослужащих как по всей глубине построения боевого порядка войск, так и в тылу (центре) страны. Активное, круглосуточное применение средств радиоэлектронной борьбы создают значительные препятствия в должной организации системы медицинского обеспечения войск, реализации необходимого

и своевременного снабжения, а также оперативной эвакуации раненых военнослужащих. Современная военно-медицинская практика свидетельствует, что по механизму ранения на первое место выходят минно-взрывные и осколочные ранения, что связано с широким использованием противоборствующими сторонами осколочно-фугасных боеприпасов и минных заграждений. Ведущими локализациями повреждений являются голова и конечности, что может являться свидетельством применения личным составом войск все более эффективных средств защиты головы и торса. Из опыта боевых действий в Украине и имеющихся на сегодняшний день сведений авторы выделяют, что медицинское обеспечение группировок войск Российской Федерации в ходе военной специальной операции в Украине организовано силами и средствами военных медицинских частей и подразделений соединений и воинских частей в штатах мирного времени. Эвакуация раненых и заболевших из медицинского пункта батальона осуществляется в основном по принципу «от себя» в передовые медицинские группы медицинских отрядов (специального назначения) военных клинических госпиталей, как правило сразу после оказания первичной медицинской помощи. Лечение пациентов в передовых медицинских группах медицинских отрядов не проводится, а осуществляется их дальнейшая эвакуация на этапы оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Сроки госпитализации пациентов в передовые медицинские группы медицинских отрядов, как правило, не превышают одних суток, в исключительных случаях - до трех суток. Следует отметить, что первичная медицинская документация с целью экономии времени на первичных этапах медицинской эвакуации не оформляется. Эвакуация раненых с переднего края осуществляется преимущественно бронированным санитарным транспортом. Для эвакуации раненых помимо санитарного транспорта используют весь транспорт, движущийся в попутном направлении [1,8].

По мнениям В.Я. Белого, А.В. Верба, В.А. Жавовского, опыт происходящих современных вооруженных конфликтов на Украине позволяет выделить ряд серьезных проблем в состоянии общей организации медицинского обеспечения регулярной армии, которые негативно влияют на своевременность и качество оказания медицинской помощи раненым, их эвакуацию, а также лечения в целом. В частности, полагается целесообразным выделить: недостаточность современных индивидуальных средств медицинского защиты у военнослужащих и соответствующего медицинского имущества; недостаточное количество эвакотранспортных средств, в том числе



защищенных, в медицинских подразделениях воинских частей и соединений; моральное и физическое устаревание комплектно-табельного оснащения медицинской службы. На состояние медицинского обеспечения влияет характер боевых действий, тактика воинских подразделений, которые действуют преимущественно рассредоточено, на отдельных направлениях. Формируются небольшие по численности подразделения с разнообразным подчинением, без привязки к каким-либо штатам (блокпосты, маневренные группы, ротные, батальонные и специальные тактические группы и т.д.). Особенностью происходящих вооруженных конфликтов стало широкое использование ракетно-артиллерийских систем, минно-взрывных заграждений и пр. В связи с этим в структуре санитарных потерь преобладают осколочные ранения, комбинированные травмы, а также минно-взрывные ранения. По анатомической локализации преобладают ранения конечностей, значительно увеличилось количество ранений и травм головы, преимущественно за счет минно-взрывной травмы. Наблюдается относительно небольшое количество ранений в грудь и живот, что объясняется применением средств индивидуальной защиты. В то же время такие ранения относятся к тяжелейшим и в структуре причин смерти и на госпитальном этапе занимают ведущее место [2,3,4].

Р. Каточ, С. Раджагопалан полагают, что организация лечения военных ран — это прежде всего искусство, истоки которого идут из древности, постоянно совершенствуются и адаптируются с учетом усовершенствований в стратегиях ведения войны, оружейных технологий, транспортировки и хирургических методах борьбы с повреждениями. На протяжении всей истории от болезней погибало больше солдат, чем от боевых ранений, а неправильные представления относительно наилучшего времени и способа лечения травм часто приносили больше вреда, чем пользы. Начиная с XIX века, смертность от военных ранений неуклонно снижалась по мере того, как хирурги разрабатывали системы быстрой транспортировки раненых с поля боя в прифронтовые госпитали. На протяжении всей современной войны медицинское обеспечение войск было неоднократно реорганизовано с учетом требований времени и потребностей раненых. Хотя доступные сегодня инструменты и навыки более совершенны, чем те, которыми обладали медицинские службы прошлых

столетий, миссия остается той же - постоянное совершенствование медицинского обеспечения войск [7].

Таким образом, исходя из вышеизложенного полагается целесообразным заключить, что исследование организационных вопросов систем медицинского обеспечения войск вступает одной из актуальных социально-экономических проблем, уровень научной разработки которой, на сегодняшний день, не соответствует современному развитию медицинской науки, а также практики, и требует комплексных научных исследований по повышению ее качественных параметров. Кроме того, учитывая мировые тенденции развития медицинских служб, опыт современных военных конфликтов, любая система медицинского обеспечения войск нуждается в совершенствовании на постоянной основе с применением передовых медико-организационных технологий, которые повысят качество и эффективность оказания медицинской помощи военнослужащим. При этом проблемность исследования настоящей тематики обусловлена прежде всего тем, что медицинское обеспечение войск в современных условиях относится к довольно сложной социально-экономической системе, которой свойственны динамичность, технологичность, информационность, коммуникативность, самоорганизация, постоянное развитие и обновление.

Военно-медицинская практика современных военных конфликтов показывает, что совершенства системы медицинского обеспечения войск должны проводиться с учетом общей структуры боевой травмы, в которой наблюдается устойчивый рост количества минно-взрывных ранений. Это обуславливается, с одной стороны, широким применением осколочно-фугасных боеприпасов, минных заграждений, боевых дронов и т.д., а с другой - особенностями развития средств индивидуальной защиты военнослужащих (преимущественно голова и торс). Кроме того, активное развитие и применение современных видов вооружения в ходе боевых действий, динамика условий военных конфликтов, изменяет требования к эвакуационным мерам, хирургической помощи, из-за увеличения тяжести минно-взрывных ранений, которые могут приводить к довольно длительному и осложненному течению травматической, раневой болезни, а также летальным исходам.



HARBIY XIZMATCHILAR SALOMATLIGIGA TA'SIR ETUVCHI XIZMAT SHAROITI OMILLARI VA PROFILATIKA MUAMMOLARIGA ZAMONAVIY QARASHLAR

Halimov B.X., Qutliyev J.A.,

O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlari Harbiy tibbiyot akademiyasi
harbiy tibbiyot ilmiy-tadqiqot instituti

ANNOTATSIYA

Ushbu ilmiy maqolada milliy ma'lumotlar bazalari, shuningdek, Cyberleninka, Web of Science, PubMed, Medline va Scopus kabi xalqaro ma'lumotlar bazalarida chop etilgan harbiy xizmatchilarining tibbiy ta'minoti, shuningdek, harbiy xizmatchilar salomatligiga ta'sir etuvchi xizmat sharoiti omillari va profilatika muammolariga qaratilgan ilg'or tajribalar o'rganilgan.

Tayanch so'zlar: tibbiy ta'minot, harbiy xizmatchi, tashqi muhit omillari, profilaktika.

АННОТАЦИЯ

В данной научной статье были изучены проблемы медицинского обеспечения войск, а также факторы служебной среды и вопросы профилактики, влияющие на здоровье военнослужащих, опубликованные в национальных базах данных, а также, в международных базах данных, таких как Cyberleninka, Web of Science, PubMed, Medline и Scopus.

Ключевые слова: медицинское обеспечение, военнослужащий, внешняя среда, профилактика.

ANNOTATION

This scientific article examined the problems of medical support for troops, as well as service environment factors and prevention issues affecting the health of military personnel, published in national databases, including international databases such as Cyberleninka, Web of Science, PubMed, Medline and Scopus.

Key words: medical support, military personnel, external environment, prevention.

Kirish. Tadqiqotimiz davomida biz milliy ma'lumotlar bazalari, shuningdek, turli xalqaro ma'lumotlar bazalarida harbiy xizmatchilarining tibbiy ta'minoti, shuningdek, harbiy xizmatchilar salomatligiga ta'sir etuvchi xizmat sharoiti omillari va profilatika muammolariga qaratilgan chop etilgan maqola va ilmiy tadqiqot natijalari o'rganildi.

Tadqiqot usullari. Adabiyotlar sharhi. Tadqiqot davomida ikki turdagi adabiyotlar ko'rib chiqildi: qo'llanmalar va nashr etilgan tadqiqotlar. Jumladan, 23 ta maqola va 11 ta ilmiy tadqiqot natijalari o'rganildi. Nashr etilgan tadqiqotlar PubMed qidiruv tizimi orqali mavzuga mos materiallar izlab topilib, har bir qo'llanma hujjatining tegishli bo'limlari o'rganildi.

Natijalar. Harbiy xizmatchilarning salomatlik holati mamlakatning iqtisodiy va siyosiy holati, harbiy xizmatchilarning jangovar tayyorgarlik (harbiy mehnat) sharoitlari, xizmat o'tashning geografik joylashgan joy sharoiti (iqlimi, ekologik vaziyati) va boshqa bir qancha omillarga bog'liq. Harbiy xizmatchilarning jangovar tayyorgarligi shaxsiy tarkibning jangovar vazifalarni bajarishda talab qilinadigan amaliy ko'nikmalarini va chidamlilikni oshirishga qaratilgan bir qancha yo'nalishlarda olib boriladi. Jumladan, jismoniy tayyorgarlik mashg'ulotlari harbiy xizmatchilarning jismoniy va ruhiy yuklamalarga chidamliligini oshirishi bilan birga, organizmning adaptiv qobiliyatlari va kasallikka chidamliligini oshirishga xizmat qiladi. Biroq, harbiy xizmatchilarining jismoniy tayyorgarligiga

noto'g'ri (uslubiy, tashkiliy va b.) yondashuvlar natijasida ushbu tayyorgarlik turining o'zi shaxsiy tarkib sog'lig'iga salbiy ta'sir etishini kuzatish mumkin. Jismoniy tayyorgarlikning shaxsiy tarkib sog'lig'iga ta'sirini o'rganish bo'yicha 2010 yil Y.N. Trunov, V.N. Bolexan tomonidan o'tkazilgan tadqiqotlar yakunida jismoniy tayyorgarlik davomida jismoniy yuklamalar hajmining ikki baravar (haftasiga 12 soat o'rniga 25 soat) oshirilishi natijasida muddatli harbiy xizmatchilar orasida hospitalizatsiya ko'rsatkichlarining 12% gacha (nafas a'zolari kasalliklari - 27,9-34,9%) kuzatilganligi aniqlanadi [17].

Ayrim mualliflarning tadqiqotlarida muddatli harbiy xizmatchilarning maxsus tayyorgarligi jarayoni davomida odam tayanch-harakati apparatining turli elementlariga turli chastotadagi, intensivlikdagi va kuchdagi mexanik yuklamalar doimiy ta'sir etib turadi. Harbiy xizmatchilar va sportchilarga xos bunday uzoq muddatli va zarbdor yuklamalar suyaklar va bo'g'inlar shakllanishining buzilishiga va hatto kasalliklarning rivojlanishiga olib keladi. Oyoq va qo'llarning harakat reaksiyalarining buzilishi ijtimoiy adaptatsiya mexanizmi, fiziologik funksiyalarning buzilishiga olib keladi va jarayonlarni dekompensatsiya qilish evaziga bir qancha kasalliklarning kechishiga, hatto hayot sifatiga hamda hayot davomiyligiga ta'sir ko'rsatadi [11]. Xizmat sharoiti, jangovar tayyorgarlik va vazifalarning xarakteri harbiy xizmat sharoitlarining biri bo'lib, uning sog'liqqa ham ta'siri o'ziga xosdir. Harbiy xizmatchining kundalik



faoliyati qo'shin turiga bevosita bog'liq bo'lib, faoliyat davomida xizmat xavfsizligini ta'minlash ko'ngilsiz hodisalarni (shuning evaziga kasallanish, jarohatlanish, zaharlanish va b.) oldini olishga xizmat qiladi.

Travmatizm - odamlar kagortasida ma'lum muddat davomidagi jarohatlanish va ularning oqabatlari ko'rsatkichidir. Harbiy xizmatchilar travmatizm darajasi - kasbiy faoliyat xavfsizligining asosiy ko'rsatkichidir [16].

Rossiya Federatsiyasi Qurolli kuchlari harbiy dengiz flotining muddatli harbiy xizmatchilarining travmatizm ko'rsatkichlari quruqlikdagi qo'shinlarnikiga nisbatan baland bo'lib, 2003-2019 yillarda mos ravishda $23,54 \pm 2,75\%$ va $11,23 \pm 0,96\%$ ni tashkil etadi [17].

Iqlim sharoitlarini tahlili ob-havo shaxsiy tarkib sog'lig'iga, shuningdek jangovar qobiliyatiga sezilarli ta'sir qilishini, kasalliklar (sovuq qotish, oftobdan kuyish, issiq urishi, yorug'lik oftalmiyasi, burundan qon ketish, trofik buzilishlar, ko'z, teri va shilliq qavatlarining yallig'lanishi) paydo bo'lishiga sababchisi bo'lishi mumkinligini ko'rsatadi [4].

Harbiy xizmatchilarning ovqatlanishining dunyoning har qanday armiyasida qo'shinlarini jangovarlik qobiliyatini ushlab turishga, harbiy qismlarda turg'un ijtimoiy-ruhiy holatning shakllantirishda va harbiy-kasbiy faoliyat bilan bog'liq bo'lgan kasalliklar profilaktikasida, kasallangan yoki yaralangan harbiy xizmatchilarning reabilitatsiyasidagi ahamiyatiga shakshubha yo'q [8].

Shuni ta'kidlab o'tish joizki, harbiy xizmat o'zining murakkabligi va xavfliligi jihatida inson faoliyatining eng stressogen turlaridan biri hisoblandi [12].

Stressogen holatlar bilan bog'liq bo'lgan xizmatning boshlang'ich bosqichlarida organizmning zo'riqishi harbiy xizmatchilar organizmining rezistentligiga ta'siri umumiy kasallanish va mehnatga vaqtinchalik layoqatsizlik ko'rsatkichlarining ko'tarilishi va keyingi moslashishdan keyin pasayishi bilan namoyon bo'ladi [10].

Rossiya Federatsiyasi Mudofaa vazirligida salomatlik holatiga negativ ta'sir etuvchi harbiy mehnatning quyidagi omillari farqlanadi:

Fizik: barometrik bosimning o'ynab turishi, atmosfera va kislorodning parsial bosimining pasayishi, mexanik tebranishlar va tezlanishlar, shovqin va vibratsiya, atrof-muhitning past harorati va uning keskin o'zgarib turishi, ionlanuvchi va elektromagnit nurlanishlar, ultrabinafsha nurlanishning pastligi (yo'qligi).

Kimyoviy: sun'iy gazli muhit, dvigatellar ishlab chiqarilgan gazlar kondensatlari, raketa yoqilg'isi komponentlari, yuqori toksik moddalar, kimyoviy qurollarga taalluqli toksik ximikatlar.

Biologik: I va II guruh patogenli mikroorganizmlar bilan ishlash.

Ijtimoiy-ruhiy: yuqori asab-ruhiy zo'riqish (surunkali va o'tkir stress), nisbiy sensor va ijtimoiy deprivatsiyali izolyatsiya, gipodinamiya va gipokineziya,

sutkalik biologik siklning buzilishi (uyqu va hushyorlik rejimining buzilishi) [7].

Harbiy xizmat muddatining o'zgarishi, jismoniy va jangovar tayyorgarlikning jadallashuvi, harbiy mehnat sharoitining xususiyatlarini o'zgarishi kabi omillar harbiy xizmatchilarning sog'lig'i holatiga va shaxsiy tarkibning jangovarlik qobiliyatiga har tomonlama ta'sir etadi [3].

Mualliflarning tadqiqotlarida muddatli harbiy xizmat muddatini 12 oygacha qisqartirilishi harbiy xizmatchilar ruhiy salomatligiga ijobiy ta'sir ko'rsatdi, jumladan ruhiy buzilishlar orqali harbiy xizmatdan bo'shatilishi ko'rsatkichida pasayish tendensiyasi aniqlanib, oldingilarga nisbatan 3,5 baravarga kamayishi aniqlanadi [18].

Yashashning klimatogeografik hududini o'zgarishida organizmning regulyator sistemasida atrof muhitning o'zgargan sharoitlarida adekvat hayot jarayonlarini ta'minlashga qaratilgan adaptiv qayta o'zgarishlar yuzaga keladi [6].

Sharqiy harbiy okrugda harbiy xizmatchi ayollarning harbiy xizmatdan kasalliklari orqali bo'shatilishi darajasi umumiy o'rtacha ko'rsatkichlardan 2 baravar ortiq bo'lib, uning asosiy ulushi qon aylanish va endokrin tizim kasalliklariga to'g'ri keladi. Buning asosiy sababini harbiy xizmatchilarning sharqiy kengliklar sharoitiga moslashuvining qiyinligi bilan tushuntirsa bo'ladi [13].

Rossiya Federatsiyasida oxirgi yillarda mamlakatda kechayotgan iqtisodiy inqiroz sharoitlarida Qurolli Kuchlarda qayta qurish ishlari olib borilmoqda. Inqiroz holati 1990 yillardan keyin uchuvchilar tarkibining turmush va faoliyat sharoitlarining salbiy tomonga o'zgarishga olib keldi. Natijada uchuvchilar tarkibining kasbiy tayyorgarligi, hayot tarzi va sifatida keskin o'zgarishlar yuzaga keldi [15].

Harbiy xizmatchilarning kasbiy faoliyati ko'pincha ekstremal sharoitlarda o'tadiki, ular organizmning funksional rezervining izdan chiqishiga va psixogen buzilishlarga sabab bo'lishi mumkin [1, 5].

Organizmning ichki va tashqi stimullarga hamda kasbiy omillarga mos kelmaslik reaksiyasi ekstremal kasb egalari, birinchi navbatda harbiy xizmatchilarga xos "kasbiy stress" deb baholanadi. Ushbu toifadagilarga ko'p uchraydigan ruhiy buzilishlardan biri - bu posttravmatik stress buzilishlaridir. Korreksiya qilinmasa spetsifik psixofiziologik o'zgarishlarga, hatto somatik patologiyaga olib keluvchi vegetativ regulyatsiya tizimining turli xil buzilishlari posttravmatik stress buzilishlarga xosdir. Tadqiqot natijalariga ko'ra jangovar harakatlar qatnashchilarining 30 % da posttravmatik stress buzilishlar yuzaga keladi [21].

Buyuk Britaniyaning Iroq va Afg'onistonda xizmatni o'tagan harbiy xizmatchilar salomatlik holatini tekshirishda doimiy jangovar vazifalarni bajaruvchi shaxsiy tarkib orasida yordamchi vazifalarni bajaruvchilarga nisbatan posttravmatik ruhiy buzilishlar holatlar tarqalishining ko'pligi aniqlanadi [22].

Kasbiy faoliyatning spetsifik sharoitlari har



Muallif/maqola turi	Mamlakat, yil	Tanlangan to'plam	Natijalar
Kasbiy faoliyatning mustahkamligini o'rganish			
Oden K.B. va hammualiflar / sharh	AQSH, 2015	Amerika harbiy xizmatchilari	Ekstremal holatlarda qaror qabul qilishda emotsional intellekt muhim o'rin egallaydi
Adler A.B., Williams J., McGurk D., Moss A., Bliese P.D. / original tadqiqot	AQSH, 2015	1939 nafar xafli kasb mutaxassislari	Ruhiiy turg'unlikni mashq qilish trevojnost darajasiga ta'sir qiladi (pasaytiradi), guruhdagi jipslikni va boshqalar yordamiga ishonchni oshiradi
Kasbiy stress omillari			
Castro C.C. / sharh	AQSH, 2009	Amerika harbiy xizmatchilari va dengizchilari	Mutaxassislarning fikricha stress darajasi qo'mondonlikning o'z majburiyatlarini qoniqarsiz bajarishi va etika kodeksiga rioya qilmayotganlik fikri borligi bilan bog'liq.
Van Wingen G.A. va hammualiflar / orginal tadqiqot	Niderlandiya, 2011	Afg'onistonda xalqaro tinchlikparvar kuchlar tarkibida 4 oy xizmat qilgan 33 nafar askar, nazorat guruhi -jangovar harakatlarda ishtirok etmagan 26 nafar askar	Travmatik stressga chidamlilikning fiziologik chegarasi borligi sababli jangovar stressning yuqori intensivligi asab markazlarining giper qo'zg'aluvchanligiga olib keladi
Schoenbaum M. Va hammualiflar / orginal tadqiqot	AQSH, 2014	Amerika harbiy xizmatchilari	Fuqarolarning demografik analogik populyatsiyasiga nisbatan (11,6%) ekstremal kasb mutaxassislari orasida sutsidal urinishlar soni (25,1%) ko'pligi aniqlandi
Sharma S. / original tadqiqot	Hindiston, 2015	Hindiston armiyasining 415 nafar askarlari	Xafli kasb mutaxassislari kasbiy stress omillari: kasb bo'yicha yetarlicha ma'lumotga ega emaslik, xizmat vazifalarini bajarilishini nazorati yo'qligi, rolki konfliktlar, yuqori yuklamalar (zo'riqishlar), kasbiy bosimlar, kasbiy o'zaro munosabatlarda befarqlik, ijtimoiy stress
Ma C.C. va hammualiflar / orginal tadqiqot	AQSH, 2015	27-66 yoshdagi 365 nafar politsiya ofitserlari	Kunduzgi va kechki smenalarda stress voqealar soni ko'p
Bryan C.J va hammualiflar / sharh	AQSH, 2015	Amerika harbiy xizmatchilari va veteranlari	"Qaynoq nuqtalar"da xizmat o'tash suitsidning xavf omili hisoblanadi
Ogle A.D. va hammualiflar / sharh	AQSH, 2016	Amerika veteranlari	Veteranlar orasida sutsidlar soni fuqaro aholisiga nisbatan ko'p. To'rt yildan kam xizmat qilgan veteranlarda suitsid xavfi yuqori
Upadyaya K. va hammualiflar / orginal tadqiqot	AQSH, 2016	1415 kishi (586 nafar erkak va 829 nafar ayol)	Depressiv simptomlar, kasbiy stressning yuqoriligi va emotsional "kuyishlar" mehnat samaradorligiga salbiy ta'sir etadi, hayotdan qoniqish kasbiy produktivlik bilan ijobiy bog'liq
Organizatsiya mediko-biologicheskoy pomoshi Tibbiy - biologik yordamning tashkillashtirilganligi			



Muallif/maqola turi	Mamlakat, yil	Tanlangan to'plam	Natijalar
Levitt N.G. / sharh	AQSH, 2008	Harbiy xizmatchilar va ularning oila a'zolari	Xavfli kasb mutaxassislari va ularning oila a'zolariga tibbiy va psixologik kompleks yordam ko'rsatish bo'yicha yirik muvofiqlashtiruvchi markazlar tashkil etish zarur
Shakespeare-Finch J. / sharh	Avstraliya, 2011	AQSH, Kanada, Xitoy va Avstraliyaning xavfli kasb mutaxassislari (tibbiy xodimlar va politsiyachilar)	Kasbiy faoliyat spetsifikasi amaliy tadqiqotlariga asoslangan o'qitish va reabilitatsiya kompleksi xavfli kasb mutaxassislarning ruhiy salomatligini tiklashning yuqori samarador instrumenti bo'lishi lozim
Achima A.C. / sharh	Ruminiya, 2014	Politsiya xodimlari	Kadrlardan va vaqt resurslaridan oqilona foydalanish kasbiy faoliyatga innovatsiyalarni joriy qilish bilan chambarchas bog'liq

xil qo'shin turlarida xizmat qilayotgan ayol harbiy xizmatchilarning kasallanishi ko'rsatkichlari darajasi va strukturasi aniqlab berdi. Kosmik qo'shinlardagi sensor va sensomotor profildagi operator ayol harbiy xizmatchilarda ko'rish analizatorlarining yuklamalari katta bo'lib, ko'z va uning yordamchi apparatlari kasalliklari QK bo'yicha o'rtacha ko'rsatkichdan 2,9 baravar yuqori. Bundan tashqari, ushbu toifadagi ayol harbiy xizmatchilarda suyak-mushak tizimi kasalliklari (1,8 baravar), jarohatlanish va zaharlanishlar bo'yicha (1,8 baravar) kasallanish darajasining kattaligi ularning xizmat sharoitlarida sog'lig'iga negativ ta'sir etuvchi omillarning mavjudligini isbotlaydi [15].

Qo'shinlar shaxsiy tarkibining salomatlik holatining o'zgarish tendensiyasi yuqorida ko'rsatilgan omillardan tashqari mamlakat aholisining salomatlik holatiga ham bog'liqdir. Rossiya Federatsiyasining bir qator mualliflar fikriga ko'ra, aholi kasallanishini ko'rsatkichlarning oshishi barcha nazologiyalar bo'yicha, ayniqsa yurak-qon-tomir va onkologik kasalliklar, jarohatlanish, ko'ngilsiz hodisalar va zaharlanishlar bo'yicha oshishi kuzatiladi. Mamlakatdagi ijtimoiy-iqtisodiy holatning yomonlashuviga bog'liq bo'lgan aholi salomatlik holatining bunday o'zgarishlar tendensiyasi harbiy xizmatchilar sog'lig'iga ham salbiy o'z aksini topadi [15].

Yuqorida ko'rsatilgan kasalliklarning asosiy sabablari sifatida harbiy mehnat va turmush sharoitlarining noqulay ta'sirlari, boshqa negativ ijtimoiy va psixologik omillar deb qabul qilingan. Ko'rsatilgan nozologiyalar bo'yicha kasallanishlar tahlili ularning oshish tendensiyasiga ega ekanligini va ko'proq muddatli harbiy xizmatchilarda namoyon bo'lishini ko'rsatmoqda [7].

Muddatli harbiy xizmatchilarining salomatlik holati bir qancha omillarga bog'liq bo'lib, ularning asosiylariga quyidagilar kiradi: dastlabki salomatlik holati va chaqiriqning sifati, harbiy xizmatning jozibadorligi va xizmat o'tash sharoitlari, harbiy-hisob mutaxassisligi bo'yicha to'g'ri taqsimlanishi, harbiy-kasbiy tayyorgarlikning tashil etilishi, sanitar-gigiyenik

mevorlarga rioya qilish va epidemiologik xotirjamlikni ta'minlash, tibbiy yordamning hammabopligi va uning sifati [18].

Aksariyat harbiy xizmatchilar va IIV xodimlarining xizmat-jangovar vazifalarini bajarishi psixologik rezervlarini kamayish bilan kechadi, ulardagi ijtimoiy-ruhiy buzilishlariga, shaxsga bog'liq noxush o'zgarishlariga sabab bo'ladi va oqibatda salomatlik holatlariga hamda mehnat qobiliyatlariga salbiy ta'sir qiladi [2].

Yuqoridagi noqulay omillar harakatlanish davomida tog' hududlariga moslashmagan ayrim harbiy xizmatchilarning ruhiy holatlarida o'zgarishlar, ishonchsizlikning yuzaga kelishiga sabab bo'ldi. Ayniqsa tadbirning birinchi kunlari tog'li hududda harakatlanish davomida ayrim harbiy xizmatchilarning asabiylashishi, o'zlarini yo'qotib qo'yish holatlari, kayfiyatsizlik hamda ishtahasizlik belgilari paydo bo'ldi. Bundan tashqari harakatlanishning birinchi va ikkinchi kunlari bosib o'tilgani uzoq masofadan, oyoq kiyimlarining noqulayligi sababli deyarli 80% shaxsiy tarkibning oyoq terisi shilinishi va qavarish belgilari paydo bo'ldi [20].

Alohida harbiy xizmatchilarda, ayniqsa yetarlicha tayyorgarlikka ega bo'lmagan harbiy xizmatchilarda, suyaklarning zararlanishi funksional zo'riqishlardan keyin, odatda, uzoq masofalarga marsh qilishdan va baland-pastliklar va qattiq qoplamali yo'laklar (asfalt, beton)da kross yugurishdan keyin yuzaga keladi [16].

Kursantlar, muddatli va kontrakt asosidagi harbiy xizmatchilar orasida hayotga xavf soluvchi va nogironlikka olib keluvchi yurak-qon-tomir kasalliklarining xavf omilini tarqalishida keskin farq borligi aniqlanadi. Kontrakt asosidagi harbiy xizmatchilar orasida chekish, tana vaznining yuqoriligi, arterial gipertenziya, shtabdagi harbiy xizmatchilarning faol jismoniy faollikning yo'qligi ko'proq tarqalgan. Xavf omillarining tibbiy bilimlarning pastligi bilan (o'zida qon bosimining meyoridagini bilmaslik - 46%, xolesterin miqdorini bilmaslik - 61,25, giperxolesterinli parhezga nimalar kirishini bilmaslik - 74,45%, parhez tarkibini



biladiganlar (28,53) orasida unga rioya qilmaydiganlar - 75,23%, arterial gipertenzivasi borlarning 60% nazorat uchun qon bosimini o'lchashadi, 86% AG va 20,1% YUIK bilan kasallanganlar dori ichishadi) [14].

I.V. Litvinenko va boshqa bir qator izlanuvchilar ishlarida harbiy xizmat omillarining asab tizimiga ta'siri va uning profilaktika choralarini belgilash bo'yicha ro'yxati keltirilgan [9].

Rossiya Federatsiyasi V.P. Serbskiy nomidagi psixiatriya va narkologiya federal tibbiy tadqiqot markazi mutaxassislari tomonidan xizmat faoliyatining ekstremal omillarining salomatlikka ta'siri bo'yicha umumlashtirgan ma'lumotlari diqqatga sazovordir [21].

Xavfli kasb mutaxassislari ruhiy salomatligiga xizmat faoliyatining ekstremal omillarining ta'siri bo'yicha umumlashtirilgan ma'lumotlar.

Muhokama. O'rganilgan ilmiy ma'lumotlar tahlilini tizimlashtirish davomida biz harbiy xizmatchilarning salomatligini saqlash va tibbiy ta'minotni tashkillashtirish bo'yicha ochiq ma'lumotlar bizni qiziqtirgan sohalar bo'yicha ko'proq

ma'lumotlarni yig'ish va tizimli tahlil qilishga intildik. O'rganilgan ishlarni tizimlashtirish davomida harbiy xizmatchilarning tibbiy ta'minotining shakli va tartibi qurolli kuchlarning bajarayotgan vazifalar xarakteriga, mamlakatning mudofaa ishlariga ajratilgan mablag'lari va tibbiyot ilmining rivojlanish darajasiga bog'liq bo'lib, ularning sog'lig'ini saqlashni tashkillashtirish davlat xavfsizligi manfaatidagi soha ekanligi hamda xorijiy armiyalarda ham tibbiy ta'minot mohiyati va mazmuni jihatdan o'zimizdagi tizimga yaqinligi aniqlandi.

Xulosa. Harbiy xizmat sharoitining noqulay omillari ta'siri, jismoniy va emotsional yuklamalar harbiy xizmatchilarda ruhiy buzilishlar kelib chiqish xavfini oshirishi bilan birga nafaqat diagnostik ishlar sifatini oshirishni, balki profilaktik yo'nalishdagi tashkiliy ishlarni doimiy takomillashtirishni talab etadi, shuningdek, harbiy xizmatchilarning kasallanish ko'rsatkichlariga ta'sir etuvchi omillar qatorida shaxsiy tarkibning tibbiy savodxonlik darajasi ham sezilarli ta'sirga ega deb xulosa qilish mumkin.

Adabiyotlar

1. Алиев У.С. Индивидуально-психологические характеристики представителей высшего командного состава – участников боевых действий // Вектор науки Тольяттинского гос. ун-та. Сер. Педагогика, психология. – 2019. – № 2(37). – 57–65 б.
2. Беловодова С.Е. Методы поведенческой психотерапии в медико-психологической реабилитации военнослужащих: дисс. автореф. псих.фанларига номз. 2012 й. С.Е. Беловодова.; Пятигорский государственный лингвистический университет. 3-б.
3. Борисов Д.Н. Структура и динамика заболеваемости военнослужащих Вооруженных Сил Российской Федерации в 2004-2013 гг. / Русев И.Т., Коровин Р.А., Барановский А.М. // WWW.MEDLINE.RU. 2015 й.
4. Грубеляс В.В. Влияние медико-географических условий территории Республики Беларусь на медицинское обеспечение воинских частей и подразделений / В.В. Грубеляс, С. А. Фомин // Сборник научных статей военной академии Республики Беларусь. -2018. -№34. -39-49 б.
5. Евдокимов В.И. Показатели психических расстройств офицеров Вооруженных сил Республики Беларусь (2003–2020 гг.) / В.И. Евдокимов., Д.А. Чернов // Вестник психотерапии. 2021. № 80 (85). С. 7–24.
6. Кривошеков, С.Г. Системные механизмы адаптации и компенсации / С.Г. Кривошеков, В.П. Леутин, В.Э. Диверт // Бюл. СО РАМН. – 2004. – № 2. – 148–153 б.
7. Кувшинов, К.Э. Неинфекционная заболеваемость в Вооруженных Силах / К.Э.Кувшинов, С.В.Земляков, Р.Г.Макиев, А.Г.Пастухов // Военно-медицинский журнал. -2016. -Т -337. -4-10 б.
8. Кулешов Ю.Е. Актуальные аспекты организации питания военнослужащих в вооруженных силах Республики Беларусь и армиях иностранных государств / Е.А. Кулешов, С.И. Паскровка, А.А. Родионов, Е.Л. Сименков // Сборник научных статей военной академии Республики Беларусь. -2018. -№34. -99-107 б.
9. Литвиненко И.В. Многоуровневые поражения периферической нервной системы в клинической практике военной и морской медицины / И.В. Литвиненко, С.А. Живолупов, А.Р. Булатов, Е.Э. Кузина, Е.А. Провоторов // Морская медицина. -2018. -Том 4. -№ 3. -26-35 б.
10. Мухаметжанов А.М. Оценка заболеваемости военнослужащих срочной службы / А.М. Мухаметжанов // Фундаментальные исследования. -2012. - №8. -111-115 б.
11. Омаров Г.Ж. Анализ частоты переломов напряжения большеберцовой кости среди военнослужащих / Г.Ж. Омаров, А.А. Палтушев, С.А. Панов В.И. Ионцев, В.Я. Апчел // Вестник Российской военно-медицинской академии. -2020. -№ 2(70). - 34-38 .
12. Сабиров Д.Р. Чет давлатларда харбий хизматчиларнинг психологик саломатлиги муаммо сифатида / Сабиров Д.Р. // Ўзбекистон Республикаси Қуролли Кучлари Академияси хабарлари. -2015. -№1 (16). -35-39 б.
13. Сивашенко П.П. Основные показатели состояния здоровья военнослужащих-женщин в 2008-2013 гг. // Иванов В.В., Борисов Д.Н., Барановский А.М. // Вестник Российской военно-медицинской академии: -2015 й. -№ 3 (51). -166-172 б.
14. Ступаков И.Н., Гербер В.И. Сердечно-сосудистая заболеваемость среди военнослужащих. /Ступаков И.Н. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. -2005; -4(2), 7-15 б.



15. Суин П.А. Состояние здоровья и пути совершенствования медицинского обеспечения военнослужащих авиационных частей Внутренних войск МВД России: тиб. фан. номз. дисс.: 14.00.33 / П.А. Суин. -Нижний Новгород., -2007. -205 б.
16. Талипов Х.Р. Патологическая функциональная перестройка костей нижней конечности у военнослужащих (усталостные переломы) / Х.Р. Талипов, Р.Р. Исаков // Тошкент тиббиёт академияси хузуридаги Ҳарбий-тиббиёт факультети ташкил топганининг икки йиллигига бағишланган иккинчи анъанавий илмий-амалий анжуманнинг мақолалар тўплами, Тошкент, 2014 йил 31 май / ТТА хузуридаги ҲТФ; таҳрир.: Д.Р. Сабилов [ва б.]. -ТТА хузуридаги ҲТФ, 2014 й. -147-149 б.
17. Трунов Я.Н. Эпидемиологическая оценка заболеваемости военнослужащих по призыву в условиях экстремальных физических нагрузок / Я.Н. Трунов., В.Н. Болехан // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. -2017. -№ 4. -41–50 б.
18. Чернов. Д.А. Оценка состояние здоровья военнослужащих по призыву/ Д.А. Чернов// Проблемы здоровья и экологии/Health and ecology Issues.-2021. -18(1).-5-13 б.
19. Яценко К. О. Состояние психического здоровья военнослужащих с эмоционально неустойчивым расстройством личности. / К.О. Яценко, М.М. Аксенов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. -2014. -№ 3 (84). -27-30 б.
20. Қутлиев Ж.А. Ўзбекистон Республикаси Мудофаа вазирлиги шартнома асосида ҳарбий хизматчилари организмнинг турли ўқув жанговар вазифаларни бажариш шароитларида физиологик ва мослашув имкониятларини ўрганиш. Келгусида шахсий таркибнинг моддий ва кийим-кечак таъминотини яхшилашга қаратилган тақлифларни ишлаб чиқиш / Ж.А. Қутлиев // Тошкент тиббиёт академияси хузуридаги Ҳарбий-тиббиёт факультети ташкил топганининг икки йиллигига бағишланган иккинчи анъанавий илмий-амалий анжуманнинг мақолалар тўплами, Тошкент, 2014 йил 31 май / ТТА хузуридаги ҲТФ; таҳрир.: Д.Р. Сабилов [ва б.]. -ТТА хузуридаги ҲТФ, 2014 й. -123-131 б.
21. Horesh, D. The clinical picture of late-onset PTSD: A 20-year longitudinal study of Israeli war veterans / D. Horesh [et al.] // Psychiatry research. – 2013. – Vol. 208, Iss. 3. – P. 265–273.
22. Maguen, S. Killing and latent classes of PTSD symptoms in Iraq and Afghanistan veterans / S. Maguen [et al.] // Journal of affective disorders. – 2013. – Vol. 145, Iss. 3. – P. 344–348.



АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Базарова С.А., Тураева Ф.Б.

Центральный военный клинический госпиталь при
Министерстве обороны Республики Узбекистан

АННОТАЦИЯ

Реактивный артрит (РеА) — это стерильное воспалительное заболевание опорно-двигательного аппарата, индуцированное инфекциями внесуставной локализации (прежде всего мочеполового или кишечного тракта), входящее в группу серонегативных спондилоартропатий (ССпА). Частота РеА в структуре ревматических заболеваний в различных странах мира составляет от 8 до 41%. Заболеванием чаще страдают молодые мужчины трудоспособного возраста. От своевременно поставленного диагноза зависит правильность тактики ведения и назначаемого лечения, что обеспечивает замедление прогрессирования болезни и позволяет достичь эффективного контроля над заболеванием в динамике. В обзоре приводятся современные сведения об этиологии, патогенезе, клинической картине и диагностике заболевания. Освещены вопросы медикаментозного лечения реактивного артрита.

Ключевые слова: реактивный артрит, спондилоартрит, анкилозирующий спондилоартрит.

ANNOTATION

Reactive arthritis (ReA) is a sterile inflammatory disease of the musculoskeletal system, induced by infections of extra-articular localization (primarily the genitourinary or intestinal tract), which is part of the group of seronegative spondyloarthropathies (SSpA). The frequency of ReA in the structure of rheumatic diseases in various countries of the world ranges from 8 to 41%. The disease most often affects young men of working age. The correct management tactics and prescribed treatment depend on a timely diagnosis, which slows down the progression of the disease and allows one to achieve effective control over the disease over time. The review provides current information about the etiology, pathogenesis, clinical picture and diagnosis of the disease. The issues of drug treatment of reactive arthritis are covered.

Key words: reactive arthritis, spondyloarthritis, ankylosing spondylitis

ANNOTATSIYA

Reaktiv artrit (ReA) - mushak-skelet tizimining steril yallig'lanish kasalligi bo'lib, seronegativ spondiloartropatiyalar (SSpA) guruhiga kiruvchi ekstra-artikulyar lokalizatsiya (birinchi navbatda, genitouriya yoki ichak yo'llari) infeksiyalari bilan qo'zg'atiladi. Dunyoning turli mamlakatlarida revmatik kasalliklar tarkibida ReA chastotasi 8 dan 41% gacha. Kasallik ko'pincha mehnatga layoqatli yoshdagi yoshlarga ta'sir qiladi. To'g'ri davolash taktikasi va belgilangan davolash o'z vaqtida tashxis qo'yishga bog'liq bo'lib, bu kasallikning rivojlanishini sekinlashtiradi va vaqt o'tishi bilan kasallik ustidan samarali nazoratga erishishga imkon beradi. Maqolada kasallikning etiologiyasi, patogenezi, klinik ko'rinishi va diagnostikasi haqida dolzarb ma'lumotlarni taqdim etadi. Reaktiv artritni dori vositalari bilan davolash masalalari yoritilgan.

Kalit so'zlar: reaktiv artrit, spondiloartrit, ankilozlovchi spondilit

Реактивный артрит (РеА) — это стерильное воспалительное заболевание опорно-двигательного аппарата, индуцированное инфекциями внесуставной локализации (прежде всего мочеполового или кишечного тракта), входящее в группу серонегативных спондилоартропатий (ССпА) [1, 2]. У 1–3% пациентов, перенесших хламидийную инфекцию, развивается РеА [3]. В конце XX в. впервые в биоптатах синовиальной оболочки были выявлены внутриклеточные включения *Chlamydia trachomatis*. Позднее, при внедрении в практику полимеразной цепной реакции, в синовиальной жидкости удалось определить РНК и ДНК *Ch. trachomatis*, что свидетельствовало об активном размножении микроорганизма в полости сустава [3–5]. Хламидийная инфекция наиболее часто приводит к тяжелому течению РеА с внесуставными проявлениями. Синдромокомплекс, включающий в себя уретрит, артрит, конъюнктивит,

окуло-уретро-синовиальный синдром - впервые был описан В. Brody в 1818 г., а затем французскими врачами Фиссенже и Леруа в 1916 г. Примерно в это же время Г. Рейтер описал данный синдром у немецкого солдата, и в дальнейшем данная триада получила название «синдром Рейтера». В 1953 г. впервые было описано поражение позвоночника при синдроме Рейтера [6].

Распространенность РеА относительно невысока и составляет, по данным разных исследователей, от 0,6 до 27 случаев на 100 тыс. населения в мире. Чаще РеА поражает мужчин в возрасте 20–30 лет [9], преимущественно европеоидного типа [10]. В Российской Федерации заболеваемость составляет, по разным данным, от 4,5–6 случаев до 43 на 100 тыс. населения [11, 12]. Частота встречаемости заболевания в США составляет 3,5–5 случаев на 100,000 населения [10]. РеА, ассоциированный как с мочеполовой, так



и кишечной инфекциями, встречается примерно в равных пропорциях [13]. В последние годы заболеваемость РеА имеет тенденцию к росту. Отмечается роль урогенитальных инфекций, случаи заболевания семей, рост заболеваемости среди военнослужащих [14]. Этиологическими факторами постэнтероколитического РеА следует считать иерсинии, сальмонеллы, шигеллы, хеликобактер; урогенного – хламидии, уреаплазмы. Другие формы артритов – постстрептококковый, поствирусный, артрит Лайма, по заключению экспертов Международного совещания, следует объединить термином – «артриты, связанные с инфекцией», причем в эту группу не должен входить септический, гнойный артрит. Однако целый ряд вопросов требует дальнейшего изучения. В частности, остается неполным перечень микробных агентов, инициирующих РеА. Возможно, триггерное воздействие оказывают микоплазма, клостридии и другие инфекционные агенты [4].

Обсуждается роль SARS-CoV-2 в развитии РеА [9]. В период пандемии COVID-19 был зарегистрирован ряд случаев развития острого артрита после перенесенной инфекции, которые классифицировались как РеА. Примерно в 40% случаев инфекционный возбудитель выявить не удается [8].

При исследовании механизмов патогенеза ССпА была доказана их взаимосвязь с носительством антигена HLA-B27. Он встречается у 65–80% пациентов с РеА и 95% пациентов с анкилозирующим спондилитом [3,7].

На генетическую предрасположенность указывает высокая частота обнаружения у больных человеческого лейкоцитарного антигена B27 (HLA-B27) составляющая по разным данным 20-50%. По видимому, HLA-B27 может влиять на ответ организма на инфекцию [8]. Возможно, при РеА происходит моле-

кулярная мимикрия между патогеном и генами человека. В частности, было доказано, что существует сходство между последовательностями аминокислот в белках HLA-B27 и Yersinia или Shigella, что приводит к перекрестной реактивности [10].

В 2000 году R.A. Colbert была предложена новая теория патогенеза РеА, суть которой заключается в том, что под воздействием липополисахаридов клеточной стенки причинных микроорганизмов в процессе антигенной обработки в моноцитах человека возможна неправильная «сборка» тяжелых цепей HLA-B27, что приводит к аккумуляции молекул HLA-B27 в эндоплазматической сети этих клеток [9]. Это, в свою очередь, может приводить к активации в ней стрессорных сигнальных путей. В настоящее время известны два из них. Первый – это ответ «перегруженной» эндоплазматической сети, при котором активируется нуклеарный фактор κB (NF- κB) моноцитов, следствием чего является гиперпродукция провоспалительных цитокинов, в том числе ФНО- α . Второй – это развернутый белковый ответ, который ведет к стрессовой активации генов-мишеней и киназ, участвующих в процессах фосфорелирования отдельных внутриклеточных белков, регулирующих генную экспрессию [9,24]. Вышеописанные процессы могут приводить к разрегулированию генов, отвечающих за эффективную фагоцитарную активность макрофагов, нарушению процессов элиминирования внутриклеточных бактерий, следствием чего может быть индукция иммуно-воспалительных нарушений и развитие РеА. Известно, что важную роль в эрадикации инфекционных агентов, особенно в случае с внутриклеточными бактериями, играют провоспалительные цитокины Th1 типа, такие как интерферон гамма (ИФ- α) и фактор некроза опухоли-альфа (ФНО- α). В многочисленных исследованиях было

Таблица 1.

**Критерии диагностики реактивного артрита
(International Workshop on Reactive Arthritis, Берлин) [10]**

Большие критерии	Малые критерии
1 – Артрит, соответствующий хотя бы 2-м из 3-х критериев: • асимметричный • моно- или олигоартрит • поражение суставов нижних конечностей 2 – Артриту предшествовала инфекция, соответствующая одному из критериев: • Энтерит (диарея как минимум 1 день), который случился как минимум за 3 дня и как максимум за 6 недель до развития артрита. Уретрит (дизурия или выделения из уретры), который случился как минимум за 3 дня и как максимум за 6 недель до развития артрита.	Наличие провоцирующей инфекции, о чем свидетельствует положительный посев мочи, цервикальный/уретральный мазок или посев кала Наличие персистирующей синовиальной инфекции, о чем свидетельствует положительная иммуногистология или ПЦР.
Для постановки диагноза РеА необходимо наличие 2-х больших критериев и хотя бы одного малого	



показано, что при РеА антибактериальный Th1–иммунный ответ (продукция ИФ– γ , ФНО– α , ИЛ–2 и ИЛ–12) снижен в пользу Th2–иммунного ответа (синтез ИЛ–4 и ИЛ–10) [21]. Так возникла наиболее распространенная в настоящее время гипотеза патогенеза РеА, предложенная J. Sieper (2001), в основе которой лежит дисбаланс цитокинов [25]. По мнению автора, активные мононуклеарные клетки синовиальной жидкости больных РеА переключаются на Th2–иммунный ответ с низкой продукцией ИФ– γ и ФНО– α и гиперпродукцией ИЛ–4, что способствует длительной персистенции бактерий в синовиальной оболочке и полости сустава.

Вместе с тем, несмотря на большое количество проведенных исследований, посвященных изучению механизмов развития реактивного артрита, окончательный ответ на этот вопрос до настоящего времени не сформулирован, что, естественно, отражается и на эффективности терапии данного заболевания.

Клинические проявления РеА. Реактивный артрит развивается у 1–3% больных, перенесших хламидийную инфекцию, и у 1,5–4% больных после кишечных инфекций [13,22]. Клинически заболевание проявляется поражением суставов, преимущественно нижних конечностей, возможно развитие энтезопатий и болей в нижних отделах спины. Характерно асимметричное поражение крупных (реже мелких) суставов в виде моно– или олигоартрита, «лестничный» тип поражения суставов, «сосискообразная» деформация пальцев стоп [1]. У некоторых больных наряду с артритом развивается конъюнктивит и уретрит (триада Рейтера), в более редких случаях могут развиваться и другие системные проявления, такие как ирит, изъязвления слизистой оболочки полости рта, иногда – кольцевидный баланит, кератодермия, гиперкератоз ногтей, ахиллобурсит и подошвенный фасциит, поражения сердца и нервной системы [1, 2]. Продолжительность первичных случаев РеА составляет в среднем 3–6 месяцев, однако часто клинические симптомы заболевания сохраняются до 12 месяцев и более.

При урогенитальном РеА, особенно у пациентов с синдромом Рейтера, отмечается склонность к более частому рецидивированию заболевания, что объясняется как возможностью реинфицирования, так и персистирующей хламидийной инфекцией. Рецидивы, как правило, протекают с суставным синдромом, поражением глаз, кожи, слизистых оболочек и уретритом.

Характер течения заболевания отличается большим разнообразием, у многих пациентов развивается стойкая ремиссия, вместе с тем в 12–15% случаев РеА приобретает хроническое течение [14].

Диагностика. Лабораторная диагностика. Общий анализ крови: отсутствуют специфические изменения. Возможно увеличение СОЭ, лейкоцитоз, анемия, тромбоцитоз. Биохимический анализ крови:

увеличено содержание С-реактивного белка, фибрина. Ревматоидный фактор в диагностическом титре не определяется.

Общий анализ мочи: характерны признаки воспалительного процесса (лейкоцитурия, протеинурия). Для выявления уретрита целесообразно выполнить трехстаканную пробу мочи, при этом патологические изменения наиболее четко выявляются в первой порции.

Определение антигена HLA-B27: определение антигенов системы HLA осуществляется посредством использования комплементзависимого лимфоцитотоксического теста (метод Тerasaki) или полимеразной цепной реакции. Наличие антигена HLA-B27 обнаруживается у 60% пациентов с РеА и у 80–95% пациентов с болезнью Рейтера.

Выявление ВИЧ-инфекции: все пациенты с РеА, прежде всего, ассоциированными с урогенитальной инфекцией, должны быть обследованы на ВИЧ-инфекцию. У пациентов с иммунодефицитом различного происхождения течение РеА более тяжелое и прогноз менее благоприятный.

Исследование синовиальной жидкости: характерно воспалительное изменение синовиальной жидкости, лейкоцитоз и нейтрофилез, низкая вязкость. Необходимо исследование на кристаллы мочевой кислоты, а также посев синовиальной жидкости на питательные среды для исключения септического артрита. Идентификация триггерного микроорганизма: наиболее доказательно выявление триггерной инфекции культуральным методом. Косвенными признаками доказательства наличия инфекции являются иммунологические методы (определение антител к инфекционным агентам или их антигенам), а также амплификация фрагментов нуклеиновых кислот микроорганизмов (ПЦР). Для выявления хламидийной инфекции необходимо использовать как минимум два различных метода, один из которых – ПЦР. Для доказательства роли энтеробактерий в этиологии РеА необходимо выполнить посев кала и серологические реакции (определение уровня антител в сыворотке крови) [12]. «Золотым» стандартом диагностики хламидиоза является культуральный метод.

Инструментальная диагностика. Всем пациентам проводится рентгенологическое исследование периферических суставов, позвоночника и сакроилеальных сочленений. При остром процессе рентгенологические признаки поражения суставных структур, как правило, отсутствуют. При выраженном синовите периферических суставов определяется расширение суставной щели. Весьма вероятно выявление отека мягких тканей сустава (периартрит), субэнтезального остеоита, а при длительно существующих энтезитах могут возникать субэнтезальные эрозии (эрозии в месте прикрепления к костям связок и сухожилий). При хроническом процессе формируется субхондральный склероз, периостит и пролиферация



костной ткани. Не исключается при РеА и костный эрозивный процесс, который чаще возникает в мелких суставах стоп. Характерно формирование остеофитов, пяточных шпор (остеофитов на задней или нижней поверхности пяточных костей), синдесмофитоза позвонков, параспинальных кальцинатов (оссификатов).

Лечение РеА. Комплексная терапия РеА включает применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), глюкокортикоидов (в некоторых случаях), медленно действующих болезнь-модифицирующих препаратов (базисных средств) при затяжных и хронических вариантах течения заболевания, а также биологических агентов. Отдельное место в лечении РеА занимает антибактериальная терапия.

Основными средствами «актуальной» терапии РеА являются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), которые применяются для купирования суставного синдрома (артрита, синовита, энтезита и др.). Они обладают рядом общих свойств: неспецифичность противовоспалительного эффекта, т.е. торможение воспалительных реакций независимо от их этиологических и нозологических особенностей; сочетание противовоспалительного, обезболивающего и жаропонижающего эффекта; относительно хорошая переносимость.

Терапевтический эффект НПВП реализуется через подавление продукции циклооксигеназы (ЦОГ) с последующим снижением синтеза провоспалительных простагландинов, в частности, ПГЕ₂ [3]. Все НПВП по степени ингибирования ЦОГ подразделяются на 2 группы – неселективные («классические», стандартные), в равной степени ингибирующие продукцию ЦОГ-1 и ЦОГ-2 (диклофенак, индометацин, ибупрофен и др.), и селективные (специфические) ЦОГ-2 ингибиторы – нимесулид, мелоксикам, коксибы. Больным РеА широко назначаются «стандартные» НПВП – диклофенак, ацеклофенак, кетопрофен, напроксен и др., обладающие высоким терапевтическим индексом.

При высокой активности РеА, а также недостаточной эффективности НПВП больным показано назначение пероральных глюкокортикоидов. При рефрактерности к проводимому лечению, развитии системных поражений (лихорадки, снижения массы тела, лимфоаденопатии, анемии и др.), а также при хронических формах РеА в комплексную терапию включают базисные средства – сульфасалазин 2–3 г/сут., азатиоприн 150 мг/сут., метотрексат 10–15 мг в неделю. Терапевтический эффект базисных препаратов развивается медленно и достигает максимума через 4–6 мес. непрерывной терапии [25]. В последние годы с появлением генно-инженерных биологических препаратов они начали активно назначаться больным с серонегативными спондилоартропатиями. В немногочисленных публикациях приведены сведения об эффективности инфликсимаба и у больных РеА, назначаемого при низком эффекте традицион-

ных иммуносупрессантов [10,16].

В настоящее время антибактериальная терапия назначается больным РеА с доказанной хламидийной инфекцией с учетом чувствительности причинных микроорганизмов. Применяются антибиотики тетрациклинового ряда – доксициклин по 0,3 г/сут., фторхинолоны – цiproфлоксацин – 0,5 г/сут., ломефлоксацин – 0,8 г/сут., из группы макролидов эффективен кларитромицин – 0,5 г/сут. [7]. Применение антибиотиков из группы пенициллинов при РеА хламидийной этиологии противопоказано, так как они могут способствовать переводу хламидий в L-формы, весьма устойчивые к антибактериальной терапии. При лечении урогенитальных РеА большинство исследователей отдают предпочтение длительной антибактериальной терапии (до 28 дней и более) [17, 18, 22]. Результаты многоцентровых исследований свидетельствуют о вероятной неэффективности антибактериальной терапии у больных постэнтероколитическими РеА, хотя этот вопрос нельзя считать окончательно решенным [25].

В Центральном военном госпитале нами было обследовано 30 больных в возрасте от 28 до 35 лет, у которых были жалобы на боли в коленных или голеностопных суставах (по типу моноартрит, олигоартрит). В ходе инструментальных исследований на рентгенографии и МРТ пораженных суставов, у 90% больных были выявлены признаки остеоартроза I-II стадии, а при исследовании на TORCH инфекцию были выделены антитела к хламидии и уреаплазме IgG. Носительство антигена HLA-B27 у всех исключено. Пациенты получали этиотропное (антибактериальное), противовоспалительное (нестероидные противовоспалительные препараты), хондропротекторное а также физиотерапевтическое лечение. На фоне лечения у 90% пациентов отмечалось полное выздоровление, в 10% случаев были использованы системные ГКС а также внутрисуставное введение ГКС. При изучении анамнеза заболевания у этих 10% больных, было выявлено позднее обращение, а также периодический прием нестероидных противовоспалительных препаратов без назначения врачей. Необходимо отметить, что стационарное лечение у этих пациентов было дольше чем у тех, кто своевременно обратился без самолечения. Также этим пациентом были продлены дни нетрудоспособности. Учитывая вышеописанное исследование, характер службы, частое обращение молодых военнослужащих, необходимо дальнейшее изучения ранней диагностики и лечения РеА.

Таким образом, РеА является заболеванием, которое может быть излечено при условии ранней эрадикации триггерной инфекции и адекватной противовоспалительной терапии суставного синдрома. От своевременно поставленного диагноза зависит правильность тактики ведения и назначаемого лечения, что обеспечивает замедление прогрессирования болезни и позволяет достичь эффективного контроля над заболеванием в дальнейшем.



Литература

1. Rouhin Sen; Amandeep Goyal; John A. Hurley. Обзор серонегативных спондилоартропатий. Last Update: July 18, 2022.
2. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению анкилозирующего спондилита (Болезнь Бехтерева). Москва, апрель 2018 г.
3. Насонов Е.Л. Нестероидные противовоспалительные препараты: новые аспекты применения в ревматологии и кардиологии // Русский медицинский журнал. – 2018. – Т.11, №23.
4. Sieper J, Rudwaleit M, Baraliakos X, Brandt J, Braun J, Burgos-Vargas R, Dougados M, Hermann KG, Landewé R, Maksymowich W, van der Heijde D. The Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis.* 2009 Jun;68 Suppl 2:ii1-44.
5. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, Akkoc N, Brandt J, Chou CT, Dougados M, Huang F, Gu J, Kirazli Y, Van den Bosch F, Olivieri I, Roussou E, Scarpato S, Sørensen IJ, Valle-Oñate R, Weber U, Wei J, Sieper J. The Assessment of SpondyloArthritis International Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general. *Ann Rheum Dis.* 2011 Jan;70(1):25-31.
6. Sepriano A, Landewé R, van der Heijde D, Sieper J, Akkoc N, Brandt J, Braun J, Collantes-Estevez E, Dougados M, Fitzgerald O, Huang F, Gu J, Kirazli Y, Maksymowich WP, Marzo-Ortega H, Olivieri I, Ozgocmen S, Roussou E, Scarpato S, Sørensen IJ, Valle-Oñate R, Van den Bosch F, van der Horst-Bruinsma I, Weber U, Wei J, Rudwaleit M; ASAS. Predictive validity of the ASAS classification criteria for axial and peripheral spondyloarthritis after follow-up in the ASAS cohort: a final analysis. *Ann Rheum Dis.* 2016 Jun;75(6):1034-42.
7. R.A. Colbert, Zeidler H, Hudson AP. Quo vadis reactive arthritis? *Curr Opin Rheumatol.* 2022 Jul 1;34(4):218-224.
8. Bentaleb I, Abdelghani KB, Rostom S, Amine B, Laatar A, Bahiri R. Reactive Arthritis: Update. *Curr Clin Microbiol.* 2020;7(4):124-132.
9. Pennisi M, Perdue J, Roulston T, Nicholas J, Schmidt E, Rolfs J. An overview of reactive arthritis. *JAAPA.* 2019 Jul;32(7):25-28.
10. Псориаз артропатический. Псориатический артрит. 2020г.
11. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных псориатическим артритом. Москва 2015.
12. Коротаева Т.В., Корсакова Ю.Л., Логинова Е.Ю., Губарь Е.Е., Чамурлиева М.Н. Псориатический артрит. Клинические рекомендации по диагностике и лечению. Современная ревматология. 2018;12(2):22-35.
13. Taylor W.J., Gladman D.D., Helliwell P.S. et al. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum.* 2016; 54: 2665–2673.
14. Chen L, Tsai TF. HLA-Cw6 and psoriasis. *Br J Dermatol.* 2018 Apr;178(4):854-862.
15. Owczarek W. The role of HLA-Cw6 in psoriasis and psoriatic arthritis. *Reumatologia.* 2022;60(5):303-305.
16. Queiro R, Morante I, Cabezas I, Acasuso B. HLA-B27 and psoriatic disease: a modern view of an old relationship. *Rheumatology (Oxford).* 2016 Feb;55(2):221-9.
17. Румянцева Д.Г., Дубинина Т.В., Демина А.Б., Румянцева О.А., Агафонова Е.М., Смирнов А.В., Эрдеc III.Ф. Анкилозирующий спондилит и нерентгенологический аксиальный спондилоартрит: две стадии одной болезни? Терапевтический архив. 2017;89(5):33-37.
18. Kavadiachanda CG, Geng J, Bulusu SN, Negi VS, Raghavan M. Spondyloarthritis and the Human Leukocyte Antigen (HLA)-B*27 Connection. *Front Immunol.* 2021 Mar 8;12:601518.
19. Arévalo, M., Gratacós Masmitjà, J., Moreno, M. et al. Influence of HLA-B27 on the Ankylosing Spondylitis phenotype: results from the REGISPONSER database. *Arthritis Res Ther* 20, 221 (2018).
20. А. В. Мелешкина, С. Н. Чебышева, Е. С. Жолобова, М. Н. Николаева. Сустановый синдром при хронических воспалительных заболеваниях кишечника: взгляд ревматолога. «Лечащий врач» №01 «2014» г.
21. Успенский Ю.П., Иванов С.В., Фоминых Ю.А., Гулунов З.Х. Сустановый синдром при воспалительных заболеваниях кишечника. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2022;(2):131-138.
22. И.Б. Беляева, В.И. Мазуров. Лечение артрита и спондилита при воспалительных заболеваниях кишечника: рациональные подходы и ошибки. «ЭФФЕКТИВНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ. № 1 (12)/2017
23. Bas S., Scieux C., Vischer T.L. Male sex predominance in Chlamydia trachomatis sexually acquired reactive arthritis: are women more protected by anti-chlamydia antibodies? *Ann Rheum Dis* 2019;60:605–611.
24. Carter J.D., Valeriano J., Vasey F.B. Doxycycline versus doxycycline and rifampin in undifferentiated spondyloarthropathy, with special reference to Chlamydia-induced arthritis. A prospective, randomized 9-month comparison // *J. Rheumatol.* – 2014. – Vol. 31, № 10. – P.
25. Cohen Susanne E., Bodmer Hellen C. Cytotoxic T lymphocytes recognize and lyse chondrocytes under inflammatory, but not non-inflammatory conditions. *Immunology* 2019;109:8–14.

MERGANLAR KO'RISH O'TKIRLIGIGA TA'SIR QILUVCHI OMILLAR TAHLILI

Fayziyeva D. B.

O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlari Harbiy tibbiyot akademiyasi harbiy tibbiyot
ilmiy-tadqiqot instituti

ANNOTATSIYA

Merganlar yuqori malakali harbiy mutaxassislar bo'lib, ularning faoliyati uzoq masofalarga aniq va samarali o'q otishdan iboratdir. Merganlar qo'rish o'tkirligiga ta'sir qiluvchi omillarni o'rganish orqali ushbu faoliyat samarasini oshirishning bir qator chora-tadbirlarini ishlab chiqish va amaliyotga joriy qilish muhim ahamiyatga ega. Ko'rish o'tkirligi merganlikdagi muvaffaqiyatli faoliyatning asosi hisoblanadi. Merganlar yuqori darajadagi ko'rish o'tkirligiga ega bo'lishlari shart bo'lib, shu orqali tezkor vaziyatlarda uzoq masofalardagi nishonni to'g'ri ajrata olish va to'g'ri qaror qabul qila olish faoliyatini amalga oshiradilar. Ammo merganlar ko'rish o'tkirligiga bir qancha omillar ta'sir qilish mumkin va ularni o'rganib, bartaraf qilish chora-tadbirlarini ishlab chiqish maqolaning asosiy maqsadi hisoblanadi.

Kalit so'zlar: mergan, nishon, omil, harbiy xizmatchi, qurol-yarog'.

АННОТАЦИЯ

Снайперы – это высококвалифицированные военные специалисты, задача которых – точная и эффективная стрельба на большие дистанции. Важно разработать и реализовать на практике ряд мероприятий по повышению эффективности этой деятельности путем изучения факторов, влияющих на точность снайперов. Острота зрения считается основой успешной деятельности на охоте. Снайперы должны обладать высоким уровнем остроты зрения, чтобы уметь правильно различать цель на больших дистанциях и принимать правильное решение в быстродействующих ситуациях. Однако на остроту зрения снайперов может повлиять ряд факторов, изучение которых и разработка мер по их устранению считается основной целью научной статьи.

Ключевые слова: снайпер, мишень, фактор, военнослужащий, оружие.

ANNOTATION

Snipers are highly skilled military specialists whose job is to shoot accurately and efficiently at long distances. It is important to develop and put into practice a number of measures to increase the effectiveness of this activity by studying the factors affecting snipers' accuracy. Visual acuity is considered the basis of successful activity in hunting. Snipers must have a high level of visual acuity in order to be able to correctly distinguish a target at long distances and make the right decision in fast situations. However, several factors can affect snipers' visual acuity, and studying them and developing measures to eliminate them is considered the main goal of scientific research.

Keywords: sniper, target, factor, soldier, weapon

Ma'lumki, merganlar qo'rish o'tkirligiga ta'sir qiluvchi omillar ikkita katta guruhga bo'linadi: tashqi va ichki omillar. Tadqiqotchilar bergan ma'lumotlarga ko'ra ichki omillarga jismoniy, axloqiy tayorgarlik, to'g'ri ovqatlanish, ruhiy barqarorlik kirsam, tashqi omillarga nishonni yoritilganligi, havo xarakati tezligi, havo harorati, joy tekisligi kiradi [1,8,15]. Ichki omillardan hisoblanadigan merganlar jismoniy tayyorgarligi ko'rish o'tkirligi mustahkamlanishiga xizmat qiladi. Doimiy jismoniy mashqlarni bajarish orqali harbiy xizmatchilar faoliyat avtomatizmini shakllantiradi. Kardiomashqlar va kuch talab qiluvchi mashqlar orqali organizmda qon aylanishi yaxshilanishi va ko'rish a'zolari qon tomirlariga kislorod yetkazib berilishi ta'minlanishi tadqiqotlarda isbotlangan [2,6,20]. Muallif Pronoza A.V. bergan ma'lumotlarga ko'ra harbiy xizmatchilar ovqat ratsionini antioksidantlar va vitaminlar bilan boyitish orqali qo'ruv o'tkirligini mustahkamlashga erishish mumkin [15]. Ko'rish a'zolari funksiyasini muntazam tekshirib turish, aniqrog'i tashxislashning ahamiyati bo'yicha olib borilgan tadqiqotlarda qayd qilinishicha: Ko'rish a'zolari funksiyasini tekshirish merganlarda

ko'rish o'tkirligini mustahkam ushlab turish jarayonining uzluksiz qismi hisoblanadi. Tashxislash orqali ko'rish o'tkirligi pasayishini erta aniqlash va o'z vaqtida davolash samarasi ortadi. Merganlar muntazam ravishda oftalmolog ko'rigidan o'tib turishi, tegishli tavsiyalarga amal qilib borishi shart [3,7,17].

Yuqoridagilardan kelib chiqib aytish mumkinki, merganlar uchun ko'rish o'tkirligini mustahkamlash va pasayib ketishini oldini olishda bir qancha omillar ta'sirini e'tiborga olish zarur. Jismoniy tayyorgarlik, ratsional ovqatlanish, muntazam tekshiruvdan o'tib turish orqali samarali natijaga erishish mumkin. Tadqiqotlarda o'rganilganligiga ko'ra aytish mumkinki, harbiy kadrlarni tayyorlashda merganlik o'ziga xos tayyorgarlikni talab qiladi. Bunda faol dinamik mushak faoliyati yo'q, ammo inson harakatlarida aniqlikni talab qilishi bilan tavsiflanadi. Biroq, amaliyotda qurolni takroriy ko'tarish va ushlab turish (uning vazni 1 dan 8 kg gacha) harbiy xizmatchining tayanch-harakat tizimining ma'lum statik stresslarini keltirib chiqaradi [3,9,11]. Statik stresslarning ustunligi hech qanday tarzda otishmalarning umumiy, ko'p qirrali jismoniy tayyorgarligiga qo'yiladigan



talablarni kamaytirmaydi. Mashqlarda bir qator neyropsixik qobiliyatlarni yuqori darajada rivojlantirish kerak. Harbiy xizmatchi merganligining muvaffaqiyati to'g'ridan-to'g'ri jangchining aniq sensomotor nazorat qilish qobiliyatiga, diqqatni chuqur jamlashiga, vizual analizatorning aniq ishlashiga va umuman mas'uliyatli janglarda emosional stress holatida bo'lmashligiga bog'liq. Xuddi shu turdagi harakatlarning takrorlanishi monotonlik hodisasining rivojlanishiga, fiziologik funksiyalardagi salbiy o'zgarishlar, yoqimsiz sub'ektiv hislar, tez rivojlanayotgan charchoqqa –stressga olib keladi.

Stress – bu organizmning tashqi muhit omiliga fiziologik va ruhiy javob reaksiyasidir. Stressning bir qancha turlari mavjud, bular, jismoniy, hissiy, psixologik yoki ruhiy stresslardir [5,12,14,18]. Merganlarda stress holatining o'ziga xosligi shundaki, unga olib keluvchi omillarga uzoq kutish, o'z harakatlari va qarorlari uchun yuqori mas'uliyat va o'limga olib keluvchi nishonga qaratilgan o'qning otilishi kiradi. Ushbu omillar merganlarda kuchli stress holatini va ruhiy barqarorlikni izidan chiqishini keltirib chiqaradi, hamda harbiylarda jismoniy va ruhiy zo'riqishga sabab bo'ladi. Stress natijasidagi jismoniy zo'riqishda merganlarda harakatlar koordinatsiyasi buziladi, natijada nishonni to'g'ri belgilab olish imkoni yo'qotiladi va kuchli toliqishga sabab bo'ladi [4,10,13]. Ruhiy zo'riqish natijasida esa merganlarda kuchli hayajonlanish, sarosimaga tushish, diqqat jamlanishini buzilishi va to'g'ri qaror qabul qila olmaslik yuzaga keladi.

Merganlikda nishon aniqligiga ta'sir qiluvchi turli sabablar orasida harbiy xizmatchining ichki psixologik tayyorgarligi bilan bog'liq sabablar muhim o'rin tutadi. Bu harbiy xizmatchining individual, intellektual va psixologik faoliyati natijasidir. Biroq, bu natijaga odatda tashqi ta'sirlar ham ta'sir qiladi [2,16,19].

Ichki psixologik tayyorgarlik - bu o'z kuchiga ishonmaslik, raqiblardan qo'rqish hissini engib o'tishga yo'naltirilgan bo'ladi. Harbiy xizmatchi mashqlar davomida turli qiyinchiliklar va xatoliklarga duch keladi, ularni engib o'tishni o'rganadi, buning natijasida irodaviylik va o'ziga ishonch shakllanadi. O'zining hozirgi imkoniyatlarini doimiy his qilish aynan shu qobiliyatlarni amalga oshirishga, psixologik ishonchni shakllantirishga yordam berishi kerak. Ijodiy hissiyot va sovuq mulohazakorlik eng ishonchli natijani berishi mumkin [7,21].

O'z mahorat darajasini to'g'ri his qilish, shuningdek, hissiy va oqilona harakatlar o'rtasidagi chegaralar, zarur psixologik kayfiyatni ta'minlaydi va shunga mos ravishda ishonchli ishlash uchun maqbul ichki psixologik holatni shakllantiradi. Haqiqatan ham erishiladigan maqsadlarni to'g'ri belgilash psixologik tayyorgarlikning hal qiluvchi qismidir. Agar harbiy xizmatchi o'z holatini noto'g'ri his qilsa, uni haddan tashqari ortiq baholaydi yoki ishonchsizlikda bo'ladi va muqarrar ravishda keyingi «muvaffaqiyatsizlik» uchun asos yaratadi [5,12,17].

Ishonchsizlik - o'z imkoniyatlarini devalvasiya qilish yo'nalishi bo'lsa, mag'rurlik harbiy xizmatchining o'z imkoniyatlarini haddan tashqari ortiq deb ifoda etish yoki befarqligida namoyon bo'lishi mumkin. Harbiy xizmatchi o'z his-tuyg'ularini tartibga sola bilishi kerak, chunki jang natijasi shunga bog'liqdir. Mergan psixologik jihatdan qanchalik barqaror bo'lsa, u masofadan kamroq xato qiladi. Odatdagi mashqlarni bajarish janglar oldidan texnik va taktik mashqlar hissiyotlarga foydali ta'sir ko'rsatadi. Ushbu mashqlar katta e'tibor talab qiladigan juda murakkab bo'lishi kerak va shuni bilan merganlarni yomon o'ylardan chalg'itadi.

Maxsus psixologik «tayyorlash» kelgusi harakatlar uchun jumladan, alohida mashqlar va eng asosiysi jang uchun katta ahamiyatga ega. Maqsadlarning aniq bayoni, etarli ma'lumot va ishlab chiqilgan harakatlar rejasi ishonchsizlikni kamaytiradi [14,20]. Harbiy xizmatchilarni merganlikka tayyorlashda ideomotor mashqlar deb ataladigan mashqlarni kiritish foydalidir. Ideomotor mashqlar - bu jang maydonida mergan harakatlarini tasavvur qilish bo'lib, ruhiy tayyorgarlik samarasini oshiradi. Imkoni boricha batafsil tasavvur qilishga intilish kerak. Oldindan boshlangan hayajon aqliy faoliyatni «xiralashtirmasligi» uchun harbiy xizmatchilarni mashg'ulotlarda ideomotor mashqlarni bajarishga o'rgatish kerak [9,14,18].

Hissiy holatlarni tartibga solishning yana bir asosiy usuli bu o'z-o'zini boshqarishdir. Har bir mergan o'z-o'zini boshqarishni ham mashq qilib borishi kerak. O'z-o'zini boshqara bilish faqat merganlar uchungina emas, balki barcha shaxslar uchun ham katta ahamiyatga ega, faqat ta'kidlash joizki, harbiy xizmatchilarda bu faoliyatni shakllantirish mashqlari individual bo'lishi kerak, chunki har bir harbiy uchun emosional qo'zg'alishning optimal darajasi o'ziga xos bo'ladi [1,11].

Axloqiy va irodaviy tayyorgarlikning vazifasi maqsadga muvofiqlikdan iboratdir. Harbiy xizmatchining axloqiy va irodaviy fazilatlarini, xarakter xususiyatlarini shakllantirish bu unga, bir tomondan, jang maydonidagi va undan tashqari holatlarni uyg'unlashtirishga va boshqa tomondan, musobaqalarda uning maxsus mahorat va qobiliyatini muvaffaqiyatli amalga oshirish uchun imkon beradi. Raqobatchilik muhitida qiyinchiliklar va muammolar doimo paydo bo'ladi, ularni engish va hal qilish fe'l-atvorni mustahkamlaydi. Mashqlarni takomillashtirishning mohiyati chetlab o'tishni emas, balki katta kuch va iroda bilan yuzaga keladigan qiyinchiliklarni ongli ravishda engib o'tishni talab qiladi [2,10,16,20]. Asosiy irodaviy fazilatlar orasida maqsadlilik, tashabbuskorlik, qat'iyatlilik, o'zini tuta bilish va jasoratni alohida ta'kidlash mumkin. Yuqorida ta'kidlab o'tilganidek, muntazam mashqlar irodani tarbiyalash uchun cheksiz imkoniyatlar yaratadi. Masalan, qat'iyat mashqlar orqali o'zlashtirish jarayonida rivojlanadi. Qat'iylik va qat'iyatlilik mashg'ulotlar paytida va musobaqalarda, ayniqsa noqulay sharoitlarda charchoqni muntazam ravishda engib o'tish natijasidir.



O'z-o'zini nazorat qilish, mas'uliyatli musobaqalarda qattiq raqobat muhitida tarbiyalanadi, agar kerak bo'lsa, qilingan xatolarni zudlik bilan tuzatiladi [8,19].

Jahon Sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra, barcha kasalliklarning 45% stress bilan bog'liqdir va ba'zi bir tadqiqotchilar, bu ko'rsatkich 2 baravar ko'p deb ta'kidlaydilar. 2000-yillarda o'tkazilgan tadqiqotlarga ko'ra, poliklinikaga tashrif buyuruvchilarning 30-50% deyarli sog'lom odamlardir, ular faqat hissiy holatini yaxshilashga muhtoj bemorlardir. Iqtisodiy rivojlangan va nisbatan barqaror mamlakatlarida stress holatlari yanada ko'proq qayd qilinadi. Masalan, amerikalik tadqiqotchilar bergan ma'lumotlarga ko'ra Yapon o'qituvchilarining taxminan 40%, buyuk Britaniya ishchilarining beshdan bir qismi va AQSh ishchilarining 45% stressdan aziyat chekmoqda. Shu bilan birga, kanadalik fiziolog, stress bo'yicha tadqiqotlar muallifi Xans Sele, ruhiy zo'riqish foydali bo'lishi va tananing kuchini oshirishi mumkinligini aniqladi, hatto uni «hayotning kundalik ovqatiga achchiq ziravor» deb atadi, faqat ma'lum sharoitlarda stress patogen bo'lib qoladi, deb ta'kidlaydi. Shifokorlar o'z faoliyati davomida, ehtimol, bemorlari orasida doimiy ko'p stresslarga qaramay, sog'lig'i, quvnoqligi va sezgirligini saqlaydiganlarni aniqlashlari mumkindir. Shu bilan birga, stressdan qochishi va stressiz yashashiga qaramay og'riqli va ishonchsiz bo'lgan bemorlar ham aniqlanadi. Stress - bu adaptiv qobiliyat psixika va tananing adaptiv resurslarini faollashtirish va qayta qurishga olib keladigan odamga ta'sir qiladigan, yukning kattaligiga mos kelmaydigan kuchlanish holatida sodir bo'ladi. Stress tanadagi va shaxsiyatdagi ko'plab o'zgarishlar bilan tavsiflanadi. Stressning etakchi psixologik xususiyati kuchlanishdir. Kuchlanish ko'pchilikda faoliyat intensivligining o'zgarishi bilan birga kechadi. Ilmiy tadqiqotlari natijasida Xans Sele stressni eustressga – «yaxshi», konstruktiv va distressga – «zararli» ajratdi. Eustress faoliyatga ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Xafagarchilik shaxsning tanasida halokatli oqibatlariga olib keladi [2,11,18]. Distress moslanuvchanlikni faollashtiradi, ammo inson aqliy va ruhiy rivojlanishini susaytiradi, natijada yaqin va uzoq kelajak uchun maqsadlarni amalga oshirishga to'sqinlik qiladi. Kuchli toliqishga ham olib kelishi mumkin. Stressni yana qisqa muddatli va uzoq davom etuvchi (surunkali) turlari tafovut qilinadi. Stressning belgilari quyidagilarni o'z ichiga oladi. Tanadagi o'zgarishlar: yurak urishlari sonining ortishi, yuzaki nafas, nafas ritmining ortishi, yuz, bo'yin terisining qizarishi yoki aksincha oqarishi, kaftning terlashi, so'lak va ter bezlari faoliyatining kuchayishi. Xatti-harakatdagi belgilar: yuz va bo'yin mimikasining, ovoz kuchi va tembrining, xarakatlar koordinasiyasi va kuchining o'zgarishi. Lablarni qimtitish, chaynov muskullarining taranglashtirish, mahzun va sarosimali qarash, noma'lum vaziyatga tushib qolishlik va jiddiy xavf holatidagi qiyofa [13,16].

Stressni profilaktika qilish usullari ko'rib chiqishda

bir qancha omillarga ahamiyat berish kerak. Turmush tarzi inson hayotining erta tongdan to tungacha bo'lgan hayot faoliyatidir. Turmush tarzining faol va relaksasion tarkibiy qismlariga kun tartibining to'g'ri tashkillanganligi, ovqatlanish rejimi, harakat faolligi, dam olish va uyqu sifati, atrofdagilar bilan munosabati, stressga bo'lgan javob reaksiyasi va boshqalar kiradi. Aynan shaxsning o'zi hayot tarzini qanday bo'lishini belgilaydi va u sog'lom, faol yoki nosog'lom va passiv bo'lishi mumkin. Shuni ta'kidlash joizki harbiy xizmatchi ongli ravishda o'z organizmida yuz berayotgan u yoki bu jarayonlarni boshqarishi mumkin, bunday qobiliyatga autoregulyasiya deb nomlanadi. Stress profilaktikasida quyidagi uchta usullar katta ahamiyatga ega: kun tartibini «stressga qarshi qayta qurish», o'tkir stress holatida birinchi yordam, va shaxsiy stress autotahlili. Shu uchchala usulni qo'llash imkoni barcha uchun mavjud bo'lib, harbiy xizmatchilarni ularni qo'llay bilishga yo'naltirish zarur [4,10,13].

Stressga chidamlilikni rivojlantirishda harbiy xizmatchilar faoliyatida turli vaziyatlarda ruhiy chidamlilikni orttirishga katta talab qo'yiladi. Ruhiy chidamlilikni oshirish bir biriga chambarchas bog'liq bo'lgan jismoniy va aqliy sifatlarni shakllantirilgandagina amalga oshadi. Ta'kidlash joizki, jismoniy tarbiya nazariyotida jismoniy va ruhiy chidamlilikni orttirish usullari etarlicha ishlab chiqilmagan. Shu bilan birga yuqori ehtimollik bilan aytish mumkinki, inson harakatlari faoliyatining ijobiy tomonlari juda yuqori. Harbiy xizmatchilar oliy maktabida bakalavr, magistr mutaxassislarni tayyorlashda kasbiy mahoratni shakllantirish eng murakkab mezon bo'lib xizmat qiladi. Bo'lajak etuk harbiy xizmatchilarni tayyorlashda stressga chidamlilikni shakllantirish eng zaruriy mezonlardan biri hisoblanadi. Stressga chidamlilikni shakllantirish metodikasining maqsadi oddiy, samarali, turli vaziyatlarda, jumladan nishonni to'g'ri belgilay olish va bartaraf qilishda stressga chidamlilikni oshirish mashqlarni ishlab chiqishga qaratilgan. Ushbu muammo echimini ishlab chiqishda merganlar maxsus jismoniy tayyorgarlik usul va vositalari ishlab chiqilgan [6]. Barchaga ma'lumki, autotrening mashqlarni bajargan harbiy xizmatchilar yuqori natijalarga erishganlar. Sportning barcha turlarida sportchilar muvaffaqiyati nafaqat mashqlarni mukammal bajarish sifati, balki turli vaziyatlarda o'zini tuta bilish, musobaqalarda murakkab ruhiy zo'riqishlarni boshqara olish, xususiyati xisobiga amalga oshirilgan. Tajribada 19-20 yoshdagi harbiy xizmatchi oliy o'quv yurti talabalari ishtirok etganlar, ularga merganlikda nishonni aniqlash va otish bo'yicha jarayonni nazariy ishlab chiqish va asoslash topshirig'i berilgan. Ushbu dastur 4 blokdan (komponent) iborat:

-jismoniy – asosiy jismoniy sifatlarni rivojlantirishi bilan xarakterlanadi;

-funksional – harakat faoliyatida nerv-mushak apparatini rivojlantirishni belgilab beradi;

-ruhiy – harakat faoliyatida ruhiy-psixik



ko'nikmalarni shakllanganlik darajasini xarakterlaydi;

-texnik – turli sharoitlarda maxsus ko'nikmalar joriy holatdagi darajasini, merganlik harakat ko'nikmalarini bilish darajasini belgilab beradi [4,6,7].

Biroq jismoniy tarbiyadagi shu kungacha mavjud bo'lgan hissiy va samarali usullar eskirganligini ko'rsatmoqda. Tajribaviy kompleks tarkibiga merganlik tayyorlash mashqlari asosida mavjud bo'lgan jismoniy va hissiy chidamlilikni o'rtirishga yo'naltirilgan maxsus mashqlar kiritilgan. Bularga bo'shashtiruvchi, harakat reaksiyasi tezkorligi, tana turli qismlarining harakatlarini muvofiqlashtiruvchi, vaqtga ko'ra nishon aniqligini belgilashga xizmat qiluvchi, kuch va quvvatni rivojlantiruvchi vibrasion trenajyorda yuqori yurak ritmi kabi qaltirashni imitatsiyalovchi holatda qurolni ishlata bilish ko'nikmasini shakllantiruvchi mashqlar kiradi. Jismoniy va ruhiy chidamlilikni o'rtirish maqsadida mashqlarni ko'zni ochgan va yumgan holatda bajariladi. Tana va qad –qomat koordinasion va nozik harakatlarning morfofunktsional va ruhiy asosi bo'lib, merganni vintovkadan o'q otish sifati va samaradorligini belgilab beradi. Biroq shuni aytish joizki, mavjud bo'lgan metodikalar bu talabalarga javob bermaganligi sababli, stress holatida, istalgan harakat faoliyati mobaynida, oddiy va mobil, qurol ushlab turish barqarorligini to'g'ri va ideal o'q otish texnikasini ta'minlab beruvchi, tanani boshqara olish metodikasini ishlab chiqishga asos bo'ldi [6,18].

Merganlarda stress holatini bartaraf qilishni ta'minlab beruvchi bir qancha metodikalar mavjud. Unga ruhiy tayyorgarlik, taranglikni bartaraf etuvchi, relaksasiya va meditasiya mashqlarini o'z ichiga olgan usullar kiradi. Yuqoridagilardan ko'rinib turibdiki, stress merganlar faoliyatidagi ajralmas qism bo'lib, u snayperlarning jismoniy va ruhiy holatiga jiddiy ta'sir ko'rsatadi. Merganlar faoliyati samaradorligini oshirish va xavsizligini ta'minlash uchun stressni baholay bilish va boshqara olish asosiy vazifa bo'lib hisoblanadi. Shuning uchun stressni bartaraf qilish usullarini ishlab chiqish va qo'llash merganlar faoliyati muvaffaqiyatini ta'minlash uchun asos bo'lib xizmat qiladi [7,8,17,18]. Ta'kidlab o'tilganidek, harbiy operatsiyalarda merganlar uzoq masofalar oralig'ida samarali muhim vazifani bajaradilar. Ammo, merganlar vazifalarini bajarishda turli xil tashqi muhit omillari o'z ta'sirini o'tkazadi. Tadqiqotlarda aniqlanishicha merganlikka bir qancha tashqi muhit omillari ta'sir qiladi. Tashqi muhit omillaridan biri ob-havo sharoitidir. Yuqori havo harakati tezligi, shamol: Shamol kuchi va yo'nalishi o'q uchishi va nishonga tegishiga sezilarli ta'sir qiladi. Merganlar ushbu holatni hisobga olishi va nishonni belgilashda tegishli to'g'rilashlarni amalga oshirishi zarur. Ochiq joylarda havo harakati tezligi muhim ahamiyatga ega. Kuchli havo harakati tezligi o'qni nishonga nisbatan qiyalab ketishiga olib keladi [3,7]. Shamol o'qni nishondan juda sezilarli uzoqlashtiradi. Masalan, merganlikda nishon chin masofasi 400 metr bo'lsa, hatto sekin esgan shamol

ham o'qni nishondan 23-25 smga qiyalatib yuborishi tadqiqotlarda o'rganilgan. Havo harakatining tinch holatda bo'lishi juda kam xollarda uchraydi va merganlar qisqa masofalarda ham shamol harakatini hisobga olib nishonni belgilashlari kerak.

Otish amaliyotida shamol tezligi uchun quyidagilar qabul qilinadi:

- sekin havo harakati tezligida -2-2, 5 m/s;
- o'rtacha (o'rta) - 4-6 m/s;
- kuchli-8-12 m/s.

Havo harakati tezligi bo'yicha tuzatishlar maxsus jadvalga muvofiq o'rnatiladi. O'q otish tekisligiga 90° burchak ostidagi o'rtacha tuzatishlar yonlama shamol esgandagina amalga oshiriladi. Dunyodagi barcha tuzatish jadvalarida odatdagidek amaliyot o'rtacha tezlikdagi shamol uchun aniq o'rnatiladi-4-6 m/s. Ushbu standart jadval ma'lumotlari va barcha ballistik hisob-kitoblarda shamol tezligiga albatta e'tibor qaratish lozim. Barcha jadvali tuzatish ma'lumotlari kuchli shamol bo'lsa ikkiga ko'paytiriladi va kuchsiz shamol bo'lsa ikkiga bo'linadi, ya'ni yarmi hisoblanadi [7,13,19].

Har qanday o'tkir burchak ostida esayotgan shamol holati uchun (60°, 45°, 30°) otish tekisligiga tuzatishlar, 90° burchak ostida yonlama esayotgan shamolli holatga nisbatan ikki baravar kamaytirib olinishi kerak. Kuchli yon tomondan esuvchi havo harakati esganda (8-12 m/s) shoshilinch va samarasiz otishdan bosh tortish ma'qulroqdir. 300 metr va undan ortiq masofalarda kuchli shamol notekis esadi, shuning uchun bunday sharoitda merganlikning ish sifatini oldindan prognoz qilish imkoni mavjud emas. Yon tomondan esayotgan shamol o'qning uchishini tezlashtiradi yoki sekinlashtiradi va shuning uchun u nishondan yuqorida yoki pastda yotadi. Ammo bu hodisa amalda 400 metr va undan uzoq masofalarda o'zini namoyon qiladi [7,12].

Yoritilganlik darajasi nishon aniqligiga va ko'rimligiga ta'sir qiladi. Tarqoq yoritilganlik 500 dan 5000 lyuks oralig'ida bo'lganda, ko'rish keskinligi oshadi va merganlikda nishonni aniq olish extimoli ortadi. Va aksincha - yorug'likning pasayishi nishonni aniq olish ehtimolligi pasayishiga olib keladi.

Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatadiki, nishonlarning yoritilish burchagi va intensivligidagi o'zgarishlarning turli holatlarida amalda isbotlangan tarqoq yoritilganlikni kiritishga imkon beradi, bu esa multi otish natijalarini yaxshilashga ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Demak, merganlar harbiy operatsiyalar davrida kun vaqtini va yoritilganlik darajasini hisobga olishi zarur.

Tashqi muhit omillaridan yana biri bu havo harorati va namlik. Ushbu omillar o'q harakati va nishonning optik xususiyatiga ta'sir qiladi. Harorat ortishi bilan havo zichligi pasayadi va natijada, havo qarshilik kuchi kamayadi, o'qning diapazoni ortadi. Aksincha, haroratning pasayishi bilan havo qarshiligining zichligi, kuchi oshadi va o'qning diapazoni kamayadi. Merganlar o'z vazifalarini bajarishda buni hisobga olishlari zarur [7,1014].



Hudud balandligi va qiyaligi ham hisobga olinadi. Joy relefi nishon ko'rimligiga va aniqligiga ta'sir qiladi. Merganlar nishonni belgilash uchun pozani belgilashda ushbu omilni hisobga olishlari zarur.

Atmosfera bosimi ham ahamiyatli. Tekis erlarda miltiqdan o'q otishda atmosfera bosimining o'zgarishi uchun oraliq tuzatishlar ahamiyatsiz va hisobga olinmaydi. Tog'li sharoitda, dengiz sathidan 2000 m yoki undan yuqori balandlikda, nishonni belgilash paytida bu tuzatishlarni hisobga olish kerak.

Hududdagi qoplamalarni hisobga olsak, turli balandlikda o'suvchi o'simliklar va binolar nishonni belgilashda tahlil anglashilmovchiligini yuzaga keltirishi mumkin. Merganlar vazifalarini bajarayotganda ushbu omilni hisobga olishlari zarur [5,10,14].

Taktik vaziyat:

- Dushman harakatlari: Dushman tomonidan qo'llanilayotgan manyovr, maskirovka yoki kontratakalar ham snayperlar vazifalarini murakkablashtiradi. Mashqlar mobaynida harbiy xizmatchilar bunday vaziyatlarga tayyor turish, moslashish va tezkor qaror qabul qilib, vazifasini amalga oshirish ko'nikmasini shakllantirishlari zarur.

- Kommunikatsiya va koordinatsiya: Merganlar ko'pincha guruhda ishlaydilar va ular axborot almashinuv ko'nikmasini shakllantirishlari zarur. Muloqot qilmaslik va axborot almashmaslik ular faoliyatiga jiddiy ta'sir ko'rsatishi mumkin [19,21].

-Qurol-yarog'ning funksional holati. O'q otish aniqligiga ta'sir qiluvchi turli sabablar orasida qurol bilan bevosita bog'liq sabablar muhim o'rin tutadi. Qurol-yarog'dan ko'p yillar mobaynida foydalanish va eskirishi tufayli, shuningdek, noto'g'ri ishlatish va o'q otish uchun qurollarning sifatsiz tayyorlanishi natijasida merganlik aniqligi sezilarli darajada yomonlashishi mumkin. Amaliyot shuni ko'rsatadiki, avtomatik bo'lmagan qurollardan o'q otishda o'q normal dispersiya qonuniga bo'ysunadi. Undan og'ish faqat o'qning maksimal diapazoniga yaqin masofada kuzatiladi. Ushbu diapazonlar amaliy ahamiyatga ega emas. Qurol ishlab chiqarishning aniqligi jang maydonida nishon aniqligiga sezilarli ta'sir ko'rsatadi. Shu bilan birga, yangi qurol-yarog' nishon aniqligini ta'minlashda alohida rol o'ynaydi. Tajribalar shuni ko'rsatadiki, miltiq stvolining qo'polligi, notekisligi va o'q otish tirqishining qo'polligi dispersiyani 20 foizgacha oshiradi. Ko'rish moslamalari, ya'ni optik qurilmalarni ishlab chiqarilishi aniqligi va ular dizaynining rasionalligi nishon aniqligi belgilash uchun katta ahamiyatga ega. Ma'lumki, ko'rish chizig'i uzunligining biroz ortishi nishon aniqligini to'g'ri baholash faoliyatini oshiradi. Qurolni ko'p yillik ishlatish paytida muqarrar eskirishi o'q dispersiyaning oshishiga olib keladi. Dispersiyaga eng noqulay ta'sir-bu miltiq maydonining eskirishi, shu jumladan o'q uyasining eng

kichik shikastlanishi, shuningdek ko'rish moslamalari qismlarining eskirishi natijasida yuzaga keladi. Harbiy xizmatchilar ushbu holatlarni jang holatida hisobga olishlari zarur[5,714,19].

O'q-dorilar sifati ham o'z ta'sirini ko'rsatadi. Nishonning aniqligini ta'minlashda o'q-dorilar sifatining ta'siri asosan patronlarning ballistik xususiyatlarining tarqalishi bilan bog'liq. O'q-dori ishlab chiqarish alohida elementlarni ishlab chiqarishning aniqligi bo'yicha qat'iy talablar bilan tavsiflanishiga qaramay, snaryad elementlarining o'lchamlari va vaznidagi ba'zi farqlar muqarrar. Bu dispersiya miqdorini aks ettiruvchi o'qlarning boshlang'ich tezligi ma'lum tebranishlarga olib keladi. O'q massalarining xilma-xilligi, ularning shakli va kattaligi, shuningdek massa markazining holati tufayli ballistik koeffitsient kattaligida tarqalish mavjud bo'lib, bu o'qlarning uchish sharoitlarining o'zgarishiga va traektoriyalarning tarqalishiga olib keladi. Patronlarga qarab o'qlarning tarqalishini kamaytirish uchun otishda bir xil partiyadagi patronlardan foydalanish tavsiya etiladi. Bir partiyaning snaryadi o'z elementlarining haqiqiy hajmi va massasi bo'yicha bir-biridan kamroq farq qiladi va shuning uchun dastlabki tezlikda kichikroq tebranishlarni beradi, bu esa dispersiya miqdorini kamaytiradi. Shaxsiy xatolarning o'ziga xos qiymatlari o'q otuvchining tayyorgarlik darajasiga va uning tayyorgarligiga bog'liq [9,10,17,20].

To'g'ri nishonga ega bo'lgan holda, o'q otuvchi qurolni nishonga olishi kerak, old ko'rish ko'rish uyasining o'rtasida va uning qirralari bilan teng bo'lishi uchun maqsadga muvofiqdir. Old ko'rishning istalgan tomonga burilishi nishon chizig'ining bir xil yo'nalishi va zarbaning o'rta nuqtasida og'ishga olib keladi. To'pponcha bilan nishonga olayotganda, qo'lda va tirsak bo'g'imida qo'lning tebranishini oldini olish ayniqsa muhimdir. Yaxshi merganlik natijalari faqat o'q otuvchi bir tekis old ko'rinishni o'rnatib, qo'lning elka bo'g'imidagi harakati tufayli nishonga qaratilganda olinadi. Shu bilan birga, shuni esda tutish kerakki, hatto old ko'rinish ham maqsadning noaniqligidan ko'ra muhimroqdir. Qo'lda harakatlanayotganda, hatto old ko'rinishni saqlab qolish juda qiyin, buning natijasida tortishishlarning haddan tashqari katta tarqalishi kuchayadi [2,4,8].

Xulosa qilib aytganda, adabiyotlar tahlilidan ma'lum bo'lishicha, merganlar ko'rish o'tkirligiga bir qancha omillar ta'sir qiladi. Bunday omillar tashqi va ichki omillarga bo'linadi. Ichki omillarga jismoniy, axloqiy tayorgarlik, to'g'ri ovqatlanish, ruhiy barqarorlik kirsas, tashqi omillarga nishonni yoritilganligi, havo harakati tezligi, havo harorati, joy tekisligi, qurol-yarog' holati kiradi. Merganlar o'z faoliyatlarini amalga oshirishlari uchun dastlabki bosqichlardanoq ushbu omillarni e'tiborga olgan holda jangovor holatga tayyorgarlik ko'rishlari muhim ahamiyatga ega.

**Foydalanilgan adabiyotlar:**

- Агеев В. В. Методические особенности разработки комплексов восстановительных средств для спортсменов при подготовке в тхэквондо // Восстановительные и гигиенические средства в подготовке спортсменов. -М., 1994.-с. 27-29.
- Бабушкин Г. Д., Диких К. В. Характеристика мыслительной деятельности спортсмена перед соревнованием и ее диагностика // Актуальные проблемы физической культуры и спорта. Чебоксары, 2013. С. 7–11 ; Бабушкин Г. Д., Яковлев Б. П.
- Бенда В.Н. Материальная часть артиллерии, боеприпасы к ней и средства их производства//Экономическая повседневность-2016-С.58-70
- Вайнштейн Л. М. Путь на олимп. М., 2005. 362 с.
- Воронцов Е.А., Черноусов А.С. Классификация методов и средств определения остроты зрения. <https://cyberleninka.ru/article/n/klassifikatsiya-metodov-i-sredstv-opredeleniya-ostroty-zreniya>
- Жилина М.Я. Методика тренировки стрелка-спортсмена. – М.: ДОСААФ, 1986. – 104 с. 3. Спортивная стрельба: учеб. для ин-тов физ. культ. / Под общ. ред. А.Я. Кроха. – М.: Физкультура и спорт, 1987. – 255 с.
- Ковтун, В. В. Современные требования к подготовке снайпера / В. В. Ковтун // Вопросы совершенствования тактико-специальной подготовки сотрудников правоохранительных органов, Москва, 29 июня 2022 года / Московский университет МВД России имени В.Я. Кикотя. – Москва: Московский университет Министерства внутренних дел Российской Федерации им. В.Я. Кикотя, 2022. – С. 70–72.
- Литвин Д. В., Лупырь В. Г. Субъективный контроль техники стрельбы из пистолета как фактор повышения ее эффективности // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2014. – № 1(56). – С. 9-13.
- Макляк А. Н. Применение электронного тренажера «Скэтт» в технической подготовке юных стрелков // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. 2010. № 5. С. 68–71.
- Научно-методическое обоснование способов применения беспилотных летательных аппаратов для разведки и поражения целей. Монография. – СПб: 2022. – 412 с.
- Некоторые основы полевой подготовки снайпера / Р. Б. Левшин // Обеспечение прав человека в деятельности правоохранительных органов: Сборник научных трудов. – Тверь: Тверской государственный университет, 2020. – С. 172- 178.
- Нугманов Д.Г. Исследование стресс-реакций и внешних факторов стресса в спортивной деятельности// Акмеология-2019-№1-С.48-51
- Пенькова И.В., Осипов О.О. Самоанализ результатов стрельбы как важный фактор 10.7256/2454-0692.2021.2.35244 Полицейская деятельность, 2021 - 2 30 совершенствования огневой подготовки в образовательных организациях МВД России // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2016. – № 3. – С. 62- 65.
- Пивоваров Д. В., Пенькова И. В., Осипов О. О. Схема заполнения дневника самоанализа по огневой подготовке для курсантов на первоначальном этапе обучения // Подготовка кадров для силовых структур: современные направления и образовательные технологии: мат-лы XX всерос. науч.-метод. конф. Иркутск, 2015. – С. 250-253.
- Проноза А.В. Субкультура питания и питание в субкультуре военнослужащих срочной службы. <https://cyberleninka.ru/article/n/subkultura-pitaniya-i-pitanie-v-subkulture-voennosluzhaschih-srochnoy-sluzhby>
- Психическая нагрузка в соревновательной деятельности и методика диагностики ее переносимости спортсменом // Омский научный вестник. 2013. № 5. С. 178–182.
- Психорегулирующая тренировка / Под ред. Рожнова В. Е. -М.: ВНИ-ИФК, 1969. Часть I - 41 е.; Часть II - 36 с. 157.
- Психофизиологический анализ состояния стрелка в период прицеливания : автореф. дис. ... канд. пед. наук. М., 2013. 26 с.
- Снайперы ВВО разработали тактику уничтожения «вражеских» вертолетов и БПЛА из крупнокалиберной винтовки / Новости: Официальный сайт Министерства обороны Российской Федерации. URL: [@egNews](https://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12299053)
- Физическая реабилитация: Уч. для акад. и ин-тов физической культуры / Под ред. Попова С. Н. Ростов н/Д: Феникс, 1999. - 605 с.Салихова Р.Н.
- Юрчик Н.А., Кузьмин П.Ю. Поиск путей повышения эффективности стрельбы снайперов из нестандартных положений <https://cyberleninka.ru/article/n/poisk-putey-povysheniya-effektivnosti-strelby-snayperov-iz-nestandardnyh-polozheniy>



ХАРБИЙ ХИЗМАТЧИЛАРДА ВЕГЕТАТИВ ДИСТОНИЯ СИНДРОМИНИ КЛИНИК- НЕЙРОФИЗИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Очилова Ҳилола Рауповна¹, Муратов Фахмиддин Ҳайриддинович²,
Ибрагимова Нилуфар Ҳамидуллаевна³

¹ ДХХ Чегара қўшинлари ҳарбий госпитали.

² Тошкент Тиббиёт Академияси Тиббий психология ва неврология кафедраси.

³ ДХХ Чегара қўшинлари ҳарбий госпитали.

Мавзунинг долзарблиги:

Веgetо томир дистонияси – вегетатив нерв тизимининг бузилиши фонида ривожланадиган ҳолат бўлиб, бунинг натижасида бош оғриши, бош айланиши, артериал қон босимининг ошиши ёки камайиши, ошқозон ичак тизими фаолиятида ўзгариш билан кечадиган касаллик ҳисобланади. Веgetо томир дистонияси бизнинг давримизнинг долзарб муаммосидир. Замонавий тушунчада веgetо томир дистонияси полиэтиологик синдромдир. Хусусан, юрак ва қон томир тизимининг соматоформ вегетатив дисфункцияси сифатида тавсифлаш мумкин. Тарихий жihatдан “Веgetо томир дистонияси” атамаси кардионевроз, психовеgetатив синдром, нейроциркулятор дистония ҳамда вегетатив невроз каби ташхислар билан номланган. Веgetо томир дистониясининг ҳозирги вақтда умумий амалиёт шифокори, кардиологлар, невролог ва психотерапевтлар орасида энг кенг тарқалган ташхислардан бири ҳисобланади. Веgetо томир дистонияси билан ташхисланган беморларнинг 80% ҳаёт сифатини сезиларли даражада пасайиши аниқланади.

Тадқиқотнинг мақсади

Ҳарбий хизматчиларда вегетатив дистония синдроми психовеgetатив хусусиятларини ўрганиб чиқиш.

Тадқиқотнинг вазифалари

1 Ҳарбий хизматчи беморларда вегетатив дистония

синдромининг клиник ва нейрофизиологик ҳолатини ўрганиш.

Ҳарбий хизматчиларда вегетатив қон томир тизимининг ҳолати ва хусусиятларини баҳолаш.

Вегетатив реактивлик ва вегетатив таъминлашнинг жисмоний фаолияти кўрсаткичларини баҳолаш.

Текширув усуллари

- Веgetо-томир дистонияси ташхиси аниқланган 30 нафар ва алоҳида назорат гуруҳини 28 нафар соғлом шахслар ташкил қилди:

- Асосий гуруҳга ВТД ташхиси аниқланган 30 нафар бемор

- Назорат гуруҳига 28 нафар соғлом шахслар

- Веgetо-томир дистонияси ташхиси аниқланган ҳарбий хизматчиларнинг неврологик ҳолатини батафсил ўрганиш билан клиник ва невростатус текширувлари ўтказилди. Улар ўз ичига бош мия нервлари, рефлектор ва сезги фаолияти, координацион бузилишлар мавжудлиги, менингеал белгиларни аниқлашни олади.

- Веgetатив нерв тизимини функционал ҳолатини ўрганиш қуйидагиларни ўз ичига олади: анкета ва саволнома, Giyome Veyne жадваллари ёрдамида турли хил функционал тизимларда якуний вегетатив тонус ҳақида тушунча беради.

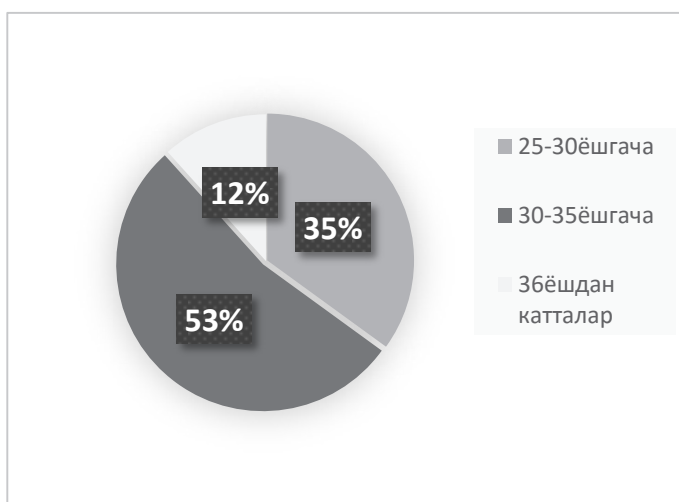
- Веgetатив реактивлик кўз юрак рефлекс (Даньини-Ашнер синамаси) ёрдамида баҳоланди.

- Жисмоний фаолиятнинг вегетатив таъминлашни орто-клиностатик синама ёрдамида таҳлил қилинди.

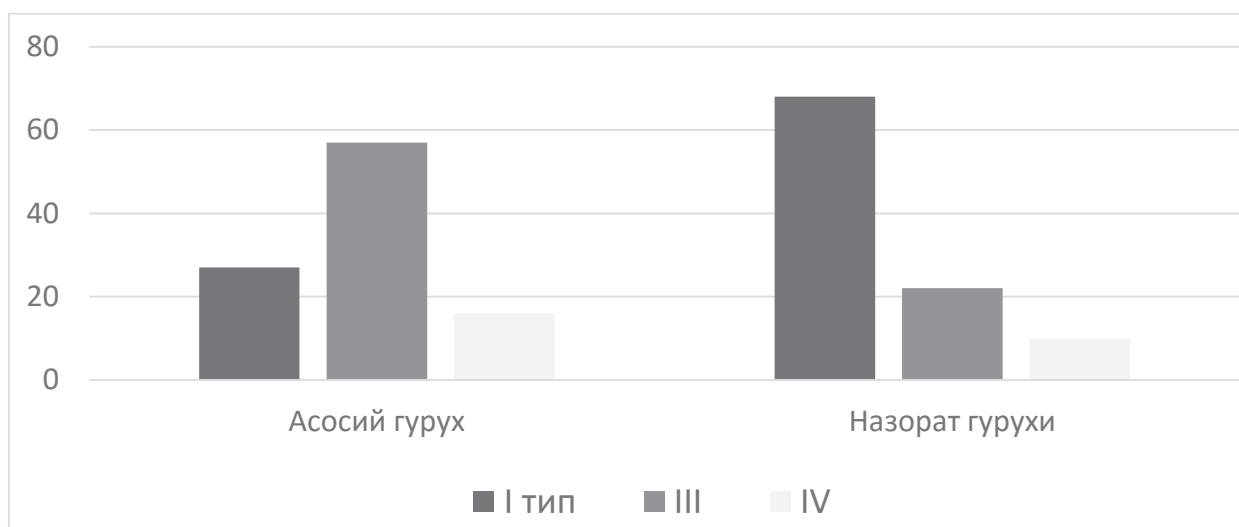
Беморларнинг жинсига қараб тақсимланиши



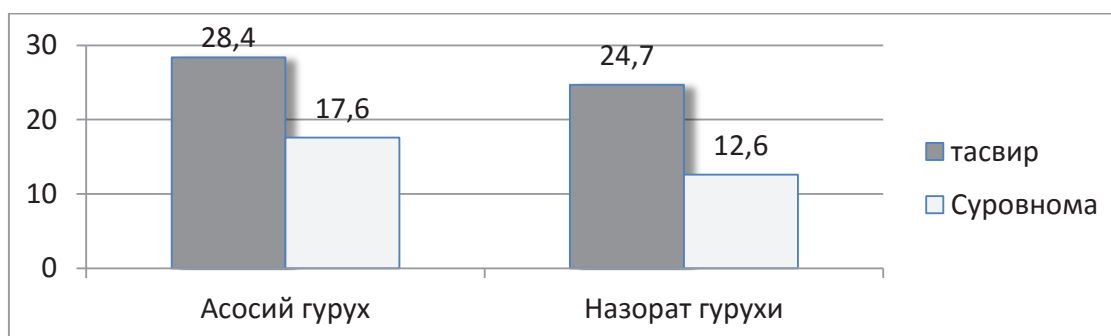
Беморларнинг ёшга хос тақсимлаши



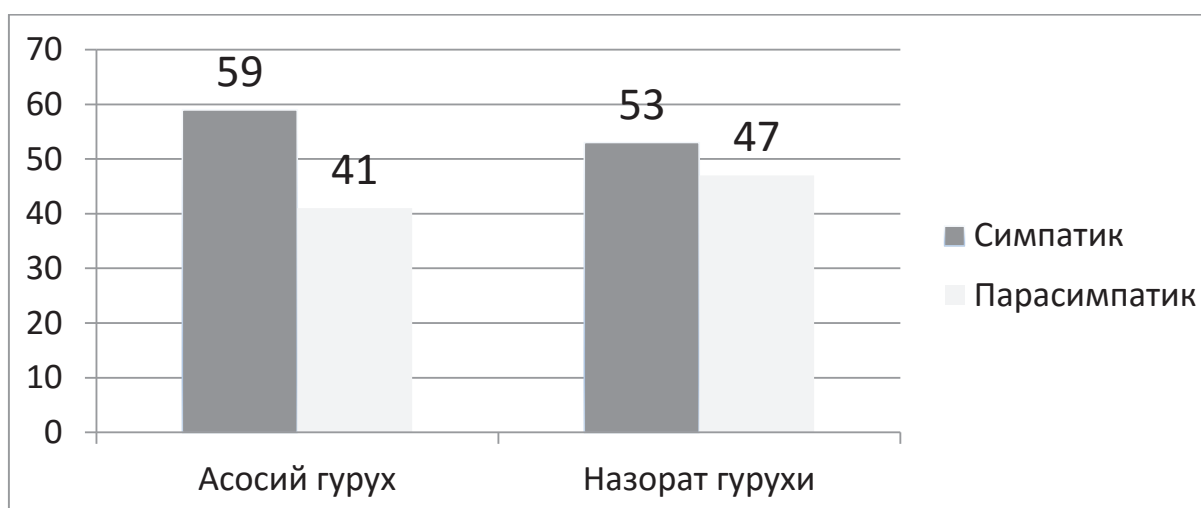
ЭЭГ текшируви хулосалари бўйича кўрсаткичлар



ВТД яққол ифодаланган кўрсаткичлар

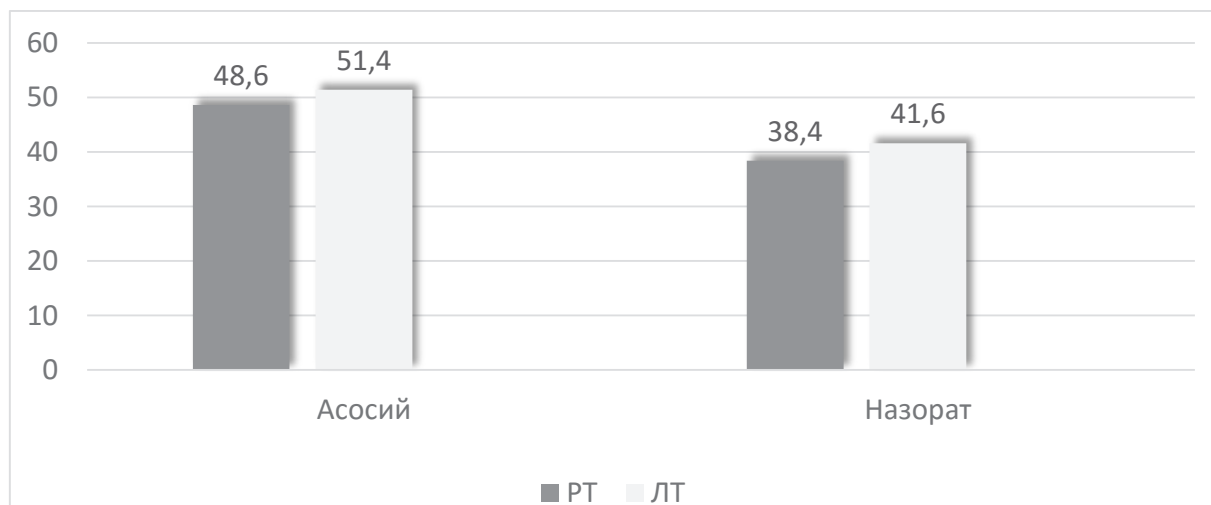


Вегетатив тонус ҳолати

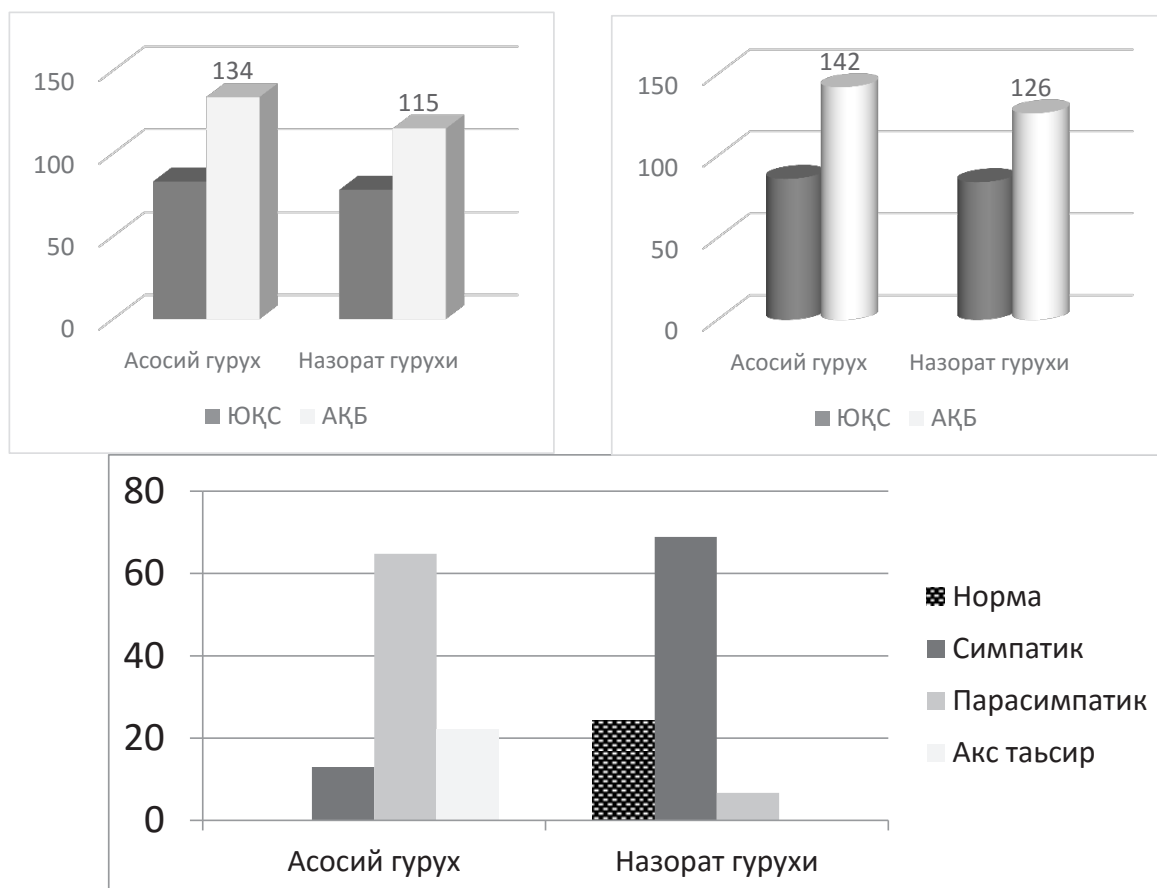




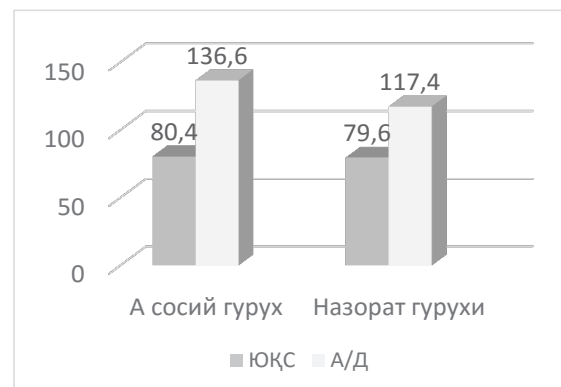
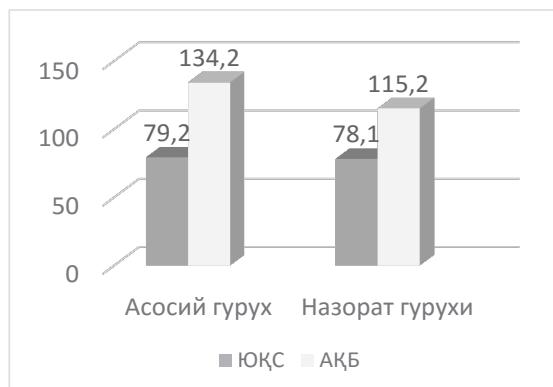
Реактивлик ҳолати ва шахсий ҳавотирлилик кўрсаткичлари бўйича



Даньини-Ашнер синамаси бўйича вегетатив реактивлик кўрсаткичлари



Вегетатив таъминланишни жисмоний фаолият бўйича кўрсаткичлари



Хулоса:

Тадиқиқотлар шуни кўрсатдики, асосий гуруҳдаги беморлар вегетатив иннервациянинг бузилиши сабабли келиб чиққан симптомлар мажмуаси билан ажралиб туради.

Вегетатив симптомларнинг пайдо бўлиши ваго- ва симпатикотониянинг намоён бўлиши билан боғлиқ, яъни вегетив дисфункция вегетатив нерв тизимининг иккала қисмини турли симптомлар комбинациялари билан келишида кузатилади. Олинган маълумотлар вегетатив нерв тизимида юзага келадиган бузилишларнинг моҳиятини ақс эттиради, уларнинг мослашув – трофик функцияси тананинг ҳаёт

фаолиятида мураккаб мослашув жараёнини амалга оширишга қаратилган.

Хулоса

Олинган маълумотлар шуни кўрсатадики, тинч ҳолатда вегетатив симпатикотония реактивлик ва шахсий ташвиш даражасининг ошиши асосий гуруҳдаги беморларга кўпроқ ҳосилдир;

Парасимпатик ва вегетатив реактивлик асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан устунлик қилади;

Асосий гуруҳдаги беморларда жисмоний фаолият учун вегетатив таъминотни етарли эмаслиги билан ажралиб туради;

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Шмонин А.А., Просвирнина М.С., Симанненкова А.В. и др. Эндогенная нейротропная при цереброваскулярных заболеваниях // Вестник восстановительной медицины.-2021.-Т.3.-С.118-120.
2. Асаб касалликлари. 3.Ибодуллоев. 2014й.
3. Клиническая детская неврология. Петрухин.2008г.
4. Лелюк В.Г., Лелюк С.Э. Цереброваскулярный резерв при атеросклеротическим поражения брахиоцефальных артерий. Вып/2.Киев:Укрмед.2020.
5. Сковорода В.И., Чазова И.Е., Стаховская Л.В. и др. Первичная профилактика инсульта // Качество жизни. Медицина. 2021. № 2. С. 72–77.
6. Bernhardt J., Dewey H., Collier J. et al. A very early rehabilitation trial (AVERT) // Int. J. Stroke. 2006. Vol. 3. P. 160–171.
7. Камаева О.В., Монро П., Буракова З.Ф. и др. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: методическое пособие. Часть 2. Физическая терапия / под ред. А.А. Скоромца. СПб., 2018.
8. Камаева О.В., Монро П., Буракова З.Ф. и др. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: методическое пособие. Часть 5. Физическая терапия / под ред. А.А. Скоромца. СПб., 2018.
9. Суслина З.А., Танашян М.М., Смирнова И.Н. и др. Антиоксидантное и нейротрофическое действие Цитофлавина при хронических цереброваскулярных заболеваниях // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова. 2020. Т. 3. № 3. С. 110–114.
10. Клочева Е.Г., Шиман А.Г., Фомина Е.Б. и др. Динамика биоэлектрической активности головного мозга у больных дисциркуляторной энцефалопатией на фоне терапии Цитофлавином // Клинические и организационные формы совершенствования комплексной реабилитации: сборник научных статей / под ред. А.В. Шаброва. СПб.: ГОУВПО СПбГМА им. И.И. Мечникова Росздрава, 2017. С. 58–60.
11. Афанасьев В.В. Цитофлавин в интенсивной терапии. Пособие для врачей. СПб.: Тактик-Студио, 2020.
12. Lindmark B. Evaluation of functional capacity after stroke with special emphasis on motor function and activities of daily living // Scand. J. Rehabil. Med. Suppl. 2015. Vol. 21. P. 1–40.
13. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. "Mini-Mental State." A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician // J. Psychiatr. Res. 1983. Vol. 12. № 3. P. 189–198.



ЎЗБЕКИСТОН ШАРОИТИДА МУДДАТЛИ ҲАРБИЙ ХИЗМАТЧИЛАРИ ОРАСИДА НАФАС АЪЗОЛАРИНИНГ ЎТКИР КАСАЛЛИКЛАРИДА НУТРИТИВ ҲОЛАТНИ ВА МЕТАБОЛИЗМНИ БАҲОЛАШ.

Шоназаров А.А.¹, Убайдуллаева Н.Н.², Рустамов С.С.³.

¹Ўзбекистон Республикаси Мудофаа вазирлиги ҳузуридаги

Марказий ҳарбий клиник госпитал.

²Ўзбекистон Республикаси ССВ ВМОИ- Пульмонология ва Фтизиатрия кафедраси

Клиник аллеология курси кафедраси мудири².

Ўзбекистон Республикаси Мудофаа Вазирлиги Қуролли Кучлар Ҳарбий тиббиёт академияси тингловчиси³.

АННОТАЦИЯ

Нафас аъзолари хасталиklarининг олдини олиш ва даволашда овқатланиш тананинг энг муҳим физиологик кўрсаткичларининг эҳтиёжини таъминлаш билан биргаликда, ҳужайралар ва тўқималарнинг қурилиши ва доимий янгиланиши шунингдек, тананинг энергия сарфи ўрнини тўлдириш мақсадида зарур бўлган энергетик таъминоти учун муҳим саналади. Озиқ-овқатларнинг истеъмоли натижасида организмда ферментлар, гормонлар, метаболик жараёнлар ва тананинг ҳаётини фаолиятнинг бошқа регуляторлари ҳосил бўлади.

ЎР МВ Марказий ҳарбий клиник госпиталида нафас аъзоларининг ўткир касалликлари, яъни зотилжам касаллиги билан госпитализация қилинган муддатли ҳарбий хизматчиларнинг нутритив статуси индекси ва кўрсаткичларини ҳамда организмнинг касалликларга чидамлигини иммунологик меъзонлари баҳоланди. Нутритив статус индекси калипирометрия (Калипер асбоби) ва антропометрия усули орқали, иммунологик меъзонлар эса қон таҳлилидаги лейкоцит ва лимфоцитлар кўрсаткичлари билан баҳоланди.

Калит сўзлар: Калипирометрия, Антропометрия, ТВИ (Тана вазни индекси), иммунологик меъзонлар.

АННОТАЦИЯ

При диагностике и лечении заболеваний органов дыхания важным считается питание, обеспечивающее организму необходимые физиологические испытания на прочность, построение и постоянное обновление клеток и тканей, а также необходимое энергетическое обеспечение с целью восполнения энергозатрат организма. В результате потребления питательных веществ в организме формируются ферменты, гормоны, обменные процессы и другие регуляции жизнедеятельности организма.

В Центральном военном клиническом госпитале Республики Узбекистане оценивались индекс и показатели пищевого статуса признаков, госпитализированных с острыми заболеваниями органов дыхания, то есть пневмонией, а также иммунологические параметры устойчивости их организма к заболеваниям. Индекс нутритивного статуса оценивали методами калипирометрии (прибор Штангенциркуль) и антропометрии, а иммунологические показатели - по лейкоцитарным и лимфоцитным показателям в анализе крови.

Ключевые слова: Калипирометрия, Антропометрия, Индекс массы тела (ИМТ), иммунологические показатели.

ANNOTATION

In the diagnosis and treatment of respiratory diseases, nutrition is considered important, providing the body with the necessary physiological tests for the strength, construction and permanent renewal of cells and tissues, as well as the necessary energy supply to replace the energy consumption of the body. The consumption of nutrients in the body forms enzymes, hormones, metabolic processes and other life regulation.

The Central Military Clinical Hospital of the Republic of Uzbekistan evaluated the index and nutritional status of signs of enlistees hospitalized with acute respiratory diseases, i.e., pneumonia, as well as the immunological parameters of their body's resistance to diseases. The nutritional status index was evaluated by methods of caliprometry and anthropometry, and immunological indicators - by leukocyte and lymphocyte indicators in blood analysis.

Key words: Caliprometry, Anthropometry, Body Mass Index (BMI), immunological parameters.

Бутун дунёда ҳарбий хизматчилари орасида нафас аъзоларининг ўткир касалликлари профилактикасида муайян шароитда хизмат қилиб келаётган ҳарбий хизматчиларнинг, хусусан муддатли ҳарбий хизматчиларнинг озиқланиш ҳолати муҳим аҳамият касб этади. Замонавий урушлар ва маҳаллий тўқнашувларнинг табиати юмшоқ тўқималарнинг кенг микёсда зарарланиши, тизимли реакциянинг ривожланишининг юқори частотаси, шу жумладан

тўйиб овқатланмаслик билан тавсифланган жанговар жароҳатларнинг пайдо бўлиши билан бирга кечади. Ҳарбий хизматчиларнинг тўйиб овқатланмасликлари натижасида ривожланадиган хасталанишнинг асосий патогенетик механизмлари бу ушбу жараённинг ривожланишига олиб келадиган метаболизмнинг узок муддатли катаболик реакциялари билан тавсифланади. (Белякин С.А., 2015)

Нафас аъзолари хасталиklarининг олдини



ҳарбий хизматчилар орасида нафас аъзоларининг ўткир касалликларида озиқланиш ҳолатни баҳолаш ва профилактикаси муаммоси, Республикамиз сарҳадларини ҳимоя қилаётган муддатли ҳарбий хизматчиларнинг саломатлигини назорат қилишда жуда муҳим бўлиб, ҳарбий тиббиётнинг ўз ечимини кутаётган долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади.

Натижа: Текширувга 50 нафар “зотилжам” касаллиги билан госпитализация қилинган муддатли ҳарбий хизматчилар жалб қилинди. Текширув натижасида 18 нафар бемор антропометрия кўрсаткичида ТВИ (тана вазни индекси) $-18,6\text{кг}/\text{м}^2$ ни, ушбу беморларда тери бурмалари қалинлиги $8,5\text{мм}$ (Калипирометрия жадвалига асосан) ни ташкил этади. Қон таҳлилида лейкоцитлар $-10-12 \cdot 10^9/\text{л}$ ни, лимфоцитлар -19% кўрсаткичда эканлиги аниқланди. 23 нафар беморда ТВИ $-19-20\text{кг}/\text{м}^2$ ни, тери бурмалари қалинлиги $-10-12\text{мм}$ ни ташкил этади. Қон таҳлилида лейкоцитлар $-9-10-11 \cdot 10^9/\text{л}$ ни, лимфоцитлар -25% кўрсаткичда эканлиги аниқланди. 9 нафар беморда ТВИ $-22-25\text{кг}/\text{м}^2$ ни, тери бурмалари

қалинлиги $-16-18\text{мм}$ ни ташкил этади. Қон таҳлилида лейкоцитлар $-9-10 \cdot 10^9/\text{л}$ ни, лимфоцитлар $-30-35\%$ кўрсаткичда эканлиги аниқланди.

Хулоса: Ушбу кўрсаткичлар натижасида 36% беморларда тана вазни камайиши, тери бурмалари қалинлиги кўрсаткичи пастлиги ва иммунологик меъзонларнинг (лейкоцит кўрсаткичи ошганлиги, лимфоцитлар миқдори камайган) пастлигини кўрсатди.

Илмий тадқиқот ишларининг натижалари муддатли ҳарбий хизматчилар орасида нафас аъзоларининг ўткир касалликларининг олдини олиш, ушбу беморлар организмнинг қисқа муддатларда қайта тикланишига қаратилган профилактик тавсиялар ишлаб чиқиш бўйича комплекс чора-тадбирларни ташкиллаштириш мажмуаси яратилади.

Режалаштирилган илмий тадқиқотлар натижасида информаион хатлар, илмий тезислар, услубий тавсияномалар, илмий мақолалар, монография чоп этилади.



РАЗВИТИЕ НОВОЙ МОДЕЛИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ В РАМКАХ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА МЕЖДУ ФОНДОМ ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ СЫРДАРЬИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Мухамедова М.Г., Мирварисова Л.Т., Эрматов З.Ш., Шейхаметов Ф.Д.,
Мирварисова З.Ш.

Республиканский Фонд медицинского страхования Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

Научно - исследовательский институт военной медицины Военно-медицинской
академии вооруженных сил Республики Узбекистан

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
Республика Узбекистан

АННОТАЦИЯ

В рамках пилотного проекта проведено апробирование внедрения контрактных отношений между Фондом государственного медицинского страхования и медицинскими организациями Сырдарьинской области, проведена отработка новых механизмов оплаты и управления, которые стимулировали бы развитие новой модели функционирования медицинской помощи. Опыт показал, что выбранная тактика показала свою жизнеспособность по новым методам финансирования.

Ключевые слова: пилот в Сырдарьинской области, новая модель функционирования, внедрение контрактных отношений.

ANNOTATSIIYA

Tajriba loyihasi doirasida Davlat tibbiy sug'urta jamg'armasi va Sirdaryo viloyati tibbiyot tashkilotlari o'rtasidagi shartnomaviy munosabatlarni amalga oshirish sinovdan o'tkazildi hamda tibbiyot muassasalari faoliyatining yangi modelini ishlab chiqishni rag'batlantiradigan yangi to'lov va boshqaruv mexanizmlari sinovdan o'tkazildi. Tajriba shuni ko'rsatadiki, tanlangan taktika moliyalashtirishning yangi usullari sharoitida o'zining hayotiyiligini ko'rsatdi.

Kalit so'zlar: Sirdaryo viloyatida pilot, yangi operatsion model, shartnomaviy aloqalarni tashkil qilish.

ANNOTATION

As part of the pilot project, the implementation of contractual relations between the State Health Insurance Fund and medical organizations of the Syrdarya region was tested, and new payment and management mechanisms were tested that would stimulate the development of a new model for the functioning of medical care. Experience has shown that the chosen tactics have shown their viability under new methods of financing.

Key words: pilot in the Syrdarya region, new operating model, introduction of contractual relations.

Согласно постановлению Президента Республики Узбекистан от 12.11.2020 г. № ПП-4890 «О мерах по внедрению новой модели организации системы здравоохранения и механизмов государственного медицинского страхования в Сырдарьинской области» предусмотрено проведение масштабных реформ в системе финансирования здравоохранения.

Постановлением утверждена Концепция внедрения в порядке эксперимента системы государственного медицинского страхования в Сырдарьинской области (далее – Концепция), направленная на решение следующих основных задач:

- внедрение в практику эффективных механизмов финансирования здравоохранения и новых моделей оказания медицинских услуг;

- внедрение механизма осуществления платежей за медицинские услуги посредством методов финансирования, ориентированных на конечный результат (подушевого финансирования, за «пролеченный слу-

чай», по результатам выполненных работ);

- разработка методологии проведения стратегического закупа медицинских услуг в рамках гарантированной государством медицинской помощи;

- создание современных клинических и экономических механизмов управления в амбулаторно-поликлинических и стационарных лечебно-профилактических учреждениях всех уровней;

- укрепление кадрового потенциала в области управления и финансирования здравоохранения, а также в сфере оказания медицинских услуг путем обучения, переподготовки и повышения квалификации специалистов;

- создание интегрированной информационной системы и ресурсов в сфере оказания медицинских услуг в рамках пилотного проекта, а также обеспечение их бесперебойного функционирования.

Внедрение и управление системой государственного медицинского страхования, согласно поста-



новлению, возлагается на Фонд государственного медицинского страхования (далее – ФГМС), которому предстоит стать «единым плательщиком» в рамках программы государственных гарантий и играть ключевую роль в процессе внедрения принципов «стратегических закупок» медицинской помощи в соответствии с лучшими международными практиками.

В рамках пилотного проекта проведено апробирование внедрения контрактных отношений между ФГМС и медицинскими организациями Сырдарьинской области, проведена отработка новых механизмов оплаты и управления, которые стимулировали бы развитие новой модели функционирования медицинской помощи.

В процессе дизайна системы стратегических закупок необходимо определить ответы на три основных группы вопросов: «Что закупать – какие медицинские услуги, по каким стандартам качества, какие медикаменты», «У кого закупать – включая требования к поставщикам и организации помощи», «Как закупать – включая механизмы финансирования, контрактные условия и процесс мониторинга».

«Что закупать»: как правило, в основах законодательства стран определены ключевые параметры системы базовых государственных гарантий медицинской помощи. Эти параметры могут иметь декларативный (политический) характер, а также отражать общие приоритеты, цели и возможности страны по созданию и финансированию системы здравоохранения.

Система «стратегических закупок» предполагает наличие процесса по трансформации общих установок и приоритетов системы государственных гарантий в форму пакетов услуг, мероприятий, и программ лекарственного обеспечения, которые могут быть в дальнейшем включены в контракты с поставщиками медицинской помощи. Этот процесс также включает в себя формирование требований к качеству медицинской помощи, включая клинические аспекты, вопросы доступности и безопасности пациентов. Помимо непосредственно медицинских услуг, в систему государственных гарантий часто включаются программы бесплатных/льготных медикаментов, как на стационарном, так и на амбулаторном уровнях оказания помощи. При определении пакетов услуг в системе государственных гарантий, как правило, производится оценка потребностей населения в медицинской помощи, исходя из многофакторного анализа уровня заболеваемости, причин преждевременной смертности, и других данных. Также, важно обеспечить включение в систему государственных гарантий услуг, технологий и медикаментов с высоким уровнем доказательности, клинической и экономической эффективности.

«У кого закупать»: Проведение стратегических закупок предполагает принятие решений о медицинских организациях, которые будут участвовать в

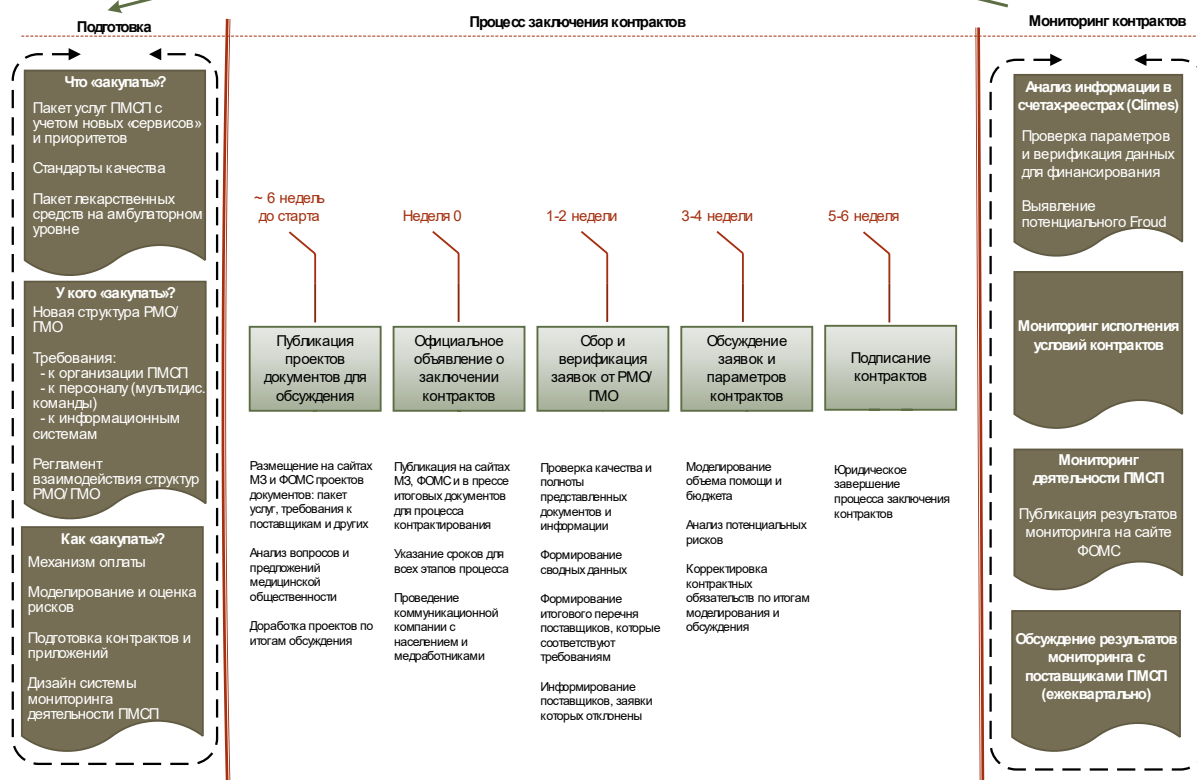
реализации программы государственных гарантий, включая вопрос об участии поставщиков частной формы собственности в этой системе.

Помимо формирования непосредственно перечня медицинских организаций, целесообразно определить их оптимальный клинический уровень и профиль, с учетом структуры обслуживаемого населения и территории, уровня оснащения, наличия лицензий и других факторов. Это позволяет принять решения по максимально рациональному закупу медицинских услуг и эффективной организации маршрутов пациентов. В рамках этого процесса в международных тенденция можно отметить формирование сетей поставщиков, обеспечивающих предоставление комплексной и интегрированной медицинской помощи в первую очередь пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями. Для того, чтобы поставщики могли реагировать на создаваемые стимулы и принимали на себя ответственность в пределах своей компетенции, целесообразно на законодательном уровне обеспечить определённый уровень их автономности. В практическом плане это заключается в реализации возможностей принимать решения по управлению ресурсами, кадровым вопросам, оснащению и структуре медицинских организаций.

«Как закупать»: Создание стимулов для поставщиков предоставлять медицинскую помощь наиболее эффективным способом достигается с помощью выбора наиболее подходящих методов финансирования. И хотя «идеальных» методов финансирования не существует, целесообразно определить оптимальный метод для конкретных видов медицинской помощи и поставщиков, либо комбинацию методов оплаты, которая будет способствовать нейтрализации возможных негативных стимулов и усиливать позитивные воздействия методов оплаты. Кроме того, важную роль играет система заключения контрактов и операционные процедуры, обеспечивающие эффективное функционирование системы стратегических закупок. Контракты могут содержать изложение ожидаемых результатов в отношении: количества пациентов, пакетов услуг, качества предоставляемых услуг, соблюдения клинических протоколов и рекомендации по лечению, критерии доступа.

Мониторинг деятельности медицинских организаций также является важной функцией стратегических закупок. Системы мониторинга необходимо рассматривать как неотъемлемую часть процесса исполнения и управления контрактами, финансирования, планирования услуг и оценки деятельности поставщиков.

Необходимо отметить, что процедуры подготовки и заключения контрактов, в том числе, способствуют лучшему пониманию поставщиками своей роли в системе здравоохранения и осознанному участию в достижении глобальных страновых целей системы здравоохранения.



Информационные системы — это ключевой фактор обеспечения и развития функций стратегических закупок. Министерство Здравоохранения планирует построение национальной информационной системы здравоохранения, которая потребует времени для разработки. На данный момент разработаны ключевые модули, которые позволили внедрить новые методы финансирования и управления контрактами на первом этапе, и последующей интеграции с национальной информационной системой здравоохранения.

Процессы и процедуры заключения контрактов в рамках пилотного проекта

В соответствии с Концепцией проведения пилотного проекта в Сырдарьинской области, стратегическим закупкам медицинской помощи уделяется большое внимание. В том числе, Концепция предполагает:

- внедрение новых моделей оказания услуг здравоохранения, особенно в части развития первичной медико-санитарной помощи, с достижением всеобщего охвата медико-санитарными услугами
- внедрение новых механизмов финансирования и стимулирования в здравоохранении
- создание потенциала и внедрение современных методов управления системы здравоохранения на национальном, областном и учрежденческом уровнях с использованием информационно-коммуникационных решений для повышения активности и оперативности оказания медицинской помощи

- создание потенциала и применение международного опыта в области современных методов закупки медицинских услуг

В целях реализации поставленных задач, данный документ содержит концептуальные рекомендации по процессам и процедурам заключения договоров (контрактирование) в системе стратегических закупок первичной медико-санитарной помощи.

Модель процесса контрактирования приведена на рисунке 1 и иллюстрирует три основных этапа: подготовительный, непосредственно процесс контрактирования и последующий процесс мониторинга контрактных обязательств и деятельности ПМСП и больничной помощи. По итогам процесса мониторинга при следующем контрактном цикле могут делаться необходимые изменения.

Работа по поддержке и обеспечению эффективности функционирования стационаров в ходе эксперимента включает в себя:

- разработку и принятие нормативно-правовых документов, поддерживающих эксперимент;
- разработку и внедрение стандартов качества медицинских услуг;
- формирование системы мониторинга и контроля за качеством медицинских услуг;
- создание четкой системы направлений пациентов по цепочке ПМСП, ЦРМП, ЦРБ и другие ЛПУ;
- проведение обучающих семинаров для поддержки эксперимента;
- разработку системы мониторинга и оценки проводимых реформ.



Подготовка к реализации предусматривает разработку имитационной модели финансирования стационаров с моделированием финансирования стационаров.

Очень важным моментом подготовительного этапа является проведение ряда обучающих семинаров: (1) с врачами – по правилам кодировки диагнозов (МКБ-10); (2) с хирургами – по правилам кодировки хирургических операций; (3) с ведущими специалистами – экономистами, медицинскими статистиками больниц – по изучению основ оплаты по пролеченному случаю, методов экономического анализа, а также сбора и обработки данных по расчету стоимости пролеченного случая и т.д.

Необходимой частью подготовки системы здравоохранения к введению системы финансирования по пролеченному случаю является также обязательная компьютеризация процесса сбора и обработки детализированной информации о пролеченных больных, и создание соответствующей информационно-технической инфраструктуры. С этой целью при участии специалистов «IT MED» была разработана компьютерная программа «МедРефер» для учета и мониторинга оплаты услуг стационаров и для учета оказанных медицинских услуг на уровне больничного учреждения компьютерная программа «Технамед».

Из-за ограниченности имеющихся в наличии данных для создания новых систем финансирования, а также частично из-за недостатка технического и операционного кадрового потенциала, рекомендуется начинать переход на новые методы оплаты стационаров с упрощенных систем.

Управление качеством медицинской помощи.

При внедрении новой системы финансирования необходимо предусмотреть взаимосвязь как между отдельными подразделениями внутри ЦРБ (стационар, ЦРМП, подстанция скорой медицинской помощи), так и между самой ЦРБ и другими ЛПУ (ПМСП, региональные/областные ЛПУ), а также управление потоком пациентов по этим структурам. На уровне многопрофильных стационаров и республиканских специализированных центров необходимо преду-

смотреть взаимосвязь между приемно-диагностическими подразделениями, консультативными поликлиниками и больничными отделениями.

Параллельно с внедрением финансового механизма планируется продолжить процесс по разработке клинических руководств, стандартов и клинических протоколов лечения пациентов, основанных на доказательной медицине, по самым приоритетным нозологиям с ежегодными обновлениями в зависимости от внедрения новых технологий.

Для управления качеством процесса оказания медицинской помощи и во избежание дублирования диагностических и лечебных процедур, необходимо также предусмотреть систему клинического мониторинга качества оказания медицинской помощи. Этот мониторинг целесообразно осуществлять согласно международным рекомендациям ретроспективно и регулярно по следующим индикаторам:

Однако, учитывая, что этот процесс может занять определенное время, рекомендуется на первых порах осуществлять взаимодействие со структурами и регуляцию потока пациентов на основании существующих знаний, нормативных и других документов.

В целях дальнейшего повышения роли ПМСП и эффективности использования ресурсов, целесообразно прием больных, обращающихся в ЛПУ регионального/областного и районного уровня, осуществлять строго по направлениям учреждений ПМСП или скорой помощи, а в случае отсутствия такого направления, затраты, связанные с его лечением, осуществлять за счет средств больного.

Информационная система

Для реализации целей и задач, поставленных перед системой финансирования, требуется довольно значительный объем данных, обрабатываемых информационной системой. Данная информационная система может быть использована во всех стационарах, в которых используется форма № 066 в качестве первичной учетной формы пролеченных больных в стационаре. Тем не менее, при разработке проекта информационной системы необходимо принимать во внимание следующие факторы:

- Набор данных должен соответствовать потреб-

Показатели взаимосвязи стационара с ПМСП и службой скорой помощи	Правильность направления больных на госпитализацию учреждениями ПМСП и службой скорой помощи.
Внутристационарные показатели	Правильность госпитализации и постановки диагноза Продолжительность койко-дней Правильность диагностики и лечения Правильность выписки
Правильность взаимосвязи со специализированными учреждениями	Правильность направления или перевода в специализированные учреждения.



ности системы финансирования здравоохранения;

- Набор данных должен способствовать автоматизации процесса формирования государственной статистической отчетности

- Набор данных должен обеспечивать функционирование системы управления качеством медицинской помощи

- Информационная система должна обеспечивать определенные внутренние потребности поставщика медицинской помощи.

Автоматизация сбора и хранения данных требует, чтобы во всех случаях, когда это возможно, вводимые данные были сгруппированы в справочники и соответствующим образом закодированы, что позволит уменьшить количество ошибок при вводе и, в дальнейшем, осуществлять широкомасштабную аналитическую и исследовательскую работу. Примерами кодированных справочников могут служить МКБ-10, классификация хирургических операций. Систематизации также, помимо прочего, подлежат (указаны лишь самые основные параметры, список будет расширен в процессе работы):

- Типы госпитализации
- Виды направления в стационар
- Льготные категории пациентов
- Профили коек
- Профили отделений
- Профили учреждений
- Медперсонал
- Врачебные специальности
- Территориальные параметры (область, район, населенный пункт и т.д.)

Стандартизированные справочники также необходимы для процесса передачи данных между лечебно-профилактическими учреждениями, финансирующими центрами и органами статистики.

Необходимо создать электронную экспертную систему оценки пролеченного случая и, по мере выработки стандартов лечения, развивать ее. Экспертная система должна использоваться при решении проблем с отдельными случаями, сомнительными в отношении правильности представленных данных.

Моделирование и оценка рисков: Внедрение системы стратегических закупок и новых методов контрактирования вместо финансирования по «смете расходов» может привести к возникновению критических финансовых рисков для отдельных медицинских организаций. Для нейтрализации возможных рисков проводится моделирование, которое выражается в сравнении «исторического» бюджета с бюджетом, который медицинская организация может получить в случае применения новых методов оплаты.

Подготовка контрактов и приложений: Основным юридическим документом, определяющим взаимоотношения «покупателя» медицинских услуг (Фонд ГМС) и «поставщика» медицинской помощи, является договор. Договор может включать в себя

следующие основные разделы:

- Общая часть – указание наименований и реквизитов сторон
- Перечень пакетов услуг, уровень и ключевые характеристики предоставляемых услуг
- Юридический адрес и адреса мест предоставления помощи (структурных подразделений)
- Критерии доступа для определенных услуг (наличие направлений и т.д.)
- Стандарты качества при оказании услуг (ссылка на соответствующие регламенты МЗ)
- Способы контроля за выполнением договорных обязательств, включая доступ к помещениям и данным
- Сумма договора, методы финансирования и регламент выставления счетов и оплаты
- Формат предоставляемой отчетности, включая информацию в электронном виде
- Срок действия договора
- Возможности изменения условий договора
- Порядок разрешения споров
- Обязательства сторон

В процессе формирования структуры договоров, можно предусмотреть наличие двух составляющих:

- Стандартный (типовой) раздел для всех поставщиков помощи, который вкачает в себя регулирование административных вопросов, регламент документооборота и т.д.
- Раздел, который определяет спецификацию, уровень и характеристики предоставляемых пакетов услуг для каждого поставщика отдельно.

Даже если поставщики медицинских услуг заранее известны и определены (Объединения), процесс заключения договоров рекомендуется сделать публичным. Это может выражаться в обсуждении параметров договоров с коллективами Объединений и информировании населения. Эти процессы являются составной частью вовлечения населения и медицинской общественности в управление системой здравоохранения способствуют повышению осведомленности граждан о правах в рамках программы государственных гарантий.

Процесс заключения контрактов

Настоящий регламент процесса заключения контрактов является примерным и может послужить основанием для последующей разработки нормативного акта, регламентирующего проведение процессов контрактирования поставщиков помощи.

Поскольку сроки начала процесса контрактирования еще не определены, временные интервалы указаны в периодах времени от недели «0», в который стартует процесс заключения контрактов.

Публикация проектов документов для обсуждения: Срок: примерно 6 недель до официального старта процесса контрактирования

- Размещение на сайтах МЗ и ФГМС проектов



документов: пакет услуг, требования к поставщикам и других

- Анализ вопросов и предложений медицинской общественности
- Доработка проектов по итогам обсуждения

Официальное объявление о заключении контрактов: Срок: Неделя 0 (официальный старт)

- Публикация на сайтах МЗ, ФГМС и в прессе итоговых документов для процесса контрактирования
- Указание сроков для всех этапов процесса
- Проведение коммуникационной компании с населением и медработниками

Сбор и верификация заявок от стационаров: Срок: 1-2 недели

- Проверка качества и полноты представленных документов и информации
- Формирование сводных данных
- Формирование итогового перечня поставщиков, которые соответствуют требованиям
- Информирование поставщиков, заявки которых отклонены

Обсуждение заявок и параметров контрактов: Срок: 3-4 недели

- Моделирование объема помощи и бюджета
- Анализ потенциальных рисков
- Корректировка контрактных обязательств по итогам моделирования и обсуждения

Подписание контрактов: Срок: 5-6 недели

- Юридическое завершение процесса заключения контрактов

Мониторинг

Для оценки достижения ожидаемых результатов функционирования системы стратегических закупок, целесообразно определить параметры системы мониторинга и оценки. В этом процессе важно учесть уровень развития информационных системы и определить небольшое количество индикаторы, которые реально зависят от работы организаций ПМСП. Система мониторинга состоит из следующих разделов:

Анализ информации в счетах-реестрах ЛПУ

Проверка параметров и верификация данных для финансирования

Выявление потенциального нарушений и мошенничества

Мониторинг исполнения условий контрактов

Мониторинг деятельности медицинских учреждений

Публикация результатов мониторинга на сайте ФГМС

Обсуждение результатов мониторинга с поставщиками медицинских услуг (ежеквартально).

Таким образом, на примере проведения пилотного проекта в Сырдарьинской области по новым методам финансирования, можно сделать заключение, что выбранная тактика показала свою жизнеспособность и возможность институционализации данного процесса.



O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI QUROLI KUCHLARI HARBIY XIZMATCHILARIGA KARDIOJARROHLIK YORDAMINING TAHLILI VA RIVOJLANISH ISTIQBOLLARI

I.R. URAZBAYEV

O'zbekiston Respublikasi Mudofaa vazirligi Markaziy harbiy klinik hospitali

ANNOTATSIYA

O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlari (O'ZR QK) O'zbekiston Respublikasida xodimlar soni bo'yicha eng yirik boshqarmalardan biridir. Qon aylanish tizimi kasalliklari O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlarida umumiy kasallanish tarkibida ikkinchi, o'lim ko'rsatkichlari tarkibida esa birinchi o'rinni egallaydi. Ushbu turdagi kasalliklardan o'lim darajasi 100 ming aholiga taxminan 410,6 holatni tashkil etadi, bu umumiy aholi bilan bir xil.

Tadqiqot maqsadi.

O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlari xodimlariga yurak-qon tomir xirurgiyasi sohasida yuqori texnologiyali tibbiy yordam ko'rsatishni tashkil etishning bugungi holatini baholash va kelgusidagi rivojlanish strategiyasini belgilash.

Materiallar va usullar.

2022-2023 yillar davomida turli profil guruhlar uchun yuqori texnologiyali yordam ko'rsatish hajmi baholandi. Har xil turdagi aralashuvlar uchun operatsiyadan keyingi o'lim aniqlandi. O'zbekiston Respublikasi Mudofaa vazirligi Markaziy harbiy klinik hospitalida (O'RMV MHKG) yuqori texnologiyali tibbiy yordam ko'rsatish hajmlari Toshkent shahridagi muassasalar va Respublika markazlari bilan taqqoslangan holda tahlil qilindi.

Natijalar. 2022-2023 yillarga mo'ljallangan O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlarining "yurak-qon tomir xirurgiyasi" yo'nalishida xizmatchilarga yuqori texnologiyali tibbiy yordam ko'rsatishni tashkil etish holati va hajmi kompleks baholandi. Tahlil qilinayotgan davr uchun O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlari xodimlariga ushbu turdagi yordamlar mavjudligi dinamikasi baholandi. O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlari xodimlariga yuqori texnologiyali tibbiy yordam ko'rsatish sifati va miqdorini oshirishga qaratilgan rivojlanish strategiyasi ishlab chiqildi.

Xulosa.

O'RMV MHKG rivojlanishi misolida O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlarida o'tkir koronar sindrom bilan davolangan bemorlar sonida ijobiy siljish kuzatilmoqda. Keyingi mantiqiy qadam O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlari xodimlariga kardiojarrohlik yordami ko'rsatish imkoniyatlarini rivojlantirish bo'ladi. Taklif etilayotgan strategiya bemorlarning ushbu toifasiga tibbiy yordamni tashkil etish va sifati yaxshilashga yordam beradi.

Kalit so'zlar: yurak-qon tomir jarroxlik, Markaziy harbiy klinik hospital, yuqori texnologiyali tibbiy yordam.

ANNOTATION

The Armed Forces of the Republic of Uzbekistan (AF RUz) is one of the largest departments in terms of the number of employees in the Republic of Uzbekistan. Diseases of the circulatory system occupy second place in the structure of general morbidity and first place in the structure of mortality in the AF RUz. The mortality rate from this type of disease is about 476.4 cases per 100 thousand population.

Purpose of the study. To assess the current state of organizing high-tech medical care for employees of the AF RUz in the field of cardiovascular surgery and determine a strategy for future development.

Material and methods. An assessment was made of the volume of high-tech assistance provided for various profile groups for the period 2022-2023. Postoperative mortality was determined for various types of interventions. An analysis of the volumes of high-tech care provided at the Central Military Clinical Hospital of the Ministry of Defense of the Republic of Uzbekistan (CMCH MDRUz) was carried out in comparison with institutions in the city of Tashkent and Republican centers.

Results. A comprehensive assessment of the state of the organization and the volume of provision of high-tech medical care to employees of the AF RUz in the field of "cardiovascular surgery" for the period 2022-2023 was carried out. The dynamics of the availability of this type of assistance to employees of the AF RUz for the analyzed period was assessed. A development strategy has been developed aimed at improving the quality and quantity of high-tech medical care for employees of the AF RUz.

Conclusion. Using the example of the development of CMCH MDRUz, a positive shift is visible in the number of treated patients with acute coronary syndrome in the AF RUz. The next logical step would be to develop the availability of cardiac surgical care for employees of the AF RUz. The proposed strategy will help improve the organization and quality of medical care for this category of patients.

Key words: cardiovascular surgery, Central Military Clinical Hospital, high-tech medical care.



KIRISH

Qon aylanish tizimi kasalliklari (QATK) sayyoramiz aholisining o'lim darajasining 50% dan ortig'ini egallaydi va vaqt o'tishi bilan umr ko'rish davomiyligining oshishi tufayli bu ko'rsatkich faqat oshadi [1, 2]. Yurak-qon tomir tizimi kasalliklari nogironlikning yuqori darajasi va yuqori o'lim bilan birga keladi. O'zbekiston Respublikasida so'nggi yillarda yurak-qon tomir kasalliklari aholi o'limining asosiy sababi bo'lib, barcha holatlarning 50% gacha hissasiga to'g'ri keladi [3, 4]. Medikamentoz terapiyasi kasallikning rivojlanishining ma'lum bosqichlarida samarali davolash usuli hisoblanadi, ammo shu bilan birga, yurak va qon tomirlarining organik shikastlanishi paydo bo'lganda, ma'lum holatlarda u befoyda bo'ladi. Ko'p hollarda o'z vaqtida qilingan operatsiya nafaqat bemorning hayotini saqlab qolishi, balki uning sifatini sezilarli darajada yaxshilashi mumkin. So'nggi o'n yilliklarda kardiologiya va kardiojarrohlik sohasida jadal taraqqiyot kuzatildi, bu kimyodan tortib fiziologiyadagi fundamental tadqiqotlarga bo'lgan fanning turli sohalarida yangi ishlanmalarning paydo bo'lishi bilan doimo rag'batlantirilmoqda. Umumiy yurak-qon tomir jarrohligi, xususan, yurak jarrohligi kasbiy, texnik va tashkiliy ta'minotga qo'yiladigan talablarning yuqoriligi tufayli sog'liqni saqlashni ilmiy-texnik rivojlantirishning asosiy yo'nalishlaridan biri hisoblanadi.

O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlari O'zbekiston Respublikasida xodimlar soni bo'yicha eng yirik boshqarmalardan biridir. 2023-yil holatiga ko'ra, O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlari umumiy ma'lumotlarga ko'ra 60 mingga yaqin kishidan iborat. So'nggi yillarda O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlarida qon aylanish tizimi kasalliklari muntazam ortib bormoqda. Oxirgi 2 yildagi o'sish 14,2% ni tashkil etdi. O'lim ko'rsatkichlari tarkibida O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlaridagi ham birinchi o'rinni egallaydi. Shu bilan birga, 100 000 aholiga o'lim darajasi xuddi shu davrda sezilarli darajada kamaydi.

Tadqiqot maqsadi O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlarining "yurak-qon tomir xirurgiyasi" yo'nalishi bo'yicha xizmat ko'rsatuvchi xodimlarga yuqori texnologiyali tibbiy yordam ko'rsatishni tashkil etishning bugungi holatini baholash va kelgusida rivojlanish strategiyasini belgilashdan iborat.

Material va metodlar

2022-2023 yillar davomida turli profil guruhlari uchun yuqori texnologiyali yordam ko'rsatish (YTY) hajmi baholandi. Har xil turdagi aralashuvlar uchun operatsiyadan keyingi o'lim aniqlandi. Markaziy harbiy klinik gospitalida ko'rsatilayotgan yuqori texnologiyali tibbiy yordam hajmi Toshkent shahridagi muassasalar va Respublika markazlari bilan solishtirganda tahlil qilindi. Tadqiqotda O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi axborot-tahlil tizimi – O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlarining Respublika byudjeti mablag'lari hisobidan tibbiy yordam ko'rsatish bo'yicha davlat topshirig'ining bajarilishi monitoringi quyi tizimi ma'lumotlaridan foydalanildi. O'zbekiston "yurak-qon tomir xirurgiyasi" profilida (1-jadval).

Natijalar

O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlarida yurak-qon tomir kasalliklaridan o'lim darajasini pasaytirishda o'tkir koronar sindrom (O'QS) bilan og'rigan bemorlarga yuqori texnologiyali shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatadigan hududiy qon tomir markazlarining ochilishi yetakchi rol o'ynadi. O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlarining "yurak-qon tomir xirurgiyasi" yo'nalishi bo'yicha harbiy xizmatchiga rejalashtirilgan yuqori texnologik yordam O'zbekiston Respublikasi Mudofaa vazirligining Markaziy harbiy klinik gospitali, Respublika markazlari, shuningdek, Toshkent shahridagi sog'liqni saqlash muassasalari.

Koronar yurak kasalliklarini jarrohlik davolash.

Yurakning ishemik kasalligi (YuIK) kasallanish va o'lim ko'rsatkichlari tarkibida ustunlik qiladi. Koronar arteriya kasalliklarini davolashning asosiy jarrohlik usullari koronar arteriyalarni stentlash va koronar arteriya bypass payvandlash bilan balonli angioplastikadir. Jadvalda 1-rasmda 2 yil davomida O'KS va barqaror stenokardiya uchun endovaskulyar aralashuvlar soni ko'rsatilgan.

Yuqorida ta'kidlanganidek, hududiy qon tomir markazlarining ochilishi O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlari xizmatchilariga yuqori texnologiyali tibbiy yordamning ushbu turidan keng foydalanishda ijobiy ta'sir ko'rsatdi. Agar 2022 yilda O'KS uchun 531 ta shoshilinch aralashuv amalga oshirilgan bo'lsa, o'tgan yil davomida yiliga o'rtacha 622 dan ortiq aralashuv amalga oshirilgan. So'nggi yillarda Markaziy harbiy klinik

1-jadval

Bemorlar yoshi va jinsi xususiyatlariga ko'ra taqsimlangan.

Olingan materialga statistik ishlov berish SPSS 12.0, Statistica v. dasturlari yordamida amalga oshirildi.

6.0 va Microsoft Excel

Jadval 1. 2022-2023 yillar endovaskulyar amaliyotlar soni.

Yil	Amaliyot nomi	Amaliyot soni	jins	Yosh (mediana)			Muassasa	
			e	a	umumiy	e	a	boshqalalr MHKG
2022	Shoshilinch	537	341	196	60	58	67	531 6
	Rejali	795	581	214	65	63	68	712 83
2023	Shoshilinch	634	412	222	62	60	68	622 12
	Rejali	1082	791	291	65	63	68	865 217



gospitalining O'KSni davolashga qo'shayotgan hissasiga e'tibor qaratish lozim. Rejalashtirilgan tadbirlar soni ham barqaror oshib bormoqda, lekin asosan Respublika markazlari va Toshkent shahridagi tibbiyot muassasalari hisobidan. Koronar arteriya kasalligi bilan kasallanish tarkibida o'rtacha katta yoshdagi erkaklar populyatsiyasining ayollar populyatsiyasiga nisbatan tarqalishiga kelsak, bular sayyoramizning ayollar qismida aterosklerotik jarayonning rivojlanishining kech boshlanishi bilan bog'liq global qonuniyatlardir.

Koronar arteriyalarga shoshilinch aralashuvlar paytida o'limning ko'payishi diqqatga sazovordir, bu esa chuqurroq tahlil qilish zarurligini oldindan belgilab beradi. Rejalashtirilgan tadbirlar to'g'risidagi ma'lumotlar global ma'lumotlarga mos keladi.

Koronar arteriyalarni shuntlash (AKSh) yurak-qon tomir kasalliklarini davolashda "oltin standart" hisoblanadi. Hozirgi vaqtda AKSh ning ikkita asosiy usuli mavjud: ishlab turgan yurakda va sun'iy qon aylanish va kardioplegiya sharoitida. O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlarini tibbiy ta'minlash tizimida O'zbekiston Respublikasi Mudofaa vazirligi Markaziy harbiy klinik gospitali ushbu turdagi yuqori texnologiyali tibbiy yordam ko'rsatuvchi yagona klinika hisoblanadi.

2022-yilgacha O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlarining tibbiyot muassasalarida ushbu turdagi yordam amalda ko'rsatilmagan, Ichki ishlar vazirligi gospitalida o'tkazilgan oz sonli endovaskulyar aralashuvlar bundan mustasno. Bemorlar Toshkent shahri va Respublika markazlaridagi sog'liqni saqlash muassasalariga borishga majbur bo'ldi. 2 yil davomida yiliga, shu jumladan, O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tizimi orqali amalga oshirilayotgan tadbirlar sonini oshirishda ijobiy tendentsiya kuzatildi. Shu bilan birga, yurak urishi bo'yicha operatsiyalarning ulushi taxminan bir xil darajada qolmoqda. Shu bilan birga, operatsiyadan keyingi o'limni tahlil qilganda, bu ikki guruhda statistik jihatdan muhim farqlar yo'qligini ko'rsatadigan ko'plab tadqiqotlarga qaramay, jarrohlik guruhidagi o'lim daraja-

si deyarli 2 baravar yuqori ekanligi aniq. Bu sun'iy qon aylanish ostida operatsiya qilingan bemorlarning og'ir-roq kohortasiga bog'liq bo'lishi mumkin (2-jadval).

Bizning tadqiqotimizda AKSH guruhiga shoshilinch ko'rsatmalar (o'tkir miokard infarkti (O'MI), infarktdan keyingi erta stenokardiya) uchun operatsiya qilingan bemorlar kiritilgan. Biroq, ikki guruhdagi umumiy o'lim darajasi 1,5% dan 2% gacha.

Yurak klapani patologiyasini jarrohlik davolash

Yurak klapan apparatining tug'ma va orttirilgan patologiyasi ko'p hollarda surunkali yurak etishmovchiligi (SYuE) rivojlanishiga olib keladigan ishemik yurak kasalligi bilan birga zamonaviy kardiojarrohlik muammolaridan biridir. Revmatizmni davolash va oldini olish bo'yicha sezilarli yutuqlarga qaramay, so'nggi yillarda yurak klapanlarining shikastlanishida ateroskleroz va degenerativ o'zgarishlar birinchi o'ringa chiqdi. So'nggi yillarda qo'shma qopqoq lezyonlari va koronar arteriya kasalliklarining ulushini oshirish tendentsiyasi kuzatildi, bu kasallikning allaqachon og'ir kechishini va natijada jarrohlik davolash natijalarini og'irlashtiradi. 2 yil davomida o'rtacha o'lim darajasi 4% oralig'ida o'zgarib turdi, bu yaxshi ko'rsatkich bo'lib, umuman yo'nalish bo'lim va shifoxona uchun yangi ekanligini hisobga olsak. Koronar yurak kasalligi va surunkali yurak etishmovchiligining so'nggi bosqichining murakkab shakllarini jarrohlik davolash.

Koronar arteriya kasalligining eng keng tarqalgan murakkab shakli surunkali chap qorincha anevrizmasi (ChQA). Qoida tariqasida, yosh bemorlar kasal bo'lib, ularda koronar arteriyalarda kollateral qon oqimi kam rivojlangan, buning natijasida O'MI paydo bo'lganda, keyinchalik ChQA rivojlanishi bilan miyokard nekrozining katta maydoni hosil bo'ladi. Oxirgi 2 yil davomida ko'rsatkichlarni tahlil qilganda, O'MIning ushbu xavfli asorati bilan kasallanishning kamayishi qayd etilgan, bu bizning fikrimizcha, mintaqaviy qon tomir markazlari tarmog'ining keng rivojlanishi va qon tomirlari sonining ko'payishi bilan bog'liq. Bizning tadqiqotimiz ushbu be-

Jadval 2. Aorto-koronar shuntlash jarrohlik amaliyotining soni

yil	Amaliyot turi	Amaliyotlar soni		Pol	Yoshi (mediana)				Muassasa
			e	a	Umumiy	e	a	boshqalar	MHKG
2022	Ishlab turgan yurakda	582	513	208	63	61,5	67,5	577	5
	SQ sharoitida	139	98	41	62	61	65	139	0
2023	Ishlab turgan yurakda	539	319	220	62	62	66	511	28
	SQ sharoitida	122	91	33	63	62	65	117	5
Jadval 3. Klapan patologiyada jarrohlik amaliyotlar									
yil	Soni	jinsi		Yoshi (mediana)				Muassasa	
	e	A		umumiy	e	a		boshqalar	MHKG
2022	205	130	75	64	64	66	204	1	
2023	356	218	138	60	58	62	352	4	



morlar guruhining o'rtacha yoshi 57 yoshni tashkil etganligini tasdiqladi. Hammasi bo'lib 28 nafar bemor 2 yil davomida operatsiya qilingan. Ushbu guruhdagi o'lim darajasi o'rtacha 8% ni tashkil etdi.

Dilatatsion yurak etishmovchiligi vaqt o'tishi bilan eng keng tarqalgan patologik sharoitlardan biriga aйланди. Shu bilan birga, aholining o'rtacha yoshi o'sishi hisobiga DYUE bilan og'riqan bemorlarning soni tez sur'atlar bilan o'sib bormoqda. Prognozi juda noqulay bo'lgan so'nggi bosqichdagi DYUE bilan og'riqan bemorlar soni ham to'g'ridan-to'g'ri mutanosib ravishda o'sib bormoqda. Dori-darmonlarni davolashga chidamli bo'lgan so'nggi bosqichdagi yurak etishmovchiligi bo'lgan odamlarning o'lim darajasi, turli manbalarga ko'ra, yiliga 50 dan 80% gacha. Oxirgi bosqichdagi DYUEni jarrohlik davolashning asosiy usullari yurak transplantatsiyasi, turli qon aylanishini qo'llab-quvvatlash tizimlarini implantatsiyasi va yurak resinxronizatsiya terapiyasi (YuRT). Shu bilan birga, qon aylanishining yordami usullari (quyida muhokama qilinadi) "omon qolish" terapiyasi shaklida mustaqil davolash usuli va yurak transplantatsiyasiga (YT) "ko'prik" bo'lishi mumkin. O'tkir yoki surunkali yurak etishmovchiligi uchun ishlatiladigan qon aylanishini qo'llab-quvvatlash tizimlari turli xil implantatsiya qilinadigan qorinchalarni aylanib o'tish moslamalari va ekstrakorporal membrana oksigenatsiyasi bilan ifodalanadi. So'nggi bir necha yil ichida, shu jumladan Sog'liqni saqlash vazirligi muassasalarida implantatsiyalar sonining paydo bo'lishi qayd etiladi. Akademik V.Vohidov nomidagi jarrohlik markazida O'zbekiston kardiojarrohligi tarixida birinchi marta qon aylanishini qo'llab-quvvatlovchi tizimi o'rnatildi. Yurak transplantatsiyasi (YT) oxirgi bosqichdagi davolash uchun "oltin standart" hisoblanadi. So'nggi yillarda dunyoda amalga oshirilgan transplantatsiyalar sonining ko'payishi tendentsiyasi kuzatilmoqda, ammo yurak transplantatsiyasiga muhtoj bemorlarning doimiy ko'payishiga qaramay, bizning mamlakatimizda bu turdagi aralashuv amalga oshirilmaydi.

Yurak aritmiyalari jarrohlik davolash. Yurak ritmining buzilishining asosiy turlari turli xil bradiarritmiya va taxiarritmiya, shuningdek, intraventrikulyar o'tkazuvchanlik buzilishidir. So'nggi yillarda yurak-qon tomir jarrohliligining ushbu sohasi faol rivojlanmoqda. Yurak ritmi buzilishining turli shakllarini davolash va diagnostika qilishning yangi usullari takomillashtirilib, joriy etilmoqda. Kardiostimulator qurilmalarining rivojlanishi oxirgi bosqichdagi yurak etishmovchiligini davolashga katta hissa qo'shdi. Bradirritmiyalarni davolash usuli har xil turdagi bir va ikki kamerali yurak stimulyatori (EKS), taxiarritmiya uchun esa - har xil turdagi ablasyonlar (RChA) va kardioverter-defibrilatorlarni (ICD) implantatsiyasi. Implantatsiyalar soni muttasil ortib bormoqda, yurak stimulyatori implantatsiyasining yarmidan ko'pi respublika sog'liqni saqlash muassasalarida amalga oshirilmoqda. Jarrohlik aralashuvidan keyin o'lim darajasi past bo'lib qolmoqda va o'rtacha 0,2% ni

tashkil qiladi. Bemorlarning jinsi bo'yicha taqsimlanishi taxminan tengdir. Bemorlarning o'rtacha yoshi 75 yil. 2022-2023-yillarda Toshkent shahridagi kardiojarrohlik markazlarida 723 ta radiochastota ablasyon operatsiyasi va 146 ta ICD implantatsiyasi amalga oshirildi. Dastlabki bosqichlarda ushbu turdagi yordam faqat Sog'liqni saqlash vazirligi tizimidagi muassasalar va Respublika markazlarida ko'rsatilishi mumkin bo'lgan bo'lsa, keyingi yillarda O'zbekiston Respublikasi Mudofaa vazirligining Markaziy harbiy klinik gospi talida joriy etildi. Shuningdek, yiliga bajariladigan operatsiyalar sonining bosqichma-bosqich o'sishi kuzatilmoqda, bu hozirda 9 ta operatsiyani, shundan 1si 2022 yilda, qolganlari esa 2023 yilda.

Yurak jarrohlikning boshqa turlari. Yurak-qon-tomir tizimidagi boshqa amaliyotlar, kam uchraydigan turlari ham faol rivojlanmoqda. Okklyuderlarning transfemoral implantatsiyasi kabi. Bundan tashqari, agar 2022 yilda atigi 2 ta implantatsiya qilingan bo'lsa, 2023 yilda - 11 ta operatsiya. Aortaning ko'tarilishi jarrohliligida muvaffaqiyatga erishilmoqda. Hozirda operatsiyalar soni 12 ta.

Yosh bollarda jarrohlik amaliyotlar

Bolalar kardiojarrohligi zamonaviy tibbiyotning eng murakkab yo'nalishlaridan biridir. Tug'ilishning ko'payishi va prenatal diagnostikaning yaxshilanishi bilan tug'ma yurak patologiyasi bo'lgan bolalar soni barqaror o'sib bormoqda. Jarrohlikning ushbu bo'limidagi asosiy muammo - 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda operatsiyalar bo'lib, ular davolashning barcha bosqichlarida yuqori malaka va texnik yordam talab qiladi. Bu yo'nalishda Markaziy harbiy klinik gospi talda bolalar kardiojarrohliligini joriy etish bo'yicha loyihalar faol ishlab chiqilmoqda.

Muhokamalar

O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlari xizmatchilariga kardiojarrohlik yordamining asosiy muammolari va rivojlanish istiqbollari.

Taqdim etilgan ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, kardiojarrohlikning deyarli barcha yo'nalishlarida amalga oshirilgan aralashuvlar hajmini oshirishga nisbatan ijobiy tendentsiya mavjud. Aholining kardiojarrohlikka bo'lgan ehtiyoji uzoq vaqtdan beri turli tadqiqotlar bilan aniqlangan va har 1 million aholiga koronar arteriya kasalliklari bo'yicha 1100 ta operatsiyani va 1 million aholiga yurak nuqsonlari bo'yicha 350 ta operatsiyani tashkil etadi. Shunday qilib, O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlari xodimlari soni bo'yicha 66 ta AKSH operatsiyasi, yurak klapanlari patologiyasini to'g'rilash bo'yicha 21 ta operatsiya, 200 ga yaqin turli turdagi yurak stimulyatori implantatsiyasi, 217 taga yaqin balon angioplastikasini stentlash bilan o'tkazilgan.

Deyarli barcha turdagi yordamlar uchun bajarilgan operatsiyalar hajmi va ehtiyojlar o'rtasida tafovut mavjud. Agar angioplastikada vaziyat moslashishga yaqinlashayotgan bo'lsa, u holda AKSh va yurak qopqog'i patologiyasi kabi turlarda, yaqinda paydo bo'lgan aniq



ijobiy o'zgarishlarga qaramay, vaziyat juda qoniqarsiz ko'rinadi. O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlarida kardiojarrohlik yordamining rivojlanishiga to'sqinlik qilayotgan asosiy jihatlar respublikaning katta hududiga notekis taqsimlanishi, tibbiyot markazlarida kardiologlarning yetishmasligi, 1-darajali muassasalar va bosh markazlarning jihozlanishi bilan bog'liq muammolardir. Sog'liqni saqlash vazirligining bemorlar bilan tibbiy ko'rsatmalar asosida ishlash tizimi bilan integratsiyaning yo'qligi. Mavjud muammoni bartaraf etishga qaratilgan asosiy strategiya, bizning fikrimizcha, periferik gospielni rivojlantirishdir. Bugungi kunda O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlari harbiy xizmatchilariga "kardiojarrohlik" yo'nalishi bo'yicha yuqori texnologik yordam ko'rsatuvchi yagona muassasa – O'zbekiston Respublikasi Markaziy harbiy klinik gospihlining yurak-qon tomir va rentgen endovaskulyar jarrohligi bo'limidir. Birinchi bosqichda tibbiy order tizimi orqali yordam ko'rsatish uchun sog'liqni saqlash vazirligi bilan integratsiyalashuv talab etiladi. Keyingi bosqichlarda O'zbekiston Respublikasi Mudofaa vazirligining yirik gospihallari bazasida kardiojarrohlik bo'limlari filiallarini ochish ko'zda tutilgan. Bemorlarni kardiojarrohlik profiliga ko'ra yo'naltirish loyihasini ishlab chiqish kerak. Qo'shimcha kardiologiya kabinetlarini, shu jumladan, yurak yetishmovchiligi bilan og'rigan bemorlarni ochishni ta'minlash, shuningdek, tibbiy yordam ko'rsatishni tashkil etishni takomillashtirish. Kardiojarrohlik

bemorlarining yagona reestrini yaratish maqsadga muvofiq ko'rinadi

Xulosa

Aholi salomatligini asrash, qon aylanish tizimi kasalliklaridan kasallanish, nogironlik va o'lim darajasini pasaytirish maqsadida kardiojarrohlikka muhtoj bemorlarga tibbiy yordamning mavjudligi va sifatini yanada oshirish, tibbiyotga yuqori texnologiyali diagnostika va davolash usullarini joriy etish zarur. Tibbiyot tashkilotlari faoliyatini takomillashtirish, O'zbekiston Respublikasining istalgan hududidan kelgan bemorlarga yuqori texnologiyali tibbiy yordamdan foydalanish imkoniyatini ta'minlash uchun "nizatsiya texnologiyalarini tashkil etishni takomillashtirish.

Vaqt o'tishi bilan aholining kardiojarrohlikka bo'lgan ehtiyoji muqarrar ravishda ortib boradi. Bunga mamlakat aholisining umr ko'rish davomiyligining oshishi, diagnostikaning yaxshilangani va boshqa bir qator omillar sabab bo'lmoqda. Hududiy qon tomir markazlarining rivojlanishi misolida Toshkent shahrida o'tkir koronar sindrom bilan davolanayotgan bemorlar sonida ijobiy siljish kuzatilmoqda. Keyingi mantiqiy qadam bu mintaqa aholisi uchun kardiojarrohlik yordami mavjudligini rivojlantirish bo'ladi. Taklif etilayotgan strategiya bemorlarning ushbu toifasiga tibbiy yordamni tashkil etish va sifatini yaxshilashga yordam beradi.

Mualliflar manfaatlar to'qnashuvi yo'qligini e'lon qilmaydi.

ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Akademik V. VOHIDOV nomidagi Respublika ixtisoslashtirilgan jarrohlik markazining kardiojarrohlik bo'limi jihozlash loyihasini amalga oshirish chora-tadbirlari to'g'risida. Akademik V. VOHIDOV» PQ-1309 24.03.2010 Yurak-qon tomir kasalliklarining oldini olish va davolash sifatini oshirish chora-tadbirlari to'g'risida PQ-103 26.01.2022.
3. 2022 yilda O'zbekiston Respublikasining barcha aholisining kasallanish darajasi. Statistik materiallar. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi, Sog'liqni saqlashni tashkil etish va axborotlashtirish» O'zbekiston; 2023 yil.
4. Bockeria L.A., Gudkova R.G. Yurak-qon tomir xirurgiyasi - 2009. Qon aylanish tizimining kasalliklari va konjenital anomaliyalari. M.: NTSSKh im. nashriyot uyi. AN. Bakulev RAMS; 2009 yil.
5. Shalnova S.A. Epidemiologiya, yurak-qon tomir kasalliklarini rivojlanish xavfini baholash. Kardiologiya. Milliy qo'llanma: Qisqacha nashr. Ed. Belenkova Yu.N., Oganova R.G. M.: GEOTAR-Media; 2012 yil.
- ESC 2015 Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: the Task Force for the Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death of the Europe / S.G. Priori, C. Blomstrom-Lundqvist, A. Mazzanti [et al.] // Eur. Heart J. - 2015. - Vol. 36, № 41. - P. 2793-2867.
- ESC 2016 Guidelines for diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC / P. Ponikowski, A.A. Voors, S.D. Anker [et al.] // Eur. Heart J. - 2016. - Vol. 37, № 27. - P. 2000-2129.



ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ХАРАКТЕРИСТИКИ МОДЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ В РАМКАХ СИСТЕМЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Мухамедова М.Г., Мирварисова Л.Т., Эрматов З.Ш., Шейхаметов Ф.Д.,
Мирворисова З.Ш.

Республиканский Фонд медицинского страхования Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

Научно - исследовательский институт военной медицины Военно-медицинской
академии вооруженных сил Республики Узбекистан

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
Республика Узбекистан

АННОТАЦИЯ

Стандартизация требований и объема услуг для разных уровней оказания медицинской помощи помогут её эффективной регионализации по уровням, исходя из общих задач, приоритетов, необходимого оснащения и потенциала на первичном, вторичном и третичном уровнях. *Стандартизация медицинской помощи в стационарах первого уровня для всех районов и городов, позволит государству более эффективно использовать имеющиеся ресурсы в рамках программы государственных гарантий страхования, а также обеспечить принцип равенства в доступе к стационарной помощи для населения, независимо от географического места проживания.*

Ключевые слова: стандартизация медицинской помощи, районное медицинское объединение, система государственного медицинского страхования, реформа.

АННОТАЦИЯ

Tibbiy yordamning turli pog'onalarida qo'yiladigan talablar va xizmatlar ko'lamini standartlashtirish uni birlamchi, ikkilamchi va uchinchi pog'onalarida umumiy maqsadlar, ustuvorliklar, zarur jihozlar va imkoniyatlardan kelib chiqqan holda samarali hududiyashtirishga yordam beradi. Barcha tumanlar va shaharlar uchun birinchi pog'onadagi shifoxonalarda tibbiy yordamni standartlashtirish davlat sug'urta kafolati dasturi doirasida mavjud resurslardan yanada samarali foydalanish imkonini beradi, shuningdek, aholiga statsionar yordam olishda tenglik tamoyilini ta'minlaydi, geografik yashash joyidan qat'i nazar.

Kalit so'zlar: tibbiy yordamni standartlashtirish, tuman tibbiyot birlashmasi, davlat tibbiy sug'urta tizimi, islohot.

ANNOTATION

Standardization of requirements and scope of services for different levels of medical care will help its effective regionalization by level, based on common objectives, priorities, necessary equipment and capacity at the primary, secondary and tertiary levels. Standardization of medical care in first-level hospitals for all districts and cities will allow the state to more effectively use available resources within the framework of the state insurance guarantee program, as well as ensure the principle of equality in access to hospital care for the population, regardless of geographic place of residence.

Key words: standardization of medical care, district medical association, state health insurance system, reform.

Совершенствование системы направлений от семейных врачей первичного звена здравоохранения (ПЗЗ) и регионализация услуг за счет более прозрачного распределения видов и объемов помощи и контрактов с районным медицинским объединением (РМО).

Сегодня официальная система направлений пациентов от первичного к высшим уровням специализированной медицинской помощи должна обеспечиваться за счет повышения качества услуг первичной медицинской помощи в ответ на ожидания населе-

ния. Пациенты очень часто обращаются напрямую (самостоятельно) на более высокий уровень медицинской помощи без направлений, минуя более низкие уровни медицинской помощи. Несмотря на то, что непосредственный доступ к специалистам высоко ценится частью населения, существует «альтернативная стоимость» для системы здравоохранения в целом. Более того, пациенты, используя фрагментированные специализированные услуги, не получают полноценные комплексные услуги, которые через преемственность больше направлены на индивидуальные нужды



каждого пациента, и включают профилактические мероприятия, обучение вопросам здоровья, предотвращение болезни и/или обострения существующих неинфекционных заболеваний (НИЗ). Поддержание такого широкого доступа к более высоким уровням обслуживания отвлекает человеческие и финансовые ресурсы от других потенциальных услуг, которые могут быть более необходимыми и предоставленными вместо них, а также приводят к удорожанию системы здравоохранения. Такие учреждения, как Центральная районная многопрофильная поликлиника (ЦРМП) или центральные районные больницы (ЦРБ), обычно находятся в районном центре, удаленно от многих сельских общин, и пациенты вынуждены перемещаться на большие расстояния, теряя время и другие ресурсы.

С целью эффективного перераспределения ресурсов, существующий маршрут пациента, позволяющий обходить ПМСП, будет изменен. В новой модели оказания помощи семейный врач выступает в роли координатора/интегратора и обеспечивает обоснованное распределение потоков населения через более эффективную систему направлений. Чтобы сделать это возможным, потенциал и объем услуг, предоставляемых на уровне первичной медицинской помощи, а также функции, выполняемые медицинскими работниками в амбулаторных учреждениях, необходимо постепенно расширять. Кроме того, финансовые стимулы и система заключения контрактов по пакетам оказания медицинской помощи будут способствовать пациентам и поставщикам использовать соответствующий уровень медицинской помощи.

Стандартизация требований и объема услуг для разных уровней оказания медицинской помощи помогут регионализации медицинской помощи по уровням, исходя из общих задач, приоритетов, необходимого оснащения и потенциала на первичном, вторичном и третичном уровнях.

При непосредственном обращении пациентов к узким специалистам в центральную районную/городскую многопрофильную поликлинику или в стационар, услуги не будут охватываться программой государственных гарантий, т. е. будут покрываться за счет средств самого пациента.

С целью совершенствования системы направлений и рационального использования ресурсов здравоохранения, с января 2021 года в Узбекистане расширены функции семейного врача по выписыванию направлений к узким специалистам и на госпитализацию. Дополнительно расширяются полномочия семейных врачей в выписке рецептов для амбулаторного лечения отдельных групп пациентов. С разработкой системы электронных рецептов и возмещений по пакету базовых амбулаторных препаратов в рамках программы государственных гарантий, полномочия по выписыванию таких препаратов будут переданы семейным врачам.

Пересмотр функциональных задач центральной больницы

Реорганизация внутри больницы и укрупнение отделений стационаров с общей клинической направленностью для обеспечения гибкости и возможностей для будущего перепрофилирования и рационализации определенных видов услуг. Эффективная регионализация услуг предусматривает наличие стационаров первичного уровня, приближенного к населению, для решения большей части распространенных физиологических состояний и проблем общего характера, требующих стационарного лечения. Такими состояниями могут быть физиологические роды, острые неосложненные состояния, плановое стационарное лечение хронических заболеваний, некоторые виды хирургических операций, не требующих высокотехнологического оборудования и хирургов узкого профиля, диагностики и других условий для предоставления качественной медицинской помощи. Услуги более высокого уровня и узкой специализации должны предоставляться на вторичном или третичном уровне также в зависимости от возможностей и потенциала учреждений, с четким распределением состояний и объемов услуг с целью обеспечения эффективности и результативности оказанной медицинской помощи, для более затратно-эффективного обеспечения и использования имеющихся человеческих и материальных ресурсов. Данное более прозрачное распределение пакетов услуг по уровням оказания медицинской помощи также поможет в более четком и справедливом распределении финансов в рамках программы государственных гарантий.

С целью сохранения гибкости и возможности быстрого реагирования на потребности населения в связи с сезонностью определенных заболеваний, постановкой новых задач для стационаров, новых вызовов на примере коронавирусной пандемии и других факторов предложено укрупнение отделений стационаров первичного уровня по общим клиническим направлениям, таким как педиатрическое, терапевтическое, инфекционное, гинекологии и родовспоможения, хирургии, реанимации и интенсивного ухода.

Данное укрупнение отделений позволит быстро и эффективно реагировать на возникающие проблемы, перепрофилировать и реорганизовывать персонал больницы при необходимости, эффективно работать специалистам с общей и узкой специализацией в команде, решая множественные или комплексные проблемы пациентов, особенно с хроническими заболеваниями.

Вместе с преобразованием специализированных отделений очень важна реорганизация единого приемного отделения для центральных многопрофильных поликлиник и больниц районного/городского уровня. Приемное отделение должно стать первым пунктом контакта для всех пациентов с организаци-



ей первичного сортировочного пункта с соблюдением всех мер инфекционного контроля, сортировки и распределения потоков пациентов. В приемном отделении рассматривается создание трёх коридоров/отдельных входов: красный – для экстренных пациентов, желтый – для плановых стационарных больных, а зеленый – для амбулаторных пациентов (Триаж). В приемном отделении должно быть разделение потоков для взрослых и детей. Красный коридор должен иметь все необходимые условия для оказания профессиональной первой медицинской помощи, отдельными палатами в 1-дневном стационаре приемного покоя с оснащением для оказания необходимых экстренных услуг с возможностью наблюдения за состоянием в течение 2-8 часов. Пациенты с улучшением состояния и не требующие дополнительной помощи отправляются домой с уведомлением семейного врача. Остальные пациенты, которым нужна более длительная помощь и уход, госпитализируются и направляются в соответствующее отделение стационара (отделение интенсивной терапии и реанимации, либо в хирургические или плановые отделения). Пациенты без острых состояний по направлению семейного врача проходят сортировку в приемном отделении и могут быть направлены в многопрофильные поликлиники или госпитализированы с соответствующее отделение стационара.

Развитие новых видов медицинской помощи в стационарах первичного уровня.

По оценкам международных экспертов ВОЗ, в стране практически не развиты некоторые очень важные клинические услуги, такие как реабилитация и паллиативный медицинский уход. Данные услуги очень востребованы населением и составляют огромную часть расходов пациентов и их семей, которые имеют соответствующие проблемы.

В данный момент в стране по оценкам экспертов существует система оказания скорой и неотложной медицинской помощи при таких состояниях как мозговые инсульты и инфаркты миокарда. Пациентам с такими состояниями оказывается экстренная помощь и в течение 5-7 дней они получают лечение. После выписки из центров экстренной помощи, пациенты чаще всего находятся на стационарном лечении, после которого выписываются домой без прохождения необходимого полного курса реабилитации. Как показывают научные доказательства, самый важный период для восстановления жизненно-важных функций и профилактики осложнений - первые несколько недель (до одного месяца), во время которого востребованы многопрофильная командная помощь не только узких врачей-специалистов, но и кинезиологов/эрготерапевтов, физиотерапевтов (ЛФК и массаж) и правильный сестринский уход. После госпитализации в реальной жизни пациенты выписываются на дом

и семьи пациентов с осложнениями несут огромное моральное, психологическое и финансовое бремя по уходу за больными на дому. Сегодня в системе медицинской и социальной помощи отсутствуют квалифицированные специалисты по реабилитации и уходу на дому, социальные медицинские работники, психологи для оказания медико-социальной помощи и психологической поддержки самих пациентов и их близких.

Аналогичные проблемы испытывают семьи с детьми, которым необходимы специальные программы реабилитации и ухода, например, дети с детским церебральным параличом и проблемами опорно-двигательного аппарата. Услуги кинезиологов и физиотерапевтов также востребованы для пациентов с артрозами, артритами, с распространенными проблемами позвоночника, болью в спине и другими состояниями.

Другим видом медико-социальной помощи, требующей вовлечения команды специалистов, и которая практически не развита в стране является паллиативная помощь. В условиях отсутствия специальных учреждений для оказания медико-социальной помощи пациентам, нуждающимся в паллиативной помощи, некоторые виды подобных услуг предоставляются в стационарах. Обеспечение многопрофильной помощи таким пациентам командой медицинских работников вместе со специально подготовленными социальными и немедицинскими профессионалами требует отдельного внимания.

Таким образом, новые вызовы в системе здравоохранения и социальной помощи диктуют необходимость создания отделений реабилитации и восстановительного ухода, а также отделения паллиативного медицинского ухода в стационарах первичного уровня для снижения катастрофических расходов и морального ущерба для пациентов с хроническими заболеваниями и их близких. При этом также очень важно обеспечить доступ к последующему уходу на дому, преемственность услуг реабилитации и восстановления, медико-социальной помощи на уровне амбулаторных учреждений первичной медико-социальной помощи (ПМСП).

Организация и интеграция работы команд специалистов на всех уровнях с общими задачами, показателями качества, подкрепленными финансовыми методами и информационной системой здравоохранения, являются залогом успеха всех планируемых преобразований.

Эффективное объединение и использование ресурсов.

Как уже было сказано выше расширяющийся стационарный сектор в условиях ограниченных ресурсов ведет к росту необоснованных и не всегда оправданных расходов, затрудняют интеграцию услуг и рабо-



ту в команде, требуют дополнительных административных расходов, приводят к дублированию услуг. В Узбекистане проведена огромная работа по объединению всех стационарных услуг на уровне районов и городов в районные и городские медицинские объединения с многопрофильными поликлиниками.

С целью более эффективного использования общих человеческих ресурсов и обеспечения преемственности, в новой модели организации услуг предусмотрено объединить клинически на практике центральные многопрофильные поликлиники районного и городского уровня (ЦРМП и ЦГМП) вместе с центральными районными и городскими больницами (ЦРБ/ЦГБ). В данной модели ЦРМП и ЦГМП преобразуется в многопрофильную консультативно-диагностическую поликлинику и становится функциональным амбулаторным подразделением первичных больниц с общим штатом медицинских и других специалистов.

Одной из задач данной поликлиники со штатом узких специалистов является амбулаторный прием пациентов узкими специалистами как интегрированной команды в помощь семейным врачам при наличии множественных и сложных проблем здоровья у определенных групп пациентов, а также дополнительные потребности в диагностической и лабораторно-инструментальной диагностике первичного уровня. Помощь многопрофильным командам первичного звена в семейных поликлиниках и сельских врачебных пунктах может оказываться в виде смешанных подходов: периодическая организация мобильных бригад узких специалистов с выездом в медицинские учреждения первичного звена с учетом потребностей учреждений (например, 1-2 раза в квартал) для проведения обучающих сессий, дополнительного совместного консультирования сложных пациентов, а также визитов поддерживающего кураторства. Вторым способом оказания поддержки может стать проведение теле-консультаций и теле-мониторинга узкими специалистами с семейными врачами с использованием социальных сетей и видеоконференций. Третьим способом оказания содействия может стать периодическое посещение семейным врачом пациентов со своего участка в стационаре для обсуждения со специалистами дальнейшей тактики лечения и последующего ведения отдельных – сложных пациентов после выписки из стационара, а также для совместных обучающих командных сессий.

Для эффективного использования человеческих ресурсов предлагается также пересмотреть штат узких специалистов с учетом потребностей населения и доступных финансовых ресурсов. Необходимо учесть следующие возможности и подходы:

Объединение отдельных дублирующих функций узких специалистов с дополнительным обучением на районном/городском уровне, например функции кардио-ревматолога передать кардиологам и терапевтам. Другим примером можно рассмотреть необходи-

мость в гематологе, который при выявлении проблем в области гематологии не имеет дополнительных технологий и диагностических возможностей для подтверждения серьезных диагнозов или дальнейшего лечения пациентов. Функции дифференциальной диагностики и направлений на вторичный или третичный уровень при гематологических проблемах может взять на себя терапевт или кардиолог.

Перепрофилирование или замена существующих должностей на специалистов нового формата, которые необходимы для ведения особых пациентов в команде, таких как реабилитологи, эрготерапевты, физиотерапевты, медицинские психологи, врачи-нутрициологи, геронтологи, специалисты паллиативного ухода, фармакологии другие.

Другой задачей практического объединения функций поликлиник и больниц является полноценное использование потенциала узких специалистов многопрофильных поликлиник в ведении пациентов в стационаре. Все специалисты центральных многопрофильных поликлиник вместе с амбулаторным приемом должны будут по графику вести стационарных пациентов в интегрированной команде. Многопрофильная интегрированная команда узких специалистов (например, кардиологов, офтальмологов, неврологов, психологов, реабилитологов, логопедов, кинезиологов, сестринского ухода, фармакологов, ЛОР) должна обеспечить ведение и консультирование пациентов с множественными сложными состояниями, например, инсультных и кардиологических больных, больных сахарным диабетом, хроническими обструктивными заболеваниями легких, COVID-19 с фоновыми заболеваниями и т. д. Система проведения регулярных совместных консультаций и консилиумов, вместе с разбором сложных случаев, клиническим аудитом для устранения выявленных проблем и непрерывного повышения качества должны быть усовершенствованы. Дополнительно вместе с информационной системой здравоохранения должны быть внедрены системы мониторинга и оценки качества медицинской помощи.

Объединение и реорганизация ресурсно-затратных медицинских, административных и вспомогательных видов услуг для повышения их эффективно-го использования.

Одним из важных направлений для оптимального использования имеющихся ресурсов предложено совершенствование, объединение услуг и реорганизация отделений с доступом для всех медицинских учреждений объединения (РМО/ГМО).

Реорганизация и объединение лабораторно-инструментального диагностического отделения или блока поможет объединить все лабораторные, рентгенологические, функциональные диагностические услуги в одном здании с соблюдением всех необходимых условий, норм и стандартов для необходимого на этом уровне оборудования. Данный подход также поможет правильно планировать кадровый потенци-



ал и круглосуточный (24/7) доступ к лабораторной и инструментальной диагностике для населения всего района при необходимости.

Важным аспектом преобразования лабораторно-диагностической службы является централизация и объединение лабораторно-диагностических услуг для всех медицинских учреждений района с созданием эффективной системы связи и обмена информацией, а также логистики. В первую очередь, проведение большинства базовых лабораторных тестов не должны создавать дополнительную нагрузку для пациентов и должны быть одинаково доступны как в сельской местности, так и в городе. Наряду с доступом к важным базовым исследованиям, для отдельных лабораторных тестов, включенных в программу государственных гарантий, забор материала для исследования может проводиться на уровне семейных поликлиник и сельских врачебных пунктов, и через регулярную и эффективную систему доставки (логистики) может транспортирован в лабораторно-диагностическое отделение центральных больниц (ЦРБ и ЦГБ) или даже на областной уровень. Полученные результаты должны быть незамедлительно направлены обратно в соответствующее учреждение через информационную систему или на электронный адрес, или в виде уведомления семейного врача или лаборанта учреждения. В качестве альтернативы может быть рассмотрен вопрос обеспечения медицинских учреждений тест-полосками или экспресс-тестами.

Очень важным этапом в ходе рационализации стационарной помощи первичного уровня является поэтапное создание единого централизованного операционного блока для всех видов распространенных

хирургических состояний, включенных в программу государственных гарантий на уровне ПМСП. Организация такого блока позволит создать все необходимые санитарно-гигиенические условия, соблюдение норм и правил для хирургических вмешательств, концентрацию ресурсов, в том числе команд квалифицированных специалистов.

В рекомендованной организационной структуре ЦРБ и ЦГБ большую роль играет правильная организация, управление и расположение всех отделений для быстрого доступа, транспортировки больных к важным диагностическим, экстренным, реанимационным и хирургическим услугам, при необходимости с созданием единых защищенных и легкодоступных переходов/соединений между зданиями.

Важно сохранить подход к единой организационной системе вспомогательных услуг в стационаре, включая многопрофильные поликлиники, таким как кухня, отделение стерилизации, прачечная, вместе с единой системой утилизации расходов. Многие вспомогательные услуги, такие как стерилизация/автоклавирование, утилизация расходов, обслуживание оборудования и др., при необходимости могут быть также централизованы или переданы в аутсорсинг при условии создания эффективной системы логистики, транспортировки и информационных систем.

Таким образом, стандартизация помощи в стационарах первого уровня для всех районов и городов, позволит государству более эффективно использовать имеющиеся ресурсы в рамках программы государственных гарантий, а также обеспечить принцип равенства в доступе к стационарной помощи для населения, независимо от географического места проживания.



DAVOLASH-EVAKUATSIYA TADBIRLARINI TAKOMILLASHTIRISHDA GPS (GLONASS) YO'LDOSH NAVIGATSION TIZIMIDAN FOYDALANISH ISTIQBOLLARI

Nurullayev A. J., Chub V. L., Mirboboyev D. N.

O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlari Harbiy tibbiyot akademiyasi harbiy tibbiyot
ilmiy-tadqiqot instituti

ANNOTATSIYA

Zamonaviy qurolli to'qnashuvlar artilleriya va aviatsiyaning yopirilma zarbalari hamda o'ta aniq nishonga uruvchi qurollardan alohida maydonlarni o'tga tutish bilan olib borilmoqda. Bunday sharoitlarda yaradorlar holatini masofadan monitoring qilish, turli vazifalarga ega uchuvchisiz uchish qurilmalaridan foydalanish va yaradorlarni jang maydonidan olib chiqish uchun robotlashtirilgan yangi texnologiyalarni joriy etish bugungi kunning dolzarb masalaridan bo'lib qolmoqda. Yaradorlarni jang maydonida o'z vaqtida qidirib topish ularga birinchi yordamni barvaqt ko'rsatish yo'nalishidagi muammoning katta bo'lagini tashkil qiladi. Bu muammoning yechimini yetakchi davlatlar armiyalarining tibbiyot xizmati davolash-evakuatsiya tadbirlari tizimini rivojlantirish hamda har bir askarni Yerning sun'iy yo'ldoshlari yordamida ishlaydigan individual tibbiy terminal va joyni aniqlash tizimining individual priyomniklari bilan ta'minlashda ko'rishmoqda.

Kalit so'zlar: yarador va kasallar, "yaradorlar uyaci", individual priyomnik, individual tibbiy terminal, GPS (GLONASS)-priyomnik, Yerning sun'iy yo'ldoshi, NAVSTAR.

АННОТАЦИЯ

Современные вооруженные конфликты проводятся с применением массированных артиллерийских и авиационных ударов, а также высокоточного оружия по отдельным площадям. В этих условиях дистанционный мониторинг состояния раненых, применение медицинских беспилотных устройств различного назначения, роботизированных средств выноса (вывоза) раненых из-под огня противника, остаются актуальной проблемой сегодняшнего дня. Военно-медицинской службой развитых стран в качестве решения данной проблемы рассматривается совершенствование лечебно-эвакуационных мероприятий, а также оснащение каждого военнослужащего индивидуальными терминалами и приёмниками обозначения местонахождения с помощью искусственных спутников Земли.

Ключевые слова: раненые и больные, "гнездо раненых", индивидуальный приёмник, индивидуальный медицинский терминал, GPS (ГЛОНАСС)-приёмник, искусственный спутник Земли, NAVSTAR.

ANNOTATION

Modern overloaded conflicts are conducted with the use of massive artillery and air strikes, as well as high-precision weapons on individual areas. In these conditions, remote monitoring of the condition of the wounded, the use of medical unmanned devices for various purposes, and robotic means of removing the wounded from enemy fire remain an urgent problem today. The military medical service of developed countries considers improving medical evacuation measures as a solution to this problem, as well as equipping each serviceman with individual terminals and receivers for location designation using artificial Earth satellites.

Keywords: wounded and sick, "wounded's nest", individual shelter, individual medical terminal, GPS (GLONASS) receiver, artificial Earth satellite, NAVSTAR.

Jangovar harakatlar davrida tibbiyot xizmatining asosiy vazifalaridan biri – yarador va kasallarga yuqori samarali tibbiy yordam ko'rsatilishini tashkillashtirish va amalga oshirish hamda ularning jangovarlik va mehnat qobiliyatini tezda tiklashdir.

Yaradorlar hayotini saqlab qolishga quyidagilar orqali erishiladi:

- yaralanishning dastlabki daqiqalarida birinchi yordam ko'rsatilishi;

- yaradorlarni tibbiy evakuatsiya bosqichlariga yetkazib borish muddatini qisqartirish;

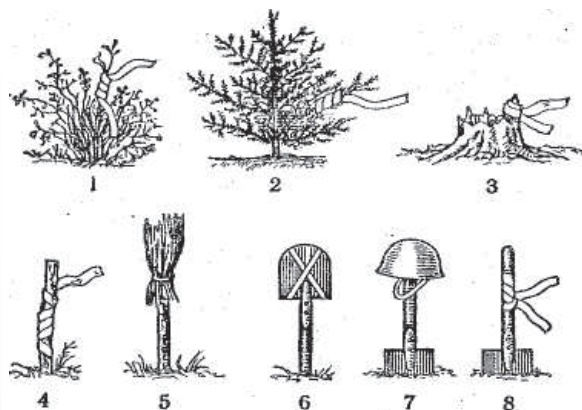
- ko'rsatiladigan yordamning yuqori sifati;

- yaradorlarni dushmanning jangovar vositalaridan ikkilamchi zararlanishidan himoya qilish.

Bu vazifalarni bajarish vzvodlar sanitar yo'riqchilariga va sanitar-o'qchilarga yuklatilgan. Yaradorlarga birinchi yordam ko'rsatish, joyning himoyalash va niqoblash xususiyatlaridan foydalanish, yaradorlarni yuz berishi mumkin bo'lgan ikkilamchi zararlanishlardan berkitish va ular to'plangan joylarni belgilash kichik tibbiyot xodimlari majburiyatlariga kiradi.

O'zining shu bosqichdagi faoliyatida sanitar yo'riqchi yaradorni to'planish joyiga olib chiqish uchun ko'p vaqt va kuch sarflashga majbur bo'ladi. Yaradorni uning aslaha-anjomlari, shu jumladan quroli bilan (40-50 kg qo'shimcha yuk) olib chiqishni faraz qilishning o'zi bu qanchaliq sermashaqqat mehnat ekanligini ko'rsatadi.

Yaradorlar to'plangan joylarga qo'yilgan belgilar ularni olib chiqishni bajarayotgan tibbiy bo'linmalar shaxsiy tarkibiga aniq ko'rinib turadigan bo'lishi zarur. Bunday joylarni belgilashda qo'l ostidagi vositalardan foydalaniladi: kiyim-bosh va aslaha-anjom qismlari, bog'lov vositalari va boshqalar (1-rasm) [1,2].



1-rasm. Yaradorlar to'plangan joylarga qo'yilgan belgilar.

Ammo, ko'rsatib o'tilgan oddiy usullar quyidagi kamchiliklarga ega:

- jang maydonidagi belgilar soniga qarab dushman jang olib borayotgan bo'linmalardagi sanitar yo'qotishlar miqdori to'g'risidagi qo'shimcha razvedka ma'lumotiga ega bo'la oladi;
- yaradorlar joylashgan yerlar dushman tomonidan payqalishi va nishon ko'rsatgichi bo'lishi mumkin;
- atrofdagi qorda qishki niqobli kiyim va oq bintlar ko'zga tashlanmasligi mumkin.



Shu bilan birga, yaradorlarni jang maydonidan olib chiquvchi tibbiy bo'linmalar "yaradorlar uyalari"ni qidirib topish uchun vaqt sarflashga majbur bo'lishadi.

Shunday qilib, minimal vaqt ichida sanitar yo'riqchi maksimal miqdordagi yaradorlarga birinchi tibbiy yordam ko'rsatishi, yaradorlarni olib chiqishga vaqt

sarflamasligi zarur, "yaradorlar uyasi"ni esa shunday belgilashi kerak-ki, u o'z qo'shinlarimiz tibbiy bo'linmalari tomonidan osongina aniqlansin. Yaradorlarni ikkilamchi jarohatlardan saqlash maqsadida bu belgilar dushman ko'ziga tashlanmasligi zarur. Bundan tashqari, dushman qo'shinlarimizdagi sanitar yo'qotishlar miqdori to'g'risida ma'lumotga ega bo'lmasligi zarur.

Bunday vazifalarni hal qilish maqsadida Sovet Ittifoqida "Roza" va "Roza-MT" rusumli yaradorlarni belgilash va topish radiopelestantsion apparatura majmui ishlab chiqilgan edi [1, 5]. Ammo ular ham kamchiliklardan holi emas edi: amal qilishining kichik radiusi (pelestantsioning eng katta masofasi ~ 300 m); joyni aniq belgilashdagi kamchiliklari (ob'ektga chiqish aniqligi 10 m, bu ko'rinish cheklangan sharoitlarda va tunda qidirib topishni qiyinlashtiradi); radiomayakning doimiy ishlab turishi razvedkadan himoyalaniшни pasaytiradi va dushmanning peleng qilishiga imkoniyat yaratadi. O'sha davrda amal qilingan tabellar va tibbiy ta'minot normalari bo'yicha

batalonga 2 ta shunday komplekt mo'ljallangan edi, ya'ni hamma sanitar yo'riqchilar uchun yetishmas edi. Ehtimol, yuqoridan ko'rsatilgan kamchiliklari sababli bu komplekt ta'minotdan olib tashlangandir.

Yuqoridagilardan kelib chiqib, rus olimlari amaliyotga jang maydonidagi davolash-evakuatsiya tadbirlarining yangi tizimini tadbir etishni taklif etishgan.

Bu takliflarning maqsadi – yarador va kasallarni jang maydonida qidirib topish va olib chiqish uchun tibbiy xizmat bo'linmalari tomonidan sarflanadigan vaqtni qisqartirish. Bu maqsadga erishish uchun vsvodlar sanitar yo'riqchilarini va yaradorlarni jang maydonidan olib chiqish uchun mo'ljallangan transportni zamonaviy radioaloqa vositalari bilan, joyni aniqlab beruvchi individual priyomniklar va personal kompyuterlar bilan ta'minlash zarur.

Yarador yotgan joyni aniq topishga koordinatalarni aniqlash tizimlarining individual priyomniklari – GPS (GLONASS)-priyomniklar imkon beradi. (2-rasm). GPS (Global Positioning System) – koordinatalarni aniqlash global tizimi sharofati bilan ob'ekt joyini (kenglik, uzunlik, dengiz sathidan balandlik), harakatlanish yo'nalishi va tezligini o'n santimetrgacha aniqlikda topish mumkin. Bundan tashqari GPS yordamida vaqtni 1 nanosekundgacha (ns) aniqlab olish mumkin [3,4,8,10].

GPS Yerning sun'iy yo'ldoshi (YeSY) –NAVSTAR yo'ldosh tizimi va yerdagi kuzatish stansiyalaridan tarkib topgan (bu stansiyalar yagona tarmoqqa birlashtirilgan). Abonent uskunasi sifatida GPS individual priyomniklari xizmat qiladi. Bu priyomniklar yo'ldoshlardan signallarni qabul qiladi va qabul qilingan ma'lumotlar bo'yicha o'zining joyini aniqlaydi. [6,7,9].

NAVSTAR yo'ldosh tizimi tarkibiga 24 ta YeSY kiradi. Ular bir biriga 60° burchak ostida 6 ta aylana orbitalarda joylashgan. Har bir yo'ldosh vazni (quyosh

2-rasm. GPS (GLONASS)-priyomnik tashqi ko'rinishi



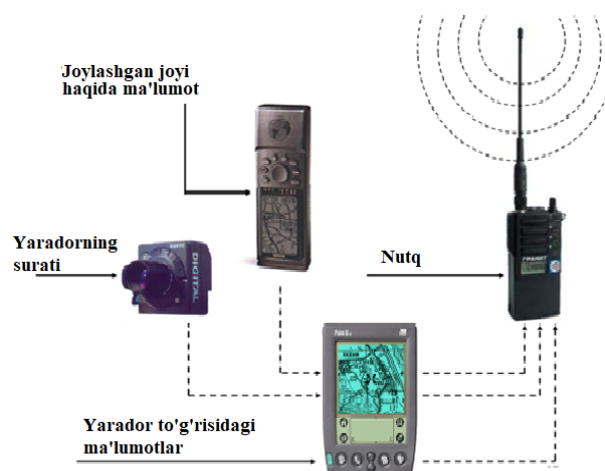
3 –rasm. Yerning sun'iy yo'ldoshlari

batareyalari bilan birga) 900 kg ga yaqin. Har bir yo'ldosh bortida 10^{-9} sekundgacha aniqlikni ta'minlovchi soat, hisoblash-nazorat qurulmasi va 50 Vt quvvatli, 1575,42 MGs chastotada tarqaluvchi uzatgik (peredatchik) o'rnatilgan.

Har millisekundda yo'ldoshlar Yerga o'zining holatini (sozligi yoki nosozligi), joriy sana va vaqtni, almanax to'g'risidagi ma'lumotlarni, ma'lumotlar to'plami yuborilgan vaqtni uzatib turadi.

Yo'ldoshlardan olingan ma'lumotlar asosida GPS priyomnik har-bir yo'ldoshgacha masofani, ularning o'zaro joylashuvini aniqlaydi, geometriya qonunlari bo'yicha o'zining koordinatlarini hisoblaydi. Ikkita koordinatani (kenglik va uzunlik) aniqlash uchun 3 ta yo'ldoshdan ma'lumot olishning o'zi yetarli (3 -rasm). Dengiz sathidan balandlikni topish uchun esa 4 ta yo'ldoshdan ma'lumot olish zarur.

Radiosignallar tarqalishi tezligi yorug'lik tezligiga teng va doimiy. Shu sababli har-bir yo'ldoshgacha bo'lgan masofa GPS-priyomnik ma'lumotni qabul qilgan vaqt va yo'ldosh bortidan ma'lumot yuborilgan vaqt nisbatidan aniqlanadi. Buning uchun yo'ldoshlardagi soat va priyomnik soati sinxronlangan bo'lishi zarur. GPS-priyomnik soatining sinxronlanishi yo'ldoshlar signallaridagi ma'lumotlar orqali ta'minlanadi.



4- rasm. Sanitar-zambilchi olib yuriladigan jihozlaridan ma'lumot uzatish chizmasi

Bugungi kunda Rossiya Federatsiyasining GLONASS (Глобальная навигационная спутниковая система) tizimi ham turli sohalarda faol qo'llanilmoqda [9,10].

Sanitar-zambilchi ko'chma uskunasi cho'ntak personal kompyuteri (CHPK), GPS (GLONASS)-priyomnik va ma'lumotlar va nutqni uzata oladigan radiostansiyadan iborat bo'lishi mumkin.

Ko'chma uskuna komplekti bilan qurollangan sanitar yo'riqchi jang maydonida bo'linma jangovar tartibi ortidan harakatlanib boradi. Yaradorni uchratib, unga yaqinlashadi va tibbiy yordam ko'rsatadi. Shundan so'ng joyni aniqlaydi va CHPK ekraniga yaradorning familiyasi, ism-sharifini, shaxsiy nomerini, tibbiy va evakuatsion xarakteristikasini kiritadi. Bu ma'lumot avtomatik rejimda tibbiyot punktiga uzatiladi, sanitar yo'riqchi esa keyingi yarador tomon harakatlanib ketadi.

Sanitar yo'riqchi priborlaridagi ma'lumotlarni tibbiy evakuatsiya dispetcheri radiostansiyasi qabul qiladi, kompyuter vositasida tahlil qiladi va eng kam vaqt sarflanishini, transport sig'imini va yaradorlar xarakteristikasini hisobga olgan holda yaradorlarni yig'ish va tashib olib chiqish bo'yicha samarali marshrutni ishlab chiqadi. Bu ma'lumot oldingi chiziq transportyorlari (MTL-B, BMM va boshqalar) bortidagi kompyuterga uzatiladi. Bortdagi kompyuter monitorida tibbiy evakuatsiya dispetcheri tayinlagan evakuatsiya marshruti aks etiladi. Kerakli nuqtaga harakatlanish va yetib borish koordinatalarni aniqlash global tizimi tomonidan nazorat qilib boriladi.

Koordinatalarni aniqlash global tizimidan jang maydonida foydalanish quyidagilarga imkon yaratadi:

- sanitar yo'riqchining yaradorlarni "yaradorlar uyalariga" olib chiqish uchun jismoniy kuch vaqt sarfini kamaytirishga;

- yaradorni takroriy bir necha marta ko'chirishlardan holi qilib, qo'shimcha jarohatlanishlarni kamaytirishga;

- yarador va kasallarni to'plash, olib chiqishga tibbiy xizmat bo'linmalari tomonidan sarflanadigan vaqtni kamaytirishga;

- notekis va ko'rinmas joylardan yaradorlarni tez topishga;

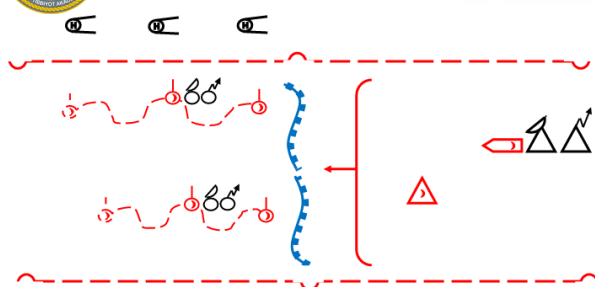
- jang maydonida sanitar yo'riqchining ortiqcha harakatlardan holi qilishga;

- razvedkadan himoyalaniшни kuchaytirishga va dushmanni qo'shimcha razvedka ma'lumotlariga ega bo'lishdan mahrum qilishga;

- yaradorning jang maydonida ko'zga tashlanishini oldini olishga, shu bilan uning snayperlar va artilleriya korrektsirovshiklari nazaridan bекitishga, ikkilamchi jarohatlanishdan himoya qilishga.

Yo'ldosh tizimi bilan joyni aniqlashni qo'llagan holda motoo'qchi batalon jangovar harakatlarida davo-lash-evakuatsiya tadbirlarini tashkillashtirish tamoyili chizmada keltirilgan (5-rasm).

Shu bilan birga, Amerika manbaalari ma'lumotlariga ko'ra, Vetnamdagi urushning alohida taktik vaziyatlarida



5- rasm. Davolash-evakuatsiya tadbirlarini tashkillashtirish tamoyili (Yo'ldosh tizimi bilan joyni aniqlashni qo'llagan holda)

jangda halok bo'lganlarning 33% yaralanishdan so'ng 9 minut bilan 1 soat oralig'ida o'lishgan. Ularning kattagina qismi o'z vaqtida birinchi tibbiy yordam olishmagan: sababi sanitarlar ularni topa olishmagan.

Rossiya – Ukraina urushida kuzatilayotgan artilleriya tizimlaridan alohida maydonlar bo'yicha zarba berilayotgani, o'ta aniq nishonga uruvchi qurollarning keng qo'llanilayotgani taktik tibbiyotda yaradorlarga tibbiy yordamning zonalarga ("qizil", "sariq", "yashil") bo'lib ko'rsatilishini o'ta shartli ahamiyat kasb etishini ko'rsatmoqda. O't ochish bilan yopirilma ta'sir ko'rsatilishi sharoitlarida yaradorlar holatini masofadan monitoring qilish, turli vazifalarga ega uchuvchisiz uchish qurilmalaridan va yaradorlarni jang maydonidan olib chiqish uchun robotlashtirilgan yangi texnologiyalarni joriy etish bugungi kunnig dolzarb masalaridan bo'lib qolmoqda [5].

Bu muammoning yechimini yetakchi davlatlar armiyalari tibbiyot xizmati yuqoridagi chizmada ko'rsatilgan davolash-evakuatsiya tadbirlari tizimini takomillashtirish hamda har bir askarni individual tibbiy terminal va joyni aniqlash tizimining individual priyomniklari bilan ta'minlashda ko'rishmoqda.

Individual tibbiy terminal harbiy xizmatchi epikirovkasi tarkibiga kiritilib, tarkibida tashqi muhit

datchigi va ma'lumotlarni qayta ishlovchi protsessordan iborat mo'jaz uskuna ko'rinishida bo'ladi. Bu terminal joyni aniqlash tizimining individual priyomniklari bilan ulanib, ma'lumotlarni radioaloqa vositalari orqali uzatadi. Terminal harbiy xizmatchi organizmi ko'rsatkichlarini yozib borishi va masofaga to'xtovsiz uzatib turishi yoki ma'lum vaqtgacha intakt qolishi mumkin:

yarador organizmidagi o'zgarishlar me'yorlardan chiqib, individual tibbiy terminali uning yotgan joyi to'g'risida avtomatik ravishda takroriy signallar yuborib turishi va topilgandan so'ng sanitar-yo'riqchi tomonidan o'chirilguncha;

yarador yotgan joy yoki uning hayotiy ko'rsatkichlari tibbiy evakuatsiya dispetcheri tomonidan so'ralmaguncha.

XULOSA.

Individual tibbiy terminaldan foydalanib jang maydonida o'limni sezilarli kamaytirishga erishish mumkin. Chunki u:

- har bir harbiy xizmatchi tomonidan kimyoviy va biologik jangovar qirg'in agentlar indikatsiyasini o'tkazish imkonini beradi;

- tibbiy evakuatsiya dispetcheriga yaralanishning dastlabki daqiqalaridayoq tibbiy saralash o'tkazish imkonini beradi (unga yaradorning aniq joyi, yaralanish og'irligi va shok darajasi ma'lum bo'ladi), bu esa evakuatsiya va davolash vositalaridan samarali foydalanish imkonini beradi;

- jang maydonida yaradorning o'limini masofadan konstatatsiya qilish orqali evakuatsiya transport vositalarining jangovar harakatlar rayonida behuda harakatlarini cheklaydi;

- komandirlarga jang maydonidagi yaradorlarning aniq joyini ma'lum qilgan holda, ularning o'z o'q zarbalarimizdan ikkilamchi jarohatlanishining oldini olish imkonini beradi.

АДАБИЁТЛАР

1. Организация медицинского обеспечения войск: учеб./ В.С. Шеин [и др.]; под ред. В.С. Шеина. – Минск: БГМУ, 2007. – 602 с.
2. Nurullayev A.J. Qo'shinlar bo'g'inida davolash-evakuatsiya tadbirlarini takomillashtirish yo'nalishlari/ A.J. Nurullayev // O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlari Akademiyasi xabarlari. -2017. -№2 (22).
3. Гарбук С.В., Гершензон В.Е. Космические системы дистанционного зондирования Земли. - М.: Изд-во А и Б, 1997. - 296 с.
4. Маев С. В США создается полевая форма пехотинца XXI века // Заруб, воен. обозрение. — 2002 - № 8. - С. 55.
5. Самохвалов, И. М. Десять хирургических уроков начального этапа военной операции / И. М. Самохвалов [и др.] // Военно-медицинский журнал – 2023. – Т.344, № 4. –С. 4-10.
6. Серапинас Б. Б. Глобальные системы позиционирования: Учебное изд. — М.: ИКФ «Каталог», 2002. — 106 с.
7. Ismatov B.Q., "Montana-600/680" GPS priyomnigi va unda ishlash", O'quv qo'llanma. TOUQBYU – 2016 y. – 42-60 b.
8. Ismatov B.Q., "PANORAMA" geografik axborotlar tizimi", O'quv qo'llanma. TOUQBYU – 2016 y. – 21-67 b.
9. Система ГЛОНАСС, что это и как работает?. <https://montrans.ru sistema-qlonass>. Дата обращения: 12.01.2024г.
10. Использование технологии ГЛОНАСС при оказании скорой медицин-ской помощи./htts://www.zdrav.ru/articles/77612-ispolzovanie-tehnologii-qlonass-pri-okazanii-skoroy-med.-pomoshi. Дата обращения: 12.01.2024г.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕПАТИТА “А” В ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Болтабаев Муродильжон Умарович

Ферганский медицинский институт общественного здравоохранения,
Фергана, Узбекистан

Аннотация

В масштабах мирового здравоохранения гепатит А представляет собой значительную нагрузку из-за заболеваемости и необходимости медицинского вмешательства. Заболеваемость гепатитом А регистрируется во всем мире, но в неразвитых странах, где низкий уровень санитарии и гигиенических условий, риск заражения намного повышается. Дети в районах с низким уровнем гигиены, где гепатит А распространен, могут быть особенно подвержены риску. Самым эффективным способом профилактики является вакцинация, которая способствует в разы снижению уровня заболеваемости.

Ключевые слова: гепатит, печень, заболеваемость, вирус, вакцина, вода, пища, гигиена, желтуха, обращаемость

Введение: Гепатит А – это острое инфекционное заболевание печени, вызванное вирусом гепатита А (HAV), который относится к семейству Picornaviridae. Этот вирус обладает геномом, который содержит одноцепочечную РНК. Вирус в основном распространяется, когда неинфицированный или не вакцинированный человек употребляет пищу или воду, загрязненную фекалиями инфицированного человека. Заболевание тесно связано с употреблением загрязненной воды или пищи, неблагоприятными санитарными условиями, несоблюдением правил личной гигиены. В отличие от гепатитов В и С, гепатит А не вызывает хронического заболевания печени, но может вызывать тяжелое течение и в редких случаях, молниеносный гепатит, который часто приводит к летальному исходу. По оценкам ВОЗ, в 2016 году во всем мире от гепатита А умерло 7134 человека, что составляет 0,5% смертности от всех вирусных гепатитов. По данным комитета по санитарно-эпидемиологическому благополучию и общественного здоровья республики Узбекистан, на февраль 2024 года в республике гепатитом А заражены 9507 детей. Рост показателей заболеваемости отмечается в Андижанской, Бухарской, Наманганской, Сурхандарьинской, Самаркандской, Ферганской областях, а также в республике Каракалпакстан. Данная тенденция отмечает высокую актуальность изучения заболеваемости гепатитом А.

Цель и задачи исследования: изучить многолетнюю динамику заболеваемости гепатитом А в городе Фергане.

Материалы и методы исследования: Материалами служили отчеты Ферганского отдела комитета по санитарно-эпидемиологическому благополучию

и общественного здоровья республики Узбекистан. Методами исследования являются статистический, лабораторный и вирусологические исследования.

Результаты и обсуждения: Гепатит А встречается спорадически и в виде эпидемий по всему миру, с тенденцией циклически рецидивирования. Эпидемии, связанные с загрязнением пищевых продуктов или воды, могут вспыхивать взрывным характером, как, например, эпидемия в Шанхае в 1988 году, от которой пострадало около 300 000 человек. Они также могут затягиваться, затрагивая организованные коллективы на месяцы в результате передачи вируса от человека к человеку. Вирусы гепатита А сохраняются в окружающей среде и проявляют устойчивость процессам приготовления пищевых продуктов, которые обычно используются для инактивации патогенных микроорганизмов. Инкубационный период гепатита А обычно составляет 14–28 дней. Симптомы гепатита А варьируются от легких до тяжелых и могут включать повышения температуры тела, недомогание, потерю аппетита, диарею, тошноту, дискомфорт в животе, потемнение мочи и пожелтение склер глаз и кожных покровов. Не у всех инфицированных наблюдаются все симптомы. У взрослых признаки и симптомы заболевания наблюдаются чаще, чем у детей. Тяжесть заболевания и летальные исходы выше в старших возрастных группах. Инфицированные дети в возрасте до 6 лет обычно не испытывают заметных симптомов, и только у 10% развивается желтуха. Гепатит А иногда рецидивирует, то есть человек, который только что выздоровел, снова заболевает с новым острым эпизодом. Обычно за этим следует выздоровление. В наши исследования были включены все возрастные группы, заболевшие гепатитом А. Для глубокого анализа заболеваемости изучалась в разрезе семейных поликлиник города Ферганы.

При изучении многолетней динамики, выявилось заметное повышение тенденции заболеваемости гепатитом А. Город Фергана является центром Ферганской области, в котором медицинское обслуживание оказывают 7 семейных поликлиник в первичном звене. К 7 семейным поликлиникам привязаны 65 детских дошкольных учреждений и 45 школ. Численность населения всего 326 669, из них дети до 14 лет 80275. Население города Ферганы обеспечена 99% питьевой водой. По нашим анализам заболеваемость гепатитом А в 2017-году выявлено 45 случаев, 2018 -году 55, 2019-году 30, 2020-году 25, 2021-году 37, 2022-году 104, 2023-году 145 случаев, что показывает прироста заболеваемости по отношению к предыдущим годам (рисунок 1).

Заболеваемость гепатитом А в городе Фергане 2017-2023 гг

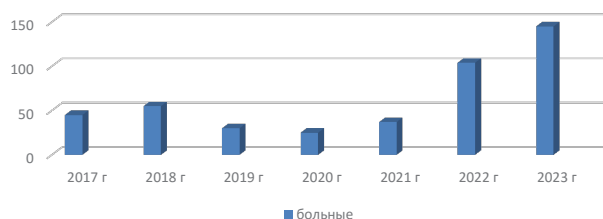


Рисунок 1.

В городе Фергана в 2021 году подтверждено 37 случаев заболевания вирусным гепатитом А. Начиная с февраля месяца наблюдалась повышение заболеваемости по отношению к предыдущему месяцу. Рост заболевания в основном по территории семейной поликлиники №5 (Рисунок 2). Абсолютный показатель 8 случаев, интенсивный показатель - 7.2 на 100000 населения. Больные не выявлены активным путём. Наблюдалось позднее обращение больных за медицинской помощью.

Анализ заболевание ВГА в разрезе поликлиники по ин.пок

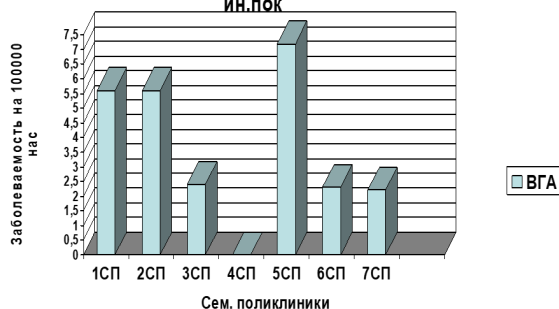


Рисунок 2.

Свыше двух дней - 12 больных, после трёх дней 25 больных обратились в семейную поликлинику. Заболевание по социально- профессиональному составу регистрируется в основном среди школьников. По возрасту 18 случаев – дети до 14 лет, 4- случаев 15-19 лет, 5 случаев -20 -25 лет (Рисунок 3). В контакте с больными были 248 лиц, из них 222 обследованы, 26

контактных не обследованы. Выявлено, что 15 больных заразились контактно - бытовым механизмом передачи от заболевших вирусным гепатитом А, 6 больных заразились вирусным гепатитом А при купании в открытых водоёмах, 1 по словам больного заразился на свадьбе, 15 больных при посещении различных общественных учреждений питания. Госпитализация больных в инфекционную больницу производилась в следующем порядке - 8 больных привезли на авто-транспорте скорой помощи после проявления желтушности. 29 больных обратились сами без направления за медицинской помощью в инфекционную больницу. Все больные были госпитализированы в день обращения.

Случаи ВГА по возрастным группам в периоде февраль-июнь 2021 г

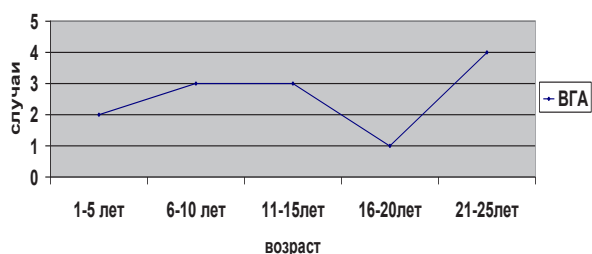


Рисунок3

В ходе исследования были изучены 37 амбулаторных карт больных. Проведен анализ заболевания в разрезе поликлиник, случаи заболевания больных, связанных с обеспечением водопроводной водой. Проведен мониторинг работы первичного звена, ведения документации и уровень знаний медицинского персонала, так же изучены проведённые санитарно-оздоровительные работы в доме больных, причины позднего обращения больных за медицинской помощью, обследованы контактные. Провели сравнительный анализ результатов

лабораторных исследований с историями болезни. Изучили охват населения вакцинацией против вирусного гепатита А.

Поликлиника	1СП	2СП	3СП	4СП	5СП	6СП	7СП	всего
число населения до 14 лет	12272	13543	9549	8797	13103	10801	12210	80275
вакцинированные	840	919	620	502	945	612	783	5231
% вакцинированные	6,8	6,8	6,5	5,7	7,2	5,6	6,4	6,5

Выводы: таким образом, вакцинация является самым эффективным методом

профилактики гепатита А, так как заражённость больше наблюдается при передаче вируса контактным путём. Вакцинация детского контингента проводится активно, но взрослое население по различным причинам отказывается от вакцинации и это в

свою очередь приводит «взрослению» заболеваемости гепатитом А. Следует проводить активную санитарную оздоровительную работу среди населения, для привлечения взрослого контингента для добровольной вакцинации, объясняя опасные исходы и осложнения болезни.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Алейник М.Д. Эпидемиологические закономерности распространения гепатита А и пути совершенствования мер борьбы с этой инфекцией // Журн. микробиол. 1985. - №5. - С. 58-63.
2. Алейник М.Д., Блохин К.В., Чиковитова И.М. и др. Роль пищевого фактора передачи в возникновении двух вспышек гепатита А. // Материалы VII съезда Всероссийского общества эпидемиологов, микробиологов и паразитологов. М. - 1997. - Т. 2 - С. 205
3. Андре Ф.Е., Ван Дамм П., Сафарин А. И др. Инактивированная вакцина против гепатита А: иммуногенность, эффективность, безопасность и рекомендации к применению. Эпидемиология и вакцинопрофилактика. -2002.-№ 3-4.- С. 12 -16.
4. Асратян А.А. Современная эпидемиологическая характеристика вирусных гепатитов А и Б // Автореф. дис.док. мед. наук. 1997. -39 с.
5. Приказ МЗРУз №542 «Об усовершенствовании мер диагностики, лечения и профилактики вирусных гепатитов в Республике Узбекистан»
6. Бактерийные, вирусные и сывороточные лечебно-профилактические препараты. Аллергены. Дезинфекционно-стерилизационные режимы поликлиник/ Под ред. Н.А. Озерецковского, Г.И. Останина // СПб.: Фолиант. 1998. - 512 с.
7. Емельянова А.И. Клинико-эпидемиологические особенности вирусного гепатита А у лиц молодого возраста/А.И.Емельянова, Л.В.Кижло,
8. Э.Н.Калинина, Э.И.Сергеева// Материалы VIII съезда Всерос. Общества эпидемиологов, микробиологов и паразитологов, т.3 М., 2002. — С.21-22
9. Малышев В.В. Вирусные кишечные антропонозы у военнослужащих (эпидемиология, экология возбудителя и лабораторная диагностика, профилактика) // автореф. дис. докт. мед. наук. — СПб., 2003. — 44с.
10. Шарипова И.С. Эпидемиология вирусного гепатита А в условиях хронического действия водного фактора /И.С.Шарипова, Т.М. Лебедева, В.И. Сергеевнин, А.Е. Недачин, М.С. Шарипов // Эпидемиология и инфекц. болезни- М.- 1997.- №4. С.48-49



YOSH RAHBAR KADRLARNI BOSHQARUV SALOHİYATINI RIVOJLANTIRISHDA TRENING TA'LIM TEXNOLOGIYASI

RAXIMOV Akmal Naimovich

O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlari Harbiy tibbiyot akademiyasi harbiy tibbiyot ilmiy-tadqiqot instituti tinglovchisi

ANNOTATSIYA

Ushbu maqolada Yosh rahbar kadrlarni boshqaruv salohiyatini rivojlantirishda trening ta'lim texnologiyasining o'rni, rahbarlik mahoratini shakllantirishda psixologik trening ahamiyati ilmiy-nazariy jihatdan yoritilgan.

Kalit so'zlar: boshqaruv, rahbar, kompetensiya, baholash, ta'lim texnologiyasi, D.Kolb uslubi, xorij tajribasi.

АННОТАЦИЯ

В данной статье приведены данные о роли технологии обучения тренингу для развития потенциала в управлении молодых кадровых руководителей и раскрыты научно-теоретические основы психологического тренинга в развитии руководительского мастерства.

Ключевые слова: управление, руководитель, компетенция, оценка, технология обучения, метод Д.Колб, иностранный опыт.

ANNOTATION

This article provides data on the role of training technology for developing potential in the management of young personnel managers and reveals the scientific and theoretical foundations of psychological training in the development of leadership skills.

Key words: management, leader, competence, assessment, teaching technology, D. Kolb method, foreign experience.

Hozirgi vaqtda, davlat boshqaruvi jarayoni ancha murakkab va ahamiyatli ekanligini anglash orqali jamiyat va mamlakat farovonligi uchun ishlab chiqilgan rejalarni amaliy amalga oshirishga qaratilgan, yosh rahbarlarni tayyorlash tobora muhim va dolzarb bo'lib qolmoqda. Shubhasiz, rahbar samarali ishlash uchun ma'lum bir kompetensiyalarga ega bo'lishi kerak. Yosh rahbarlarning kamchiliklari, keksa hamkasblaridan farqli o'laroq, rahbarlik tajribasining yetishmasligi, bu borada yosh rahbarlarni o'qitish dasturlari ularning rivojlanishining eng muhim tarkibiy qismi va o'z pozitsiyasidagi faoliyati samaradorligini oshirishda birinchi qadamdir. Bu shaxsning muhim kasbiy ahamiyatga ega xususiyatlari - kompetensiyalarining shakllanishi va rivojlanishiga bevosita ta'sir ko'rsatadigan yaxshi ishlab chiqilgan o'quv dasturi.

Shuni ham ta'kidlash kerakki, so'nggi paytlarda kadrlar siyosati tizimida «kompetentlik» va «kompetensiya» tushunchalari tez-tez tilga olinadi. Bunda eng zo'r

emas, balki kompetensiyaga ega, ya'ni, mos yoki ma'lum bir lavozim uchun zarur bo'lgan ko'nikma va bilimlarga ega xodim birinchi o'ringa qo'yiladi.

Ko'rinib turibdiki, har bir yo'nalish va lavozim o'ziga xos funksional majburiyatlarga ega bo'lib, u uchun nomzoddan turli bilim va ko'nikmalarni talab qiladi. Davlat xizmatlari sohasiga e'tibor qaratish ayniqsa muhimdir, chunki xalq manfaati uchun rejalashtirilgan muhim strategik vazifalarni bajarishga qaratilgan. Shu bilan birga, davlat xizmatining bir qator xususiyatlarini ajratib ko'rsatish mumkin, bu turli bo'limlarning davlat xizmatchilari o'rtasida o'tkazilgan so'rovnomadan kelib chiqadi:

yuqori mas'uliyat, bajarilgan vazifalarning ahamiyati;

ko'p vazifalarni bajarish, vazifalarni tez o'zgarishi; axborotdan stress va shaxsiyatni haddan tashqari zo'riqlashi ehtimoli yuqoriligi;

doimiy tashabbuskor yoki "hushyor holatda" bo'lish muhimligi;

ijodiy fikrlash, innovatsiyalarni yaratish muhimligi; jamoa bilan ishlash («bir jangchi maydonda qo'shin emas»);

idoralararo hamkorlikning mavjudligi;

unumdorlik, natijalar va boshqalarga yo'nalganlik.

O'zbekiston davlat xizmatchilari tomonidan qayd etilgan ro'yxatdagi xususiyatlar, rahbarlarning lavozim tavsiflari tahlili va yosh va katta yoshdagi boshqaruv kadrlarining qiyosiy tahlili asosida yosh rahbarlar uchun kompetensiyalar modeli ishlab chiqildi.

Mamlakatimiz kadrlar siyosatiga kompetensiyalarga asoslangan yondashuvni joriy etish ushbu soha samaradorligiga bevosita ta'sir ko'rsatadigan davlat xizmati sifatini oshirishda katta qadamdir. Bu ushbu malakalarni asosiy deb qabul qilish, ularning darajasini aniqlash va ularni rivojlantirish muhimligini ko'rsatadi.

O'quv dasturlarini ishlab chiqishda biz ushbu yosh rahbarlar kompetensiyalari modelidan foydalanishimiz kerak.

Trening dasturlariga o'tishdan oldin, ushbu turdagi mashg'ulotning xususiyatlarini bayon qilamiz.

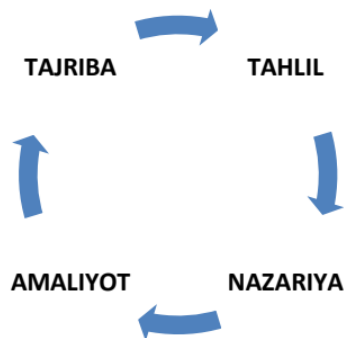
O'qitish metodlarini tahlil qilar ekanmiz, kompetensiyalarni rivojlantirish uchun klassik ma'ruzalar va seminarlar samarasiz, degan xulosaga keldik, bu borada treninglar o'tkazish texnologiyasidan foydalanish maqsadga muvofiqdir.



Trening - bu interaktiv ta'lim shakli, uning maqsadi shaxslararo va kasbiy xulq-atvor kompetensiyasini rivojlantirishdir.

Trening (ingliz tilidan "training" - «o'rgatish, tarbiyalash») bu bilim, ko'nikma va malakalarni hamda ijtimoiy munosabatlarni rivojlantirishga qaratilgan faol ta'lim usuli.

Biz bilamizki, bilimlarni o'rganish osonroq va tezroq, ammo ko'nikma va malakalarga kelsak, ular tushunchalarning turli xil interaktiv amaliy va nazariy tarkibiy qismlarini birlashtirish orqali «o'qitish» kerak. Treningning o'ziga xos xususiyati shundaki, u qisqa muddatli va oson tushunarli shaklda taqdim etilgan bo'lib, u asosan ishlarning guruh turlarini o'z ichiga oladi: turli xil mashqlar, rol o'yinlari, aqliy hujum, guruh muhokamasi, taqdimot, mini-ma'ruza va boshqalar. Treninglarni rivojlantirishga turli xil yondashuvlar mavjud. D. Kolbning nazariyasiga ko'ra o'qitishni rivojlantirish texnologiyasi bajarilgan ishning chuqur iz qoldirishiga va kerakli samarani olishga yordam beradi deb o'ylaymiz (1-rasmga qarang).



1-rasm. D.Kolb uslubi

D.Kolb sikli - bu aqliy harakatlarni bosqichma-bosqich shakllantirishga asoslangan o'quv modellaridan birining muallifi Devid A.Kolb, kattalarni o'qitish psixologiyasining mutaxassisining fikriga ko'ra, o'quv jarayoni bu sikl yoki spiralning bir turi. Bu shaxsiy tajribani to'plash, keyinchalik - o'ylab ko'rish va fikrlash va natijada - harakat siklining bir turi.

Kolb modelining asosiy 4 bosqichi quyidagilar:

to'g'ridan-to'g'ri, aniq tajriba (concrete experience) - har qanday odam avvaldan o'rganmoqchi bo'lgan sohada oz bo'lsada tajribaga ega bo'lishi kerak.

kuzatish va refleksiya yoki aqliy kuzatuvlar (observation and reflection) - bu bosqich inson tomonidan o'z tajribasi va bilimlarini o'ylash va tahlil qilishni o'z ichiga oladi.

mavhum tushunchalar va modellarni shakllantirish yoki mavhum konsepsiyalashtirish (forming Annotation concepts) - bu bosqichda olingan ma'lumot, tajribani tavsiflovchi ma'lum bir model quriladi. G'oyalar yaratiladi, munosabatlar o'rnatiladi, hamma narsa qanday tuzilgani va qanday ishlashi haqida yangi ma'lumotlar qo'shiladi.

Faol eksperimentlar (yangi vaziyatlarda sinovdan o'tkazish) - oxirgi bosqichda tajriba va yaratilgan model, konsepsiyaning amal qilishi uchun sinovlar o'tkaziladi. Ushbu bosqichning natijasi darhol yangi tajriba zarur. Keyin sikl yopiladi.

Shunday qilib, biz treninglarda bosqichma-bosqich o'qitish usulidan foydalanish muhimligini va shu tufayli ularning sezilarli samaradorligini tushunamiz.

Rahbarlik mahoratini shakllantirishda ayniqsa psixologik trening uslubi alohida o'rin egallaydi. Trening mashg'ulotlarida xizmat yuzasidan yuzaga keluvchi turli muammoli vaziyatlarni sun'iy tarzda yaratish va ushbu vaziyatlarda samarali harakat qilish uslublariga o'rgatish imkoniyati yuzaga keladi. Masalan, tashkilot miqyosida uchrashi mumkin bo'lgan rahbar va xodim munosabatlaridagi biron muammoli vaziyat

tahlil mavzusiga aylanishi mumkin. Trening mashg'ulotlari doirasidagi imkoniyatlardan yana biri - muhokama qilinayotgan muammlolarni hal etish jarayonini videotasvirga tushirish va masala yechimini guruh bilan birgalikda izlashdan iboratdir. Videotasvir uslubini qo'llash trening ishtirokchilarining muammoli vaziyatdagi harakatlarini qayta va qayta ko'rish imkonini beradi. Tasvirga tushirilgan holatni vaqtincha to'xtatish (pauza) hisobiga ishtirokchilarning izohlarini yig'ish va maqbul yechim variatini tanlab olish imkoniyati tug'iladi. Videotrening kabi interfaol ta'lim uslubi nafaqat muammoli vaziyatlarda maqbul harakatlarni shakllantirish, balki ishtirokchilarda o'z-o'ziga ishonchning oshishi kabi ijobiy ta'sirga ham ega. Interfaol uslublarni qo'llash va bunda texnik vositalardan foydalanish zarur malakalarni qisqa fursat davomida rivojlantirish imkonini beradi.

Yosh rahbarlarning kompetensiyalar modeli asosida quyidagi o'quv dasturlarining joriy etish lozim.

Trening: «Boshqaruv mahorati»

Kino-trening: «Liderlik malakasini rivojlantirish»

Trening: «Ijodkorlikni rivojlantirish»

Trening: «Yosh rahbarning liderlik salohiyatini rivojlantirish: o'zini o'zi taqdim etish qobiliyatlarini».

Yosh rahbar kadrlarda boshqaruv ko'nikmalarini shakllantirish va rivojlantirishning eng samarali va qisqa muddatli usullari sifatida quyidagi trening turlari tavsiya etiladi: «Kommunikativ kompetensiya», «Jamoani shakllantirish» (Guruhni birlashtirish), «Boshqaruv ko'nikmalari», «Fikrlash moslashuvchanligi», «Zehnllilikni faollashtirish», «Hissiyotlarni tartibga solish».

Rahbarning ish faoliyati xususiyatlarini hisobga olgan holda ta'kidlash mumkinki, bunday faoliyatda insonlar o'rtasidagi munosabatlar yetakchi o'rinda turadi va shaxslararo munosabatlarni boshqarish muhim professional malaka bo'lib hisoblanadi. Xodimlarni boshqarish, personalni tashkilot maqsadi sari yo'naltirish haqiqiy mahoratdir. Lekin, inson psixologiyasiga oid bilimni amaliyotga qo'llay olish malakasi shakllantirishda aynan trening uslubi eng samarali



ta'lim uslubi bo'lishi mumkin. Aynan shu yo'nalishdagi malaka va ko'nikmalarni shakllantirish uchun maxsus «senzitiv trening» dasturidan foydalanish mumkin. Boshqaruv faoliyatida hatto shunday favqulodda holatlar uchrab turadiki, bunda turli tashkilot vakillari va hatto xodimlar bilan muzokara olib borish, o'rtada yuzaga keluvchi qaltis vaziyatlarni yumshatgan holda o'zaro munosabatlarni optimallashtirish vazifasi qo'yiladi. Umuman olganda, rahbar faoliyatini takomillashtirish va yoshlarda boshqaruvga xos ko'nikma va malakalarni shakllantirishda trening uslubini eng ilg'or ta'lim shakli qatoriga kiritish o'rinli.

Xulosa qilib aytganda, Bugungi kunda ijtimoiy va davlat boshqaruvi organlarida malakali rahbarlarni

shakllantirish masalasiga katta e'tibor qaratilmoqda. Gap shundaki, ko'pgina malakali va uddaburon rahbarlar biznes boshqaruvi sohasida o'zlarini sinab ko'rmoqdalar, davlat boshqaruvi sohasidagi raxbarlik esa insondan

anchagina tajriba va oqillikni talab qiluvchi jabhadir. Ko'p jihatdan bunday holatni to'g'rilash, joylarda malakali kadrlarni tayyorlash, tashkilot va muassasa miqyosida boshqaruv kadrlari zahirasini yaratish bilan bog'liq bo'lib qolmoqda. Tashkilotga keladigan yosh kadrlar birdaniga o'z salohiyatni namoyish etishi qiyin, chunki davlat xizmati sohasi shunday xususiyatga egaki, xodim toki rahbarlik statusini egallaguncha juda katta sinovlar o'tishi, kasbiy-psixologik moslashuv va o'sish bosqichlarini boshidan o'tkazishi juda muhim.

Foydalanilgan adabiyotlar:

Симанова Н.А. Обоснование категории саморазвития личности в контекстеограниченной возможности бытия // Научные проблемы гуманитарных исследований. 2010. № 12. 247-6

Сабирова Р.А. Оптимизация профессионального саморазвития учителя какпсихолого-педагогический феномен // Образование и саморазвитие. 2009.

№ 3. 32-6

Корниенко А.Ф. Сознание и осознание как основа саморазвития человека

//Вестник Вятского государственного гуманитарного университета. 2012. № 1-3. 151-6

Романова Л.Ю. Профессионально-нравственное саморазвитие учителя: сущность и категориальный статус // Образование и саморазвитие. 2009. № 3. 27-6

Фахрутдинова Л.Р. Переживание субъекта как фактор саморазвития сознания // Образование и саморазвитие. 2009. № 3. 39-6

Братченко С.Л., Миронова М.Р. Личностный рост и его критерии // Психологические проблемы самореализации личности. СПб., 1997. 42-6

Иванова Е.М. / Психология профессиональной деятельности. – М.: ПЕРСЭ, 2006.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БУЙРАКЛАР ДИСФУНКЦИЯСИ БИЛАН КЕЧГАНДА ЭЛЕКТРОЛИТЛАР БУЗИЛИШИ ВА УЛАРГА КОМПЛЕКС МУОЛАЖАЛАР ТАЪСИРИНИ БАҲОЛАШ

Кучкоров Шавкат Шухратович¹, Гадаев Абдигаффар Гадаевич²,
Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти, Фарғона харбий
госпитали¹, Тошкент тиббиёт академияси²,

Мақолада сурункали юрак етишмовчилиги мавжуд буйрак дисфункцияси ривожланган беморларда калций ва фосфор кўрсаткичлари ўзгариши келтирилган. Шунингдек, стандарт даво негизда натрий глюкоза 2 тип ингибитори вакили-эмплаглифозин ва витамин Д ни биргаликда қўллаш электролитлар мувозанатига ҳамда буйрак дисфункциясига ижобий таъсир этиши аниқланган.

Муаммонинг долзарблиги. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти экспертларининг кўрсатишича сурункали юқумли бўлмаган касалликларни тарқалиши 21 аснинг эпидемияси деб аталмоқда [11]. Улар орасида юрак-қон томир касалликлари ва уларнинг оғир асорати СЮЕ ўлимнинг асосий сабаби ҳисобланади [15]. Европаликларнинг тахминан 10 миллионида миокарднинг белгиларсиз дисфункцияси кузатилади [12, 18].

Тадқиқотларга кўра СЮЕда каморбидлик тахлили беморларнинг 50% дан кўпроғида сурункали буйрак касаллиги (СБК) аниқланишини кўрсатади [9, 13]. Радионуклид реносцинтиграфияда СЮЕ мавжуд беморларнинг 73%да буйраклар функционал ҳолати бузилганлиги аниқланган. Аммо уларнинг атига 13.5% анамнезида СБК мавжудлиги қайд этилган [13, 14].

СЮЕни даволашда кўп йиллардан бери ангиотензин айлантурувчи фермент ингибиторлари, ангиотензин рецепторлари антагонистлари, β-блокаторлар, минералокортикоид рецепторлари антогонистлари қўлланилади. Сўнги йилларда сакубутрил-валсартан ва глюкоза натрий котранспортори 2 тип ингибиторлари (ГНКТ-2и) каби дори препаратлари ҳам СЮЕ стандарт давоси таркибига киритилди [10, 19].

СЮЕ чап қоринча қон отиб бериш фракцияси (ЧҚҚОФ) паст бўлган беморларда глюкоза-натрий котранспортори 2 ингибиторларини қўллаш юқори самара бериши аниқланди. Ҳозирги вақтда ушбу гуруҳга кирувчи дапаглифозин, эмплаглифозин, канаглифозин ва бошқа қатор препаратлар яратилган [16, 17]. Лекин сўнги йилларда СЮЕ даволашда эришилган ижобий натижаларга қарамадан ундан ўлим кўрсаткичлари ҳамон юқорилигича қолмоқда. Аксарият ҳолларда унга касалликнинг каморбидликда кечиши ва улар орасида СБК ўлимга олиб келувчи етакчи сабаблардан бири ҳисобланади.

СБК кўп ҳолларда гиперфосфатемия кузатилади ва уни ушбу минерал экскрециясини бузилиши билан боғлаш мумкин [8]. СЮЕ фосфор алмашинувининг

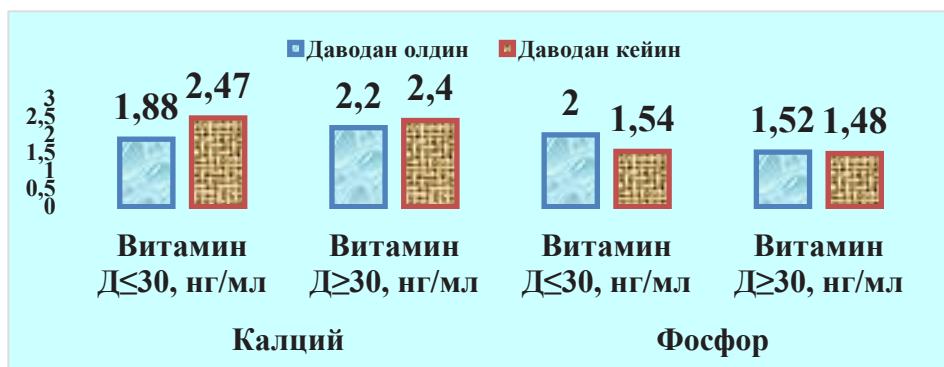
бузилишига бағишланган кам сонли тадқиқотлар мавжуд. Plischke ва ҳаммуаллифлар 99та СЮЕ мавжуд юрак чап қоринча қон отиш фракцияси $33 \pm 10\%$ бўлган амбулатория шароитида беморларни 35 ой давомида кузатиб аниқлаганлар, органик фосфатлар СЮЕ (БИ=26.044) ва бошқа юрак қон томир касалликлари билан ҳам (БИ=26,944) шифохонага ётишлар ва қўбинирилган сўнги нуқталарга билан (БИ=13,294) боғлиқ бўлган [5].

Юрак етишмовчилигида гиперфосфатемияни сабаби биринчидан ушбу асоратнинг оғир босқичларида юзага келадиган гипоксия ва оқибатда микроэлементларни хужайралардан индуцирланган чиқиши [3], иккинчидан шишган ҳамда ишемияга учраган ичакларда гиперфосфатемия натижасида фосфатлар сўрилишини кучайиши [7, 2] ниҳоят буйраклар фаолиятини бузилиши билан боғлиқ [8].

Гипо ва гиперкальциемия ҳолатлари юрак қон-томир тизимига бирдек салбий таъсир кўрсатади. Гипокальциемияда юрак етишмовчилиги юзага келади ёки унинг мавжуд белгилари кучаяди. Шунингдек, унда юрак қон-томир тизимининг турли тузилмаларида кальцификация ривожланади [4]. Ҳозирга қадар СЮЕ кальций алмашинувининг бузилишига бағишланган тадқиқотлар жуда кам [1, 6] ўтказилган.

Лекин ҳозирча СЮЕ мавжуд буйрак дисфункцияси ривожланган беморларда витамин Д нинг, β-блокаторлар, минералокортикоид рецепторлари антогонистлари, сакубитрил/валсартан, ангиотензин айлантурувчи фермент ингибиторлари ва улар комплексига кирувчи натрий глюкоза котранспортори 2 тип ингибиторлари вакиллари билан бирга қўлланилгандаги калций ва фосфор кўрсаткичларига самараси адабиётларда ёритилмаган.

Материал ва услублар. Тадқиқотимизга 120 нафар СЮЕ □ ва □ ФС мавжуд буйрак дисфункцияси ривожланган беморлар жалб этилди. Уларда буйрак дисфункциясини баҳолашда анавий текшириш усули ҳисобланган зардобдаги креатинин ва унинг ёрдамида аниқланган ҳисобланган коптокчалар филтрацияси тезлиги (КФТ) мезон сифатида олинди. Кузатувга жалб қилинган беморлар дастлаб олиб борилган даво муолажаларига кўра иккита асосий ва назорат гуруҳига ажратилдилар. Асосий гуруҳ 80 нафар бемордан иборат ва уларнинг ўртача ёши $66,5 \pm 5,7$ га, эркаклар 43 (53,75%) - аёллар 37 (46,25%) ни ташкил этди. Улардан СЮЕ □ ва □ ФС мавжуд беморлар мос равишда 14 (17,5%) ва 66 (82,5%) га тенг бўлди. КФТ



1-расм.

Асосий гуруҳ беморларда муолажалардан олдинги ва кейинги қондаги кальций ва фосфор кўрсаткичлари.

Изоҳ: * - даводан олдинги ҳамда кейинги кўрсаткичлар фарқи ишончилиги: ** - $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

асосий гуруҳда $1,73 \text{ м}^2$ тана сатҳига 1 дақиқада $80,6 \pm 5,5$ мл га тенг бўлди.

Назорат гуруҳ 40 нафар бемордан иборат бўлиб уларнинг ўртача ёши $67,6 \pm 5,5$ га, эркакларда 20 (50%) ва аёлларда 20 (50%) ни ташкил этди. Улар орасида СЮЕ □ ва □ ФС мавжуд беморлар мос равишда 8 (20%) ва 32 (80%) га тенг бўлди. КФТ асосий гуруҳда $1,73 \text{ м}^2$ тана сатҳига 1 дақиқада $78,4 \pm 5,2$ мл га тенг бўлди.

Тадқиқотга жалб қилинган асосий ва назорат гуруҳ беморлар олиб борилган текширишлар давомида қон зардобидида витамин Д кўрсаткичларидан келиб чиқиб иккитадан кичик гуруҳларга ажратилдилар. Биринчи кичик гуруҳни қон зардобидида витамин Д миқдори меъёрий кўрсаткичларидан камайган (Вит Д ≤ 30, нг/мл) ва иккинчи кичик гуруҳни унинг миқдори сақланган (Вит Д ≥ 30, нг/мл) беморлар ташкил қилдилар. Асосий гуруҳда 40% (32 нафар) ва назорат гуруҳида 42,5 % (17 нафар) беморларда витамин-Д миқдори камайганлиги аниқланди.

Асосий гуруҳнинг витамин Д миқдори камайган беморларга СЮЕ комплекс стандарт давоси (сакабутрил-валсартан, β-блокатор, минералокортикоид рецепторлари антагонисти-эплеренон, натрий глюкоза котранспортери 2 тип ингибиторлари-эмплаглифлозин) ва витамин Д бир кунда 4000 бирлик дан 8 ҳафта давомида буюрилди. Ундан сўнг 4 ҳафта давомида 2000 бирлик ушлаб турувчи доза тавсия қилинди. Витамин Д миқдори меъёрида бўлган беморларга фақат комплекс стандарт (сакабутрил-валсартан, β-блокатор, минералокортикоид рецепторлари антагонисти-эплеренон, натрий глюкоза котранспортери 2 тип ингибиторлари-эмплаглифлозин) даво қўлланилди. Шу ўринда СЮЕ негизда СБК ривожланган беморларда мавжуд адабиётларда натрий глюкоза котранспортери 2 тип ингибиторлари билан витамин Д биргаликда қўлланилганда уларнинг самарадорлиги тўғрисида маълумотлар эълон қилинмаганлигини кўрсатиб ўтмоқчимиз.

Назорат гуруҳидаги қон зардобидида витамин Д

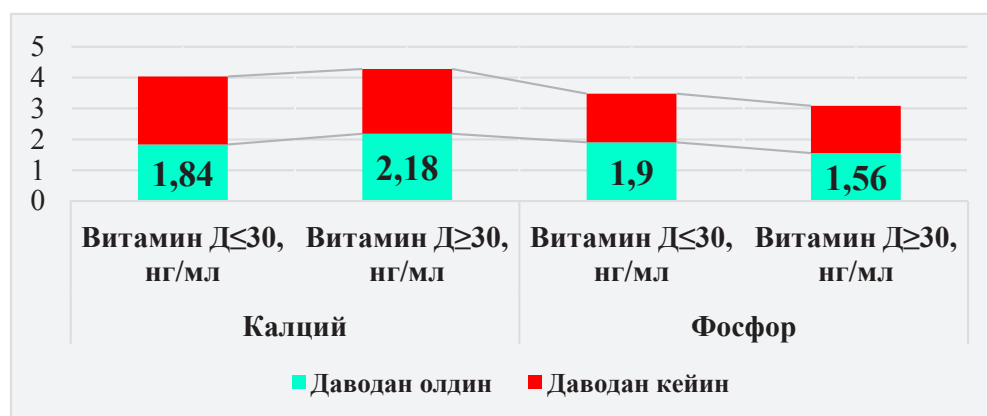
миқдори камайган беморларга СЮЕ комплекс стандарт давоси (сакабутрил-валсартан, β-блокатор, минералокортикоид рецепторлари антагонисти-эплеренон) ва витамин Д бир кунда 4000 бирлик дан 8 ҳафта давомида буюрилди. Ундан сўнг 4 ҳафта давомида 2000 бирлик ушлаб турувчи доза тавсия қилинди. Витамин Д миқдори меъёрида бўлган беморларга фақат комплекс стандарт даво (сакабутрил-валсартан, β-блокатор, минералокортикоид рецепторлари антагонисти-эплеренон) буюрилди.

Тадқиқотга жалб этилган барча кузатувдагиларда муолажалар бошланишидан олдин ва ундан 6 ой ўтгандан кейин умумқабул қилинган лаборатор текширувлар билан бир қаторда қон зардобидида витамин Д, кальций ва фосфор кўрсаткичлари аниқланди. Креатинин ёрдамида КФТ ҳисобланиб буйрак функционал ҳолати баҳоланди.

Тадқиқот натижалари ва муҳокамаси. СЮЕ негизда СБК ривожланган беморларда кальций камайиши ва аксинча фосфор миқдори ошиши кузатилиши қатор илмий изланишларда исботланганлиги келтирилган. Шу ўринда аксарият кузатувлар СБК нинг оғир босқичларида амалга оширилганлигини қайд этиш лозим. Биз СЮЕ билан боғлиқ СБК да кальций ва фосфор кўрсаткичларини ўргандик ва уларга витамин Д қўшиб ўтказилган СЮЕ стандарт давоси таъсири баҳоладик. Қуйидаги 1- расмда асосий гуруҳ беморлардаги кальций ва фосфор кўрсаткичларининг динамикада ўзгариши келтирилган.

Расмда келтирилганидек, қон зардобидида кальций миқдори асосий гуруҳдаги витамин Д қабул қилган кичик гуруҳда даводан кейин $1,88 \pm 0,2$ ммол/л дан $2,47 \pm 0,25$ ммол/л га 1.33 марта кўпайди ва улар орасида юқори ишончли фарқ ($p < 0,001$) аниқланди. Ушбу кичик гуруҳда фосфор кўрсаткичлари эса даводан олдин $2,1 \pm 0,3$ ммол/л ва кейин $1,54 \pm 0,25$ ммол/л ни ташкил этиб, 1,29 марта камайди. Улар ўзаро солиштирма ўрганилганда юқори ишончли фарқ қайд ($p < 0,01$) этилди.

Витамин Д қабул қилмаган фақат таркибидида эм-



2-расм

Назорат гуруҳидаги беморларда муолажалардан олдинги ва кейинги қондаги кальций ва фосфор кўрсаткичлари.

Изох: * - даводан олдинги ҳамда кейинги кўрсаткичлар фарқи ишончлилиги: * - $p < 0,05$,

паглифлосин бўлган стандарт даво буюрилган беморларда динамикада иккала кўрсаткичда ҳам ижобий ўзгаришлар аниқланган бўлса ҳам фарқлар ($p > 0,05$) ишончли бўлмади. Хусусан кальций миқдори $2,2 \pm 0,25$ ммол/л дан $2,4 \pm 0,18$ ммол/л га, фосфор кўрсаткичлари $1,52 \pm 0,24$ ммол/л дан $1,48 \pm 0,15$ ммол/л га яхшиланди.

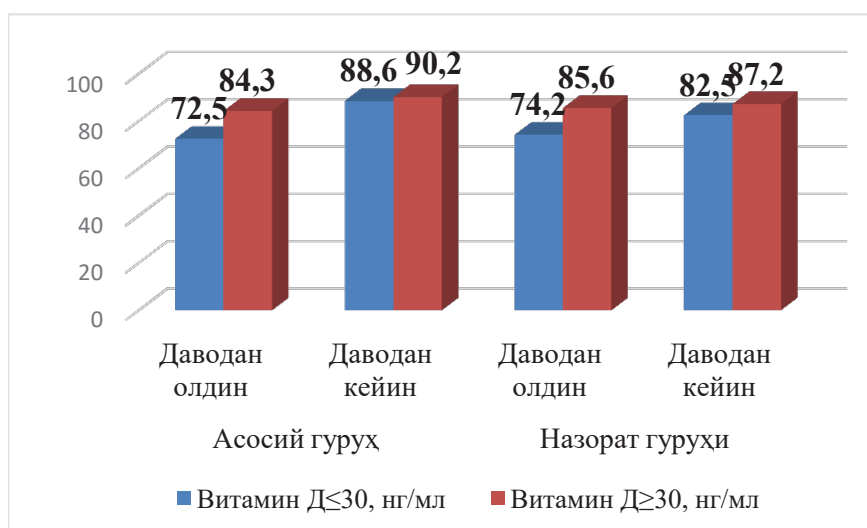
Тадқиқотимиздаги назорат гуруҳида олинган натижалар 2- расмда келтирилган.

Назорат гуруҳида витамин Д қабул қилган беморларда кальций миқдори даводан кейин $1,84 \pm 0,22$ дан $2,2 \pm 0,2$ ммол/л га ошди ва улар орасида ишончли фарқ ($p < 0,05$) аниқланди. Иккинчи кичик гуруҳда эса $2,18 \pm 0,24$ ммол/л дан $2,1 \pm 0,3$ ммол/л га кўтарилди, лекин кальций кўрсаткичлари ишончли ўзгармади. Қон зардобидagi фосфор кўрсаткичлари

биринчи гуруҳда даводан олдин $1,9 \pm 0,32$ ммол/л ва кейин $1,58 \pm 0,2$ ммол/л ни ташкил этди ҳамда улар ўртасида ишончли фарқ кузатилди. Иккинчи гуруҳда унинг миқдори $1,56 \pm 0,3$ ммол/л дан $1,53 \pm 0,25$ ммол/л га камайган бўлса ҳам ишончли фарқ аниқланмади.

Олинган натижалар шуни кўрсатдики СЮЕ мавжуд буйрак дисфункцияси ривожланган беморларга витамин Д ни таркибида эмпаглифлосин бўлган комплекс даво муолажалари билан буюриш кальций ва фосфор кўрсаткичларига ижобий таъсир кўрсатади.

Шунингдек, беморларда ўтказилган комплекс даво муолажаларининг буйракларнинг функционал ҳолатига таъсири ҳам ўрганилди. Қуйидаги 3 –расмда креатинин ва унинг ёрдамида ҳисобланган коптокчалар филтрацияси тезлигининг муолажалардан кейинги ўзгаришлари келтирилган.



3-расм.

Асосий ва назорат гуруҳ беморларда муолажалардан кейинги коптокчалар филтрацияси тезлиги кўрсаткичлари.

Изох: * - даводан олдинги ҳамда кейинги кўрсаткичлар фарқи ишончлилиги: * - $p < 0,05$.



Коптокчалар филтрацияси тезлиги асосий гуруҳнинг витамин Д паст бўлган беморларида даводан кейин $72,5 \pm 5,2$ дан $1,73 \text{ м}^2$ тана сатҳига 1 дақиқада $88,6 \pm 5,6$ мл га яхшиланди ва ишончли фарқ ($p < 0,05$) кузатилди. Унинг миқдори меъёрида бўлган гуруҳда $84,3 \pm 6,8$ дан $1,73 \text{ м}^2$ тана сатҳига 1 дақиқада $90,2 \pm 6,4$ мл га ошди ($p < 0,05$). Назорат гуруҳида бу кўрсаткичлар мос равишда биринчи кичик гуруҳда $74,2 \pm 5,4$ дан $1,73 \text{ м}^2$ тана сатҳига 1 дақиқада $82,5 \pm 6,2$ мл га иккинчи кичик гуруҳда $85,6 \pm 7,5$ дан $1,73 \text{ м}^2$ тана сатҳига 1 дақиқада $87,2 \pm 6,9$ мл га кўтарилди. Лекин иккала гуруҳда ҳам ишончли фарқ ($p > 0,05$) аниқланмади.

Қон зардибидаги креатинин миқдори асосий гуруҳда витамин Д кам бўлган беморларда комплекс стандарт даво муолажаларидан сўнг $98,2 \pm 7,4$ дан $72,6 \pm 5,3$ мкмоль/л га юқори ишончли фарқ ($p < 0,01$) билан камайди. Иккинчи яъни витамин Д кўрсаткичи меъёрида бўлганларда $84,1 \pm 8,7$ дан $70,4 \pm 6,2$ мкмоль/л га камайди ва ишончли фарқ ($p < 0,01$) куза-

тилди. Назорат гуруҳида даводан олдин иккала кичик гуруҳда мос равишда $97,5 \pm 9,6$ ва $82,4 \pm 9,2$ мкмоль/л ни ташкил этган бўлса, унинг миқдори даводан кейин $85,4 \pm 8,7$ ҳамда $80,4 \pm 7,6$ мкмоль/л гача яхшиланди. Лекин гуруҳлар ўртасида ишончли фарқ ($p > 0,05$) қайд этилмади.

Хулоса. СЮЕ мавжуд СБК ривожланган беморларда қон зардобиди витамин Д кўрсаткичларини аниқлаш ва унинг ёрдамида даво муолажаларини мувофиқлаштириш буйраклардаги патологик жараёнларни сусайтиришда ҳамда унинг функциясини яхшиланишига олиб келади. Уларнинг нефропротектив таъсири буйраклардаги оксидатив стрессли ялғиланиш ва фиброз жараёнларини пасайтириб СБК ривожланишини барқарорлаштиради. Буни тадқиқотимиздаги асосий ва назорат гуруҳидаги беморларда даво муолажаларига витамин Д препаратини буюриш орқали олинган натижалар тасдиқлайди.

ФАЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

Arakelyan P. KP, Sahakyan YA, Hayrapetyan LR, Khudaverdyan DN, Ingelman-Sundberg M, Mkrtchian S et al. Calcium-regulating peptide hormones and blood electrolytic balance in chronic heart failure. Regul Pept. 2007;142 (3):95–100. DOI:10.1016/j.regpep.2007.02.001.

Dundar ZD, Cander B, Gul M, Karabulut KU, Kocak S, Girisgin S et al. Serum intestinal fatty acid binding protein and phosphate levels in the diagnosis of acute intestinal ischemia: an experimental study in rabbits. J Emerg Med. 2012;42 (6):741–7. DOI:10.1016/j.jemermed.2011.05.051.

Howard SC, Jones DP, Pui C-H. The tumor lysis syndrome. N Engl J Med. 2011;364 (19):1844–54. DOI:10.1056/NEJMra0904569.

Maiya S, Sullivan I, Allgrove J, Yates R, Malone M, Brain C et al. : an important, but preventable, 58 ISSN 0022-9040. Кардиология. 2018;58(S2) cause of life-threatening infant heart failure. Heart. 2008;94 (5):581–4. DOI:10.1136/hrt.2007.119792.

Plischke M, Neuhold S, Adlbrecht C, Bielez B, Shayganfar S, Bieglmayer C et al. Inorganic phosphate and FGF-23 predict outcome in stable systolic heart failure. Eur J Clin Invest. 2012;42 (6):649–56. DOI:10.1111/j.1365-2362.2011.02631.x.

Rozentryt P, Niedziela JT, Hudzik B, Doehner W, Jankowska EA, Nowak J et al. Abnormal serum calcium levels are associated with clinical response to maximization of heart failure therapy. Pol Arch Med Wewn. 2015;125 (1–2):54–64.

Rozentryt P, Nowak J, Niedziela J, Hudzik B, Doehner W, Jankowska EA et al. Serum phosphorus level is related to degree of clinical response to up-titration of heart failure pharmacotherapy. Int J Cardiol. 2014;177 (1):248–54. DOI:10.1016/j.ijcard.2014.09.034.

Shroff R. Phosphate is a vascular toxin. Pediatr Nephrol. 2013;28 (4):583–93. DOI:10.1007/s00467-012-2347-x.

McCullough P.A., Kellum J.A., Haase M., et al. Pathophysiology of the cardiorenal syndromes: executive summary from the eleventh consensus conference of the Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI). // Contrib Nephrol. 2013; 182:82–98.

Ponikowski P. et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur. J. Heart Fail. 2016; 18(8): 891–975.

World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. WHO global report. - Geneva, Switz: World Health Organization, 2005.

Белоусов Ю. Б. Диастолическая дисфункция левого желудочка при хронической сердечной недостаточности: вопросы патогенеза, диагностики, лечения / Ю. Б. Белоусов, Н. Ю. Ханина, А. А. Упницкий // Клин. медицина. -2001. - № 2. - С. 17-21.

Веснина Ж. В., Арсеньева Ю. А. Кардиоренальный синдром: современные взгляды на проблему взаимосвязи заболеваний почек и сердечно-сосудистой системы. // Клиническая медицина, № 7. – 2012. – С. 8- 13.

Веснина Ж. В., Пекарская М. В., Павлюкова Е. Н., Лишманов Ю. Б. Радионуклидные методы в оценке



взаимосвязи нарушений центральной гемодинамики и функциональной активности почек у больных с недостаточностью кровообращения. // Сердеч. недостат. 2007; 8 (4): 170— 174.

Гуревич М.А., Кузьменко Н.А. Блокада альдостерона в лечении артериальной гипертензии (аспекты применения эплеренона). Кардиология. РМЖ «Медицинское обозрение» №11 от 31.05.2017 стр. 776-779.

Кобалава Ж.Д., Медовщиков В.В., Ешниязов Н.Б. На пути к квадротерапии сердечной недостаточности с низкой фракцией выброса: данные вторичных анализов DAPA-HF. // Российский кардиологический журнал. 2020; 25(5): 3870. с. 71-80.

Корбут А.И., Климонтов В.В. Эмпаглифлозин: новая стратегия нефропротекции при сахарном диабете. // Сахарный диабет. 2017; 20 (1): с. 75-84.

Манешина О. А., Леонова М. В., Белоусов Ю. Б. Состояние и функционирование бета-адренорецепторов и их модификация на фоне лечения бета-блокаторами больных с артериальной гипертензией и с хронической сердечной недостаточностью // Рос. кардиол. журн. - 2005. - № 5. - С. 80-86.

Мареев В.Ю. et al. Клинические рекомендации. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Общество специалистов по сердечной недостаточности: Москва. 2016; 92.



“TELETIBBIYOT YO‘NALISHIDA ISHLAB CHIQUILGAN ADABIYOTLAR SHARHI”

Qulmirzayev Xushvaqt Eshboyevich

Axborot kommunikatsiya texnologiyalari va aloqa harbiy instituti

ANNOTATSIYA

Ushbu maqolada rivojlangan davlatlar qurolli kuchlarda teletibbiyotni qo‘llash to‘g‘risidagi adabiyotlar sharhi ko‘rib chiqiladi.

Kalit so‘zlar: Axborot kommunikatsiya texnologiyalari, qurolli kuchlar, adabiyotlar sharhi, masofaviy tibbiy diagnostika.

ANNOTATION:

This article reviews the literature on the use of telemedicine in the armed forces of developed countries.

Keywords: Information communication technologies, armed forces, literature review.

АННОТАЦИЯ

В данной статье рассмотрена литература по использованию телемедицины в вооруженных силах развитых стран.

Ключевые слова: Информационно-коммуникационные технологии, вооруженные силы, обзор литературы.

Tele-tibbiyot(yun. tele – masofa, lotincha meder – davolash) tibbiyotning telekommunikatsiya va elektron axborot (kompyuter) texnologiyalaridan foydalanib, masofadan turib tibbiy yordam ko‘rsatish bo‘limidir.

Telesalomatlik - (ing. telehealth) - profilaktik tibbiyot, sog‘liqni saqlashni tashkil etish va kadrlar tayyorlashda telekommunikatsiya va kompyuter axborot texnologiyalaridan foydalanish. Sinonim - E(E) Health (inglizcha e-health dan).

Telematika - (fransuzcha telematik) axborot va aloqa orqali masofadan turib tibbiy yordam ko‘rsatish bilan bog‘liq faoliyat, xizmatlar va global tizimlar sog‘liqni saqlash, epidemiologik nazorat va tibbiy yordamni rivojlantirish, shuningdek, tibbiyot sohasida kadrlar tayyorlash, boshqarish va tadqiqotlarni rag‘batlantirishga qaratilgan texnologiyalar.[1]

Teletibbiyotning maqsadi har qanday shaxsga, uning joylashgan joyi va ijtimoiy mavqeidan qat’i nazar, sifatli tibbiy yordam ko‘rsatishdir.

Teletibbiyotning predmeti telekommunikatsiya va kompyuter texnologiyalari orqali barcha turdagi tibbiy ma’lumotlarni bir-biridan uzoqda joylashgan punktlar (tibbiy muassasalar, bemorlar va shifokorlar, sog‘liqni saqlash vakillari va boshqalar) o‘rtasida uzatishdir.

Harbiy teletibbiyot sohasida xorijiy mamlakatlar armiyasida ham tinchlik davrida, ham jangovar sharoitlarda teletibbiyotdan muvaffaqiyatli foydalanish haqida ko‘plab ma’lumotlar mavjud. Mualliflar xorijiy axborot manbalari materiallariga asoslanib, NATO blokining (Shimoliy Atlantika Shartnomasi Tashkiloti) xorijiy armiyalarini tibbiy qo‘llab-quvvatlashda tele-tibbiyotdan foydalanish tajribasini tahlil qildilar va umumlashdilar, chunki bu mamlakatlarda ma’lumotlar uzatish kanallari bilan bog‘liq alohida muammolar mavjud emas.[2]

Tibbiy yordamni tashkil etishda jangovar harakatlarning manyovr qobiliyati va tezligi, operatsiya teatrida qo‘shinlar va bo‘linmalarni asosiy kuchlardan ajratish

hisobga olinadi, bu esa tibbiy xizmatning ish sharoitlarini sezilarli darajada murakkablashtiradi va yuqori talablarni qo‘yadi.

Blok qo‘shinlarini (kuchlarini) tibbiy ta‘minlash uchun javobgarlik to‘liq milliy tibbiy xizmatlar zimmasiga yuklanadi.

Shu bilan birga, tibbiy yordam bilan bog‘liq muammolarni amaliy hal etish harbiy tibbiy xizmatlar va fuqarolik sog‘liqni saqlash organlarining birgalikdagi sa’y-harakatlari bilan amalga oshirilishi kutilmoqda.

Bo‘linmalarning jangovar samaradorligini saqlab qolish uchun tele-tibbiyot texnologiyalaridan foydalanish, Amerika qo‘mondonligining fikriga ko‘ra, qo‘shinlarni tibbiy ta‘minlashning eng muhim vazifalaridan biridir.

Amerikalik ekspertlarning fikricha, zamonaviy jangovar harakatlar va favqulodda vaziyatlar sharoitida Qurolli Kuchlarni tibbiy ta‘minlashdagi eng muhim masala malakali tibbiy yordam ko‘rsatish uchun zarur bo‘lgan vaqtni maksimal darajada qisqartirishdir. Ushbu yo‘nalishdagi tadqiqotning istiqbolli yo‘nalishlaridan biri tabiiy ofatlarga yordam berish va shoshilinch tibbiy yordam loyihasini amalga oshirishdir. Ushbu loyiha doirasida teletibbiyot tizimi ishlab chiqildi va AQSh Qurolli Kuchlari tibbiy xizmati amaliyotiga joriy etildi.

Shu bilan birga texnik, madaniy va o‘quv muammolari til muammolaridan tashqari, ko‘p millatli telemaslahatlardan muvaffaqiyatli foydalanishga to‘sqinlik qilishi mumkin bo‘lgan asosiy muammolar bo‘lishi taxmin qilingandi. Amerika Qo‘shma Shtatlari armiyasi va NATO Afg‘onistonda joylashtirilgan NATO kuchlariga shu maqsadda allaqachon joylashtirilgan AQSh armiyasi tizimidan foydalanishga ruxsat beruvchi kelishuv tuzdilar va bunday tizimdan ko‘p millatli sharoitda muvaffaqiyatli foydalanishni aniq ko‘rsatdi. Ushbu ko‘p millatli muhitda tizim bir yildan ortiq vaqtdan beri qo‘llanilmoqda va uning muvaffaqiyati va maqbulligi bo‘yicha ko‘rsatkichlar to‘plangan, bunda bir



nechta davlatlardan bemorlar va provayderlar ishtirok etgan.[3]

Shu bilan birga Xitoy qo'shinlarida tele-tibbiyot texnologiyalari to'g'risidagi adabiyotlar ko'rib chiqilganda.

Xitoy Xalq Ozodlik Armiyasini tibbiy qo'llab-quvvatlashda teletibbiyot texnologiyalaridan foydalanish tajribasi tahlil qilingan va umumlashtirgan. Harbiy tibbiy xizmatning fuqarolik sog'liqni saqlash organlari bilan birgalikda teletibbiyotdan foydalanishning hozirgi tendentsiyalari ko'rib chiqiladi. Teletibbiyot tadqiqotlarining asosiy natijalari va Xitoy armiyasi harbiy xizmatchilari uchun tibbiy yordamni rivojlantirish yo'nalishlari ta'kidlangan.[4]

Drogovoz Viktor Anatoliyevichning Favqulodda vaziyatlarda jabrlanuvchilarga mobil tele-tibbiyot komplekslaridan foydalanishda xizmat ko'rsatish jarayonini takomillashtirish mavzusidagi texnika fanlari nomzodi ilmiy darajasini olish uchun dissertatsiyasi.

2004-2006 yillardagi favqulodda vaziyatlarning tibbiy-sanitariya oqibatlarini to'g'risidagi statistik ma'lumotlar tahlili o'tkazildi. Favqulodda vaziyatlarda kosmik aloqalardan foydalangan holda teletibbiyot texnologiyalaridan foydalanish tajribasi tahlil qilinadi. Favqulodda vaziyatlarda mobil tele-tibbiyot tizimlaridan foydalanishning xususiyatlari va afzalliklari aniqlangan.[5]

V.M Levanov va Y.E Perevezensevlarining uzoq hududlarda ishlaydigan aholini tibbiy qo'llab-quvvatlash tizimida teletibbiyot texnologiyalaridan kompleks foydalanish imkoniyatlari mavzudagi ilmiy maqolasi.

Rossiya federatsiyasining yirik shaharlardan tashqarida – qishloq va kichik shaharchalarda, shu jumladan chekka hududlarda yashovchi mehnatga layoqatli aholiga tibbiy yordam ko'rsatish tizimini takomillashtirish muammosiga bag'ishlangan.[6]

Bundan tashqari A. V. Vladzimirskiyning "bemor-shifokor birlamchi teletibbiyot konsultatsiyasi" mavzusidagi 2017- yildagi Metodologiyaning birinchi tizimlashtirilishi tele-tibbiyot va elektron sog'liqni saqlash jurnalida chop etilgan ilmiy maqolasida.

Tele-tibbiyot tizimi uyda reabilitatsiya bosqichida (sog'lomlashtirish markazining tele-tibbiyot kabinetida yoki teletibbiyot markazida) bemorlarni masofaviy monitoringini yanada tashkil qilish imkoniyatlari to'grisida izlanishlar olib borgan.[7]

Ural davlat tibbiyot universiteti tibbiyot fanlari nomzodi A.A. Kosovo tomonidan tayyorlangan Tele-tibbiyot texnologiyalari darsligi teletibbiyot texnologiyalari haqida ma'lumot beruvchi o'quv jarayonini to'liq ta'minlash uchun ishlab chiqilgan.[8]

Amerika qo'shma shtatlari 2007-yilda Journal of Rehabilitation Research & Development jurnalida nashr etilgan ilmiy maqolasida mudofaa vazirligi faxriylarining miya shikastlanishi markazi taniqli shifokori Filipp Girard.

Telemeditsinani qo'llagan holda faxriylar ishlari bo'limi faxriylarining sog'lig'ini saqlash boshqarmasida yashash joyi, qashshoqlik va nogironligi bilan alohida parvarish talab qiladigan bemorlarni kuzatish va parvarishlash ishlarni olib borgan.

Harbiy sharoitlarda esa tele-tibbiyotdan jarohatlar va kasalliklarni aniqlash va jangovar teatrlarda jarohatlanagan askarlarni davolash, reabilitatsiya qilish va tiklashda yordam berish uchun keng qo'llanilishi ustida ilmiy ish olib borgan.[9]

Tibbiyot fandlari falsafa doktori (PhD) Cathaleen Madsen, Tracey Pérez Koehlmoos va Harbiy tibbiyot tadqiqot markazi direktori, sog'liqni saqlash fanlari va Pitsburg universitetining o'pka, allergiya va jiddiy tibbiy yordam bo'limining professori Ronald Poropatichlar Harbiy sog'liqni saqlash tizimida telesalomatlik: ta'sir, to'siqlar va imkoniyatlar mavzusidagi ilmiy maqolasida.

Telesalomatlikni 2017-yilgacha kengaytirishga olib keladigan yo'nalishlar ustida ilmiy ish olib borishdi. Natijada xulq-atvor salomatligi tashabbuslarida telesalomatlikdan foydalanish uchun zamin yaratdi. Olingan saboqlar va keyingi tadqiqotlar koronavirus kasalligiga javob sifatida davom ettirildi. [10]

Polsha davlati Vrotslav tibbiyot universiteti tadqiqotchilari Komil Kędzierski, Jadviga Radziejewska, Agnieszka Slavuta, Magdalena Vavrinska, Jacek Arkowskiy Kardiologyada telemeditsina: takomillashtirish uchun zamonaviy texnologiyalar. Yurak-qon tomir kasalliklari bilan og'rigan bemorlarning natijalari nomli ilmiy izlanishlarida.

Italiyada o'tkazilgan so'rovda tele-tibbiyot kasalxonadan oldingi EKG tahlillarining 84 foizida ishlatilgan. Kardiyo resinxronizatsiya terapiyasini masofadan boshqarish 42% hollarda, yurak urishi tezligi bilan kasallangan bemorlarni kuzatish 37% hollarda amalga oshirildi. Boshqa bir Italiya so'rovida 2012 va 2017-yillar oralig'ida telemonitoringdan foydalanish sezilarli darajada o'sgan (markazda monitoring qilingan bemorlar soni bo'yicha).[11]

Singapur armiyasi bosh tibbiy xodimi, doktor Tan Nan Guang, Singapur Respublikasi havo kuchlari tibbiy hodimi Lily Wei-Yun Yang, Mark Zhong-Wei Tan, Jeremiah Chng, Marcus Hong-Tat Tan, Clive Tanlar o'z ilmiy ishlarida.

Tele-tibbiyot birlamchi tibbiy yordam ko'rsatish imkoniyatlarini kengaytirish va oshirish uchun xavfsiz, hamda samarali vosita ekanligini ko'rsatishda ahamiyatga ega bo'ldi. Natijalar kelajakda harbiy tibbiyot markazlari tarmog'ida keng ko'lamli tatbiq etishni to'g'risida xulosa berishgan.[12]

Nyu-Dehli, Jamia Millia Islamia Mashinasozlik kafedrasida dotsenti (PhD) Mohd Javaid, Nyu-Dehli, Jamia Millia Islamia Mashinasozlik kafedrasida Professori Abid hamda ushbu kafedra dotsenti (PhD) Haleem va boshqalar o'z ilmiy ishlarida.

Sog'liqni saqlash xarajatlarining o'sishi va yaxshiroq davolanishga bo'lgan ehtiyoj ko'proq kasalxonalarini teletibbiyotning afzalliklarini o'rganishga undagan. Shifokorlar va uzoqdagi bemorlar o'rtasidagi aloqani yaxshilash hamda sog'lig'ini saqlash muassasalaridan unimiroq foydalanishda tele-tibbiyot samarali usuldur.[13]

Aloqa harbiy institutidan X.E. Qulmirzayevning "Qurolli Kuchlar tuzilmalarida teletibbiyotni qo'llashning



dolzarbligi va inovatsion echimlari” nomli ilmiy maqolasida Teletibbiyot Qurolli Kuchlarda qo‘llanilishi samarali tibbiy yordam ko‘rsatish echimi ekandigi keltirib o‘tilgan. [14]

Aloqa harbiy instituti dotsenti X.E. Qulmirzayevning “Covid-19 pandemiyasi paytida, saraton kasalligini davolashda teletibbiyotning roli” nomli ilmiy maqolasida Teletibbiyot hozirgi global sog‘liqni saqlash inqiroziga echim berishi, shu bilan birgalikda kelajakda xizmatlar ko‘rsatish va keng qamrovli klinik sinovlar uchun ham foyda keltirishi mumkinligi takidlab o‘tilgan. [15]

Axborot kommunikatsiya-texnologiyalari va aloqa harbiy instituti dotsenti X.E. Qulmirzayevning “COVID-19 pandemiyasi paytida, kasallikka qarshi emlash ishlarini tashkil qilishda teletibbiyotning roli” nomli ilmiy maqolasida Mudofaa vazirligi tarkibidagi

harbiy qismlarning tibbiyot punktlarida telemeditsinani tashkil etish uchun harbiy tibbiyot xodimlarning malakasini oshirish kerakligini takidlab o‘tilgan. [16]

Xulosa

Xulosa o‘rnida shuni ta’kidlash joizki AQSh, Xitoy, Polsha, Singapur Hindiston va Rossiya kabi mamlakatlarda sinovdan o‘tgan zamonaviy axborot-texnologiyalari asosidagi shlab chiqilgan hamda Qurolli Kuchlarida foydalanilayotgan tele-tibbiyotni qo‘llashdagi adabiyotlar tahlil qilinib har tomonlama zamon talablariga javob beradigan o‘quv adabiyotini ishlab chiqish, O‘zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlar tizimida xizmat qilayotgan tibbiyot xodimlarini zamonaviy axborot-texnologiyalari asosidagi sog‘liqni saqlash tizimining yangi usullarini o‘qitishda qo‘llanilishi maqsadga muvofiq bo‘lar edi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

Владимирский А.В. Проблема формирования терминологии в телемедицине // Арх.клин.эксп. мед.-Т.10,№1.-2001.- С.108-112.

Телемедицинские технологии в армии СШАА. И. Андреев ФГБВОУВО Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова Министерства обороны РФ,Санкт-Петербург

Операционал Усе оф У.С. Армей Телемедицине Информатион Системс ин Ирак анд Афгханистан – Сонсидератионс фор НАТО Оператионс Роналд Поропатич, МД, МС, Чарлес Лаппан, МБА, МПА, Давид Лам, МД, МПХ

А.И. Андреев ФГБОУ ВПО Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова Министерства обороны РФ, г. Санкт-Петербург, Россия

Совершенствование протесса обслуживания пострадавших в чрезвычайных ситуациях с помощью мобильных телемедицинских комплексов Дрогвоз Виктор Анатолевич диссертатсии на соискание ученой степени кандидата технических наук москва 2009

Возможности комплексного использования телемедицинских технологий в системе медицинского обеспечения работающего населения на удалённых территориях В.М. Леванов, Е.А. Перевезенцев ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, пл. Минина и Пожарского д.10/1, г. Нижний Новгород, Нижегородская област, 603005, Россия

Владимирский А.В. Первичная телемедицинская консультатсия «патсиент-врач»: первая систематизатсия методологии // Журнал телемедицины и электронного здравоохранения. 2017. №2. С. 50–61

Телемедицинские технологии Учебное пособие Под общей редакцией кандидата медицинских наук А.А. Косовой Екатеринбург УГМУ 2023.

Military and VA telemedicine systems for patients with traumatic brain injury Philip Girard, MS Defense and Veterans Brain Injury Center, Walter Reed Army Medical Center, Washington, DC; Manchester Department of Veterans Affairs Medical Center, Manchester, NH

Telehealth in the Military Health System: Impact, Obstacles, and Opportunities Cathaleen Madsen, Ronald Poropatich, Tracey Pérez Koehlmoos Military Medicine, Volume 188, Issue Supplement_1, March-April 2023, Pages 15–23,

Komil Kedzierski va Jacek Arkovski , Magdalena Vavrinskaya , Yadviga Radziejewska, Agnieszka Sy Kardiologiyada telemeditsina: takomillashtirish uchun zamonaviy texnologiyalar. Yurak-qon tomir kasalliklari bilan og‘rig-an bemorlarning natijalari. Medicina 2022, 58, 210. <https://doi.org/10.3390/medicina58020210>

Virtual care to increase military medical centre capacity in the primary health care setting: A prospective self-controlled pilot study of symptoms collection and telemedicine Nan-Guang Tan , Lily Wei-Yun Yang, Mark Zhong-Wei Tan, Jeremiah Chng, Marcus Hong-Tat Tan and Clive Tan Journal of Telemedicine and Telecare ! The Author(s) 2020 Article reuse guidelines: sagepub.com/journals-permissions DOI: 10.1177/1357633X20959579

Telemedicine for healthcare: Capabilities, features, barriers, and applications Abid Haleem a , Mohd Javaid a, Ravi Pratap Singh , Rajiv Suman <https://doi.org/10.1016/j.sintl.2021.100117> Received 17 June 2021; Received in revised form 18 July 2021; Accepted 19 July 2021 Available online 24 July 2021

“Harbiy aloqa va AKT xabarlari” ilmiy uslubiy jurnalning 3 (11) 2022 yilgi soni (125-130 b.)

“INNOVATION TECHNOLOGICAL SYSTEMS” ilmiy-texnik jurnali issn 2181-2152 n1(9)2023 Toshkent 2023 yil 169-175.

“INNOVATION TECHNOLOGICAL SYSTEMS” ilmiy-texnik jurnali issn 2181-2152 n1(9)2023 Toshkent 2023 yil 127-133

ИСТЕЪМОЛ ҚИЛИНАЁТГАН СУВНИНГ ИНСОН ОРГАНИЗМИГА ТАЪСИРИ

Қодиров Ойбек Ўқтам ўғли
Бухоро давлат тиббиёт институти

АННОТАЦИЯ

Ичимлик ичишнинг кўплаб вариантлари мавжуд, аммо сув хавфсиз бўлган кўпчилик учун энг яхши танловдир. Сув метаболизм, нафас олиш, терлаш ва чиқиндиларни олиб ташлаш орқали йўқолган суюқликларни тиклашга ёрдам беради. Бу сизни ҳаддан ташқари иссиқликдан сақлайди, бўғинлар ва тўқималарни мойдалайди, терини соғлом сақлайди ва тўғри ҳазм қилиш учун зарурдир. Бу чанқоқни қондириш ва танангизни сув билан тўлдириш учун мукамал нол каллорияли ичимликдир.

Калит сўзлар: метаболизм, нафас олиш, сийдик миқдори ва ранги, кофеин, умумий сув истеъмоли, чанқоқлик сигналлари, газланган сув.

АННОТАЦИЯ

Есть много вариантов питья, но вода — лучший выбор для большинства людей. Водный обмен, дыхание, потоотделение и выведение шлаков невозможно. Он согревает вашу спину, сохраняет здоровье суставов, сохраняет здоровье вашей кожи и необходим для этого. Это идеальный напиток с нулевой калорийностью, который утоляет жажду и увлажняет организм.

Ключевые слова: обмен веществ, дыхание, количество и цвет мочи, кофеин, общее потребление воды, сигналы жажды, газированная вода.

ANNOTATION

There are many options for drinking, but water is the best choice for most people. Water metabolism, breathing, sweating and waste removal is impossible. It keeps your back warm, keeps your joints healthy, keeps your skin healthy, and is essential to add to it. It's the perfect zero-calorie drink to quench your thirst and hydrate your body.

Keywords: metabolism, respiration, quantity and color of urine, caffeine, total water intake, thirst signals, carbonated water.

Сув ҳар бир ёшда муҳим озуқа ҳисобланади, шунинг учун оптимал сув истеъмоли соғлиқ учун асосий компонент ҳисобланади. Сув катталар тана вазнининг тахминан 60% ни ташкил қилади. Чанқаганимизда суюқлик ичамиз, бу асосий сигнал танамизда сув камлиги ҳақида огоҳлантиради. Бундан ташқари, овқат ҳазм қилиш учун овқат билан бирга ичимликлар ичамиз. Аммо баъзида биз бу омилларга эмас, балки қанча ичишимиз керак деб ўйлаганимизга қараб ичамиз. Энг таниш сўзлардан бири бу «қунига 8 стакан» сувни мақсад қилишдир, аммо бу ҳар бир киши учун мос келмаслиги мумкин.

Мутахассислар соғлом эркаклар ва аёллар учун мос равишда тахминан 13 стакан ва 9 стакан суюқликни кунлик этарли миқдорда истеъмол қилишни таклиф қилади. Жисмоний фаол ёки жуда иссиқ иқлимга дучор бўлганлар учун кўпроқ миқдор талаб қилиниши мумкин. Кичикроқ тана ўлчамларига эга бўлганлар учун камроқ миқдор талаб қилиниши мумкин. Шуни таъкидлаш керакки, бу миқдор кунлик мақсад эмас, балки умумий қўлланма. Ўртача одамда камроқ ичиш, албатта, соғлиғига путур етказмайди, чунки ҳар бир кишининг суюқликка бўлган аниқ эҳтиёжи ҳатто кундан-кунга ҳам фарқ қилади. Иситма, жисмоний машқлар, экстремал ҳароратли иқлимга таъсир қилиш (жуда иссиқ ёки совуқ) ва тана суюқликларининг ҳаддан ташқари йўқолиши (масалан, қусиш ёки диарея билан) суюқликка бўлган эҳтиёжни оширади.

Сийдик миқдори ва ранги етарли даражада бў-

лиши ичимлик сувини кам ёки кўп истемол қилинганлигини белгилаб беради. Одатда сийдикнинг ранги қанчалик концентранган бўлса, қораяди (яъни у камроқ сув ўз ичига олади). Шу билан бирга, озиқ-овқат, дори-дармонлар ва витамин қўшимчалари ҳам сийдик рангини ўзгартириши мумкин. Кичикроқ ҳажмдаги сийдик сувсизланишни кўрсатиши мумкин, айниқса ранги қуюқроқ бўлса. Спиртли ичимликлар сийдик чиқаришни камайитириш ва сувни танага қайтариб олиш учун буйракларга сигнал берувчи суюқликни тартибга солувчи гормон бўлган антидиуретик гормонни бостириши мумкин. Бу сиз, танадан сувни тозалаш осонроқ бўлади. Қисқа вақт ичида бир неча ичимликдан лаззатланиш сувсизланиш хавфини ошириши мумкин, айниқса оч қоринга қабул қилинганда. Бунинг олдини олиш учун спиртли ичимликларни овқат ва сув билан бирга истемол қилинг.

Кофеин узок вақт давомида диуретик таъсирга эга деб ҳисобланган бўлсада, сувсизланишга олиб келиши мумкин, аммо тадқиқотлар бунга тўлиқ қўллаб-қувватламайди. Маълумотлар шуни кўрсатадики, қунига 180 мг дан ортиқ кофеин (тахминан икки стакан қайнатилган қаҳва) баъзи одамларда қисқа муддатда сийдик чиқаришни кучайтириши мумкин, аммо сувсизланишга олиб келиши шарт эмас. Шунинг учун кофеинли ичимликлар, жумладан, қаҳва ва чой кунлик сув истеъмолига ҳисса қўшиши мумкин.

Ёдда тутиш керак, умумий сув истеъмолининг тахминан 20 фоизи ичимликлар эмас, балки сувга бой бўлган салат, баргли қўкатлар, бодринг, булғор



калампири, ёзги қовоқ, селдерей, резаворлар ва қовунлар каби сувга бой озиқ-овқатлардан олинади.

Қуйидаги жадвалда сувга бой озиқ-овқатлардан ташқари, ёш гуруҳига асосланган кунлик сув истеъмоли бўйича қўлланма мавжуд:

Ёш	Кундалик етарли истеъмол қилиш миқдори
1-3 йил	4 стакан
4-8 йил	5 стакан
9-13 йил	7-8 стакан
14-18 йил	8-11 стакан
Эркалар 19 ёш ва ундан катта	13 стакан
Аёллар 19 ёш ва ундан катта	9 стакан
Ҳомиладор аёллар	10 стакан
Эмизикли аёллар	13 стакан

Соғлом тана суюқликдан маҳрум бўлганда чанқоқлик сигналларини юбориш учун мўлжалланган. Чанқоқлик - бу ичиш истаги бўлиб, у нафақат физиологик белгилар, балки хулқ-атвор белгилари билан ҳам таъсир қилади. Хулқ-атвор таклифига мисол сув ҳарорати. Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, одамлар энг кўп сувни хона ҳароратида истеъмол қилганда ичишади, гарчи салқин ичимликлар таъмга энг ёқимли деб баҳоланади. Биз ҳам кўпинча ижтимоий муҳитда кўпроқ ичишга (ва овқатланишга) таъсир қиламиз.

Ёшимиз ошгани сайин, организмнинг суюқликни истеъмол қилиш ва ташналикни тартибга солиш қобилияти пасаяди. Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, бу иккала омил ҳам қарияларда бузилган. Кекса одамларда сувсизланишнинг тез-тез қўлланиладиган кўрсаткичлари (масалан, сийдик ранги ва ҳажми, чанқоқлик ҳисси) самарали эмас ва фақат қўлланилмаслиги керак. Ақлий қобилият ва идрокни бузадиган баъзи ҳолатлар, масалан, инсулт ёки деманс, ташналикни ҳам бузиши мумкин. Одамлар, шунингдек, ўзбошимчалик ёки ҳожатхонага бориш қийинлиги туфайли ичишни ихтиёрий равишда чеклашлари мумкин. Ушбу ҳолатларга қўшимча равишда, тадқиқотлар шуни кўрсатадики, спортчилар, касал одамлар ва чақалоқлар суюқлик эҳтиёжларини қондириш учун етарли чанқоқлик ҳисси бўлмаслиги мумкин. Ҳатто энгил сувсизланиш ҳам салбий аломатларни келтириб чиқариши мумкин, шунинг учун чанқоқлик ёки бошқа одатий чораларга ишона олмайдиган одамлар бошқа стратегиялардан фойдаланишни хоҳлашлари мумкин.

2% сув танқислиги билан юзага келиши мумкин бўлган сувсизланиш белгилари:

Чарчок

Чалкашлик ёки қисқа муддатли хотирани шўқо-

тиш

Кайфият ўзгаради, масалан, асабийлашиш ёки тушқунлик

Сувсизланиш баъзи тиббий шароитлар хавфини ошириши мумкин:

- Сийдик чиқариш йўлларидаги инфекциялари
- Буйрак тошлари
- Ўт пуфагидаги тошлар
- Қабзият

Сув учун тоқат қилинадиган юқори қабул қилиш даражаси йўқ, чунки тана одатда сийдик ёки тер орқали қўшимча сувни чиқариб юбориши мумкин. Шу билан бирга, сувнинг тоқиклиги деб аталадиган ҳолат камдан-кам ҳолларда учраши мумкин, бунда кўп миқдорда суюқлик қисқа вақт ичида олинади, бу буйракнинг уни чиқариш қобилиятидан тезроқ. Бу гипонатреми деб аталадиган хавфли ҳолатга олиб келади, бунда қонда натрий миқдори жуда кўп сув қабул қилинганда жуда паст бўлади. Тананинг ортиқча суви қондаги натрий миқдорини суюлтиради, бу чалкашлик, кўнгил айланиши, соқчилик ва мушакларнинг спазмлари каби аломатларга олиб келиши мумкин. Гипонатремия одатда фақат буйраклари тўғри ишламайдиган касал одамларда ёки ҳаддан ташқари иссиқлик стресси ёки танадан ортиқча сувни чиқара олмайдиган узоқ муддатли машаққатли машқлар шароитида кузатилади. Биатлончилар ва марафон югурувчилари каби жуда жисмоний фаол одамлар бу ҳолат хавфи остида, чунки улар кўп миқдорда сув ичишга мойил боғлиқ, айни пайтда тер орқали натрийни йўқотадилар. Аёллар ва болалар ҳам кичикроқ тана ўлчамлари туфайли гипонатремияга кўпроқ мойил.

Газланган шарбатлар шакарли сода каби кўп калория бўлиши мумкин. Бунинг ўрнига, уйда 12 унтсия газланган сув ва бир ёки икки унтсия шарбат билан ўзингизнинг газланган шарбатингизни тайёрланг. Қўшимча лаззат учун, дилимленмиш ситрус ёки ялпиз каби янги ўтларни қўшинг.

Сув карбонатланиш жараёнида кўпикли бўлиб қолади ва баъзида сода учун соғлом муқобил сифатида тавсия этилади. Карбонатланиш карбонат ангидрид газини юқори босим остида сувда эритишни ўз ичига олади, босим чиқарилганда, пуфакчалар ҳосил бўлади. Бу жараён сувнинг Ph даражасини 7 дан 4 гача пасайтиради, бу эса кислоталироқдир. Кислота даражаси содали сув тиш эмалига ёки суякнинг нормал ҳолатига зарар этказиши мумкинлиги ҳақидаги хавотирларни кучайтирди.

Хулоса: Газланган сувлар, агар шакарсиз бўлса, ичиш хавфсиз ва яхши ичимлик танловидир. Озиқланиш ва жисмоний фаоллик бўйича тиббий профилактикага кўра мактаблар ва мактабдан кейинги дастурлар каби муҳитларда тоза, совуқ ва бепул сувни қулайроқ қилиш учун воситалар ва ресурсларни тақдим этиш керак, шунингдек, сувни болалар учун янада мазали ва қизиқарли қилиш лозим.



Фойдаланилган адабиётлар.

- Uktamovich, K. O. CLINICAL AND THERAPEUTIC NUTRITION. // EUROPEAN JOURNAL OF MODERN MEDICINE AND PRACTICE, (2023). – P. 42–44.
- Uktamovich, K. O. Diets of Altered Consistency. // AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI, (2023). – P. 81–84.
- Uktamovich, K. O. Ecological Approaches to Human Nutrition. // AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI, (2022). – P. 251–254.
- Uktamovich, K. O. Impact of Ecology on Health. // AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI, (2022). – P. 255–257.
- Uktamovich, K. O., & Gafurovna, A. N. NUTRIENT RECOMMENDATIONS AND DIETARY GUIDELINES FOR PRAGNENT WOMEN. // FAN, TA'LIM VA AMALIYOTNING INTEGRASIYASI, 3(6), . (2022). – P. 340-342
- Uktamovich, K. O. Study of Health Indicators. // AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI, (2023). – P. 91–92.
- Kadyrov Oybek Uktamovich. Noise as a Harmful Production Factor. // American Journal of Pediatric Medicine and Health Sciences, (2023). – P.249–251.
- Kadyrov Oybek Uktamovich. Industrial Poisons, Prevention of Occupational Poisoning. // American Journal of Pediatric Medicine and Health Sciences, (2023). – P. 246–248.
- Uktamovich, K. O. Dental Care Rules. // AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI, (2023). – P. 88–90.
- Uktamovich, K. O. How to Properly Carebehind the Oral Cavity. // AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI, (2023). – P. 86–87.
- Ibrohimov K. I. Features of Labor in Agriculture //CENTRAL ASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES. Voleme. – 2022. – T. 2. – C. 87-91.
- Ibrohimov KI. The Meal of Students //Indonesian Journal of Education Methods Development. - 2022. - T. 20. - S. 10.21070 / ijemd. v20i. 629-10.21070/ijemd. v20i. 629.
- Ibrohimov K. I. Health State of Workers of Cotton Enterprises, Structure of Diseases, Influence of Age and Work Experience //AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI. – 2022. – C. 55-59.
- Иброҳимов К. И. Чорвачилик Комплекслари Ва Фермаларда Ишловчи Ишчиларнинг Саломатлик Ҳолати, Касалланишлар Структураси, Ёш Ҳамда Иш Стажининг Таъсири //AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI. – 2022. – Т. 1. – №. 7. – С. 334-338.
- Иброҳимов К. И. Чорвачилик Комплекслари Ва Фермаларда Ишловчи Ишчиларнинг Саломатлик Ҳолати, Касалланишлар Структураси, Ёш Ҳамда Иш Стажининг Таъсири //AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI. – 2022. – Т. 1. – №. 7. – С. 334-338.

GIPERTONIYA KASALLIGIGA SABAB BO'LVUCHI ETIOLOGIK FAKTORLAR VA UNGA QARSHI KURASH CHORA-TADBIRLARI.

Qosimova Zuxra Madaminjonovna

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti, Farg'ona, O'zbekiston.

ANNOTATSIYA

Ushbu maqolada aholi orasida keng tarqalgan, yurak-qon tomir kasalliklari ichida tarqalishi bo'yicha eng ko'p uchrovchi gipertoniya kasalligi haqida so'z yuritiladi. Gipertoniya, yuqori qon bosimi – yurak qon-tomir kasalliklari rivojlanishida eng muhim rol o'ynaydigan omil hisoblanadi, bu kabi asoratlardan eng xavfli infarkt va insultdir. Ko'pchilik yoshi katta insonlar bu muammodan aziyat chekadilar, ammo hozirgi kunda arterial qon bosimning yuqori bo'lishi o'rta yoshdagi va yosh insonlarda ham uchrab turibdi. Tanometr ko'rsatkichi qachon xavfli hisoblanadi? Gipertoniya kriz vaqtida birinchi yordam qanday ko'rsatiladi? Yuqori qon bosimi kasallikning erta bosqichlarida qanday chora tadbirlar qo'llash kerak? kabi savollarga ushbu maqolada javob topish mumkin.

Kalit so'zlar: gipertoniya kasalligi, yurak-qon tomir, qon bosimi, xavf omillari, insult, infarkt, stress, ateroskleroz,

АННОТАЦИЯ

В данной статье говорится об артериальной гипертензии, которая широко распространена среди населения и является наиболее распространенной среди сердечно-сосудистых заболеваний. Гипертония, повышенное артериальное давление являются фактором, играющим важнейшую роль в развитии сердечно-сосудистых заболеваний, наиболее опасными из таких осложнений являются инфаркты и инсульты. От этой проблемы страдает большинство пожилых людей, но в настоящее время повышенное артериальное давление встречается также у людей среднего возраста и молодежи. Когда измерение артериального давления считается опасным? Как оказывается первая помощь при гипертоническом кризе? Какие меры следует предпринять на ранних стадиях повышенного артериального давления? Ответы на такие вопросы вы можете найти в этой статье.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, сердечно-сосудистые заболевания, артериальное давление, факторы риска, инсульт, инфаркт, стресс, атеросклероз,

ANNOTATION

This article talks about hypertension, which is widespread among the population and is the most common among cardiovascular diseases. Hypertension, high blood pressure is the factor that plays the most important role in the development of cardiovascular diseases, the most dangerous of such complications are heart attacks and strokes. Most elderly people suffer from this problem, but nowadays high blood pressure is also found in middle-aged and young people. When is the blood pressure reading considered dangerous? How is first aid given during a hypertensive crisis? What measures should be taken in the early stages of high blood pressure? You can find answers to such questions in this article.

Key words: hypertension, cardiovascular disease, blood pressure, risk factors, stroke, heart attack, stress, atherosclerosis,

Katta yoshdagi odam qon bosimi normal ko'rsatkichi – sistolik (yuqori ko'rsatkich) bosim 120 mm.Hg ustuni va diastolik (past ko'rsatkich) bosim 80 mm.Hg ustuniga teng bo'lishidir. Birinchi ko'rsatkich yurak qisqargan vaqtida paydo bo'ladi, ikkinchi bosim esa yurak bo'shashganda. Albatta, bu ko'rsatkichlar nisbiy o'rtacha qilib olingan, har bir organizmning o'zi uchun normal qon bosimi bor. Qon bosimi oshishi yoxud gipertoniya — bugungi kunda yurak-tomir tizimining eng keng tarqalgan kasalliklaridan biri hisoblanadi. Kasallik arterial qon bosimining ko'tarilishi bilan namoyon bo'ladi va ko'pincha uning ko'rsatkichi 140/90 dan oshib ketadi. Yurak-tomir kasalliklari sohasidagi ko'plab ekspertlarning fikricha, gipertoniya ko'pincha qon aylanishi buzilishlari natijasida sodir bo'ladi. Yurak yetishmovchiligi ham uning sababchilari ro'yxatiga kiradi. Mazkur kasallik bemorlarda ikkilamchi kasalliklar rivojlanishiga turtki bo'lishi mumkin, masalan insult,

yurak xuruji. Yuqori arterial qon bosimi qon tomirlariga salbiy ta'sir ko'rsatadi, chunki ular qisqa vaqt davomida birdan torayadi. Juda kuchli bosimda esa ba'zi qon tomirlar bardosh bera olmay yoriladi va ichki qon ketish kuzatiladi. Gemorragik infarkt elastikligi yo'qolgan va sinuvchanlikka moyil bo'lgan tomirlar joylashgan a'zolarda sodir bo'ladi.

Gipertoniya — qon tomirlarning nerv-funksional faoliyati buzilishi natijasida kelib chiqadigan kasallikdir. Kasallik asosan 40 yoshdan kattalarda uchraydi, lekin so'nggi yillarda yoshlarda ham tez-tez kuzatilishi qayd qilinmoqda. Gipertoniya ayollar ham, erkaklar ham bir xil aziyat chekishadi. Bu kasallik yurak-qon tomir tizimi kasalliklari bilan kasallangan odamlar ichida etakchi o'lim sabablaridan hisoblanadi. Necha o'n yilliklar davomida olimlar bu kasallikni o'rganish bilan band. Tadqiqotlarga ko'ra, gipertoniya sayyoramizdagi nogironlikning asosiy sabablaridan biridir. Statistika



ma'lumotlarga ko'ra, qon bosimi oshganda birinchi yordam kech ko'rsatilsa, bemorlarning ahvoli juda og'irlashishi, hatto o'lim kuzatilishi ham mumkin.

Gipertoniyaning asosiy alomati — bu miya tomirlarining spazmi va torayishi tufayli bosh og'rig'idir. Shuningdek, ko'pincha quloqlarda shovqin, ko'rish o'tkirligining susayishi, holsizlik, uyquning buzilishi, bosh aylanishi, boshda og'irlik hissi, yurak urishining tezlashishi namoyon bo'ladi. Bu alomatlar kasallikning erta bosqichida seziladi. Keyinchalik yurakning uzoq vaqt davomida zo'riqib ishlashi tufayli yurak yetishmovchiligi yuzaga keladi.

Kasallikning rivojlanish sababi uzoq vaqt davomida stress va tushkunlik holatida yurish, tez-tez psixologik zo'riqlashlar. Ko'pincha bularni doimiy emotsional taranglikni talab etadigan ish faoliyati keltirib chiqaradi. Bundan tashqari, miya chayqalishiga uchragan bemorlarda ham kasallik rivojlanishi xavfi yuqori bo'ladi. Irsiy moyillik ham sabablar qatorida, agar kishining avlodida bu kasallik uchragan bo'lsa, unda ham ushbu kasallik rivojlanishi xavfi bir necha barobarga ortadi.

Kasallik rivojlanishiga ta'sir o'tkazuvchi omillardan asosiysi — bu kamharakat turmush tarzidir. Yosh o'tib borgan sari insonlarda ateroskleroz rivojlanishi mumkin, bu o'zgarish fonida qon bosimining oshishi esa vaziyatni yanada jiddiylashtirib yuboradi. Bu hayot uchun o'ta xavfli hisoblanadi, chunki toraygan qon tomirlar orqali miya, yurak, buyraklarning bir qismiga qonning bormay qolishi yoki yetarli bormasligi kuzatiladi. Agar qon tomir devorlarida tromb va xolesterin to'planmalari bo'lsa, ular kuchli bosim vaqtida ajralib, kapillyar qon tomirlarda tiqilib, qon o'tishiga to'sqinlik qilishi mumkin. Bu holda miokard infarkti yoki insult yuzaga keladi. Ayollarda qon bosimi oshishiga sabab menopauza davridagi gormonal o'zgarishlar bo'lishi mumkin. Tuz, yoki aniqrog'i, unda mavjud natriy, shuningdek chekish, alkogolli ichimliklarni suiste'mol qilish, semizlik ham yurak-tomir tizimiga bosim o'tkazadi. Umumiy lashtirib olganda, gipertoniya rivojlanishiga ta'sir etuvchi omillar quyidagilardan iborat:

Ortiqcha vazn, metabolik kasalliklar, endokrin kasalliklar, kamharakat turmush tarsi, muntazam emotsional stresslar, ruhiy tushkunlik, fojeali voqealarni

boshdan o'tkazish, yaqin insonlarni yo'qotish, biznesdagi, ishdagi muammolar tufayli kuchli asabiy taranglik, bosh miya jarohatlari (avtohalokat, yiqilish, gipotermiya), yurak-tomir tizimiga salbiy ta'siri bor surunkali kasalliklari (qandli diabet, podagra, revmatoid artrit), irsiy moyillik, virusli va yuqumli kasalliklar (meningit, sinusit, gaymorit), qon tomirlarida yosh bilan bog'liq o'zgarishlar, qonda xolesterin miqdorining yuqori bo'lishi, natijada qon tomir devorlarida to'planmalar hosil bo'ladi, menopauza davrida bo'lgan, 40 yoshdan o'tgan ayollar (organizmning muhim gormonal o'zgarishlari paytida ko'pincha yashirin kasalliklar rivojlana boshlaydi va ular gipertoniya rivojlanishiga ta'sir ko'rsatishi mumkin). Zararli odatlar (chekish, alkogolli ichimliklar ichish, me'yordan ortiq qahva iste'mol qilish), kun davomida ko'p miqdorda tuz iste'mol qilish, qonda adrenalinning oshirish, kompyuter qarshisida uzoq vaqt o'tirish, ochiq havoda kam yurish va hokazo.

Gipertoniya kasalligining patogeneza, hissiy ta'sirlar asosiy nerv jarayonlarining haddan ortiq zo'riqlashiga olib keladi. Dastlabki funksional buzilishlar bosh miya po'stlog'ida va gipotalamik soha, limbiko—retikulyar kompleks markazlarida yuzaga keladi. Natijada gipotalamik vegetativ markazlar asosan simpatik nerv sistemasi qo'zg'aluvchanligi kuchayadi, bu pressor reaksiyalarning rivojlanishiga olib keladi, o'z navbatida bu bosh miya simpatik markazlari qo'zg'alishining patologik sustlashish dominantasining shikastlanishiga olib keladi. Kasallikning dastlabki bosqichida simpatoadrenal sistema tonusining ko'tarilishi renin-gipertenzin-aldosteron bo'g'inining neyrogormonlari sekretsiasining ko'payishiga olib keladi, bu esa qon tomirlari tonusining ko'tarilishiga olib keladi. Gipertoniya kasalligining so'nggi bosqichlarida buyraklarning antigipertenziv faoliyati tugaydi. Reninning kuchli sekretsiasini aldosteron ishlab chiqarilishini kuchaytiruvchi ancha miqdordagi angiotenzinning paydo bo'lishiga olib keladi, bu arteriolalar devorlarida natriyning to'planishiga olib keladi, ular shishib yo'g'onlashadi, bu o'z navbatida qon tomirlarining turli pressor omillarga reaktivligini (javob berish qobiliyatini) oshiradi.

Bemorga aniq tashxis qo'yish uchun shifokor bir nechta laboratoriya tahlillari va apparat tekshiruvlari

Gipertoniya kasalligi klassifikatsiyasi Bosim darajasi bo'yicha gipertoniya kasalligi klassifikatsiyasi.

Toifa	Sistolik AB, mm.sim. ust.	Diastolik AB, mm. sim. ust.
Normal AB	< 130	< 85
Yuqori normal bosim	130-139	130-139
Gipertenziya I bosqich (yumshoq.)	140-159	90-99
II bosqich (o'rtacha)	160-179	100-109
III bosqich (og'ir)	180-209	110-119
IV bosqich (og'ir)	210 va yuqori	120 va yuqori

**Nishon organlarning shikastlanishi bo'yicha gipertoniya kasalligi klassifikatsiyasi.**

Arterial gipertenziya bosqichi	Nishon organlar shikastlanishi
I bosqich	Nishon organlar shikastlanishining ob'ektiv belgilari yo'q.
II bosqich	Nishon organlar shikastlanishining quyidagi belgilaridan kamida biri mavjud bo'ladi: -chap qorincha gipertrofiyallari -to'r parda arteriyalarining butunlay yoki lokal shikastlanishi -proteinuriya yoki qonda kreatinin darajasining biroz ko'tarilishi (1,2- 2mg/dl) Aterosklerotik blyashkalarining (aorta, uyqu, yonbosh yoki son arteriyalari) mavjudligi haqidagi rentgenologik va ultratovush ma'lumotlari.
III bosqich	Nishon a'zolar shikastlanishi belgilari kompleksining mavjudligi: Yurak miokard infarkti stenokardiyasi yurak yetishmovchiligi Bosh miya qon aylanishining vaqtincha buzilishi Insult Gipertonik entsefalopatiya Buyraklar plazma kreatinini darajasi >2mg/dl Buyrak yetishmovchiligi Ko'z tubi ko'ruv nervi so'rg'ichining shishi bilan gemorragiya va ekssudatsiya Tomirlar aortaning qatlamlanuvchi anevrizmasi Arteriyalarning okklyuzion shikastlanishlari

o'tkazishi kerak bo'ladi. Tashxisning maqsadi kasallikning bosqichi va gipertoniya darajasini aniqlash hisoblanadi. Ushbu ma'lumotlar bilan shifokor samarali davolash usulini tanlash imkoniyatiga ega bo'ladi. Kasallikning dastlabki bosqichlari yashirin kechganligi bois, ko'pchilik bemorlar shifokor huzuriga kech tashrif buyurishadi. Kasallikni butunlay davolash juda mushkul hisoblanadi, shuning uchun bemorlar sabr-toqatga ega bo'lishlari kerak, zero kasallik ularga qolgan butun umrlari davomida hamrohlik qilishi mumkin. Shuning uchun kasallikni o'z vaqtida oldini olish, shubhali belgilar paydo bo'lsa shifokor ko'rigidan o'tish zarur.

GK diagnostikasi

Simptomatik arterial gipertenziyalarni ikki bosqichli sxema bo'yicha istisno qilish usuli bilan amalga oshiriladi.

I bosqich majburiy tekshirishlar

— anamnez, shikoyatlar, paypaslash, perkussiya, yurak va magistral tomirlar auskultatsiyasi

— qo'llar va oyoqlardagi AB

— EKG, o'pka va yurak rentgenogrammasi

— ko'z tubi

— buyraklar UTT, EXOGG

— qon: OAK, mochevina, kreatinin, xolesterin, triglitsiridlar, kaliy, natriy, glyukoza

— siydik: umumiy analiz, Zimnitskiy, Nechiporenko sinamallari, sutkalik oqsil, bakteriuriya.

II bosqich ma'lumotlari bo'yicha tekshirishlar

Instrumental tekshirishlar: kalla suyagi va turk egari R —grammasi, EKG va ABni

sutka davomida monitoring qilish, miya tomirlari, yurak, qo'l va oyoqlar reografiyasi, buyraklarni radioizotop tekshirish. Kalla suyagi va qorin bo'shlig'ining kompyuter tomografiyasi, qorin bo'shlig'i aortografiyasi, YaMR —tomografiya.

Anamnez to'plashning o'ziga xos xususiyatlari:

— AG va yurak qon tomir kasalliklarining oilaviy anamnezi

— anamnezda serebrovaskulyar, buyrak kasalliklari, diabet

— anamnezda ABning ko'tarilish holatlari

— dori vositalarini (DV) qabul qilish

— patsient gavdasi massasi, jismoniy faollik, iste'mol qilinadigan tuz, yog'lar va

alkogol miqdori, chekish

— AB ga ta'sir qiluvchi psixosotsial sharoitlar va

atrofdagi sharoit omillari.

Gipertoniya kasalligi klinikasi

Klinik belgilar kasallik bosqichlariga muvofiq rivojlanadi va nishon — organlarning shikastlanishi bilan aniqlanadi:

— MNSning shikastlanishi

Asosiy simptomlar (alamatlar): Ko'pincha uyqudan uyg'ongan paytda va odatda ensa sohasida bosh og'rig'i, bosh aylanishi, «mayda pashshalar»ning ko'z ungida



lip-lip o'tishi, tez toliqish, ko'ngil aynishi, burundan qon oqishi, ko'rish qobiliyatining buzilishi, uzoq davom etadigan AGda paresteziyalar, parezlar va falajlarda namoyon bo'ladigan bosh miya qon aylanishining vaqtincha buzilishi yoki insult ko'z to'r pardasiga qon quyilishi yoki ko'ruv nervi so'rg'ichining shishishi.

—Yurakning shikastlanishi belgilari, ko'pincha yurak ustida, to'sh ortida, ko'krak qafasining chap qismida bo'ladigan uzoq davom etuvchi, zirqirovchi og'riqlar yoki yurak sohasida og'irlikni his qilish, qon bosimi pasaygani sayin asta —sekin susayadi. Aorta devorlarining haddan ziyod taranglashishi, chap qorincha miokardi mexanoretseptorlarining stimulyatsiyasi va ehtimol subendokardial mushak qatlami ishemiyasi og'riqni his qilishga sabab bo'ladi.

Yurak tez urishi, nafas olishning qiyinlashishi, shishlar (yurak yetishmovchiligi).

—Buyraklarning shikastlanishi chanqoqlik. poliuriya nikturiya gematuriya shishlar

—Periferik arteriyalarning shikastlanishi

Qo'l-oyoqlarning sovuq qotishi, almashinuvchi oqsoqlik, shu sababli puls to'liqlinining urishi farqini va kelish vaqtini aniqlash uchun bilak va son arteriyalaridagi pulsni taqqoslash kerak. Gipertoniya kasalligi bo'lgan bemorlar ko'zdan kechirilganda ularning ta'sirchan ekanligi, ko'pincha yuz giperemiyasi, lablar sianozi, akrotsianozi, shishlar (shikastlanishlardan kelib chiqqan holda yurak va buyrak geneziga oid bo'lishi mumkin) qayd etiladi. Ko'krak qafasi ko'zdan kechirilganda yurak uchi turtkisining kuchayganini, uning (chap qorincha gipertrofiyasi hisobiga) chapga va pastga siljiganini aniqlash mumkin. Paypaslaganda yurak uchining turtkisi yoyilgan, kuchaygan, rezistent (qarshilik ko'rsatuvchan) bo'ladi. Auskultatsiya yordamida o'pkaning pastki qismlarida sustlashgan vezikulyar nafasni, mayda qavariqli, nam, jaranglamaydigan xirillashni eshitish mumkin (yuraketishmovchiligi). Yurak eshitib ko'rilganda kasallikning boshlanishida patologik ko'rinishlar qayd etilmaydi, keyinchalik aorta ustida II ton aktsenti aniqlanadi. Yurak uchi ustida I susayish va mitral klapan yetishmovchiligi natijasida sistolik shovqin eshutilishi mumkin. Yurak qisqarishlari soni odatda me'yorida bo'lsada, ham taxikardiya, ham bradikardiya moyillik bo'lishi mumkin. Puls zo'riqqan, tez —tez, qattiq, qon tomir devori qalin. EKGda chap qorincha gipertrofiyasi manzarasi namoyon bo'ladi (baland R tishchalari, ST segmentining pasayishi va salbiy T tishchalar). Gis tutami chap oyoqchasining blokadası vujudga kelishi mumkin. Ko'z tubini tirqishli lampa yordamida tekshirish arteriolalarning torayishi, venalarning kengayishi (Salyus simptomi), ko'ruv nervi

so'rg'ichining shishishi, gemorragiyalar, tur pardada degenerativ o'choqlarni aniqlashga imkon beradi.

Gipertoniya kasalligining asoratlari

- Gipertonik kriz
- Gipertonik ensefalopatiya
- Insult
- Miokard infarkti
- Yurak yetishmovchiligi
- Surunkali buyrak yetishmovchiligi
- Ko'z to'r pardasiga qon quyilishi

Gipertonik krizlar eng ko'p uchraydi — bu tez (bir necha soat davomida) arterial

bosimning qo'shimcha ko'tarilishi. Gipertonik ensefalopatiya holsizlik, uyquchanlik, xotira va diqqatni jamlashning pasayishi, bosh og'riqlari, depressiya, aqliy qobiliyatning pasayishi bilan namoyon bo'ladi. Miya qon aylanishining gemorragik yoki ishemik buzilishi, yuz asimmetriyasi va h.k.

Arterial gipertenziyani davolashning asosiy prinsiplari: Dori — darmonlar bilan va dori-darmonlarsiz davolash o'tqaziladi.

Gipertenziyani davolash yoki oldini olish uchun farmakologik bo'lmagan yondashuvlar quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- tuz iste'molini kamaytirish (kuniga 5 g dan kam)
- ovqat ratsioniga ko'proq meva va sabzavotlar iste'mol qilishni kiritish
- harakat faolligini kuchaytirish (gimnastika, piyoda yurish)
- relaksatsion terapiya, autogen mashqlar, ignali refleksoterapiya, elektrouyqu
- zararli odatlarni (chekish, alkogol, gormonal kontratseptivlar qabul qilishni) bartaraf etish
- to'yingan yog'larga boy oziq-ovqatlarni iste'mol qilishni cheklash dietada trans yog'larini yo'q qilish/kamaytirish

Dori —darmonlar bilan davolash:

- siydik haydovchi preparatlar
- ganglioblokatorlar
- kaltsiy antagonistlari
- vazodilyatatorlar
- angiotenzinga aylantiruvchi ferment ingibitorlari.

Xulosa: Aytib o'tilgan barcha etiologik omillarni inobatga olgan holda aholining katta yoshdagi qatlamiga alohida e'tibor qaratish muhim chora-tadbirlardan biridir. Hozirda yurak-qon tomir kasalliklarining yosharayotgani hech kimga sir emas, bu esa bizdan yanada e'tibor taqozo etadi. Aholi orasida sog'lom turmush-tarzinı yaratish, zararli odatlarni cheklash, tog'ri ovqatlanish ratsionlarini tuzish gipertoniya kasalligiga qarshi kurashda juda muhim hisoblanadi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:

1. Ошепкова Е.В., Лазарева Н.В., Чазова И.Е. Особенности клиники и лечения больных артериальной гипертонией с ожирением (по данным Национального регистра артериальной гипертонии) Терапевтический архив. 2019; №8. Стр. 8-14.
2. Галяви Р.А., Михопарова О.Ю., Фролова Э.Б. Артериальная гипертензия и сахарный диабет. Вестник современной клинической медицины 2014; № 7, стр.78-81.
3. Шестакова В. Оправдано ли изменение целевых значений артериального давления при сахарном диабете? Дискуссионная статья 2017, 28(4), стр.340-345.
4. Artman, M., Benson, D. V., Srivastava, D., Joel B. Shtaynberg, J. B., Nakazava, M. 2005. Yurak-qon tomir rivojlanishi va tug'ma nuqsonlar: molekulyar va genetik mexanizmlar. Blekuell, Malden.
5. Barret, K. E., Bruks, H. L., Barman, S. M., Yuan, J. X.-J. 2019. Ganongning tibbiy fiziologiyaga sharhi. McGraw-Hill, Nyu-York.
6. Халилов Н. Х. и др. Особенности Течения Гипертонических Кризов И Их Осложнений В Условиях Экстренной Медицинской Помощи //CENTRAL ASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES. – 2022. – Т. 3. – №. 1. – С. 44-46.
7. Тогаева Б. и др. COVID-19 YURAK QON TOMIR KASALLIKLARI BOR BEMORLARDA KECHISHI // Журнал кардиореспираторных исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 2. – С. 47-50.
8. Ташкенбаева Э. Н. и др. Связь тяжести хронической сердечной недостаточности от локализации острого инфаркта миокарда //Наука и современное общество: взаимодействие и развитие. – 2018. – Т. 2. – №. 1. – С. 36-38.
9. Хасанжанова Ф. О. и др. Предикторы неблагоприятного прогноза с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST в условиях экстренной медицинской помощи //Материалы IV съезда ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана. – 2018. – Т. 278.
10. Ташкенбаева Э. Н., Мухиддинов А. И., Тогаева Б. М. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА //ТОМ–III. – 2019. – С. 359.
11. Зиганьшина А. В., Изимов Э. Б., Смагул Т. Т. ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ РИСКА //НЕДЕЛЯ НАУКИ-2017. – 2017. – С. 100-101.
12. Togaeva B. et al. OCCURRENCE OF SARS–COV-2 DISEASE (COVID-19) AND IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES //InterConf. – 2021.//ТОМ–III. – 2019. – С. 359.



МИОПИЯ ВА СПОРТ

Abdullaev Sh.R., Rasulova N.R.

Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Тиббиёт ходимларининг касбий малакаси- ни ривожлантириш маркази

Annotatsiya. Ushbu maqola miopik ko'zli sportchilarning ko'ruv a'zolari shikastlanish asoratlari profilaktika qilish va markaziy ko'rish o'tkirligini tiklashga hamda miopiyaning yengil, o'rta va yuqori darajalarida ko'z tubidagi o'zgarishlar aniqlanganda sport bilan vaqtinchalik shug'ullanmaslik, sportchilarni davolashdan so'ng qayta tibbiy ko'rikdan o'tkazish, shikastlanish asoratlari oldini olish, sportchilarni qayta jismoniy faoliyat bilan shug'ullanishga qaytarishga qaratilgan. Maqola yakunida ushu tashxis qo'yilgan sportchilarni kuzatuv olib borish bo'yicha tavsiyalar berilgan.

Kalit so'zlar: Miopiya, shikastlanish, sport, jismoniy faoliyat, profilaktika.

АННОТАЦИЯ.

Данная статья направлена на профилактику травм органов зрения спортсменов с близорукостью глаз и восстановление центральной остроты зрения, а также временное прекращение занятий спортом при выявлении изменений глазного дна при легкой, средней и высокой степени близорукости. повторное обследование спортсменов после лечения, профилактика осложнений травм направлено на возвращение спортсменов к физической активности. В конце статьи даны рекомендации по наблюдению за спортсменами с диагнозом этого заболевания.

Ключевые слова. Миопия, травмы, спорт, физической активность, профилактика.

Summary. This article is aimed at preventing injuries to the visual organs of athletes with myopia and restoring central visual acuity, as well as temporary cessation of sports activities when changes in the fundus of the eye are detected in mild, moderate and high degrees of myopia. re-examination of athletes after treatment, prevention of complications of injuries is aimed at returning athletes to physical activity. At the end of the article, recommendations are given for monitoring athletes diagnosed with this disease.

Key words: Myopia, injuries, sports, physical activity, prevention.

Hozirgi vaqtda raqobatning yuqori darajasi va yirik xalqaro musobaqalarda qatnashish uchun litsenziyalarni qo'lga kiritish uchun yuqori malaka talablari sport jarohatlari sportchilar o'rtasida kasallanish, nogironlik va o'lim ko'rsatkichlari tarkibida etakchi o'rinni egallashga olib keldi

Sport – yaxshi profilaktika va ko'rish funktsiyalarini mustahkamlash va yaxshilash imkoniyatidir. Eng muhimi, jismoniy yuklamalar o'rtacha bo'lishi kerak. Agar kasallikka diagnoz qo'yilgan bo'lsa, sport turini tanlashga yanada mas'uliyat bilan qarash zarur.

Har qanday sport turi shikastlanish xavfini oshiradi. Ko'zlar tananing sirt maydonining 1% dan kamrog'ini egallaydi va sportda ko'z jarohatlari, xayriyatki, juda kam uchraydi. Biroq, ko'zning funktsional ahamiyati va uning to'qimalarining nozikligi tufayli bunday jarohatlar haqli ravishda sport shifokorlarining e'tiborini tortadi va etarli darajada himoya qilishni talab qiladi[12]. Ko'zning shikastlanishi nogironlik va ko'rlik sabablari orasida birinchi o'rinlardan birini egallaydi va shuning uchun ko'z shikastlanishining oldini olish sport tibbiyoti va umuman sog'liqni saqlashning muhim vazifasidir. Ko'z shikastlanishining mexanizmlari va oqibatlarini tushunish uchun ko'zning tuzilishi va funktsiyasi va uning atrofidagi tuzilmalar haqida asosiy tushuncha zarur[9.10]

Agar ko'rish qobiliyati past bo'lsa, yugurish, suzish,

yurish, yoga, gimnastika va velosipedga ustunlik berish yaxshiroqdir. Bunday faoliyat davomida puls keskin ko'tarilmaydi va tanadagi yuklamaga nisbatan past bo'ladi.

Barcha ko'z jarohatlarining taxminan 13% sport bilan bog'liq. Norvegiyalik tadqiqot shuni ko'rsatdiki, ko'z jarohatlari eng ko'p futbol (36%), florbol (17%), koptok bilan xokkey (13%), tennis (11%) va qo'l to'pi (7%) kabi sport turlarida uchraydi. Shotlandiyada futbol o't ko'zlari soni bo'yicha ham yetakchilik qiladi (33%), undan keyin squash (30%), xokkey (10%), tennis (10%) va bagminton (8%)[6]. AQShda basketbol va beysbol ko'z uchun eng xavfli sport turlari, Evropa esa - futbol va raketkadan foydalanadigan sport turlari. Squash, sportchilarni Sankt-Peterburg reanimatsiya bo'limiga borishga majbur qilgan og'ir ko'z jarohatlari orasida etakchi (29%) hisoblanadi. Joao, Porto, AQSh; Ikkinchi o'rinni peytnbol egalladi (21%). Eng ko'p uchraydigan tashxis retinaning shikastlanishi (20%) [11].

Ko'z travmasi – bu ko'z tuzilmalarining mexanik shikastlanishini qamrab oluvchi umumiy atama.

Miopiya – ko'zning refraksiya anomaliyasi bo'lib, bunda yaqindagi narsalar yaxshi, uzoqdagi predmetlar esa xira ko'rinadi.[1] Miopiyaning 3 darajasi bo'lib, yengil daraja- sph(-) 0.25-3.0D, o'rta daraja sph(-)3.0-6.0D, yuqori daraja sph(-)6.0-20D [2]Yolg'on miopiya ya'ni



spazm akkomadatsiada esa ko'z refraksiyasining zo'rayib ketishi natijasida uzoqni ko'rish pasayib, yaqindan ko'rish ko'payadi, kipriksimon tana doira muskullari normadan ortiq qisqarib toliqishi natijasida yuzaga keladi. [6,7] Miopiyasi bor bo'lgan sportchilar shifokor oftalmolog nazoratida bo'lishlari kerak, chunki turli sport bilan shug'ullanish jarayonida sport bilan bog'liq jarohatlar olishlari ehtimoldan holi emas. [3] Miopiya qaysi darajasida bo'lishidan qat'iyl nazar ko'z tubida o'zgarishlar asoratlar mavjud bo'lsa sport bilan shug'ullanish mumkin emas. [4,8] Miopik ko'zli sportchilar kontakt linzalar yoki ko'z oynaklardan foydalangan holda sport bilan shug'ullanishga ruhsat beriladi. [5]

Maqsad: Miopiya aniqlangan sportchilarda ko'ruv a'zolarida turli asoratlir kelib chiqishini oldini olish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Tadqiqot Respublika sport tibbiyoti ilmiy-amaliy markazi poliklinika bo'limida 2020-2021yillar mobaynida chuqurlashtirilgan tibbiy ko'rik natijalariga asoslandi va 2570ta sportchidan 80ta sportchida miopiya aniqlandi, shulardan 50ta erkak 30ta ayol, 20-25yoshlar oralig'ida asosan futbol, suzish va velosport bilan shug'ullanuvchilar ekanligi hisobotlardan hulosa qilindi. Oftalmologik ko'rik -Viziometriya, pnevmotonometriya, refraktometriya, oftalmoskopiya, biomikroskopiya o'tkazildi.

Tadqiqot natijalari. 2020-2021yillar mobaynida chuqurlashtirilgan tibbiy ko'rik natijalariga ko'ra barcha sport turlari ichida futbol, velosport, tennis, suzish sportchilarida boshqa sport turlariga nisbatan miopiya aniqlandi. Ushbu sportchilarning asosan 50% ko'z oynak, kontaktlinzalardan foydalanmaydi, 30 % esa ko'rish o'tkirligini yaxshilash uchun ko'z oynaklardan, 20% kontakt linzalardan foydalanishlari aniqlandi. Shu bilan bir qatorda 50% holatdagi sportchilar orasidan 20%da sph (-)0.75 D, sph(-)1.0 D aniqlanib, to'liq tekshiruvdan o'tkazildi va spazm akkomadatsiya (yolg'on miopiya) tashhisi qo'yildi.

Xulosa: 2570ta sportchilar orasida 80ta sportchida miopiya aniqlandi, shulardan futbol, suzish va velosport bilan shug'ullanuvchilar ekanligi hisobotlardan hulosa qilindi. Asosan miopiyani spazm akkomadatsiya yani yolg'on miopiya turi aniqlandi va ularga ko'z tomchilari (Tropikamid), vitaminoterpiya (AEVIT, chernika va A,E,B guruh vitaminlari,) trenajor ko'z oynaklar, ko'z uchun mashqlar tavsiya etildi va bir oydan so'ng shifokor oftalmolog tomonidan qayta tekshirilib ko'rish o'tkirligi Vis-OU-0.8,0.9,1,0 (80-90-100%) holatga tiklangach sport bilan shug'ullanishga ruhsat etildi, oftalmolog, VKK hulolasiga ko'ra, sportchilarga va komanda shifokoriga tavsiyalar berildi.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati:

1. Медицина. "Допуск к занятиям физической культурой и спортом при заболеваниях органов зрения" Хурай А.Р., 2010 г.
2. "Глазные болезни": Учебник/Под ред. Т.И.Ерошевского, А.А.Бочкаревой. М
3. <https://www.ochkov.net/informaciya/stati/mozhno-li-zanimatsya-sportom-pri-vysokoj-stepeni-blizorukosti.htm>
4. <https://moluch.ru/archive/104/24236/> (дата обращения: 29.03.2021).
6. "Физическое воспитание студентов имеющих заболевания органов зрения" Ю.В.Кадочникова Ж.В. Хорькова. (2017-2018г)
7. Бирин В.П. Зрение – дар бесценный: Советы офтальмолога юному спортсмену. – Минск: Полымя, 2018г.
8. Щетинина С.Ю. Организация занятий физической культурой в специальной медицинской группе: учеб.-метод. пособие. – Хабаровск: Изд-во Тихоокеан. гос. ун-та, 2010. – 92 с.
9. Barr A, Baines PS, Desai P, MacEwen CJ. Ocular sports injuries: the current picture. Br J Sports Med. 2000, vol.34, №6, pp.456-458. [\[Fulltext PDF\]](#)
10. Drolsum L. Eye injuries in sports. Scand J Med Sci Sports. 1999, vol.9, №1, pp.53-56. [\[Fulltext PDF\]](#)
11. Vinger PF. Eyewear: protective, sports. sportsci.org. [\[Fulltext RTF\]](#)



BOLALAR TUG'MA YURAK NUQSONLARI

Sharapov Ilhamberdi Kamalovich

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti. Farg'ona, O'zbekiston

ANNOTATSIYA

Maqolada bolalarda uchraydigan tug'ma yurak bilan bog'liq kasalliklar, yurak va yirik qon tomirlar kasalligi, bolalarda qon oqimi o'zgarishlari natijasida yurak yetishmovchiligiga olib kelishi hamda kelib chiqishi bo'yicha nevrologik tug'ma nuqsonlar haqida so'z boradi. Bu kasalliklar suyak-mushak tizimi nuqsonlaridan keyingi o'rinda turadi. Bolalarda tug'ma yurak nuqsonlari oqibatida, bolalarning erta hayotdan uzulishiga sabab bo'ladigan kasalliklar safida qayd etilmoqda. Bundan tashqari tug'ma yurak nuqsonlarining asosiy sabablaridan hisoblangan qarindoshlik asosida qurilgan nikohning ta'siri oqibatida nuqsonli bolalar tug'ilishidagi omillardan biri ekanligini ta'kidlash joiz.

Kalit so'zlar: yurak, ochiq atrioventrikulyar kanal (AVC), gipotrofiya, nuqsonlar, sianoqli yurak, qon-tomir tizimi, nasl, patogeneza, perkussiyasi.

Bolalar organizimining muhim a'zosi yurak mushaklardan tashkil topgan ichki nasosi bo'lib, u doimo bir xilda qisqarishi tufayli qonni qon aylanish sistemasi bo'ylab tanamizga haydab beradi. Yurak to'rt kameradan iborat. Bular o'ng va chap bo'lmacha hamda o'ng va chap qorincha. Qon to'rtta yurak klapanlari tufayli bo'lmachalardan qorinchalarga, so'ngra asosiy arteriyalarga ketma-ket oqadi. Klapanlar ochiladi va yopiladi, bu qonning faqat bir yo'nalishda oqishini ta'minlaydi. Shuning uchun yurakning to'g'ri va ishonchli ishlashi ko'p jihatdan klapanlar ishlashiga bog'liq. Yurak tug'ma nuqsonlari bu yurak va qon-tomirlar rivojlanish nuqsoni bo'lib, u qonni teshiklar orqali o'tishi va qonni chiqishiga to'sqinlik mavjudligi yoki shuntlanish va qon o'tishiga to'sqinlik mavjudligining birgalikda kelishi. Yurak tug'ma nuqsonlari yurak-qon tomir tizimining juda keng tarqalgan patologiyasidir. Bugungi kunda respublikamizda bir yilda 9 mingga yaqin bolada tug'ma yurak nuqsoni aniqlanmoqda va bunday nuqsonli bolalarni operatsiya qilishga markazlarimiz yetarli emas. Yurak tug'ma nuqsonlari bola tug'ilgandan keyin darhol paydo bo'lishi yoki yashirin bo'lishi mumkin. Tug'ma yurak nuqsonlari har mingta tug'ilish uchun 6-8 holat chastotasi bilan yuzaga keladi, ulardan 30-40 foiziga o'z vaqtida yordam ko'rsatilmasa, 3 yoshga to'lgunicha nobud bo'ladi.

Tug'ma yurak nuqsonlari barcha nuqsonlarning 30% ni tashkil qiladi. Ular yangi tug'ilgan chaqaloqlar va hayotining birinchi yilidagi bolalar o'limi bo'yicha birinchi o'rinda turadi. Respublikamizda yiliga 600 ming nafarga yaqin chaqaloq tug'lsa, shulardan 5 ming nafarga yaqin chaqaloq tug'ma yurak nuqsoni bilan tug'iladi. Ularning 60 foizi 1 yoshgacha bo'lgan holatda jarrohlik amaliyotiga muhtoj hisoblanadi. Bu esa uning jiddiy muammo ekanligini ko'rsatadi. Etiologiya, Yurak tug'ma nuqsonlari ko'p hollarda poligen multifaktorial nasldan o'tuvchi kasallik hisoblanadi. Bu kasallik rivojlanishiga moyillik tug'diruvchi omillarga quyidagilar kiradi:

-embrional rivojlanish davrida kimyoviy va radiatsion moddalar ta'siri;

-havo, suv va yerning ifloslanishi, dori moddalar.

Xavf omillari:

-onaning yoshi, toksikoz va homiladorlikning

birinchi trimestrining yaxshi o'tmasligi;

-onaning virusli kasalliklar bilan kasallanishi, yaqin qarindoshlarda tug'ma nuqsonli bolalarning mavjudligi.

Oilada TYN bo'lgan bolani tug'ilish xavfini faqat genetik mutaxassis aniqlay oladi, ammo har bir shifokor dastlabki prognozni berishi va ota-onalarni tibbiy va biologik konsultatsiyaga yuborishi mumkin. Nasldan o'tuvchi tug'ma yurak nuqsonlarida keying farzand sog'lom tug'ilish ehtimoli 97%. Patogeneza, Yuqorida sanab o'tilgan omillar, rivojlanishning muhim daqiqalarida homilaga ta'sir qiladi, yurak tuzilmalarining shakllanishini buzadi, uning doirasidagi displastik o'zgarishlarni keltirib chiqaradi. Bo'lmacha va qorinchalar o'rtasidagi teshiklarning to'liq bo'lmagan, noto'g'ri yoki o'z vaqtida yopilmasligi, klapanlarning noto'g'ri shakllanishi, applastik qorinchalarning shakllanishi va asosiy tomirlarning noto'g'ri joylashishi bilan kechadi. Homilaning gemodinamikasi odatda buzilmaydi va bola yaxshi rivojlangan tug'iladi. Kompensatsiya tug'ilgandan keyin ham bir muncha vaqt davom etishi mumkin. Bunday holda, TYN faqat bir necha hafta yoki oydan keyin, ba'zan esa hayotning ikkinchi yoki uchinchi yilida paydo bo'ladi. TYN bir qator kompensatsion buzilishlarni keltirib chiqaradi, bu esa bolaning butun tanasini qayta tiklashga majbur qiladi, ammo patologiyaning uzoq muddatli mavjudligi bilan kompensatsiya jarayonlari organlar va tizimlarda aniq halokatli o'zgarishlarga olib keladi. Kompensatsion jarayonlarni uch fazaga ajratish mumkin:

1) birlamchi moslashish. Tug'ilgandan so'ng, bolaning tanasi TYN sabab bo'lgan

gemodinamik buzilishlarga moslashadi. Kompensatsiya imkoniyatlarining yetarli emasligi bolaning erta yoshda beqaror ahvoli ba'zida kasallikning og'ir kechishiga va hatto o'limga olib keladi;

2) nisbiy kompensatsiya. U hayotning 2-3-yillarida paydo bo'ladi va bir necha yil davom etishi mumkin. Yurakning turli qismlari miokardning gipertrofiyasi va giperfunktsiyasi tufayli bolaning holati va uning rivojlanishi yaxshilanadi;

3) terminal (qaytib bo'lmaydigan). Bu asta-sekin rivojlanayotgan miokard distrofiyasi, kardioskleroz va koronar qon oqimining pasayishi bilan bog'liq.



TYN bilan og'rikan bemorning tanasida qon aylanish doiralari holatiga qarab, quyidagi patologik o'zgarishlar rivojlanadi:

- o'pkada qon oqimining kuchayishi (arteriovenoz shunt bilan rangpar yurak nuqsonlari mavjud bo'lganda);

- o'pka qon aylanishining gipervolemiyasi va gipertenziyasi;

- o'pkada qon oqimining susayishi (veno-arterial shunt bilan ko'k turdagi yurak nuqsonlari mavjudligida)

- venoz qonning kislorod bilan to'yinganligi doimiy gipoksemiya va sianozga olib

keladi;

- surunkali chap qorincha yetishmovchiligi rivojlanadi, ko'pincha miya va koronar qon aylanishi buziladi.

Tug'ma yurak nuqsonlari bilan dunyoga kelgan bolalarda o'ziga xos belgilar

kuzatiladi. Ya'ni ularning yuragida shovqinlar paydo bo'lishi mumkin, terida ko'karishlar, rangparlik, kamqonlik, harakatdagi sustkashliklar bezovta qiladi. Bemor bolalar tengdoshlariga nisbatan jisman rivojlanishdan orqada qolishi, shuningdek, organizm himoya kuchlari susayib, yuqumli va boshqa kasalliklarga ko'proq chalinishlari mumkin. Sianozli yurak tug'ma nuqsonlarida teri va shilliq qavatlarining ko'karishi kuzatiladi. Ko'karish kichik zo'riqishdan so'ng: sut emganda, yig'laganda kuchayadi. Oq yurak tug'ma nuqsonlarida terida oqarishlar, qo'l va oyoqlarda haroratning pasayishi kuzatiladi. Yurak tug'ma nuqsonli bolalar ko'krakni inkor qilishadi, sut emish davomida charchab qoladi. Ularda terlash, taxikardiya, aritmiya, nafas qisishi, bo'yin qon tomirlari pulsatsiyasi kuzatiladi. Surunkali qon aylanish buzilishida bola vazn qo'shish, bo'y o'sishi va rivojlanish belgilaridan ortda qoladi. Tug'ma yurak nuqsonlarida tug'ilgandan keyin yurak shovqinlari eshitiladi. Keyinchalik esa yurak yetishmovchiligi kuzatiladi. Yurak tug'ma nuqsonlari bakterial endokardit, politsitemiya, periferik tomirlar trombozi, bosh miya tomirlari tromboemboliyasi, pnevmoniya, stenokardiya sindromi, miokard infarkti kabi asoratlarga olib kelishi mumkin.

Hozirgi kunda tashxislash zamonaviy tibbiyot bosqichida ushbu patologiyaning tashxisi antenatal bo'lishi kerak. Garchi hayotning birinchi kunlarida ko'plab nuqsonlar jarrohlik yo'li bilan tubdan davolansa va ba'zilar umuman jarrohlik aralashuvni talab qilmasa ham, bolaning yurak transplantatsiyasigacha hayotini saqlab qolish uchun bir qator operatsiyalarni o'tkazishi mumkin bo'lgan bir qator holatlar mavjud. Homiladorlikning 14-haftasidan boshlab har bir ayol homilaning ultratovush tekshiruvidan o'tishi kerak. Ushbu usulning axborot mazmuni tadqiqotni amalga oshiruvchi shifokorning malakasiga bog'liq. Bola tug'ilgandan so'ng, agar u jismoniy rivojlanishdan orqada bo'lsa, harakat va ovqatlanish paytida nafas qisilishi, terining rangparligi (aorta nuqsonlari) yoki terida sianotik o'zgarishlar kuzatilsa, og'ir akrosianoz (o'pka arteriyasi stenozi,

tetralogiya) bo'lsa, TYNga shubha qilish kerak. Yurak sohasini perkussiyasida yurakning kattalashishi yoki konfiguratsiyasining o'zgarishi aniqlanadi. Auskultatsiya paytida ohanglarning bo'linishi, aorta yoki o'pka arteriyasida II tonning kuchayganiga e'tibor qaratiladi. Ko'k turdagi yurak nuqsonlari uchun qon tahlillarida PaO₂ ning pasayishi va PaCO₂ ning ortishi, eritrotsitlar, gematokrit va gemoglobin kontsentratsiyasining ortishi aniqlanadi. EKGda yurak chap qorincha gipertrofiyasi aniqlanadi. Ko'krak qafasi rentgenogrammasida o'pka qon aylanishining gipervolemiyasi bilan tug'ma yurak nuqsonlari ko'rsatiladi. Bundan tashqari, ayrim tug'ma yurak nuqsonlari ikki o'lchovli rangli doppler yordamida ikki o'lchovli ekokardiyografiya yordamida osongina aniqlanadi, bu uning diagnostikasi uchun «oltin standart» hisoblanadi. Davolash, TYN ni jarrohlik bilan davolash usullarini bir necha guruhlariga bo'lish mumkin.

I. Radikal tuzatish (yurak va gemodinamikaning anatomiyasini to'liq tiklash).

II. Palliativ operatsiyalar (yurak anatomiyasini to'liq tiklamasdan, gemodinamikada

biroz yaxshilanishsiz).

III. Gemodinamik tuzatish (yurak anatomiyasini to'liq tiklamasdan, qon aylanishining katta va kichik doiralari qon oqimini ajratmasdan).

Qon aylanish yetishmovchiligi, gipotrofiya, qaytalanuvchi zotiljam 6 oylikkacha bo'lgan bolalarda operativ davo o'tkazish uchun ko'rsatma bo'la oladi. Hozirgi kunda respublikamizda Sog'liqni Saqlash Vazirligi buyrug'iga asosan 2015-yil 1-maydan boshlab ToshPTI poliklinikasida 30 o'rinni bolalar kardiojarrohlik markazi faoliyat ko'rsatmoqda. Markaz bir yoshdagi bolalar va 18 yoshgacha bo'lgan barcha tug'ma yurak nuqsonlari bo'lgan bemorlarga yuqori sifatli ixtisoslashtirilgan kardiojarrohlik yordamini ko'rsatishga mo'ljallangan yagona markazdir. Bundan tashqari, quyidagi tug'ma yurak kasalliklari bilan og'rikan bemorlarni yuqori malakali ixtisoslashgan jarroh yordamida davolash ko'paytirildi:

- qorincha septal nuqsoni (VSD)

- nuqsonli kameralararo to'siq (BATN)

- ochiq arterial koridor (OAY)

- fallot tetralogiyasi (TF)

- aorta koarktozi (AC)

- o'pka venoz drenajining to'liq va qisman anomaliya

- katta tomirlarning transpozitsiyasi

- o'pka arteriyasining stenozi

- ochiq atrioventrikulyar kanal (AVC) va boshqa turdagi nuqsonlar;

Xulosa o'rnida shuni takidlash mumkinki, bugungi kunda tug'ma yurak nuqsonlarini davolash, oldini olishga qaratilgan tadbirlar mavjud bo'lib, bu sog'lom turmush tarziga rioya qilish va kasallikni belgilariga qarab davolashdan iborat. Yurak nuqsonlari bilan kasallangan ayollarga farzand ko'rish hamma vaqt ham tavsiya etilavermaydi, chunki homiladorlik davrida qorinda rivojlanayotgan bolaning kislorodga



bo'lgan talabchanligi oshadi, bu esa yurak faoliyatini yanada qiyinlashtiradi. Har qanday yurak qopqoqlari nuqsonlarida homiladorlikni sakkizinchi haftagacha albatta to'xtatish talab etiladi. Sog'lom farzand ko'rish uchun avvalo ayollarning o'zlari sog'lom bo'lishlari, spirtli ichimlik ichish va tamaki chekishdan voz kechib, qandli diabet kabi og'ir xastaliklardan saqlanishlari, yaqin qarindoshlik nikohlariga yo'l qo'ymaslik, xomiladorlikning dastlabki uch oyida esa virusli infeksiyalarga chalinmasliklari lozim. Yurak nuqsonlari rivojlanishining oldini olishda revmatizm, ateroskleroz,

zahm kabi kasalliklarga qarshi kurashish, shuningdek burun-og'iz bo'shliqlarini sog'lomlashtirish, surunkali tonzillit va kasallangan tishlarni davolash ham muhim ahamiyatga ega. Yurak qopqoqlari (klapanlari) va ularning yo'llaridagi to'qimalarda salbiy o'zgarishlar paydo bo'lganda, yurakda qon aylanishi buzilishiga yo'l qo'ymaslik muhim. Bemorni infeksiyalardan, ayniqsa revmatizm qaytalanishidan asrash, burun-tomoq yo'llaridagi, og'iz bo'shlig'idagi infeksiya o'choqlarini aniqlab, o'z vaqtida davolash tadbirlarini o'tkazish muhim hisoblanadi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:

1. Артериальная гипертензия у взрослых : клинические рекомендации / Общероссийская общественная организация «Российское кардиологическое общество». 2020.
2. Mahfoud F., Kandzari D. E, Kario K., et al. Long-term efficacy and safety of renal denervation in the presence of antihypertensive drugs (SPYRAL HTN-ON MED): a randomised, sham-controlled trial // The Lancet. 2022. Vol. 399(10333). P. 1401–1410. doi:10.1016/S0140-6736(22)00455-X
3. Iqbal A. M., Jamal S. F. Essential Hypertension / StatPearls. 2022.
4. Hegde S., Ahmed I., Aeddula N. R. Secondary Hypertension / StatPearls. 2022.
5. Barret, K. E., Bruks, H. L., Barman, S. M., Yuan, J. X.-J. 2019. Ganongning tibbiy fiziologiyaga sharhi. McGraw-Hill, Nyu-York.
6. Халилов Н. Х. и др. Особенности Течения Гипертонических Кризов И Их Осложнений В Условиях Экстренной Медицинской Помощи //CENTRAL ASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES. – 2022. – Т. 3. – №. 1. – С. 44-46.
7. Kizer JR, Arnett DK, Bella JN, Paranicas M, Rao DC, Province MA, et al. Differences in left ventricular structure between black and white hypertensive adults. Hypertension. (2004)
8. Sharp A, Tapp R, Francis DP, Thom SA, Hughes AD, Stanton AV, et al. Ethnicity and left ventricular diastolic function in hypertension: an ASCOT (anglo-scandinavian cardiac outcomes trial) substudy. J Am Coll Cardiol. (2008)
9. Lawson CA, Zaccardi F, Squire I, Okhai H, Davies M, Huang W, et al. Risk factors for heart failure. Circ Heart Fail. (2020)
10. Messerli FH, Rimoldi SF, Bangalore S. The transition from hypertension to heart failure: contemporary update. JACC Heart Fail.
11. Roumie CL, Hung AM, Russell GB, Basile J, Kreider KE, Nord J, et al. Blood pressure control and the association with diabetes incidence: results from the SPRINT randomized trial. Hypertension. (2020)
12. Saliba LJ, Maffett S. Hypertensive heart disease and obesity: a review. Heart Fail Clin. (2019)



ПРИЧИНЫ И ОСЛОЖНЕНИЯ РЕТИНОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Холматова Якутхан Ньматиллаевна

Ферганский медицинский институт общественного здравоохранения, Фергана, Узбекистан.

АННОТАЦИЯ

Диабетическая ретинопатия - это заболевание глаз, которое может привести к потере зрения и слепоте у людей, страдающих сахарным диабетом. Оно поражает кровеносные сосуды сетчатки (светочувствительный слой ткани задней части глаза). Ранние стадии диабетической ретинопатии обычно не имеют никаких симптомов. Некоторые люди замечают изменения в своем зрении, например, проблемы с чтением или видением удаленных объектов. Эти изменения могут возникать и исчезать. Если у вас диабет, важно проходить комплексное обследование расширенных зрачков не реже одного раза в год. Диабетическая ретинопатия поначалу может не иметь никаких симптомов, но при обнаружении ее раннее выявление может помочь вам принять меры для защиты вашего зрения.

Ключевые слова: диабетическая ретинопатия, фоновая ретинопатия, препролиферативная ретинопатия, пролиферативная ретинопатия, диабетический макулярный отек (ДМЭ), неоваскулярная глаукома, отслойка сетчатки, лазерное лечение, глазные инфекции, глазная хирургия, холестерин, уровень сахара в крови.

Диабетическая ретинопатия - это осложнение сахарного диабета, вызванное высоким уровнем сахара в крови, повреждающим сетчатку глаза. Это может привести к слепоте, что является серьезной патологией в офтальмологии. Однако обычно требуется несколько лет, чтобы диабетическая ретинопатия достигла стадии, когда она может угрожать зрению. Чтобы свести к минимуму риск данной патологии, люди с сахарным диабетом должны следить за тем, чтобы они контролировали уровень сахара в крови, кровяное давление и уровень холестерина, посещать осмотры глаз при диабете. Скрининг предлагается всем людям с сахарным диабетом в возрасте от 12 лет и старше для выявления и лечения ретинопатии на ранней стадии.

Известно, что сетчатка — это светочувствительный слой клеток в задней части глаза, которая преобразует свет в электрические сигналы. Сигналы отправляются в мозг, который преобразует их в изображения, которые видит человек. Сетчатка нуждается в постоянном притоке крови, которую она получает через сеть микрокапилляров. Со временем устойчиво высокий уровень сахара в крови может привести к повреждению этих кровеносных сосудов на 3 основных стадиях. Первая стадия - фоновая ретинопатия — в кровеносных сосудах развиваются мелкие выпуклости, которые могут слегка кровоточить, но обычно не влияют на зрение. Вторая стадия - препролиферативная ретинопатия — более серьезные и распространенные изменения поражают кровеносные сосуды, включая более значительное кровоизлияние в глаз. Третья стадия пролиферативная ретинопатия — на сетчатке развиваются рубцовая ткань и новые кровеносные сосуды, которые являются слабыми и легко кровоточат и это может привести к значительной потере зрения.

Если проблема со зрением обнаружена на ранней стадии, изменение образа жизни и лечение могут предотвратить ее усугубление. Больной с сахарным диабетом 1 или 2 типа потенциально подвержен риску развития диабетической ретинопатии. Контролируя уровень сахара в крови, кровяное давление и уровень холестерина в крови, можно снизить риск развития диабетической ретинопатии. Диабетическая ретинопатия, как правило, не вызывает никаких симптомов на ранних стадиях. Это заболевание может привести к необратимой слепоте, если его своевременно не диагностировать и не лечить. Скрининг может выявить проблемы до того, как они начнут влиять на зрение. Если проблемы выявлены на ранней стадии, лечение может помочь предотвратить или уменьшить потерю зрения. Скрининг-тест включает в себя осмотр задней поверхности глаз и фотографирование. Риск развития диабетической ретинопатии или помощь в предотвращении ее усугубления проводится путем контроля уровня сахара в крови, кровяного давления и холестерина. Так же больные с сахарным диабетом должны поддерживать здоровый вес, придерживаться здоровой, сбалансированной диеты, регулярно заниматься спортом и бросить курить.

Кроме того, диабетическая ретинопатия может привести и к другим серьезным заболеваниям глаз таким как, диабетический макулярный отек, разрастанию аномальных кровеносных сосудов, неоваскулярной глаукоме. Со временем примерно у 1 из 15 человек с сахарным диабетом развивается диабетический макулярный отек. Данная патология возникает, когда кровеносные сосуды сетчатки пропускают жидкость в макулу. Это приводит к размытому зрению. Также диабетическая ретинопатия может привести к разрастанию



аномальных кровеносных сосудов из сетчатки и блокированию оттока жидкости из глаза. Это вызывает не васкулярную глаукому и отслоению сетчатки. Диабетическая ретинопатия может привести к образованию рубцов в задней части глаза. Когда шрамы оттягивают сетчатку от задней части глаза, происходит траекционная отслойка сетчатки. Лечение диабетической ретинопатии необходимо только в том случае, если скрининг выявляет серьезные проблемы, которые означают, что зрение находится под угрозой. Если состояние не достигло этой стадии, рекомендуется воспользоваться приведенными выше советами по лечению диабета. Основными методами лечения более поздней стадии диабетической ретинопатии являются: лазерное лечение, инъекции лекарств в глаза, операция по удалению крови или рубцовой ткани из глаз. Диабетическая ретинопатия развивается поэтапно с течением времени. Если после обследования глаз на диабет диагностирована диабетическая ретинопатия, изменение образа жизни и лечение могут снизить вероятность прогрессирования проблемы. Ниже описаны основные стадии диабетической ретинопатии. Первая стадия - фоновая ретинопатия. Это означает, что в кровеносных сосудах в задней части глаза появились мелкие выпуклости (микроаневризмы), из которых может вытекать небольшое количество крови. Диабетическая ретинопатия обычно требует специального лечения только тогда, когда она достигает поздней стадии и существует риск для зрения. Обычно его предлагают, если при диабетическом скрининге глаз выявляется ретинопатия 3 стадии (пролиферативная) или если есть симптомы, вызванные диабетической макулопатией. На всех стадиях решающее значение имеет контроль диабета.

Наиболее важной частью лечения является поддержание контроля над диабетом. На ранних стадиях диабетической ретинопатии контроль над диабетом может помочь предотвратить развитие проблем со зрением. На более поздних стадиях, когда зрение нарушено или находится под угрозой, поддержание диабета под контролем может помочь остановить ухудшение состояния. Основными методами лечения диабетической ретинопатии на поздней стадии, диабетической ретинопатии, которая угрожает зрению или влияет на него, являются лазерная терапия, глазные инъекции, стероидные глазные имплантаты, хирургическое лечение. Лазерное лечение применяется для предотвращения роста новых кровеносных сосудов в задней части глаза в случаях пролиферативной диабетической ретинопатии и стабилизировать некоторые случаи макулопатии. Глазные инъекции проводятся для лечения тяжелой макулопатии, угрожающей зрению. Стероидные глазные имплантаты проводятся для лечения тяжелой макулопатии, если глазные инъекции

не подходят или не помогли. Хирургическое лечение проводится для удаления крови или рубцовой ткани из глаз, если лазерное лечение невозможно из-за слишком развитой ретинопатии. Лазерное лечение используется для лечения новых кровеносных сосудов в задней части глаза на поздних стадиях диабетической ретинопатии. Это делается потому, что новые кровеносные сосуды, как правило, очень слабы и часто вызывают кровотечение в глаз. Лечение может помочь стабилизировать изменения в глазах, вызванные диабетом, и остановить ухудшение зрения, хотя обычно оно не улучшает зрение. Глазные инъекции: в некоторых случаях диабетической макулопатии инъекции препарата под названием анти-VEGF могут быть сделаны прямо в глаза, чтобы предотвратить образование новых кровеносных сосудов в задней части глаза. Основными используемыми лекарствами являются ранибизумаб (Луцентис) и афлиберцепт (Эйлеа). Это может помочь предотвратить ухудшение проблем с глазами, а также может привести к улучшению зрения. Очень тонкая игла осторожно вводится в глазное яблоко и делается инъекция. Вначале инъекции обычно делаются один раз в месяц. Как только зрение начнет стабилизироваться, их прекратят или будут давать реже. Иногда вместо инъекций анти-VEGF можно делать инъекции стероидных препаратов, или если инъекции анти-VEGF не помогают используются стероидные имплантаты. Если нет возможности сделать инъекции анти-VEGF или они помогли, можно предложить глазной имплантат, называемый интравитреальным имплантатом, содержащий стероидное лекарство под названием дексаметазон. Этот имплантат, который вводится в глаз с помощью специального аппликатора. Имплантат медленно высвобождает дексаметазон в течение нескольких месяцев. Это уменьшит отек глаз и поможет улучшить зрение. Имплантат со временем растворяется, поэтому его не нужно удалять.

Хирургическое лечение проводится по удалению части стекловидного тела из глаза. Это прозрачное желеобразное вещество, которое заполняет пространство за хрусталиком глаза. Операция, известная как витреоретинальная хирургия, может потребоваться, если в глазу скопилось большое количество крови, имеется обширная рубцовая ткань, которая может вызвать или уже вызвала отслойку сетчатки. Витреоретинальная хирургия обычно проводится под местной анестезией и седативными препаратами.

Для профилактики или улучшения качества жизни после проведенных процедур больные должны поддерживать здоровый образ жизни. Внесение нескольких изменений в образ жизни может улучшить общее состояние здоровья и снизить риск развития ретинопатии. К ним относятся сбалансированная диета – в частности, сокращение



потребление соли, жиров и сахара, если у больного избыточный вес – следует стремиться к индексу масса тела 18,5-24,9. При этом используются весы и калькулятор, чтобы рассчитать регулярно индекса массы тела. Необходимо выполнять не менее 150 минут упражнений умеренной интенсивности, таких как ходьба пешком или езда на велосипеде, в неделю, хорошим способом достичь этой цели может быть выполнение 10 000 шагов в день, не иметь вредных привычек таких как курение и алкоголизм. Больному назначаются лекарства, помогающие контролировать уровень сахара в крови (например, инсулин или метформин), кровяное давление (например, ингибиторы АПФ) и уровень холестерина (например, стати-

ны).

Закключение: раннее выявление ретинопатии увеличивает шансы на эффективность лечения и предотвращение ее усугубления. Также следует немедленно обратиться к лечащему врачу или специалисту по лечению диабета, если у больного возникнут какие-либо проблемы с глазами или зрением, такие как: постепенное ухудшение зрения, внезапная потеря зрения, очертания, плавающие в поле зрения (плавающие пятна), затуманенное зрение, боль или покраснение глаз, трудности со зрением в темноте. Эти симптомы не обязательно означают, что у больного диабетическая ретинопатия, но всё же важно немедленно пройти обследование.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Diabetic Retinopathy Study Research Group. Preliminary report on effects of photocoagulation therapy. *Am J Ophthalmol* 1976;81:383–96
2. Егоров Е.А., Басинский С.Н. Заболевания роговой оболочки //Клинические лекции по офтальмологии. Уч.пос. М. 2007. С. 118-147.
3. Г.В. Ситник. Лечение язвенных кератитов: учебно-методическое пособие. Белорусская медицинская академия последипломного образования, кафедра офтальмологии, 2010. – 37с.
4. Майчук Д.Ю. Заболевания глазной поверхности, индуцированные контактными линзами // Новое в офтальмологии. 2012.-N 3.-С.49-53.
5. Noorjahan Panjwani. Pathogenesis of Acanthamoeba Keratitis// *The Ocular Surface*. V. 8. N 2. P. 70-79.
6. E. Pearlman, S. Leal, A. Tarabishy, Y. Sun, L. Szczotka-Flynn, Y. Imamura, P. Mukherjee, J. Chandra, M. Momany, S. Hastings-Cowden, M. Ghannoum. Pathogenesis of Fungal Keratitis// *Encyclopedia of the Eye*. 2010. P. 268-272.
7. Майчук Д.Ю., Кишкин Ю.И., Майчук Н.В., Чилингарян Л.Б. Хирургическое лечение акантамебного кератита методом фототерапевтической кератозктомии. Анализ проблемы и клинический случай // *Офтальмохирургия*. 2010.-N 6.-С.51-54.
8. A.M. Rowe, A.J. St. Leger, S. Jeon, D.K. Dhaliwal, J.E. Knickelbein, R.L. Hendricks. Herpes keratitis// *Progress in Retinal and Eye Research*. V. 32. P. 88-101.
9. Чернакова Г.М., Аржиматова Г.Ш., Клещева Е.А., Семенова Т.Б. Герпес-вирусы в офтальмологии //Вестник офтальмологии. 2014.-N 4.-С.127-131.
10. Sharma A., Nottage J.M., Mirchia K. Хронический отек роговицы после кросс-линкинга, проведенного по поводу кератоконуса // Новое в офтальмологии. 2013.-N 3.-С.8-9.

PATHOMORPHOLOGICAL CHANGES OF NASAL MUCOSA UNDER THE INFLUENCE OF PESTICIDES

Yuldasheva Mohigul Turdaliyevna, Abdulazizova Shakhzoda Akram qizi,
Nishanov Yusib Nishanovich

Ph.D., head of histology and biology department of Fergana Medical Institute of Public Health
Doctoral program student of Morphology direction of Fergana Medical Institute of Public Health
DSc, head of Anatomy and microanatomy department of Central Asian Medical University

ANNOTATION

This study, conducted at the Department of Histology and Biology of the Fergana Medical Institute of Public Health, employed histopathological and immunohistochemical methods to investigate the effects of Nurinol-D pesticide intoxication on the nasal cavity of rabbits. Experimental animals, numbering 31 with a mass of 1.9-2.4 kg, were subjected to pesticide inhalation for one month. The results revealed significant clinical signs of poisoning, including profuse lacrimation, rhinorrhea, sialorrhea, hyperactivity, and other symptoms, with 16% mortality observed on days 18, 20, 21, 24, and 27 of the experiment. Histological examination identified hypertrophy of the ciliated epithelium, an increase in goblet cells, thickening of the mucosal and submucosal layers, infiltration of inflammatory cells, and hyperplasia of glands. These changes indicate the development of inflammatory and allergic reactions in the nasal cavity during acute pesticide intoxication.

Key words: nasal cavity, pesticide, histological studies, hypertrophy of ciliated epithelium, hyperplasia of goblet cells.

ANNOTATSIYA

Farg'ona Jamoat Salomatligi Tibbiyot Instituti Gistologiya va Biologiya kafedrasida o'tkazilgan ushbu tadqiqotda Nurinol-D pestitsididan foydalangan holda eksperimental hayvonlarda burun shilliq qavatining patomorfologik o'zgarishlarini o'rganildi. Buning uchun gistopatologik va immunogistokimyoviy usullar qo'llanilgan. Massasi 1,9-2,4 kg bo'lgan 31 ta eksperimental hayvonlar ya'ni quyonlar bir oy davomida pestitsidlarni aerosol intoksikatsiyaga ostida bo'lishdi. Natijalar zaharlanishning muhim klinik belgilarini, shu jumladan ko'p lakrimatsiya, rinoreya, sialoreya, giperaktivlik va boshqa alomatlarni aniqladi, 16% o'lim tajribaning 18, 20, 21, 24 va 27 kunlarida kuzatildi. Gistologik tekshiruvda kirpikli epiteliyning gipertrofiyasi, qadahsimon hujayralarining ko'payishi, shilliq va shilliq osti qatlamlarning qalinlashishi, yallig'lanish hujayralarining infiltratsiyasi va bezlarning giperplaziyasi aniqlandi. Ushbu o'zgarishlar o'tkir pestitsid intoksikatsiyasi paytida burun bo'shlig'ida yallig'lanish va allergik reaksiyalarning rivojlanishini ko'rsatadi.

Kalit so'zlar: burun bo'shlig'i, pestitsid, gistologik tadqiqotlar, kirpikli epiteliyning gipertrofiyasi, qadahsimon hujayralarining giperplaziyasi.

АННОТАЦИЯ

Исследование, проведенное на кафедре гистологии и биологии Ферганского Медицинского института Общественного здоровья, использовало гистопатологические и иммуногистохимические методы для изучения последствий интоксикации пестицидом Nurinol-D на носовую полость кроликов. Экспериментальные животные, в количестве 31, массой 1,9-2,4 кг, подвергались ингаляционной интоксикации пестицидом в течение месяца. Результаты показали обильное слезотечение, ринорею, птолизм, гиперактивность и другие клинические признаки отравления у животных, включая летальные случаи на 18, 20, 21, 24 и 27 день эксперимента, что составило 16% от общего числа. Гистологическое исследование выявило гипертрофию мерцательного эпителия, увеличение бокаловидных клеток, утолщение слизистой и подслизистой оболочек, а также инфильтрацию клетками воспаления и гиперфункцию желез. Эти изменения указывают на развитие воспалительных и аллергических реакций в носовой полости при острой интоксикации пестицидами.

Ключевые слова: носовая полость, пестицид, гистологические исследования, гипертрофия мерцательного эпителия, гиперплазия бокаловидных клеток.

Введение. Нос - это орган дыхания и обоняния у человека и многих других животных. Он расположен на лицевой части головы и выполняет несколько функций: 1. Дыхание: Нос служит основным путем для вдоха и выдоха воздуха. Преддверием служат ноздри, через которые воздух поступает в носовую полость. 2. Обоняние: Нос содержит обонятельные рецепторы, которые помогают ощущать запахи. Это позволяет человеку различать ароматы и определять

качество и состав окружающей среды [3].

3. Фильтрация и увлажнение вдыхаемого воздуха: Воздух, проходящий через носовую полость, очищается от пыли, микробов и других химических веществ благодаря слизистой оболочке реснитчатых эпителиоцитов, которые находятся в носу. Также нос увлажняет вдыхаемый воздух, предотвращая пересушивание слизистой оболочки. 4. Речь: Нос играет роль в формировании звуков речи. Он является частью ре-

зонаторной системы, которая создает звучание при произношении различных звуков. 5. Защита: Носовые секреты содержат антимикробные компоненты, которые помогают защитить организм от инфекций и болезней. Таким образом, нос выполняет не только функции дыхания, но и имеет важное значение для обоняния, фильтрации воздуха и защиты организма [6].

Несмотря на выполняемую защитную функцию слизистая оболочка носовой полости ежедневно подвергается различным ксенобиотикам, включающие пестициды. Некоторые пестициды могут вызывать раздражение слизистой оболочки носа, аллергические реакции, риносинуситы, риниты и другие заболевания носа и придаточных пазух, особенно у людей, часто подверженных контакту с этими химическими веществами, таких как фермеры или работники промышленных предприятий [5].

Кроме этого, С.С. Салиходжаевым отмечается, что при длительной интоксикации малыми дозами пестицидов наступает гипосмия с нарушением периферического и центральных отделов обонятельного анализатора [1].

При независимом исследовании доказано возникновение обонятельной дисфункцией сопровождающейся неизлечимой аносмией при остром и высококонцентрированном применении пестицидов [4] preceded by nasal transient irritation and short lasting phantosmia and torquosmia, upon re-entrance into a room treated with a pyrethrin-based insecticide. The concentration of the insecticide in the room is unknown, but relatively high levels are predicted basing upon the modality of exposure and by the irritation symptoms in the subject. Despite corticosteroids therapy, anosmia has persisted unmodified for more than three years; according to, and based on evidence in the literature on olfactory disturbance prognosis, anosmia in this patient is likely to be permanent. The significance of this case report is related to the current wide use of insecticides containing pyrethrin and pyrethroids and highlights the need for more adequate attention to lowering airborne concentrations of pyrethrins and pyrethroids prior to re-entering the treated rooms. In particular, in a closed space sprayed with pyrethrins and pyrethroids insecticide, any irritant symptoms and/or dysosmia should be immediately considered relevant warning signs, and must be avoided.», container-title»: «International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health», DOI»: «10.2478/S13382-012-0060-4», ISSN»: «1896-494X», issue»: «4», journalAbbreviation»: «Int J Occup Med Environ Health», language»: «eng», note»: «PMID: 23212290», page»: «506-512», source»: «PubMed», title»: «Anosmia after exposure to a pyrethrin-based insecticide: a case report», title-short»: «Anosmia after exposure to a pyrethrin-based insecticide», volume»: «25», author»: { «family»: «Gobba», given»: «Fabriziomaria» }, { «family»

», «Abbacchini», given»: «Carlotta» }, issued»: { «date-parts»: [[«2012», 9]] }, schema»: «https://github.com/citation-style-language/schema/raw/master/csl-citation.json» } .

Несмотря на достижения современной патоморфологической медицины, некоторые вопросы такие как изменения в морфологии капиллярной сети слизистой оболочки носа приводящие к гиперплазии [2]; изменения в гистологической структуре железистых элементов слизистой оболочки носа при воздействии пестицидов, следствием которого служит снижение степени секреторно и защитной функции носа являются актуальными.

Цель исследования: изучить патоморфологические изменения слизистой оболочки носа экспериментальных животных при воздействии пестицидов.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на кафедре гистологии и биологии Ферганского Медицинского института Общественного здоровья. Использованы гистопатологические и иммуногистохимические методы исследования. Вскрытие животных проводилось согласно директиве Европейского парламента и Европейского союза 2010/63ЕС о защите животных используемых для научных целей.

Материалом гистологического исследования служили кусочки иссеченных слизистых оболочек носа, экспериментальных животных т.е кроликов самцов массой 1,9-2,4 кг (n = 31). Кролики содержались в клетках размером 60x40x35 . Животные ежедневно в течение одного месяца подвергались острой ингаляторной интоксикацией по средством пестицида Nurinol-D, содержащий хлорпирифос и циперметрин. Nurinol-D разбавляли охлажденной кипяченной водой в соотношении 1:50 и производилось пульверизация смеси 2 раза в день.

После месяца эксперимента животные подверглись эфтаназии и были получены кусочки слизистой оболочки носа размером 1 фиксировали в 10 % нейтральном растворе формалина и помещали для гистологического исследования. После фиксации и промывания кусочков их пропускали через спирты возрастающей концентрации от до и затем уплотняли объект парафином. В последующем, при помощи микротомы получены гистологические срезы размером 7-8 мкм. Далее, после депарафинизации срезы были окрашены такими красителями как Гематоксиллин-Эозин, Ван-Гинзона и ЩИК-реакцией. Следующим этапом было исследование гистологических препаратов использовали световой микроскоп МТ 5300L с цифровой камерой при увеличении от ×100 до ×400 в соответствии с рекомендациями для морфометрических исследований.

Результаты собственного исследования. В течение применения Nurinol-D отмечалось обильное слезотечение, ринорея, пtiализм, гиперактивность и учащение дыхания и чихательного рефлекса 3-4 раза

у экспериментальных животных. Следует отметить, что из 31 кролика 5 из них погибли на 18, 20, 21, 24 и 27 день эксперимента в результате острой дыхательной недостаточности и отека легких, летальность которого составило 16%.

Ринарий - это часть носа, которая находится впереди и включает ноздри и фильтр у кроликов. У кроликов ноздри являются передними отверстиями носовых полостей и представляют собой две наклонные щели, направленные вверх. У кроликов внутренние углы ноздрей выглядят как почечные выросты кожи; носовой подушечек, который медиально вогнутый и латерально выпуклый. При исследовании выявлено обильное выделение вязкой прозрачной слизи и ноздрей.

У кролика в носу находятся следующие хрящевые структуры: срединный носовой перегородчатый хрящ, правый и левый боковой носовой перегородча-

тый хрящ, парасептальный хрящ, дорсолатеральный и вентролатеральный носовые хрящи.

У кролика медиальная носовая перегородка имеет прямоугольную форму, она присоединена сзади к носовой кости, простирается от хрящевого конца носовой кости в направлении к перпендикулярной части решетчатой кости, и присоединяется спереди к сошнику, который представляет собой костную часть носовой перегородки. Эта срединная носовая перегородка формируется из трех слоев: двух внешних мембранных (слизистой, подслизистой) с хрящевым слоем между ними. Патоморфологически выявлено отечность слизистой, гиперемия и расширение мелких кровеносных сосудов слизистой и подслизистой оболочек. Кроме этого отмечается гипертрофия мерцательного эпителия, местами встречается отслоение эпителиальных пластов слизистой и оболочки (Рис 1 и 2).

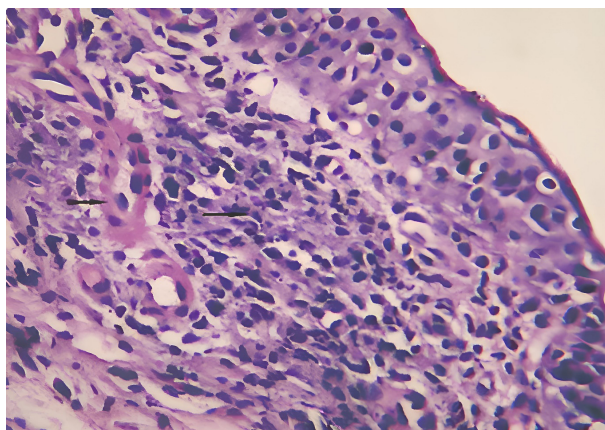


Рисунок 1. Морфоструктурные изменения слизистой оболочки носа при применении пестицидов. В поперечном срезе преддверия носовой полости отмечается утолщение, отечность слизистой и подслизистой оболочек, вазодилатация, железистая гиперплазия подслизистого слоя с инфильтрацией гранулярными лейкоцитами (стрелки). Окрашено гематоксилином и эозином увеличение x160.

У большинства наблюдается увеличение количество бокаловидных клеток, утолщение подслизистого слоя обильно насыщенного мигрирующими клетками таких как эозинофилия, базофилы, нейтрофилы, макрофаги, плазматические клетки и тучные клетки (инфильтрация подслизистой оболочки) (Рис.1 и 2).

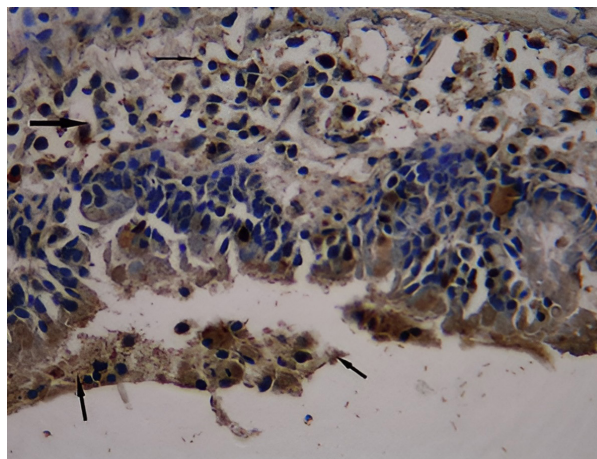


Рисунок 2. Морфоструктурные изменения слизистой оболочки носа при применении пестицидов. Попе-



речный срез слизистой и подслизистой оболочки с признаками гипертрофии. Выраженное отслоение эпителиального пласта слизистой оболочки (стрелки). Иммуногистохимический анализ на эотоксин х160.

Кроме этого, следует отметить гиперплазию сосудов и подслизистых желез носовой полости, что является также причиной обильного выделения слизи.

Таким образом, при остром отравлении пестицидами слизистая и подслизистая оболочки носовой полости отмечается гипертрофия мерцательного эпителия, увеличение бокаловидных клеток, утолщение слизистой и подслизистой оболочек с образованием инфильтрации мигрирующими клетками, расширение мелких сосудов и гиперфункцией желез с воспалительных реакций и аллергических процессов слизистой и подслизистой оболочек носовой полости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Салиходжаев С. С., Ферштат В. Н. СОСТОЯНИЕ ОБОНЯТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ХЛОР- И ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИХ ПЕСТИЦИДОВ // Гигиена и санитария. 1972. № 9. С. 97–98.
2. Юлдашева М. Т., Абдулазизова Ш. Структурные изменения слизистой оболочки бронхов при воздействии инсектицидов 2021.
3. Юлдашева М. Т., Шаланкова О. Е. ВОЗДЕЙСТВИЕ ПЕСТИЦИДОВ НА КОЛИЧЕСТВО РЕСНИЧЕК В РЕСПИРАТОРНОМ ЭПИТЕЛИИ // MODERN PROBLEMS IN EDUCATION AND THEIR SCIENTIFIC SOLUTIONS. 2023. № 7 (7). С. 45–48.
4. Gobba F., Abbacchini C. Anosmia after exposure to a pyrethrin-based insecticide: a case report // International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health. 2012. № 4 (25). С. 506–512.
5. Krajewska-Wojtys A. Local Allergic Rhinitis in Adult Patients with Chronic Nasal Symptoms // International Archives of Allergy and Immunology. 2017. № 3 (173). С. 165–170.
6. Ragab S. A. Comparative Morphological and Histochemical Characteristics of the Nasal Cavity and Paranasal Sinuses of Adult Rabbits and Domestic Cats in Egypt 2018.



O'TKIR RESPIRATOR VIRUSLI INFEKSIYALARNI HARBIY XIZMATCHILAR ORASIDA KECHISH XUSUSIYATLARI

Azimov Abduvohid Vahabjanovich, Xolmatov O'ktam Toshpulatovich
Karimov Zuxriddin Abdusattorovich

Kirish: O'tkir respirator virusli infeksiyalar (O'RVI) harbiy xizmatchilar orasida uchraydigan asosiy kasalliklardan hisoblanadi. Bu yuqumli kasallik bilan jami kasallanganlarning 70-75% tashkil qiladi. Kasallik ko'p hollarda bir nechta virusli va bakterial infeksiyalarning qo'shilib kelish holatlari kuzatiladi. Kasallikning kechishi esa qo'zg'atuvchining patogenlik darajasi, qo'zg'atuvchining organizmga kirgan miqdori va kasallangan organizmning tug'ma hamda ortirilgan immunitet javob reaksiyasiga bog'liq bo'ladi. O'RVI lar etiologiyasini aniqlash va davolash ishlarini erta boshlash uchun uning diagnostikasini erta bosqichda boshlashdan iborat.

Maqsad: O'tkir respirator virusli infeksiya bilan kasallanganlarda kasallikni miks holatda kechishi aniqlash va etilogik davolashni yo'lga qo'yish.

Material: Bizga murojaat qilib kelgan 39 nafar muddatli harbiy xizmatchini tahlil qildik. Tahlilga qatnashganlarda kasallik simptomlari boshlangani 1-3 kun bo'lgan va ular gospital yuqumli kasalliklar bo'limida stasionar yotqizilganlar. Bemorlarda kasallik qo'zg'atuvchilarini aniqlash maqsadida tomoq va burun shilliq qavatidan surtma olinib PSR tekshiruvdan

o'tkazildi. Tekshiruvdan o'tganlarning 46,2% da O'RVI qo'zg'atuvchini aniqlanmadi.

Natija: Tekshirilgan bemorlarning 6-nafarda kasallik miks holatda ya'ne ikki va undan ortiq infeksiyani birga kechish holati kuzatilib kasallik o'rta og'ir holatda kechgan. Bu bemorlarning PSR tahlilida 5,1% human Rhinovirus va human Parainfluenzavirus, 5,1% human Rhinovirus, human Parainfluenzavirus va human metapnevnavirus, hamda 5,1% human Rhinovirus, human Parainfluenzavirus va human Respiratory Syncytal viruslari aniqlangan. 15-nafarda kasallik engil holatda engil holatda o'tib bularning 15,4% human Rhinovirus, 7,8% human coronavirus, 7,8% human Parainfluenzavirus 2/4, 2,5% human Respiratory Syncytal virus, 2,5% human Metapnevnavirus va 2,5% human Parainfluenzavirus 1/3 turi aniqlangan.

Xulosa: Kuzatuvda bo'lgan bemorlar kasallik simptomlari, klinik kechishi va asoratlari ko'rilganda miks-infeksiya aniqlanganlarda O'RVI o'rta og'ir holatda kechishi ko'rildi. Harbiy xizmatchilar orasida O'RVI erta aniqlash va kasallanganlarni samarali davolashni tashkil etish uchun O'RI bilan yotqizilgan bemorlarning barchasini PSR diagnostikasi o'tkazish talab etiladi.

ADABIYOTLAR:

В. В. Никифоров, Н. В. Орлова, В. В. Ломайчиков. Острые респираторные вирусные инфекции в пандемию COVID-19 в практике врача поликлиники. Медицинский алфавит г. 2021 №11. DOI: 10.33667/2078-5631-2021-11-29-33.

Umarova Dilshoda Qodiraliyevna, Sulaymonova Xosiyat Hamidjonovna. O'tkir respirator kasalliklar. World Scientific Research Journal, 22(2), 81–84. Retrieved from <http://wsrjournal.com/index.php/wsrj/article/view/2955>.

Морозова С.В., Ракунова Е.Б., Сивохин Д.А., Литвинова Е.П. Особенности терапии острых воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей, сопровождающихся кашлем. Медицинский совет. 2022;16(8):34–39. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-8-34-39>.

O'tkir respirator kasalliklar - Vikipediya (wikipedia.org).



СОЦИАЛИЗАЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА

Алимова Ирода Анваровна, Рузибоев Мухаммад Нишанбаевич., Анварова Зилола
Косимжон кизи, Абдуллаев Сардор Солижонович.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья.

Ферганский региональный филиал республиканского центра
социальной адаптации детей.

Целью исследования является организация ранней комплексной медико-реабилитационной, психолого-педагогической и социальной помощи детям с синдромом Дауна, в информационно консалтинговой службе Ферганского филиала РЦСАД. Организация службы психологической и методологической поддержки родителям для дальнейшей социальной адаптации детей синдромом Дауна.

Ключевые слова: Синдромом Дауна, комплексная ранняя реабилитация, социальная адаптация, психологическая, педагогическая помощь.

Olib borilgan izlanishdan maqsad, Daun sindromli bolalarga RBIMM Farg'ona mintaqaviy filiali axborot konsalting xizmati tomonidan tibbiy-reabilitatsiya, pedagogik-psixologik kompleks xizmatini barvaqt tashkil etish, bolalarning ijtimoiy moslashuvi uchun ota-onalarga psixologik va uslubiy yordam ko'rsatishni tashkil etish.

Kalit so'zlar: Daun sindromli bolalar, kompleks erta aralashuvi, reabilitatsiya, ijtimoiy moslashuvi, psixologik, pedagogik yordam.

The aim of the study is to organize and improve early comprehensive medical and rehabilitation, psychological and pedagogical, social assistance for children with Down Syndrome in the information and consulting service of the RCSA. Organization of parents for further social adaptation of children with Down syndrome.

Key word: Down syndrome, comprehensive early rehabilitation, social adaptation, psychological assistance.

Материал и методы: Специалистами Ферганского филиала РЦСАД совместно с ассистентами кафедры педиатрии Ферганского медицинского института общественного здоровья с 2020 по 2023 гг. были исследованы и оказаны социальные, медико-реабилитационные (лечебная физкультура, массаж, водные процедуры в бассейне, иппотерапия), психолого-педагогические (занятия в кабинетах по методике Монтессори, сенсорном кабинете, песочной, АРТ терапии, сказкотерапии) услуги в командном составе в общем количестве 2155 детям, из них с диагнозом Синдром Дауна 75 детей. До 1-7 лет 58 детей, с 8 до 14 лет 17 детей, получивших курсы комплексной медико-реабилитационной, психолого-педагогической помощи за период с 2020-2023 гг.

Результаты и их обсуждение: из 58 детей с диагнозом Синдром Дауна до 7 лет, получивших курсы комплексной медико-педагогической реабилитации за период с 2020-2022 гг., явные положительные психофизические изменения (я/и) в динамике наблюдалось у 72% детей, относительное улучшение (о/у) – 21% и у 7,0% детей изменений не отмечалось (б/и). Из 17 детей от восьми до восемнадцати лет, получивших курсы комплексной медико-реабилитационной и психолого-педагогической помощи явные положительные психофизические изменения (я/и) в динамике наблюдалось у 38,0 %, относительное улучшение (о/и) - 42,0% и у 20,0% детей изменений не отмечалось (б/и).

Методом функционального и сравнительного анализа, анкетирования, экспертных опросов были исследованы все родители, дети которых находились

на реабилитации с диагнозом синдром Дауна. У родителей, при исследовании, с начала курса реабилитации, по опросу частоты стрессовых ситуаций, сразу после рождения ребёнка с Синдромом Дауна по предварительному диагнозу отмечалось до 98% случаев. Неосведомлённость по причинам возникновения и прогнозу заболевания у родителей детей до 1 года 60%, до трёх лет и старше 30%, частичная или полная осведомлённость по причинам возникновения и прогнозу данного заболевания было 20% родителей.

Синдром Дауна – самая распространённая генетическая причина интеллектуальных нарушений – развивается из-за лишней хромосомы в 21- паре. Частота синдрома Дауна в мире по ВОЗ, 2017 года, примерно один случай на 1000 родов. В Узбекистане по неофициальным данным каждый год рождается 2000 детей с синдромом Дауна.

Люди с Синдромом Дауна отстают в психофизическом развитии, больше подвержены риску развития некоторых заболеваний и состояний, таких как врождённые пороки сердца, желудочно-кишечные аномалии, аутоиммунные заболевания, частые респираторные инфекции, нарушения сна, потеря слуха, зрения. Согласно современной статистике при своевременной помощи большинство детей могут вести здоровый образ жизни.

Эффективность реабилитации детей с особыми потребностями является актуальной социальной проблемой. Создаются все необходимые условия, обеспечивающие достойную жизнь, способствующие уверенности в себе и облегчающие активное участие в жизни общества детей с особыми потребностями. В



соответствии со статьей 65 Конституции Республики Узбекистан «материнство и детство охраняются государством».

Одним из первых международных документов, к которым присоединился Узбекистан, была Конвенция ООН «О правах ребенка», ратифицированная парламентом страны в 1992 году. Указом Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 года № УП—60 «О Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022—2026 годы» определены задачи по совершенствованию системы оказания высокотехнологичной медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста, беременным и детям, оснащению перинатальных центров необходимой медицинской техникой и оборудованием, их укомплектованию квалифицированными кадрами.

Социальная политика, осуществляемая на протяжении последних лет, создала возможность охраны материнства и детства на системной основе, в результате достигнуто снижение материнской и младенческой смертности. Министерство Здравоохранения,

Министерство образования сотрудничают с негосударственными некоммерческими организациями, над разрешением комплекса проблем детей со специфическими нуждами, развития инклюзивного образования в целях интегрирования их в общество.

Но даже несмотря на это вероятность остаться вне общественной жизни для детей с инвалидностью остается значительно высокой. Много детей с инвалидностью интегрированы в общество, активно участвуют в его жизни, вносят вклад, по своим возможностям, во все сферы жизни, но есть дети которые сталкиваются с проблемами изоляции и негативного отношения, непонимания со стороны общества и даже своих родителей. Тем самым ограничивая возможности его развития.

На сегодняшний день сотрудники специализированных образовательных учреждений, преподаватели и родители могут использовать методические программы местных и иностранных ученых, которые помогают детям, отстающим в развитии которые сосредоточены на умениях и способностях, а также на типах и последовательности задач для них. Однако если возраст детей и синдром одинаковы, то задачи, над которыми они работают, бывают различны. Например, понятие сделать упражнение для одного ребенка пройденный этап, но для другого ребенка это может быть задачей, которую он еще не достиг. Поэтому в работе с особенными детьми необходимо подготовить индивидуальную программу в соответствии с уровнем умственного развития ребенка.

Чтобы организовать адекватную защиту и поддержку детей с ограниченными возможностями обеспечить их качественным медицинским обслуживанием, лечением и реабилитацией, образованием и, каждый специалист, педагог, социальный работник работающий в команде вместе с родителями должны знать основы закономерностей развития ребенка в

условиях патологии.

Без правильной психологической поддержки и предоставления методических рекомендаций родителям, чтобы достичь каких-то результатов, будет нелегко, которые бы облегчили их страдания, но нередко это происходит путем нарушения отношений, как с больным ребенком, так и с остальными членами семьи. Родителям потребуется дополнительные знания, психологических качеств для того, чтобы помогать ребенку преодолевать его проблемы.

Это значит, что ребенку нужно, чтобы его любили и относились к нему, как к здоровому, воспринимая его таким, каков он есть, независимо от его проблем подобное отношение, способствующее установлению взаимного контакта между ребенком и остальными членами семьи, позволит ему развивать свои личностные качества в наиболее благоприятной среде. Не имеет значения, что в будущем он не станет физически полноценным, но сумеет без особых конфликтов и разногласий войти в мир, стать добрым, отзывчивым и полезным для окружающих, что, собственно, и делает человека человеком. Как здоровый, так и больной от рождения ребенок, став взрослым, гораздо легче сможет достигнуть своего благополучия и сыграть положительную роль в жизни общества, если растет в радостной, дружной и сплоченной семье. Даже учеба легче дается тому ребенку, который в раннем детстве чувствовал себя в семье спокойно и уверенно.

Механизмы создания, развития и обеспечения комплексной медико-реабилитационной, психолого-педагогической и социальной защиты детей с синдромом Дауна включает в себя раннюю диагностику психофизических нарушений у детей и предупреждение развития вторичных физиологических и психологических проблем. Организация и развитие индивидуальной, всесторонней медико-реабилитационной, педагогической и психологической помощи. Активное включение в процесс реабилитации ребенка с особыми потребностями системы здравоохранения, образования и других структур, а также их родителей и близких окружающих людей.

Информационная консалтинговая служба Ферганского филиала Республиканского центра социальной адаптации детей, при которой находится медико-психологическая, педагогическая комиссия (МППК), и где применяются методики медико-реабилитационной и психолого-педагогической диагностики и психофизического развития детей функционирует с 2013 года. Ведется командный комплексный подход и дальнейшее сопровождение детей, в состав которого входят: врачи педиатры, детский невропатолог, психоневролог, ортопед-травматолог, дефектологи-специальные педагоги, психологи, инструктора ЛФК, массажисты и социальные работники. В ИКС проводятся консультирование детей, ЛФК, водные процедуры в бассейне, массаж, групповые и индивидуальные занятия психологов и дефектологов, ко-



мандное обсуждение дальнейших индивидуальных планов и мероприятий по реабилитации ребёнка и оказание информационной, психологической, методической помощи родителям.

По результатам анкетирования было выявлено, что первое потрясение, которое получали, узнав о врожденной болезни ребенка было у 83% родителей, у 17% родителей во многом смягчено информацией, предоставляемой врачом в этот трудный для семьи период в осторожной и доступной или неполной форме. Семьи в начале имели неполную информацию о психофизическом развитии ребёнка, в процессе роста замечая, что у ребёнка имеются отклонения в физическом и психическом развитии. В последующем, у всех родителей, трудности неуклонно возрастали. Если родители испытывают потребность в большей помощи, чем та, что им предоставляется врачом, они должны были войти в контакт с какой-нибудь медицинской организацией, которая могла бы предложить им помощь на соответствующем профессиональном уровне, но эта помощь оказывалась не в полном объёме.

После посещения филиала и обучения методам реабилитации, почти 90% родителей были подготовлены к медико-психологической и педагогической реабилитации своих детей.

После медико-психологической и информационной помощи специалистами филиала частота стрессовых ситуаций снизилась до 25%, осведомленность по причинам возникновения и прогнозу данного заболевания увеличилась до 85%.

Специалистами Ферганского филиала РЦСАД с 2020 по 2023 гг. были исследованы и оказаны медико-реабилитационные (лечебная физкультура, массаж, водные процедуры в бассейне, иппотерапия), психолого-педагогические (занятия в кабинетах по методике монтессори, сенсорном кабинете, песочной, АРТ терапии, сказкотерапии) услуги в командном составе.

Педиатр проводит первичный приём, оценивает физическое и психическое состояние здоровья ребёнка. Участвует в междисциплинарном обсуждении,

даёт рекомендации о лечении, дальнейшего ведения и оздоровления ребёнка. Инструктор ЛФК, массажист проводят упражнения на укрепление и расслабление мышц, растягивания и специальные положения, проводят обучающие семинары родителей по физической реабилитации. Дефектолог индивидуально и в групповых занятиях формирует познавательную деятельность, навыки предметно-игровых действий, развивает общую и мелкую моторику, консультирует по вопросам формирования навыков самообслуживания, слуховое восприятие, речевое дыхание, обогащает импрессивный словарь, развивает речь. Психолог осуществляет коррекцию психического и эмоционально-личностного развития, консультирует по вопросам воспитания ребёнка в семье, помогает и родителям по преодолению трудностей при воспитании особого ребёнка. Невропатолог оказывает консультационную помощь родителям, информирует специалистов о вопросах заболеваемости ребёнка и с учётом этого вносит коррективы в организацию работы с ним. Инструктора лечебной физкультуры и массажа, занимаются с детьми для улучшения двигательной активности.

Специалисты совместно с ассистентами кафедры педиатрии ФМИОЗ разработали индивидуальную программу реабилитации для детей с синдромом Дауна. В которой, регулярно в неделю по пять дней, в течении 4х недель проводили реабилитационные процедуры и психолого-педагогические занятия с детьми и обучающие семинары с мамами, в год 3-4 курса, предполагающих развитие когнитивных, социально-личностных, коммуникативных и других аспектов личности в соответствии с его психофизическими возможностями и потребностями.

С этой целью применяются различные средства и методики реабилитации ЛФК, массаж, занятия в бассейне, гидрокинезотерапия (плавание, гимнастика, игры в воде), занятия на тренажерах. Проводили занятия и обучали родителей методикам таким как, АРТ терапия (музыка, сказка терапия, песочная терапия), методика Монтессори, Гленна Домана (методика стимуляции умственных процессов), флор тайм,

Примерный индивидуальная программа и график посещения детей ИКС

№	Понедельник	Время	Вторник	Время
1	Психолог Максуда	9.00-9.35	Дефектолог Дилфуза	9.00-9.35
2	Песочная терапия Нилуфар	9.45-10.20	ЛФК Гулсара	9.45-10.20
3	Бассейн Машхура	10.25-11.10	АРТ терапия Озода	10.25-11.10
4	Массаж Рахимахон	11.10-12.45	Родительский клуб. Гулноза	11.10-12.45



работа в сенсорной комнате, иппотерапия и другие.

Основные принципы методики: регулярность, систематичность, непрерывность, индивидуализация, тяжести заболевания, учёт возраста и психики, строгое индивидуальное увеличение психофизических нагрузок.

Конечная цель, то есть максимальная независимость ребенка с особыми образовательными потребностями от старших, складывается, таким образом, из уверенности, основанной на нежном, душевном и вдохновляющем внимании родителей и постепенном достижении самореализации, благодаря собственным усилиям и старанию. В родительском клубе родители всех детей с инвалидностью и дети были активно вовлечены в мероприятия и праздники, организованные Родительским клубом.

У родителей после занятий и семинаров в «Родительском клубе» до начала курса частота стрессовых ситуаций по уходу за ребёнком отмечалась до 98% случаев. После психологической и информационной помощи специалистами филиала частота стрессовых ситуаций снизилась до 25%.

По статистическим данным видно, что, дети родителей, обратившихся в раннем возрасте, имеют в динамике наибольший положительный явный результат, чем детей, обратившихся после семи лет и данная служба, оказалась востребована. К сожалению статистика, показывает, что иногда родители детей, в силу различных причин обращаются к нам после 7 лет, это говорит о том, что, упускается драгоценное время медико-педагогической реабилитации и адаптации в чем нуждаются в этот период дети и их семьи.

Специалисты филиала справляются с задачей организации медико-психологической, педагогической помощи детям ранее признанные как необучаемые. Чтобы эти дети смогли посещать общеобразовательные дошкольные учреждения. После посещения информационно консалтинговой службы филиала по рекомендации медико-психологической, педагогической комиссии (МППК) более 30 детей с особыми потребностями пошли в общеобразовательные учреждения.

Комплексные реабилитационные мероприятия лечебной физкультурой, массаж, занятия в бассейне совмещаются с занятиями психолога и дефектолога. Разработаны более тридцати методических пособий, рекомендаций для специалистов, педагогов, студентов вузов, воспитателей и родителей с целью повышения их компетентности по уходу и развитию детей имеющие особые потребности и инвалидность.

Успешное включение детей в общеобразовательную среду зависит от раннего выявления его состояния здоровья. Опыт работы специалистов филиала показывает, что раннее начало целенаправленной реабилитационной, коррекционно-педагогической

работы, определения оптимального содержания, методов обучения и воспитания в зависимости от резервных возможностей и индивидуальных особенностей ребенка, своевременного включения родителей в коррекционно-педагогический процесс даёт положительные результаты в изменении динамики. Всё это возможно только при обеспечении единства требований к специалистам: медикам, дефектологам, психологам и учителям к воспитанию и обучению ребенка, выбора правильных форм взаимодействия специалистов, участвующих в комплексной реабилитации ребенка с нарушениями в развитии.

В данное время остроте этой проблемы уделяется особенно много внимания со стороны государства. Если раньше работа с детьми осуществлялась в специальных интернатах изолированно от общества, то сейчас совместно с международными детскими фондами, негосударственными некоммерческими организациями, Министерством Здравоохранения, Министерством образования сотрудничают над решением комплекса проблем детей со специфическими нуждами, развития инклюзивного образования в целях интегрирования их в общество.

Развитие и совершенствование медико-реабилитационной, педагогической, психологической службы для детей с синдромом Дауна психологическая и информационная помощь родителям о заболевании, прогноза и организации помощи в домашних условиях, комплексная помощь реабилитационных мероприятий в составе: врача педиатра, детского невропатолога, психолога, спец педагога-дефектолога, инструктора ЛФК и массажа даёт возможность снизить риск возникновения вторичных патологий у детей, способствует установлению взаимного контакта между ребенком, родителями и остальными членами семьи, позволит быстрее выздороветь, адаптации, улучшению состояния ребёнка, позволит развивать личностные качества в наиболее благоприятной среде и становится полноправным членом общества.

ВЫВОД

1. Дальнейшее совершенствование механизмов оказания медицинской, реабилитационной, психологической, педагогической и социальной помощи детям с синдромом Дауна;
2. Обеспечить адекватный уровень индивидуального развития личности, усвоение подрастающим поколением накопленного социального опыта, с последующей возможностью его использования на практике.
3. Активное включение в процесс развития ребенка с особыми потребностями системы здравоохранения, образования и других структур, а также их родителей и родных.
4. Формирование позитивного общественного мнения по отношению к людям с особыми потребностями;

ЛИТЕРАТУРА:

1. «Healt Supervision for Children with Down Syndrome». Amrican Academi of Pediatrik (M.J.Bull, G.T.Capone, W.C.Cocley et al.) [https:// pediatrics.aapublications.org/content/128/2/393.full](https://pediatrics.aapublications.org/content/128/2/393.full)
2. «Clinical Report—Health Supervision for Children With Down Syndrome». Amrican Academi of Pediatrik Marilyn J. Bull, 393-402
3. Конституция Республики Узбекистан, принятая 8 декабря 1992 года, Действующая Конституция Республики Узбекистан, отредактированная 7 апреля 2017 года [1,2]. Глава IX. Статья 41, Глава X. статья 45.
4. “Бола ҳуқуқларининг кафолатлари тўғрисида”ги Узбекистан Республикаси Қонуни Тошкент-2009 йил. <https://lex.uz/docs/1564779>
5. Закон Республики Узбекистан “Об образовании”, 23 сентября 2020 года. <https://www.gazeta.uz>.
6. Закон Республики Узбекистан “О правах лиц с инвалидностью”, Принят Законодательной палатой 22 июля 2020 года, одобрен Сенатом 11 сентября 2020 года. ЗРУ – 641, от 15.10.2020 года.
7. Умарбекова Ю.А., Базарова А.А., Латипова Н.М., Хусанова Д.Г., Муминова Л.Р. «Алоҳида эҳтиёжга эга болаларга мажмуавий хизматалар кўрсатилишида мутахассислар ва ота-оналарнинг ҳамкорлиги». Ташкент 2016. 18-21с.
8. Муминова Л.Р., Чичерина Я.Е., Нуркелдиева Д.А., Назарова Э.Н. и др. Диагностика психофизического развития детей первых трёх лет жизни. Методическое пособие. Ташкент РЦСАД 2010. 34-36с.
9. П. Л. Жиянова. «Социальная адаптация детей раннего возраста с синдромом Дауна». Методическое пособие.
10. Министерство Высшего и среднего специального образования РУз. РЦСАД. UNICEF. Курсы переподготовки по социальной работе с детьми и семьями для практиков системы социальной защиты детей РУз. 2009.
11. Бакк Анн, Грюневальд К. Забота и уход. Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства, 2001. 121-123с.
12. Ярская-Смирнова Е.Р., Наберушкина Э.К. Ногиронлар билан ижтимоий иш. - М.:2004. 12-13.
13. Сорокин В.М. Характер длительных эмоциональных переживаний родителей, воспитывающих детей с инвалидностью. /Социальное и душевное здоровье ребёнка и семьи. М., 1998
14. «Анализ социальной защищённости детей с особыми потребностями в Республике Узбекистан» РЦСАД, UNICEF, издательство «ФАН», 2007 год.
15. «Состояние и перспективы взаимодействия ННО с государственными структурами в реализации защиты прав детей» Материалы круглого стола. Ташкент 2013 РЦСАД. 8--9
16. <http://nashidet.narod.ru> «Серия реабилитационных и развивающих методик для детей с задержками развития».
17. Муминова Л.Р. ва бошқалар., «Ривожланишда камчилиги бўлган болалар билан олиб бориладиган коррекцион-ривожлантирувчи технологиялар» Мажмуавий монография. «Matrix», 2020
18. Юртайкин В.В., Комарова О.Г. Семья и ребенок с особыми нуждами // Школа здоровья. 1996. - №1. - с.17 – 25
19. Глобальный фонд синдрома Дауна info@globaldownsyndrome.org 3239 E. 2nd Avenue, Денвер, Колорадо 80206
20. П. Л. Жиянова. «Социальная адаптация детей раннего возраста с синдромом Дауна».



ПНЕВМОНИИ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

Болтабоева Дилрабо Имомалиевна

Ферганский медицинский институт общественного здравоохранения,
Фергана, Узбекистан

АННОТАЦИЯ

Своевременная диагностика и адекватная терапия пневмоний являются одной из актуальных проблем клинической медицины.

Приводимые рекомендации и ориентиры не могут быть универсальными и исчерпывающими, поскольку клинические ситуации гораздо многообразнее и каждая из них требует индивидуального подхода при принятии решения. Изучение и практическое вмешательство с индивидуальным подходом является более эффективным методом лечения.

Ключевые слова: инфекция, пневмония, лечение, диагностика, причины, воспаление, альвеола, поражение.

Пневмония – острое инфекционно-воспалительное заболевание легких, при котором в процесс вовлекаются все структурные элементы легочной ткани. Пневмония до появления антибиотиков было одним из самых грозных заболеваний. Смертность от пневмонии в конце XIX века достигала рекордных 83%. Данное определение подчеркивает инфекционный характер воспалительного процесса, исключая из группы пневмоний легочные воспаления другого происхождения (иммунные, токсические, аллергические, эозинофильные и др.), для которых во избежание терминологической путаницы целесообразно использовать термин «пневмония», обозначая традиционно пневмонией лишь инфекционные поражения. Обязательность вовлечения в процесс альвеол – позволяет врачу понимать не только сущность процесса, но и квалифицировать заболевание как пневмонию только при наличии симптоматики поражения альвеол: признаки локального уплотнения легочной ткани, крепитирующие хрипы, вентиляционно-перфузионные поражения, рентгенологически выявленная паренхиматозная инфильтрация. С этих позиций к постановке диагноза так называемых интерстициальных пневмоний необходимо подходить с большой ответственностью, хотя воспалительный процесс при пневмониях затрагивает все структуры и интерстициальный компонент имеет место. Более рациональным с практической точки зрения следует считать выделение двух классов пневмоний: «домашних» и «госпитальных». Каждый класс характеризуется не только местом возникновения, заболевания, но и имеет свои существенные особенности (эпидемиологические, клинико-рентгенологические), а главное – определенный спектр возбудителей. Уже это деление позволяет обосновать «эмпирический» выбор первоначального антибактериального препарата. Однако клиническая практика требует большей детализации и дифференциации вариантов пневмоний с учетом их многообразия и широкого спектра возбудителей,

«привязанных» к тому или иному варианту.

С этих позиций рациональной представляется следующая рабочая группировка пневмоний, основанная на клинико-патогенетическом принципе с учетом эпидемиологической ситуации и факторов риска:

- Пневмонии у больных в тесно взаимодействующих коллективах.
- Пневмонии у больных с тяжелыми соматическими заболеваниями.
- Нозокомиальные (госпитальные) пневмонии.
- Аспирационные пневмонии.

Терапия пневмоний складывается из: Применения антибактериальных средств, мероприятий (медикаментозных, физических), направленных на дренирование очага воспаления, мероприятий, направленных на уменьшение очага интоксикации, улучшение микроциркуляции, воздействия на перекисные процессы, симптоматической терапии и реабилитации.

Основой лечения пневмоний является адекватная антимикробная терапия:

Логика выбора антибактериального препарата при неустановленной этиологии пневмонии

Оценивая возможные побочные эффекты и противопоказания к назначению антибиотиков, врач должен иметь в виду следующие положения:

- правильно трактовать указания а «непереносимость» антибиотиков в анамнезе (аллергические реакции на сходные по химической структуре различные антибиотики, ошибочная диагностика анафилактических реакций при кратковременных коллапсах);
- гиперчувствительные реакции на антибиотики обусловлены не только химической структурой (большинство антибиотиков не являются аллергенами или гаптенами), но также примесями, остающимися в препаратах после их приготовления;
- при нарушениях со стороны желудочно-ки-



шечного тракта (тошнота, рвота, нарушения стула и т.д.) нецелесообразно назначение антибиотиков внутрь;

- при гиперчувствительности к пенициллину нецелесообразно назначение антибиотиков, содержащих β -лактамное кольцо (антистафилококковые и антипсевдомонадные пенициллины, цефалоспорины, имипенем);

- при наличии сердечной, почечной и печеночной недостаточности, тиреотоксикоза, ожирения нарушается элиминация антибиотика из организма и повышается его концентрация в крови;

- токсические проявления антибиотиков могут усиливаться при одновременном назначении некоторых других медикаментов (например, фуросемид потенцирует нефротоксическое влияние гентамицина).

- При пневмониях тяжелого течения, требующих немедленного начала лечения, необходимо сразу назначать антибиотики широкого спектра действия (нередко комбинации антибиотиков), перекрывающих как можно больше предполагаемых возбудителей, например, грамположительные, грамотрицательные и анаэробные микроорганизмы.

- При отсутствии эффекта от «обычной» антибактериальной терапии у больных госпитальными пневмониями тяжелого течения следует иметь в виду возможность грибковой или пневмоцистной этиологии и назначать соответствующие препараты (амфотерицин В, котримоксазол и др.).

При выборе антибиотика среди группы со сходным спектром действия, активностью, риском побочных эффектов предпочтительнее назначение менее дорогостоящего препарата.

- Необходимо строгое обоснование комбинированной антибактериальной терапии, которая приводит к удорожанию лечения, не увеличивая его эффективность.

Основные возможности рационального расходования антибиотиков:

- Правильная нозологическая и этиологическая диагностика пневмонии.

- Выбор адекватного антибиотика первого ряда.

- Отмена антибиотика при отсутствии эффекта в течение 48-72 ч.

- Отмена антибиотика через 3-4 сут после нормализации температуры.

- Назначение антибиотиков внутрь при соответствующих показаниях (легкое течение заболевания, отсутствие осложнений).

Улучшение бронхиального дренажа

С этой целью используют препараты, улучшающие мукоцилиарный клиренс (разжижение мокроты и улучшение ее отхождения), а также бронхиальный лаваж. Особенно важно осуществлять дренаж сегментарного бронха, нарушение проходимости

которого является одной из причин затяжного течения пневмоний. Полезно раннее назначение физических дыхательных упражнений, дренаж усиливается при определенных положениях тела.

Дезинтоксикация

Уменьшение интоксикации достигается обильным питьем из расчета 1 л жидкости дополнительно на каждый градус подъема температуры тела.

Инфузионная терапия показана при тяжелом течении пневмонии и направлена на купирование выраженного интоксикационного синдрома, нарушающего общее состояние больного и приводящего к разнообразным функциональным нарушениям (анорексия, головная боль, тошнота, спутанность сознания и др.). С этой целью применяют:

- поливинилпирролидон (гемодез);

- физиологический раствор хлорида натрия в сочетании с 5-10% раствором глюкозы;

- плазмаферез.

Необходимо иметь в виду повышение секреции антидиуретического гормона при пневмониях (эктопическая продукция?) и опасность усиления инфильтрации легочной ткани с ухудшением газообмена при избыточном и бесконтрольном парентеральном введении жидкости.

Коррекция иммунного статуса, противовоспалительная терапия

Нестероидные противовоспалительные препараты (диклофенак, индометацин и др.) могут использоваться с целью воздействия на собственно воспалительный процесс для уменьшения признаков экссудации, миграции гранулоцитов в очаг, угнетения высвобождения лизосомальных ферментов. Препараты обычно назначают после нормализации температуры на фоне применения или после отмены антибиотиков, которые сами по себе не действуют на воспалительный процесс.

Глюкокортикоидные гормоны могут назначаться в небольших дозах и на короткий срок при затянувшемся течении, длительно сохраняющихся признаках воспаления (хрипы, рентгенологически определяемая инфильтрация легочной ткани). Лечение короткими курсами обычно не угнетает эндогенного синтеза гормонов и не вызывает иммунодепрессии.

Необходимость применения глюкокортикостероидных гормонов и нестероидных противовоспалительных препаратов признается не всеми.

Иммунокорригирующая терапия целесообразна у больных при первичных иммунодефицитных состояниях, с затяжным течением заболевания, особенно в пожилом возрасте, при наличии фоновых заболеваний с наличием иммунодефицита, при пневмониях тяжелого течения. Среди препаратов, применяемых с целью иммунокоррекции, используются тактивин, тималин, нуклеинат натрия, ана-



бол, зисорин, ноотропил (у пожилых), левамизол, диуцифон, дапсон. Заместительный эффект дают препараты иммуноглобулинов для внутривенного введения (сандоглобулин, эндобулин и др.), свежемороженая плазма.

Физические методы воздействия:

- УВЧ на область очага в период активного воспаления;
- микроволновая СВЧ-терапия в период рассасывания инфильтрата (ускорение рассасывания);
- индуктотермия в период разрешения пневмонии;
- амплипульстерапия (улучшение дренажной функции при затяжном течении);
- электрофорез лекарственных препаратов (гепарин, хлорид кальция, лидаза) в период рассасывания;
- тепловые средства (парафин, озокерит, грязи) при затяжном течении;
- лазеротерапия.

Коррекция микроциркуляторных нарушений

Нарушения микроциркуляции обусловлены внутрисосудистым свертыванием крови. В одних случаях этот синдром имеет латентное, субклиническое течение, в других – ярко выраженную клиническую картину с тромбозами и геморрагиями. Лечение синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС-синдром), возникающего обычно у больных с тяжелым течением заболевания, при распространенных, нередко осложненных пневмониях включает:

- гепарин внутривенно в виде длительных инфузий или под кожу живота;
- антиагреганты (дипиридамо, пентоксифиллин, тиклопидин);
- трансфузии свежемороженой плазмы внутривенно струйно;
- плазмаферез;
- ингибиторы протеаз внутривенно капельно (контрикал, гордокс).

Необходимо избегать терапевтических воздействий, активирующих ДВС-синдром (трансфузии крови, ϵ -аминокапроновая кислота и др.).

Антикоагулянты (гепарин) и антиагреганты (дипиридамо, пентоксифиллин, тиклопидин) улучшают микроциркуляцию в очаге поражения даже при отсутствии клинических проявлений ДВС-синдрома, что способствует уменьшению примеси венозной крови и лучшему проникновению антибиотиков в очаг воспаления.

Антиоксидантная терапия

Антиоксиданты – препараты, уменьшающие интенсивность перекисного окисления, способствующего затяжному течению пневмоний, усилению процессов фиброза. Среди антиоксидантов используют аскорбиновую кислоту, октоферол (ста-

билизирует клеточные мембраны, улучшает микроциркуляцию и тканевой метаболизм), тиосульфат натрия, препараты, содержащие селен, метионин.

Антиоксидантными свойствами обладает муколитик ацетилцистеин. Антиоксиданты противопоказаны при тяжелых формах сердечной недостаточности, злокачественных опухолях.

Симптоматическая терапия показана, главным образом, при развитии у больных пневмонией различных нарушений со стороны других органов и систем.

Лечение дыхательной недостаточности показано при развитии у больных клинических ее проявлений (одышка, цианоз), снижении насыщения артериальной крови кислородом ($pO_2 < 60$ мм рт. Ст.), респираторного ацидоза ($pH < 7,3$). Основные методы лечения дыхательной недостаточности включают:

- положение тела (обеспечение положения инфильтрата выше здоровых участков легочной ткани для естественного «обескровливания» инфильтрата и уменьшения венозного кровотока через него);
- дыхание при положительном давлении в конце выдоха (улучшение бронхиальной проходимости и предупреждение микроателектазов);
- оксигенотерапия (длительная низкочастотная оксигенация);
- диуретики (при интерстициальном отеке легкого);
- глюкокортикостероиды парентерально (при интерстициальном отеке легкого);
- бронхолитики;
- ИВЛ (при тяжелой гипоксии, интоксикации, ацидозе, нарушениях сознания, нарастающей сонливости, неспособности отхаркивать мокроту).

Лечение нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы, возникающие обычно при обширном поражении, осложнении септическим процессом, у больных с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы (сердечная недостаточность, нарушения ритма сердца, пороки сердца и др.)

Терапевтические мероприятия при этом включают:

- купирование инфекционно-токсического шока (плазмаферез, инфузии свежемороженой плазмы, крупномолекулярных декстранов, глюкокортикостероиды, прессорные амины);
- уменьшение легочной гипертензии (нитраты, эуфиллин, блокаторы кальциевых каналов, блокаторы ангиотензинпревращающего фермента);
- лечение сердечной (миокардиальной) недостаточности (сердечные гликозиды, периферические вазодилататоры, диуретики, препараты калия);
- лечение нарушений сердечного ритма (препараты калия, калийсберегающие диуретики, антиа-



ритмические препараты с учетом их фармакодинамики и побочных эффектов).

Реабилитационная программа

Лечебно-реабилитационные мероприятия должны начинаться с первых дней заболевания и продолжаться в период выздоровления, главным образом, вне стационара (пульмонологические центры, пульмонологические кабинеты в поликлиниках, дневные стационары, санатории-профилактории, санатории курортных зон). Основные компоненты реабилитации больных пневмониями включают:

– тренировку дыхательной мускулатуры (создание сопротивления на выдохе);

– дыхательную гимнастику, ручной массаж;

– рефлексотерапию (иглорефлексотерапия, электропунктура, лазерная пунктура, чрезкожная электронейростимуляция);

– воздействие искусственного микроклимата (гипоксические, гелий-кислородные смеси, аэроионизация, галлотерапия);

– вибрационно-импульсный массаж;

– электромагнитное излучение миллиметрового диапазона в сочетании с лазерным излучением.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

McLuckie, [editor] A. Respiratory disease and its management. — New York: Springer, 2009. — С. 51. — ISBN 9781848820944.

Leach, Richard E. Acute and Critical Care Medicine at a Glance (рум.). — 2. — Wiley-Blackwell, 2009. — ISBN 1-4051-6139-6.

Пневмония. Информационный бюллетень. Всемирная организация здравоохранения (25 июля 2020). Дата обращения: 25 июля 2020. Архивировано 15 июля 2020 года.

Sameera, Javed, 2017, 2. Pathophysiology, p. 192.

Путов Н. В., Федосеев Г. В., Боголюбов В. М., Иванов С. М., Илларионов В. П., Розенштраух Л. С., Симбирцева Л. П., Кутафин Ю. Ф., Тюрин Н. А., Ширяева К. Ф., Цинзерлинг Н. В. Пневмония Архивная копия от 19 ноября 2021 на Wayback Machine // Большая медицинская энциклопедия, 3-е изд. — М.: Советская энциклопедия. — Т. 19.

Mackenzie, 2016, Summary of opinions from the editorial board discussion, p. 1—2.

Mayo Clinic Staff. Pneumonitis (англ.). Patient Care & Health Information. Mayo Clinic. Дата обращения: 2 августа 2020. Архивировано 5 августа 2020 года.

Пневмония. www.who.int. Дата обращения: 21 марта 2020. Архивировано 15 июля 2020 года.



HARBIY XIZMATCHILARNI OLIY TA'LIM TIZIMIDA INNOVATSION FAOLIYATNI AXBOROT TEXNOLOGIYALARI ASOSIDA TAKOMILLASHTIRISH YO'LLARI

Voxobov Nuriddin G'ofurjonovich

O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlari Harbiy tibbiyot akademiyasi harbiy tibbiyot ilmiy-tadqiqot instituti

Annotatsiya: Ushbu maqolada oliy harbiy ta'lim tizimida innovatsion faoliyatni axborot texnologiyalari asosida boshqarish masalalariga e'tibor qaratilgan. Buborada bo'lajak komandir va boshliqlarning boshqaruv samaradorligini oshirishda axborot-kommunikatsiya texnologiyalari muhim vosita sifatida xizmat qilishi, shu jihatdan ham bugungi kunda kompyuter texnologiyalarining shiddat bilan rivojlanishi hamda, ularning o'quvjarayoniga intensiv ravishda tatbiq etilishi ta'lim tizimida tomma'nodagi ijobiy o'zgarishlarga olib kelishi ifodalangan. Mazkur o'zgarishlar oliy harbiy ta'lim muassasalarining strategik yo'nalishiga hamda, innovatsion faoliyatni faol amalga oshirishga ta'sir ko'rsatishi asoslab berilgan.

Kalitli so'zlar: oliy ta'lim tizimini, innovatsion faoliyat.

АННОТАЦИЯ

В данной статье обращено внимание вопросам управления инновационной деятельности высшей системой образования на основании информационных технологий. В этом направлении в повышении эффективности управления информационно-коммуникационные технологии служат нужным инструментом, в этой связи на сегодняшний день развитие 67 компьютерных технологий и интенсивное их применение в учебном процессе приводит положительным изменениям в системе образования. Активное осуществление данных изменений может подействовать инновационной деятельности и стратегическому направлению высших учебных заведений.

Ключевые слова: система высшего образования, инновационная деятельность.

ANNOTATION

This article focuses on the management of innovation activities by the higher education system based on information technology. In this direction, in order to improve the management efficiency of information and communication technologies, to serve as a necessary tool, in this connection to date the development of computer technologies and their intensive application in the educational process lead to positive changes in the education system. The active implementation of these changes can contribute to innovation and the strategic direction of higher education institutions.

Key words: higher education systems, innovative activities.

KIRISH

Bugungi kunda jahonning rivojlangan davlatlari, xususan AQSH, Germaniya, Buyuk Britaniya, Yaponiya, Janubiy Koreya, Xitoy Xalq Respublikalarining o'ta rivojlanishga sabablardan biri inson omilini kuchaytirishga qaratilgan investitsiyalash, ya'ni inson salohiyati taraqqiyoti, xususan aholi ta'lim darajasining oshishi va yosh oliy harbiy kadrlarning professional tayyorgarligi bilan belgilanadi. Mamlakat va mintaqalarning ustuvor iqtisodiy o'sishini "Iqtisodiyot va innovatsion texnologiyalar" ta'minlashning yo'li zamonaviy bosqichda aynan ta'lim sifatini oshirish sohasida topiladi. Ma'lumki, bugungi kunda dunyoning rivojlangan va rivojlanayotgan davlatlarida ta'lim paradigmasi o'zgarib bormoqda.

Evropa va Osiyo mamlakatlari ta'lim modeliga asosan o'quv jarayoni nazariy bilimlar berishdan olingan bilimlarni amaliyotda qo'llash ko'nikmalarini rivojlantirishga, axborot texnologiyalari asosida talabalarda mustaqil ta'lim olish malakalarini shakllantirishga qaratilmoqda. Shveysariya Jahon

iqtisodiy forumi "World Economic Forum" iqtisodiyoti eng tez rivojlanayotgan mamlakatlar reytingini e'lon qildi. Jahon bankining "Global iqtisodiy taraqqiyot" ma'lumotlariga asosan 2014 yildan 2017 yilgacha bo'lgan davrda yillik o'sish darajasi eng yuqori bo'lgan davlatlar orasida O'zbekiston 5-o'rinda qayd etildi.

O'zbekistondagi islohotlar istiqboli nafaqat mamlakatdagi mavjud barcha tajriba, an'ana va qadriyatlar, balki ilg'or xalqaro xorijiy tajribadan foydalanishga ham asoslangan. Mamlakatimizda oliy ta'lim tizimini tubdan takomillashtirish, harbiy kadrlar tayyorlash mazmunini zamonaviy talablar asosida tubdan qayta ko'rib chiqish, raqobatbardosh oliy ma'lumotli harbiy mutaxassislarni tayyorlash hamda, sohani jahon standartlari darajasida rivojlantirishda oliy ta'lim tizimida innovatsion faoliyatni boshqarishni takomillashtirishga alohida e'tibor qaratilmoqda. Bu borada asosiy bilim sohalari bo'yicha elektron ta'lim resurslari milliy tizimini yaratish, jahonning ta'lim resurslariga kirish va bu infrastrukturani takomillashtirish, o'quv jarayonida jahonning va milliy elektron ta'lim resurslaridan axborot kommunikatsiya texnologiyalari orqali foydalanish,



o'quv yurtlarini moddiy-texnika bazasini va tarmoqli infratuzilmani rivojlantirish muammolari oliy ta'lim tizimida dolzarbdir.

O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2017-yil 7-fevraldagi "O'zbekiston Respublikasini yanada rivojlantirish bo'yicha Harakatlar strategiyasi to'g'risida"gi PF-4947-sonli farmoni hamda, O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2017-yil 20-apreldagi PQ-2909-sonli "Oliy ta'lim tizimini yanada rivojlantirish chora-tadbirlari to'g'risida"gi qaroriga asosan bugungi kunda ta'lim sohasida amalga oshirilishi zarur bo'lgan masalalar, oliy harbiy ta'lim tizimini isloh qilish, ta'limda yangi pedagogik va innovatsion texnologiyalardan keng foydalanish zarurligi va mazkur faoliyatga tegishli boshqa me'yoriy-huquqiy hujjatlarda belgilangan vazifalarni amalga oshirishda mazkur tadqiqot muayyan darajada xizmat qiladi.

Mavzuga oid adabiyotlar tahlili ushbu mavzuni tadqiq etish yuzasidan xorijiy va mamlakatimiz olimlarining ta'lim tizimini takomillashtirish masalalari, innovatsion menejmentning nazariy va metodologik asoslari, shuningdek harbiy ta'lim tizimida axborot texnologiyalarini qo'llash usullariga bag'ishlangan ilmiy asarlar mavjud. Innovatsion faoliyat sohasiga, ta'lim berishda axborot texnologiyalariga aloqador dolzarb muammolarning echimini izlashga o'z vaqtida F.I.Peregudov munosib hissa qo'shdi. Maorif sohasidagi innovatsion jarayonlarning kechishiga oid turli xil muammolarni ilmiy jihatdan tadqiq qilishga YAponiyani oliy ta'lim tizimini "Iqtisodiyot va innovatsion texnologiyalar" boshqarish muammolarini N.P.Dronishinets korxona va oliy harbiy o'quv yurtlarini ilmiy yo'nalishdagi hamkorligi masalalarini N.L.Zaysev oliy harbiy ta'lim tizimida mutaxassis kadrlarni tayyorlash sifati va bu jarayonni boshqarish M.I.Irodov, ilmiy boshqarishni AQSH tajribasini o'rgangan M.M.Ivanov, inson resurslarini boshqarish bo'yicha I.K. Makarova, Oliy ta'lim tizimida boshqaruv qarorlarini qabul qilishning Rossiya tajribasini o'rgangan A.Panova va boshqalar o'z hissalarini qo'shganlar.

Ta'lim berishning ijtimoiy-iqtisodiy jihatdan samaradorligini baholash muammosining ayrim nazariy jihatlarini o'rganibchiqishga Q.X.Abdurahmonov, so'nggi yillarda axborot-kommunikatsiya texnologiyalarini rivojlantirish masalalariga bag'ishlangan ilmiy ishlar A.N.Aripov, inson resurslarini boshqarish, kadrlarni tayyorlash, oliy ta'lim tizimida axborot kommunikatsiya texnologiyalaridan foydalanish masalalariga, personalni boshqarishda xorijiy mamlakatlar tajribasi D.N. Raximova, zamonaviy sharoitda oliy harbiy ta'lim tizimini boshqarishni takomillashtirish masalalariga B.Yu.Xodiev kabi O'zbekistonlik etuk olimlarning ilmiy-tadqiqot ishlarida, asarlarida, maqolalarida o'rganilgan va yoritilgan. Shu bilan birga ta'kidlash lozimki, oliy harbiy ta'lim muassasalarining ilmiy innovatsion faoliyatini yo'lga qo'yish hamda, uni rivojlantirish bilan bog'liq masalalarga mutaxassis va olimlar tomonidan etarlicha

e'tibor berilmagan.

Bu holat mazkur yo'nalishda ilmiy izlanishlar olib borish zarurligini belgilaydi. Tadqiqot metodologiyasi Oliy harbiy ta'lim tizimida innovatsion faoliyatni axborot texnologiyalari asosida takomillashtirishdagi muammolarga aniqlik kiritildi. Muammoni echish bo'yicha yo'nalishlar izlandi. Bugungi kunda oliy harbiy ta'lim tizimida amalga oshirilayotgan innovatsion loyihalarni sifati kadrlar salohiyatiga bog'liqligini hisobga olgan holda oliy ta'limda kadrlarni baholashning miqdoriy baholash sifatida ekspert baholari yordamida amalga oshirildi.

To'plangan ma'lumotlar asosida iqtisodiy tahlilning qiyoslash, empirik metodlari – umumlashtirish, guruhlash, kuzatish, tizimli yondashuv kabi uslublardan samarali foydalanildi. Tahlil va natijalar Bugungi kunda oliy harbiy ta'lim tizimida amalga oshirilayotgan innovatsion loyihalardan – kutilayotgan natija samaralarni baholashda ijobiy va salbiy omillarning ta'sirini o'rganishga bag'ishlangan tadqiqotlarning salmog'i nihoyatda oz. Ushbu masala yuzasidan ilmiy izlanishlar olib borilganligi natijasida innovatsion loyihalarni samaradorligi loyihaviy boshqaruvga bog'liqligini ko'rib chiqdik.

Buning asosida muvaffaqiyatli loyiha jamoasini tuzish orqali samaradorlikni aniqladi. Samarali innovatsion jamoa o'zining vaqt bilan cheklangan vazifasini tushunishi va uning bajarilishi uchun butunlay javobgar bo'lishi lozim. Jamoa aniq jamoaviylik mezonlarini ishlab chiqishi lozim. Bu o'xshashlik asosan loyiha maqsadi bilan belgilanadi. Jamoaviylik tashqaridan yo'naltirilgan bo'lishi lozim. Loyihaning yakuniy natijasiga diqqatni qaratadigan bo'lsak harbiy jamoaning keng ko'lamli strategiyasidan havfli darajada ajralmagan holda uning mustahkamligini saqlab qolishga yordam beradi.

Nihoyat, muvaffaqiyatli innovatsion "Iqtisodiyot va innovatsion texnologiyalar"ga erishish uchun harbiy kadrlarni tubdan malakalarni oshirishga e'tibor qaratish lozimdir. Harbiy jamoaning turli-tumanligi – bu uning kuchidir. U vazifalarni bajarishdagi kadrlarning malakasi mujassamligiga qarab kuchayib boradi. Jamoa ijodiy, konstruktiv va birgalikda fikrlay olishi lozim. Muvaffaqiyatli loyiha jamoasi g'oya va ma'lumotlar bilan almashishga tayyor bo'lishi, muammolarni hal qilish uchun birga harakat qilishi va sharoitning o'zgarishiga moslashishi lozim.

Harbiy jamoa o'rtasida samarali muloqot olib bora olishi lozim. Xususan, bu intellekt, liderlik, tashabbuskorlik, muloqotga kirisha olishlik, javobgarlik (mas'uliyatni sezish), qat'iylik kabi sifatlardir. Innovatsion jamoaning samarali faoliyatiga tayinlangan komandir (boo'liq) katta ta'sir ko'rsatadi. U o'zining komandirlik qobiliyati bilan harbiy jamoaning jipsligini mustahkamlashi, unga 1 Muallif tomonidan to'ldirilgan Muvaffaqiyatli loyiha natijasiga diqqatini qaratish ijodiy fikrlash sifat haqida qayg'urish nizoli



vaziyatlarni tezda hal qilish qobiliyati muloqotga kirisha olish, kommunikatsiya o'zaro javobgarlik, ishonch rivojlanishga qiziqish, intilish o'zini va harbiy jamoani butunlay loyihaga bag'ishlash doimo loyihaning maqsadlari va ularni bajarish muhimligi haqida eslatib turishi, ularning ruhini ko'tarish va eng yuqori natijaga yo'naltirishi lozim.

Shu bilan birga avtoritar yoki buyruq-ma'muriy usuldagi rahbarlikka yo'l qo'yilmaydi. Chunki innovatsion gurux a'zosining maqomi lavozim ierarxiyasida yuqori pog'ona, ma'lumot darajasi bilan emas, balki ilgari surilayotgan g'oyalarning qimmat, uning ijodkorlik darajasi va fikrlashdagi o'zgaruvchanlik bilan belgilanadi. Innovatsion faoliyatga bo'lgan iqtidor yoki ijodkorlik qobiliyati – bu faqat ayrim odamlar ega bo'lgan tug'ma xususiyat ekanligini faraz qilishimiz mumkin. Bundan tashqari, shaxsning innovatsion faolligiga boshqa omillar ham ta'sir ko'rsatadi. Masalan, innovativlik psixologiyasida quyidagi bog'liqlik ta'kidlab o'tiladi: tajribaliroq ishchilardan yangi narsalarga orientatsiya kamroq tajribaga ega ishchilarga ko'ra sustroq.

Aytib o'tilganlarni xulosa qilib, shuni ta'kidlashni istardikki, ijodkor-novator uchun xos bo'lgan xarakteristikalarining bir vaqtdagi birikmasi gomogenli (professional, demografik, jins-yosh, ta'lim, milliy-madaniy yoki konfessional-etnik ijodiy guruhlariga nisbatan faqatgina juda kam sonli vakillarda ko'zga tashlanadi. Odatda, guruhning umumiy sonida bu kabi ijodkorlarnig ulushi 10-12% gacha bo'ladi. Bundan tashqari, bu kabi xodimlarni, odatda, boshqarish oson emas hamda ular bilan ishlashda muammolar yuzaga keladi. Innovatsiya – bu ijtimoiy fenomendir.

U o'z ifodasini jamiyat ichida topadi va uning yuzaga kelishi uchun birgalikda faoliyat olib borish kerak. Ilmiy muassasa hamda, oliy o'quv yurtlarida innovatsion faoliyatning mezon va ko'rsatkichlari, innovatsion tadbirkorlik oliy o'quv yurtini rivojlantirish omili ekanligi isbotlanib, oliy ta'lim tizimi innovatsion faoliyatning sub'ekti va mamlakat ilmiy-texnik salohiyati manbai sifatidagi roli ochib beradi. Iqtisodiyotni liberallashtirish jarayonida oliy o'quv yurtini rivojlantirish uchun uning muvaffaqiyati va sharoitini yaxshilashning eng muhim shartlaridan biri innovatsion tadbirkorlik va tadbirkorlik faoliyati usuli bo'lib qoladi. Innovatsion tadbirkorlik xulq-atvori uchun esa yangi tavakkalni yaratib borishga bo'lgan moyillik va tavakkalchilikning jami variantlarni tenglashtirish xarakterli.

Bugungi kunda dunyoda ijtimoiy-iqtisodiy rivojlanishning innovatsion omili sifatida innovatsion tadbirkorlikning turfa tashkiliy shakllari keng rivojlanmoqda. SHu sababli biz maqolamizda harbiy kadrlarni joylashtirish, lavozimga o'tkazish, malaka oshirishni rejalashtirishda xodimlarning inavatsion salohiyatlari baholab borilmoqda. Harbiy xizmatchi egallab turgan lavozimga mos kelish-kelmasligi o'tkazilgan sinovlarning natijalariga asosan yozib

qo'yiladi.

Shuningdek, sifatni baholash bo'yicha ekspertlarning batafsil tahlillari har bir harbiy xizmatchi uchun o'z faoliyatini takomillashtirish uchun aniq sohalarni aniqlashga yordam berishi mumkin. Oliy harbiy ta'lim tizimi boshqaruvida harbiy xizmatchi tamoilini baholashning hozirgi holati va mavjud muammolari ko'rib chiqilmoqda. Oliy harbiy ta'lim tizimini boshqarish, harbiy kadrlar sifatini oshirish, oliy ta'lim muassasalarida yuqori malakali ofitser kadrlar tayyorlashdagi xarajatlarni tejash, axborot-kommunikatsiya texnologiyalari va interfaol pedagogik texnologiyalarni qo'llash, dunyoni etakchi harbiy bilim yurtlarining innovatsion rivojlanishini ta'minlashga doir tadqiqotlar o'tkazish bilan erishish, chetel iqtisodiy o'sish va ta'lim sifati o'rtasidagi o'zaro bog'liqlik xususiyatlari haqida ilmiy izlanishlarni tadqiq qilinib kelinmoq.

Xususan Ganishek, Kim va Uzman matematika fanidan erishgan tajribalarga asoslanib, ta'lim sifat darajasini o'Ichagan, Barrou xalqaro test ballaridan foydalandi, Olimlarning asosiy ilmga qo'shgan hissasi mamlakatning iqtisodiy o'sishiga sifatli ta'lim-tarbiyaning ta'siri kuchliligidadir. Insper Ta'lim instituti va Ibmece Biznes va Tadqiqot maktabi tadqiqotchi olimlari Eduardou va Marsio Laurinilar, Doktor Robert.B. Kozma bilimlarga asoslangan iqtisodiyotning tushunilishi va uning iqtisodiy o'sishdagi hissasi Lant Pritchettlar bu masalalarga tanqidiy tomonlama yondashganlar.

Xulosa va takliflar yuqoridagi tahlil va fikrlardan kelib chiqib, biz harbiy ta'lim tizimida innovatsion faoliyatni axborot texnologiyalari asosida takomillashtirish borasida quyidagi ishlarni amalga oshirishni lozim deb hisoblaymiz:

1. Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi va uning tasarrufidagi oliy ta'lim muassasalarida o'quv-uslubiy va ilmiy jarayonlarni zamonaviy texnologiyalar asosida tashkil etish bo'yicha yangi dasturlar ishlab chiqish lozim. Zamonaviy axborot-kommunikatsiya va internet texnologiyalarining imkoniyatlaridan unumli foydalanib, yangi uslubdagi masofaviy ta'lim tizimi (MTT) ni shakllantirish va hayotga tatbiq etish masalasiga ham e'tibor qaritish payti kelganligini e'tirof etish lozimligini bildiriladi. Buning uchun birinchi navbatda MTT ning asosiy me'yoriy hujjatlari ishlab chiqilishi lozim. So'ng masofaviy ta'lim bo'yicha muvofiqlashtiruvchi kengash hamda, oliy harbiy ta'lim muassasalarida masofaviy ta'lim markazlarini tashkil etish kerak.

2. Oliy harbiy ta'lim boshqaruv jarayonida ofitser kadrlar boshqaruv echimlarini ishlab chiqishda va joriy etishda zamonaviy boshqaruv tizimini ishlab chiqish, axborot-kommunikatsiya texnologiyalari bozorini modernizatsiya qilish, korporativ madaniyatni takomillashtirish, samarali monitoring tizimini joriy qilish, kadrlar malakasini oshirish, konsalting xizmatlari bozorini va innovatsion infratuzilmani rivojlantirish kabi muammolarni hal etishi lozim. OTM boshqaruv jarayoni samaradorligini boshqaruv jarayoni va amaliy faoliyat



natijalari o'rtasidagi bog'liqlik jihatlarini aniqlash, tashkiliy tuzilmadagi mezonlarga ko'ra boshqaruv jarayoni samaradorligini ekspert tizimli baholash usullarini qo'llash va olingan natijalarni tahlil qilish orqali baholash lozim.

3. O'zbekiston Respublikasi hududlarida Oliy harbiy ta'lim tizimida harbiy kadrlarni tayyorlash va ularni zaxirasini shakllantirib to'g'ri taqsimlash bo'yicha ehtiyojni aniqlash uchun ta'lim tizimi monitoringini yuritish, hududiy dasturlarni ishlab chiqish hamda, ta'lim muassasalari ixtisosligi, mutaxassisliklarga o'zgartirish va tuzatishlar kiritish, zarur holatlarda yangi yo'nalishlar ochish va hududdagi ta'lim muassasalariga qabul kvotalari parametrlarini belgilash zarur.

4. Gilaballashuv jarayonida yuqori darajadagi innovatsion faol mutaxassislarni fanlararo tayyorlash va malakasini oshirish;

5. Fundamental va amaliy ilmiy izlanishlarni, ba'zi hollarda tajriba konstruktorlik ishlarini bajarish. 6. Ilmiy izlanish faoliyatini amalga oshirish bo'yicha professor o'qituvchilarni, ilmiy xodimlarni, doktorant, mustaqil-izlanuvchilarni va talabalarni o'qitish.

6. O'qitish jarayonida kursantlar va tinglovchilarga turli tarmoq va sohadagi zamonaviy innovatsiyalar haqida bilimlarni tarqatish (o'quv mashg'ulotlarini tarmoqlarni innovatsion faoliyati keng o'rganilib, innovatsion korxonalar bazasida o'tkaziladi. Bu orqali Oliy harbiy ta'lim tizimida o'z raqobatbardoshligini kuchaytiradi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:

1. O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2017-yil 7-fevraldagi 4947-sonli Farmonining "2017-2021 yillarda O'zbekiston Respublikasini rivojlantirishning beshta ustuvor yo'nalishi bo'yicha Harakatlar strategiyasi". O'zbekiston Respublikasining qonun hujjatlar to'plami, 2017 yil, 6-son, 70-modda, 20-son, 354- modda, 23-son, 448-modda ko'rsatib o'tilgan

2. O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2017 yil 20 apreldagi PQ-2909- sonli "Oliy ta'lim tizimini yanada rivojlantirish chora-tadbirlari to'g'risida"gi qarori.

3. Abduraxmonov K.X. Mexnat iqtisodiyoti (nazariya va amaliyot). Oliy o'quv yurtlari uchun darslik. - T.: Mehnat, 2004. - 672 b

4. Дронишинетс Н.П. Проблемы управления системой высшего образования в Японии Университетское управление. - 2002. - 1. - С. 70-79.

5. Зайцев Н.Л. Экономика, организатсия и управление предприятием: Учеб.пособие. - 2-э изд. - М.: ИНФРА-М, 2008. - 455 с.

Структура летальных исходов пациентов с тяжелыми черепно-мозговыми травмами

Красненкова М.Б., Исабеков Б.

Ташкентская медицинская академия Ташкент, Узбекистан

Резюме

В статье проанализированы основные причины летальных исходов у 15 пациентов, поступивших в отделение реанимации многопрофильной клиники ТМА с тяжелыми черепно-мозговыми травмами в 2022-2023 г.г. Летальность составила 21,4%. Анализ показал наличие трех механизмов танатогенеза в зависимости от сроков летального исхода. Полученные данные доказывают необходимость проведения своевременной специализированной помощи на всех этапах лечения и адекватной респираторной поддержки, что позволит в дальнейшем улучшить результаты лечения данного контингента больных.

Черепно-мозговые травмы (ЧМТ) представляют собой важную медицинскую, общественную и медицинскую проблему во всем мире. [1,2,16]. ЧМТ являются основной причиной смертности и заболеваемости среди молодых людей [5, 6], и их заболеваемость растет среди людей в возрасте 65 лет и старше, особенно в странах с высоким уровнем дохода. [8, 9]. ЧМТ представляет собой основную причину долгосрочной инвалидности среди выживших, [10], влияя на жизнь пострадавших и их родственников. [3]. ЧМТ связана с повышенной смертностью [11] и снижением продолжительности жизни [7] по сравнению с населением в целом, и люди с ЧМТ несут существенные прямые (здравоохранение) и косвенные (потеря производительности и потери, связанные с уходом за пациентом) [12, 15].

ЧМТ занимает одно из ведущих мест в структуре летальности, составляя от 40 до 55% всех травматических повреждений. Летальность при ЧМТ составляет 5-10%, а при наиболее тяжелых формах достигает 41-85%. При сочетанной ЧМТ летальность достигает 26%, в то время как общая летальность при сочетанной травме составляет около 10% [15]. Высокая заболеваемость и летальность в результате травматических повреждений головного мозга, прежде всего, среди молодой, трудоспособной части населения выводят эту патологию за рамки медицинской проблемы и ставят в ряд наиболее социально значимых [13].

Экономические издержки ЧМТ, такие как смертность, заболеваемость и высокие больничные счета, имеют серьезные экономические последствия на индивидуальном, семейном и общественном уровне.

В связи с чем много исследований направлены на выявление причин неблагоприятного исхода и факторов риска развития летального исхода.

[7,8, 9, 11]. Возраст, тяжесть состояния, наличие патологических изменений по данным компьютерной томографии (КТ), системные нарушения (гипоксия и артериальная гипотензия) и показатели лабораторных исследований рассматриваются как прогностические критерии. После первичного поражения непосредственно травматическим агентом различные патофизиологические механизмы ведут к развитию вторичных органических поражений. Вторичные повреждающие факторы осложняют состояние пациентов с ЧМТ более чем в 50% случаев. [12,14].

В последние годы значительно расширилось наше понимание патофизиологических механизмов, происходящих в посттравматическом периоде. Несмотря на это мы все еще часто бываем, не способны предотвратить фатальный исход или серьезные поражения даже у тех больных, которые поначалу не расценивались как тяжелые. Что заставляет нас тщательно анализировать причины, приведшие к трагическому исходу, чтобы исключить их повторения в будущем.

Цель исследования: Определить преобладающие причины госпитальной летальности в различные сроки переживания тяжелой черепно-мозговой травмой (ТЧМТ).

Материал и методы исследования:

В период с 2022 по 2023 г.г. в реанимационное отделение многопрофильной клиники ТМА было госпитализировано 70 пострадавших с диагнозом «тяжелая черепно-мозговая травма» (ТЧМТ). Структура диагноза пострадавших представлена в нижеследующей таблице №1. Средний возраст пострадавших составил 45 ± 2 лет, из них 87,1% - мужчин, 12,9% - женщин. Время пребывания в стационаре — от 40 мин до 17 суток (в среднем $11,3 \pm 5,5$ сут). Уровень сознания по шкале ком Глазго (ШКГ) при поступлении составил 7 ± 1 балл.

Сочетанная травма грудной клетки имела у 2 пациентов, травма живота - у 3 пациентов, скелетная травма — у 6 больных. Первичная КТ выявила у 3 пациентов компрессию цистерн мозга, смещение срединных структур более 5 мм — у 20 пациентов, внутримозговые гематомы в объеме 25 – 100 мл (эвакуированные хирургически). Резекционно-декомпрессионная трепанация черепа выполнена у всех пациентов в течение первых суток после поступления. Алкоголемия имела место в 21% наблюдений, причем содержание этанола в крови варьировало от 1,2 до 2,5‰. Аспирация дыхательных путей отмечалась у 44% пострадавших, шок травматический и геморрагический у 34,3% пациентов с ТЧМТ. Все пациенты были интубированы и находились на ИВЛ.



Таблица №1.

Структура диагноза поступивших и погибших больных

Диагноз	Поступило		Умерло	
	Мужчин	Женщин	Мужчин	Женщин
ЗЧМТ изолированные	39	4	5	
ОЧМТ изолированные	19	1	9	-
Сочетанные ОЧМТ	1	3	1	-
Сочетанные ЗЧМТ	2	1	-	-
Итого	61	9	15	-
Всего	70		15	

Примечание: ЗЧМТ – закрытая ЧМТ, ОЧМТ открытая ЧМТ

ИВЛ проводилась в течение 5-15 суток, средняя продолжительность ИВЛ составила 120 ± 90 часов. У 23 пациентов по показаниям была проведена трахеостомия.

Из 70 пострадавших в различные сроки от момента получения травмы умерло 15 больных (таблица №1). Все умершие были распределены на 3 группы в зависимости от срока смерти: 1 группа (7 пациентов) – до суток, 2 группа (6 больных) – 3 - 7 суток, 3 группа (2 пациентов) – свыше 7 суток.

Полученные при исследовании результаты были обработаны методами математической статистики с использованием таблиц сопряженности.

Результаты и их обсуждение.

Возраст пострадавших колебался в широких пределах: от 18 до 75 лет, средний возраст пострадавших составил 45 ± 2 года (таблица 1). Из 70 пациентов мужчин было 61 (87,1%), женщин - 9 (12,9%).

В 48,3% случаях ЧМТ была связана с ДТП - водитель, в 13,3% - ДТП – пешеход, в 18,2% — с высотной травмой, в 15,5% случаев травма носила бытовой характер и в 4,7% случаев — травма получена при невыясненных обстоятельствах.

На КТ, проведенных при поступлении в клинику, отмечено 90% случаев внутри черепной гематомы. Из них 45% субдуральная гематома, 35% субарахноидальное кровоизлияние (САК), 10% - внутри желудочковые кровоизлияния. У половины пациентов было более 1 изменения. У 32% пациентов выявлено смещение срединных структур после трав-

мы. 90% пострадавших были прооперированы по поводу хирургической эвакуации гематомы. Уровень сознания пострадавших при поступлении по ШКТ составил $7,1 \pm 1,3$ балла.

Из 70 пострадавших в различные сроки от момента получения травмы умерло 15 больных. Летальность составила 21,4%, все погибшие мужчины.

Среднее количество дней до их смерти составило 3 ± 1 суток. Из 15 погибших в первые сутки умерло 7 (46,7%) пострадавших, в течение первой недели погибло 6 (40%) пациентов, в более поздние сроки скончалось еще 2 больных (13,3%).

Распределение пострадавших в зависимости от основных причин смерти представлено следующим образом: 8 случаев — отек и дислокация головного мозга; у 5 пострадавших причиной смерти явились шок (травматический и/или геморрагический); у 2 пациентов — гнойно-септические осложнения. У пострадавших, умерших от инфекционных осложнений основной причиной смерти была пневмония, развившаяся на фоне полиорганной недостаточности. Среднее время нахождения этих пациентов в стационаре составило $12,6 \pm 5,2$ сут.

Непосредственной причиной смерти могли быть несколько осложнений или патологических состояний у одного и того же пациента. При более детальном рассмотрении непосредственные причины смерти пострадавших с ТЧМТ в различные периоды травматической болезни резко отличались.

Так, у пациентов 1-й группы (средний возраст

Таблица 2.

Возрастная структура и исходы пациентов с ТЧМТ

Возраст	Поступило	Выжило	Умерло
70+	4 (5,7%)	3	1 (25%)
61-70	6 (8,57%)	6	-
41-60	30 (42,8%)	22	8 (26,7%)
26-40	22 (31,4%)	18	4 (18%)
До 25	8 (11,4%)	6	2 (25%)
Всего	70	55	15 (21,4%)



пациентов $50,2 \pm 3,4$, среднее время пребывания в стационаре составило $18,7 \pm 5,5$ ч; ШКТ при поступлении 5 ± 2 балла) непосредственной причиной смерти явился отек головного мозга вследствие его ушиба (6 наблюдений) или же крупных подбололочных кровоизлияний, сопровождавшихся дислокацией мозга (4 наблюдений).

Пострадавшие с наиболее тяжелой черепно-мозговой травмой умирают в течение первых трех суток от нарастающего отека и дислокации головного мозга, на фоне перенесенного шока и кровопотери. Таким образом, в ранний посттравматический период доминируют явления отека мозга, компрессия вещества мозга субдуральными гематомами. Определенную лепту в танатогенез внесли заболевания, имевшиеся у больных до получения травмы, так называемая «фоновая патология», которая в данной группе включала артериальную гипертензию в 3 случаях, ишемическую болезнь сердца у 2 пациентов, сахарный диабет 2 типа в 2 случаях и ожирение у 4 пациентов.

Среднее время пребывания в стационаре пациентов второй группы составило $45,6 \pm 15,9$ ч; (средний возраст $44,83,2$ лет, ШКТ при поступлении

7 ± 3 балла). В этой группе наблюдается присоединение пневмонии. В качестве облигатного фона для развития пневмонии выступает респираторный дистресс-синдром и аспирационный синдром.

На более поздних сроках посттравматического периода ТЧМТ (среднее время пребывания в стационаре пациентов этой группы — $249,6 \pm 34,7$ ч, средний возраст — $45,5 \pm 3,1$ лет, ШКТ при поступлении 8 ± 1 балла) септические осложнения играли ключевую роль в неблагоприятном исходе. Основной причиной гибели пострадавших на этих сроках госпитализации чаще всего являлась полиорганная недостаточность и эндотоксикоз.

Таким образом, при наступлении смерти от ЧМТ в сроки до 1-х суток, непосредственной причиной смерти пострадавших являются отек мозга и его набухание, вызванные ушибом мозга тяжелой степени, либо нарастающими подбололочными гематомами, приводящие к дислокации мозга и возникновению смертельных вторичных кровоизлияний в стволовую часть мозга. В течение первой недели посттравматического периода происходит смена механизма смерти с мозгового на легочный, вследствие развития вторичных воспалительных процессов в легких.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Сабилов Д. М., Росстальная А. Л., Махмудов М. А. Эпидемиологические особенности черепно-мозгового травматизма // Вестник экстренной медицины. 2019. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/epidemiologicheskie-osobennosti-cherepno-mozgovogo-travmatizma>

Сабилов Д. М., Хашимова Д. Х., Акалаев Р. Н., Красненкова М. Б., Росстальная А. Л., Залялова З. С., Дадаев Х. Х. Анализ причин летальности больных с тяжелыми черепно-мозговыми травмами // Вестник экстренной медицины. 2011. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-prichin-letalnosti-bolnyh-s-tyazhelymi-cherepno-mozgovymi-travmami>

Allen BC, Cummer E, Sarma AK. Traumatic Brain Injury in Select Low- and Middle-Income Countries: A Narrative Review of the Literature. *J Neurotrauma*. 2023 Apr;40(7-8):602-619.

Barcenas LK, Appenteng R, Sakita F, O'Leary P, Rice H, Mmbaga BT, Vissoci JRN, Staton CA. The epidemiology of pediatric traumatic brain injury presenting at a referral center in Moshi, Tanzania. *PLoS One*. 2022 Oct 5;17(10):e0273991.

Daugherty J., Sarmiento K., Waltzman D., Xu L. Traumatic Brain Injury—Related Hospitalizations and Deaths in Urban and Rural Counties—2017 *Ann Emerg Med*. 2022 March; 79(3): 288–296.e1.

Dewan MC, Rattani A, Gupta S, Baticulon RE, Hung YC, Punchak M, Agrawal A, Adeleye AO, Shrivastava MG, Rubiano AM, Rosenfeld JV, Park KB. Estimating the global incidence of traumatic brain injury. *J Neurosurg*. 2018 Apr 27;130(4):1080-1097.

Koome G, Thuita F, Egondi T, Atela M. Association between traumatic brain injury (TBI) patterns and mortality: a retrospective case-control study. *F1000Res*. 2021 Aug 11;10:795.

Majdan M, Plancikova D, Maas A, Polinder S, Feigin V, Theadom A, Rusnak M, Brazinova A, Haagsma J. Years of life lost due to traumatic brain injury in Europe: A cross-sectional analysis of 16 countries. *PLoS Med*. 2017 Jul 11;14(7):e1002331.

Möller A, Hunter L, Kurland L, et al. The association between hospital arrival time, transport method, prehospital time intervals, and in-hospital mortality in trauma patients presenting to Khayelitsha Hospital, Cape Town. *African J Emerg Med*. 2018;8(3):89–94

Oliver GJ, Walter DP, Redmond AD: Are prehospital deaths from trauma and accidental injury preventable? A direct historical comparison to assess what has changed in two decades. *Injury*. 2017;48(5):978–984.

Tansley G, Schuurman N, Amram O, et al. : Spatial access to emergency services in low- and middle-income countries: A GIS-based analysis. *PLoS One*. 2015;10(11):1–12. 10.1371/journal.pone.0141113 –

Taylor CA, Bell JM, Breiding MJ, Xu L. Traumatic Brain Injury-Related Emergency Department Visits, Hospitalizations, and Deaths - United States, 2007 and 2013. *MMWR Surveill Summ*. 2017 Mar 17;66(9):1-16.



Tropeano MP, Spaggiari R, Ileyassoff H, Park KB, Kolias AG, Hutchinson PJ, Servadei F. A comparison of publication to TBI burden ratio of low- and middle-income countries versus high-income countries: how can we improve worldwide care of TBI? *Neurosurg Focus*. 2019 Nov 1;47(5):E5.

Watanabe T, Kawai Y, Iwamura A, Maegawa N, Fukushima H, Okuchi K. Outcomes after Traumatic Brain Injury with Concomitant Severe Extracranial Injuries. *Neurol Med Chir (Tokyo)*. 2018 Sep 15;58(9):393-399. doi: 10.2176/nmc.oa.2018-0116. Epub 2018 Aug 11.

Wesson HKH, Boikhutso N, Bachani AM, et al. : The cost of injury and trauma care in low- and middle-income countries: a review of economic evidence. *Health Policy Plan*. 2014;29(6):795–808.

World Health Organization W. WHO: Road traffic injuries. World Health Organisation. 2016. Reference Source

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕВРОПАТИЕЙ

Каримова Нигина Юсуфовна

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан

АННОТАЦИЯ

Сахарный диабет занимает одно из ведущих мест среди неинфекционных заболеваний человечества. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), во всем мире сахарным диабетом страдает более 40 млн человек (1-4 % населения), а в возрасте 65 лет и старше — 7-10 %. Факторами риска развития СД являются ожирение, низкая физическая активность, гиперлипидемия (аномально повышенный уровень липидов), артериальная гипертензия, пониженная толерантность к глюкозе, наследственность по сахарному диабету, гестационный СД в анамнезе.

Ключевые слова. Сахарный диабет, иммунологические, цитогенетические, гематологические методы, мультисистемы, гиперлипидемия, артериальная гипертензия, гипералгезия.

АННОТАЦИЯ

Диабетик полинейропатия инсониятнинг юкуми бўлмаган касалликлари орасида етакчи ўринлардан бирини эгаллайди. Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, 40 миллиондан ортиқ киши (аҳолининг 1-4%) дунё бўйлаб диабет азият ва 7-10% кекса 65 йил ва катта инсонлар ташкил этади. Қандли диабет учун хавф омиллари бўлмиш семириш, паст жисмоний фаоллик, гиперлипидемия (липид даражасининг ғайритабиий кўтарилиши), гипертония, глюкоза бардошлигининг пасайиши, қандли диабет учун ирсият ва ҳомиладорликдаги ўзгаришлар бўлиб ҳисобланади.

Калит сўзлар. Қандли диабет, иммунологик, цитогенетик, гематологик усуллар, мультисистемалар, гиперлипидемия, гипертония, гипералгезия.

ABSTRACT

Diabetic polyneuropathy occupies one of the leading places among non-infectious diseases of mankind. According to the World Health Organization (who), more than 40 million people (1-4% of the population) suffer from diabetes around the world and 7-10% are aged 65 years and older people. Risk factors for diabetes are obesity, low physical activity, hyperlipidemia (abnormal increase in lipid levels), hypertension, decreased glucose tolerance, heredity for diabetes, and changes in pregnancy.

Keywords. Diabetes mellitus, immunological, cytogenetic, hematological methods, multisystems, hyperlipidemia, hypertension, hyperalgesia.

Диабетическая полинейропатия (ДПН) — осложнение сахарного диабета, характеризующееся прогрессирующей гибелью нервных волокон, приводящей к потере чувствительности и развитию язв стопы [2,5].

Сахарный диабет (СД) занимает одно из ведущих мест среди неинфекционных заболеваний человечества. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), во всем мире сахарным диабетом страдает более 40 млн человек (1-4 % населения), а в возрасте 65 лет и старше — 7-10 % [1]. Факторами риска развития СД являются ожирение, низкая физическая активность, гиперлипидемия (аномально повышенный уровень липидов), артериальная гипертензия, пониженная толерантность к глюкозе, наследственность по сахарному диабету, гестационный СД в анамнезе.

Повышенный уровень сахара в крови вызывает поражение периферической нервной системы, которое проявляется в виде развития диабетической нейропатии. Первоначально повреждению подвергаются в основном длинные нервные волокна, обеспечивающие иннервацию (связь с центральной нервной си-

стемой) дистальных отделов нижних конечностей, т. к. они особенно чувствительные. Этим объясняется клиническая картина преимущественного поражения стоп. В дальнейшем в патологический процесс вовлекаются двигательные нервные волокна, нервные волокна, отвечающие за иннервацию внутренних органов, с чем связана мультисистемность поражения при СД.

Как правило, выраженность ДПН нарастает с увеличением степени и длительности гипергликемии (повышенного уровня глюкозы в крови). От появления первых симптомов заболевания до развития полинейропатии может пройти от 1 года до 25 лет, а в некоторых случаях диабетическая полинейропатия может быть первым клиническим проявлением сахарного диабета [3,8].

Среди всех видов полинейропатий на диабетическую приходится около 30 % случаев. У больных с ДПН не только снижается качество жизни, но и повышается риск развития такого осложнения, как язвенные дефекты стоп. Клинически у каждого второго пациента с сахарным диабетом выявляются симптомы



полинейропатии. При проведении инструментального обследования, в ходе которого определяется функциональное состояние мышц и периферических нервов (электронейромиография), признаки поражения нервов встречаются у 9 из 10 больных СД [4].

В большинстве случаев сахарный диабет является непосредственной причиной развития диабетической полинейропатии. Однако существует ряд патологических состояний, которые повышают вероятность развития как СД, так и ДПН в последующем. К таким патологическим состояниям относятся:

- нарушение обмена глюкозы (генетически обусловленная повышенная устойчивость тканей к инсулину, хроническое воспаление любой локализации, которое ведёт к нарушению клеточного обмена);
- поражение сосудов атеросклеротическими или системными заболеваниями.
- Увеличивают вероятность развития осложнений в виде диабетической полинейропатии наличие у больных СД предрасполагающих факторов, таких как артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, повышенный индекс массы тела, курение, злоупотребление алкоголем.

В свою очередь, особенности клинического развития и течения ДПН как по локализации, так и по скорости поражения, может указывать на генетическую предрасположенность к данному осложнению, так как у некоторых пациентов, несмотря на длительный стаж болезни, не выявляются признаки поражения периферической нервной системы [3,6].

При обнаружении схожих симптомов проконсультируйтесь у врача. Не занимайтесь самолечением – это опасно для вашего здоровья!

Симптомы диабетической полинейропатии.

Среди всех форм диабетической полинейропатии чаще всего встречается хроническая дистальная сенсомоторная полинейропатия (поражение чувствительных и двигательных нервных волокон верхних и/или нижних конечностей). Её развитие зависит от типа СД: в случае инсулинозависимого сахарного диабета 1 типа симптомы могут развиваться через несколько лет после начала заболевания, тогда как при инсулиннезависимом сахарном диабете 2 типа клинические признаки полинейропатии могут быть первым проявлением СД [5].

На ранних стадиях развития ДПН больные могут жаловаться на чувство онемения, покалывания, “ползания мурашек” (парестезии), жгучие, стреляющие, режущие боли в ногах, которые усиливаются во второй половине дня и часто являются причиной нарушения сна.

На более поздних стадиях болезни в патологический процесс вовлекаются тонкие нервные волокна, что проявляется возникновением гипералгезии или аллодинии. Гипералгезия характеризуется повышенной чувствительностью к боли от раздражителей, которые у здорового человека вызывают небольшую

болевую реакцию (например, укол тупой иглой). Аллодиния — появление болевых ощущений в ответ на раздражение, которое в норме ими не сопровождается (прикосновение одеяла, кусочка ваты, кисточки).

Распространение клинических симптомов относительно симметрично, характерно начало с пальцев стоп по типу “носков” и по направлению снизу вверх. Вовлечение верхних конечностей отмечается на более поздних стадиях. Нарушение чувствительности рук распространяется по той же схеме, что и в нижних конечностях: снизу вверх, принимая вид “перчаток”. Наравне с нарушениями чувствительности при осмотре можно обнаружить снижение или выпадение сухожильных рефлексов, вначале дистальных (ахилловых) при проверке реакции подошвенного сгибания стопы на удар молоточком, затем коленных.

Со временем при прогрессировании диабетической полинейропатии появляются двигательные нарушения, такие как слабость и атрофия мышц. У некоторых больных на поздних стадиях характерным симптомом является паралич разгибателей стоп, в результате чего они не могут встать на пятки, а во время ходьбы выявляется патологическая походка — степпаж (при степпаже больной высоко поднимает ногу, выбрасывает её вперед и резко опускает). Скорость и вероятность развития двигательных симптомов зависит от множества факторов: как от контроля гликемии, так и от сопутствующих патологий (упомянутые ранее артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, курение, злоупотребление алкоголем).

Если у больного отмечаются резкие колебания уровня гликемии, например, при декомпенсации сахарного диабета или при резкой нормализации уровня глюкозы крови в начале лечения, может развиваться острая сенсорная полинейропатия (проявляется нарушением чувствительности). Среди основных остро развивающихся симптомов характерно появление интенсивных жгучих болей в стопах, ощущений “прострелов”, “удара ножом или током”, которые распространяются до уровня голеней, реже — бёдер. На фоне выраженного болевого синдрома нарушение чувствительности и двигательные симптомы практически никогда не выявляются. Снижение сухожильных рефлексов и атрофия мышц не характерны.

Хроническая диабетическая полинейропатия характеризуется необратимым прогрессирующим течением, а острая полинейропатия является обратимым состоянием, при котором болевой синдром с течением времени купируется [3,5].

Патогенез диабетической полинейропатии

В развитии диабетической полинейропатии принято выделять несколько патогенетических механизмов. Основным фактором, запускающим каскад патологических реакций, является гипергликемия, которая, в свою очередь, провоцирует многообразные обменные нарушения.

Одной из основных теорий развития полинейро-



патии является метаболическая. Она основана на механизме недостатка инсулина, абсолютного или относительного, и развивающейся на фоне этого гипергликемии. Ферменты, участвующие в окислении глюкозы, истощаются, активность их снижается, в результате чего происходит активация альтернативных путей её метаболизма. Происходит накопление токсических продуктов, которые обладают высокой осмотической (всасывающей) активностью, вызывается чрезмерная клеточная гидратация (избыточное содержание воды в организме) и гибель клеток.

Другие важные патологические механизмы:

Образование свободнорадикальных форм кислорода и развитие оксидативного стресса. Оксидативный стресс заключается в образовании недоокисленных продуктов обмена, которые агрессивно действуют на окружающие клетки и ткани, вызывая совокупность патологических реакций и гибель клеточных структур.

Развитие дефицита эндотелиального релаксирующего фактора (NO), который ответственен за расслабление гладких мышц сосудов. Все это приводит к разрушению структур биологических мембран, нарушению микроциркуляции и функций нервов.

Развитие диабетической микроангиопатии (поражения мелких кровеносных сосудов) лежит в основе сосудистой теории ДПН. Основную роль в патогенетическом механизме её развития занимает накопление липопропротеидов низкой плотности (ЛПНП, т. н. "плохого" холестерина) в сосудистой стенке и последующая активизация перекисного окисления липидов с увеличением образования свободных радикалов. Как следствие, происходят патологические изменения сосудов, питающих периферические нервы (*vasa nervorum*). Нарушается структура и функция эндоневральных капилляров, развивается ишемия (снижение кровообращения) нерва [6,8].

Доказана двусторонняя связь между СД и пародонтизом. У большинства больных СД развиваются заболевания пародонта, в 10% случаев у пациентов с патологией пародонта выявляется СД. Модель взаи-

модействия, описанная Grossi S.G. и Genco R.J., 1998, заключается в следующем. При неконтролируемом СД повышается циркуляция в крови маркеров системного воспаления (С-реактивный белок, фибриноген, цитокины и др.), нарушается иммунный ответ и способность тканей к репарации. Развивающиеся воспалительные заболевания пародонта быстро прогрессируют, приводят к потере зубов. В свою очередь, тяжелые заболевания пародонта затрудняют гликемический контроль и увеличивают тяжесть течения СД [1,5,8].

Заболевания пародонта у больных СД характеризуются тяжелым течением. В возрасте 12-18 лет отмечается прогрессирование гингивита, потеря прикрепления десны, развитие пародонтита. В 15-19 лет 27% подростков имеют агрессивный пародонтит [3, 8].

По сравнению с пациентами, не страдающими диабетом, взрослые при СД-1 и СД-2 имеют более выраженную клинику заболеваний пародонта: большая протяженность воспаления; в 3 раза чаще наблюдается потеря прикрепления десны к кости, развитие пародонтита; увеличена глубина пародонтальных карманов; больше деструкция альвеолярной кости; больше потерянных зубов [2,5,7].

Заболевания пародонта при СД в свою очередь способствуют постоянно плохому контролю гликемии, развитию системного воспаления, повышению вероятности субклинического атеросклероза и поражений коронарных сосудов сердца, увеличению риска инфаркта и инсульта, смертности от ИБС и нефропатии.

У больных СД нередко не сформированы профилактические привычки: 90% подростков чистят зубы раз в день, 60% не применяют флоссинг [26, 27]; взрослые 40-70 лет в 54% случаев чистят зубы один раз, 77% не знают свой уровень HbA1, 42% имеют избыточный вес, 32% — ожирение [28]. Все это способствует ухудшению течения и СД, и воспалительных заболеваний пародонта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы: руководство для врачей. — М.: Медпресс-информ, 2015. — 351 с.
2. Нестерова М.В., Галкин В.В. Патогенез, классификация, клиника и лечение диабетической полинейропатии // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — 2013. — №2. — С. 97-105.
3. Левин О.С., Штульман Д.Р. Неврология: справочник практического врача. — М.: Медпресс-информ, 2014. — 1016 с.
4. Садырин А.В., Карпова М.И., Долганов М.В. Диабетическая полинейропатия: вопросы патогенеза и возможности лечения // РМЖ. — 2016. — № 1. — С. 47-50.
5. Старостина Е.Г. Диабетическая полинейропатия. Некоторые вопросы дифференциальной диагностики и системной терапии болевого синдрома // РМЖ. — 2017. — № 22. — С. 1665-1676.
6. Sharipova Gulnihol Idiyevna. DISCUSSION OF RESULTS OF PERSONAL STUDIES IN THE USE OF MIL THERAPY IN THE TREATMENT OF TRAUMA TO THE ORAL MUCOSA// European Journal of Molecular medicine volume 2, No.2, March 2022 Published by ejournals PVT LTDDOI prefix: 10.52325 Issued Bimonthly Requirements for the authors.



7. Sharipova Gulnihol Idiyevna. THE EFFECTIVENESS OF THE USE OF MAGNETIC-INFRARED-LASER THERAPY IN TRAUMATIC INJURIES OF ORAL TISSUES IN PRESCHOOL CHILDREN//Academic leadership. ISSN 1533-7812 Vol:21Issue 1

8. Karshiyeva D.R.,The Importance of Water Quality and Quantity in Strengthening the Health and Living Conditions of the Population//CENTRAL ASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES. Voleme: 02 Issue: 05I Oct 28 2021 Page 399-402

9. Karshiyeva D.R.,The Role Of Human Healthy And Safe Lifestyle In The Period Of Global Pandemic-Covid 19// The American Journal of Applied Sciences.Voleme: 02 Issue: 11-15I November 28, 2020 ISSN: 2689-0992. Page 78-81

10. Karshieva Dilovar Rustamovna. THE EFFECT OF TOBACCO SMOKING ON THE ORGANS AND TISSUES OF THE ORAL CAVITY // World Bulletin of Public Health (WBPH) Volume-19, February 2023 ISSN: 2749-3644

ЗНАЧЕНИЕ ВАКЦИНАЦИИ ПРИ НІВ ИНФЕКЦИИ

Маматкулова Махбубахан Тоджиалиевна

Ферганский медицинский институт общественного здравоохранения,
Фергана, Узбекистан

АННОТАЦИЯ:

Изучение гемофильной инфекции (инфекции, вызываемой бактериями *Haemophilus influenzae*) остаётся актуальным, так как понимание распространения и динамики гемофильной инфекции помогает разрабатывать стратегии контроля и профилактики, в том числе вакцинацию и общественные меры по предотвращению распространения данной инфекции. Кроме того, общеизвестно что, гемофильная инфекция может приводить к серьёзным заболеваниям, таким как менингит, пневмония, сепсис и другие инфекции. Изучение биологии и эпидемиологии этой инфекции помогает улучшить диагностику, лечение и профилактику этих заболеваний.

Ключевые слова: гемофильная инфекция, бактерия, менингит, ларингит, сепсис, пневмония, отит, вакцина, доза, дети

Гемофильная инфекция является причиной заболеваний такие как, пневмония, острые респираторные заболевания, бронхит, менингит, сепсис, которые вызывает гемофильная палочка — *Haemophilus influenzae* типа b. *Haemophilus influenzae* типа b относится к бактериальному роду *Haemophilus* и семейству Pasteurellaceae. Эта бактерия является грамотрицательной коккобациллой, которая имеет форму кокка, но может также принимать форму палочки. Род *Haemophilus* характеризуется тем, что он обычно требует ростовой среды, богатой факторами роста, такими как гемин - фактор V и кофактор NAD - фактор X. Штаммы *Haemophilus influenzae* типа b представляют различные варианты этой бактерии, которые могут различаться по своим характеристикам, таким как вирулентность, антигенная структура и чувствительность к антибиотикам. Некоторые штаммы Hib могут быть более вирулентными, то есть способными вызывать более тяжелые формы болезни, чем другие. Есть 2 формы этой бактерии – с оболочкой - инкапсулированная или без оболочки – неинкапсулированная (1,2). Обе формы бактерии могут находиться в носоглотке и вызывать заболевания. Неинкапсулированные штаммы вызывают средний отит и синусит. Инкапсулированные штаммы становятся причиной более тяжелых инфекций такие как пневмонии, менингиты, в том числе со вторжением в кровоток (1-3). Инкапсулированные штаммы гемофильной бактерии отличаются по химическому составу внешней капсулы. В соответствии со строением этой капсулы в настоящее время известно о существовании шести серотипов гемофильной бактерии: типы a, b, c, d, e, f. *Haemophilus influenzae* типа b обладает полисахаридной капсулой, которая является основным внешним антигеном, вызывающим иммунный ответ. Различные штаммы могут иметь разные структуры капсулы, что может влиять на их способность вызывать болезнь и взаимодействие с иммунной системой. Кроме того, некоторые штаммы Hib могут быть устойчивы к определенным антибиотикам из-за развития механизмов резистентности. Это может затруднить лечение инфекций, вызванных этими штам-

мами, и требует использования более широкого спектра антибиотиков. Различные штаммы Hib могут иметь разные генетические характеристики, такие как наличие или отсутствие определенных генов, что также может влиять на их патогенез, вирулентность и другие свойства. Изучение разнообразия штаммов Hib важно для понимания патогенеза инфекций, разработки вакцин и стратегий лечения. Системы молекулярной типизации и анализа геномов используются для классификации и изучения различных штаммов этой бактерии. Бактерия распространена повсеместно. Ее носителями являются до 40% детей в возрасте до 5 лет и около 5% взрослых. Патогенез инфекции, вызванной *Haemophilus influenzae* типа b, включает несколько важных этапов. На первом этапе бактерии Hib входят в организм через дыхательные пути, чаще всего через аэрозоли, распространяемые воздушно-капельным путем при кашле или чихании инфицированного человека. Они прикрепляются к эпителиальным клеткам дыхательных путей, обычно в верхних дыхательных путях, используя фимбрии и другие адгезины. После прикрепления к эпителиальным клеткам бактерии Hib могут инвазировать ткани. Они могут проникать в эпителиальные клетки и распространяться через кровеносное русло, инфицируя другие органы и ткани. На следующем этапе инфекция Hib активирует иммунную систему организма, что приводит к выработке воспалительных цитокинов и мобилизации иммунных клеток для борьбы с инфекцией. Hib может вызывать различные заболевания в зависимости от места инфекции. Например, инфекция может привести к менингиту, пневмонии, ларингиту и другим тяжелым инфекциям. Инфекция Hib может привести к опасным для жизни осложнениям, таким как повреждение мозга при менингите, острой респираторной недостаточности при ларингите. Некоторые осложнения могут быть фатальными, особенно у детей. Hib обладает особой защитной капсулой, делающей эту бактерию «невидимой» для иммунных клеток, что препятствует формированию эффективного и долгосрочного иммунитета к ней. Бактерия Hib покрыта защитной капсулой из



особого полисахарида, молекула которого слишком проста, чтобы на нее могли реагировать Т-лимфоциты. По этой причине формирование иммунитета происходит «вполсилы», без участия Т-клеток, что приводит к выработке недостаточных для защиты концентраций антител у детей в возрасте до 5 лет. У детей 6 лет и взрослых продуцирующие антитела клетки уже способны формировать адекватный иммунитет самостоятельно, без помощи Т-лимфоцитов. Гемофильная палочка обладает высокой устойчивостью к антибиотикам, что делает лечение Hib-инфекции крайне затруднительным даже при использовании самых современных и дорогостоящих препаратов. Лечение также затрудняется тем, что в Узбекистане отсутствуют доступные тест-системы для диагностики и определения чувствительности к антибиотикам. Это является причиной того, что Hib-инфекция в Узбекистане выходит на лидирующие позиции в детской заболеваемости и смертности, вызывая не менее трети случаев острых респираторных заболеваний, до 25% случаев воспаления легких, до 55% менингитов и около 20% отитов у детей в возрасте до 5 лет. Единственным способом надежно защититься от Hib-инфекции является вакцинация. К общим профилактическим мерам относятся выявление групп и факторов риска и устранения для предотвращения возникновения заболеваемости. Факторами, на основе которых выделяют группы риска по Hib-инфекции, и, соответственно, группы для первоочередной вакцинации, являются: дети с искусственным вскармливанием. Среди таких детей регистрируется повышенная заболеваемость, что связано, с отсутствием в заменителях материнского молока дополнительных факторов защиты от гемофильной инфекции. Факторами риска, может быть, контакт носителями в организованных коллективах. Посещение детских дошкольных учреждений таких как, ясли, детские сады имеет важным этапом при развитии коллективного иммунитета, но для этого нужно обязательно привить всех посещающих детей организованный коллектив. Наличие в семье детей школьного возраста — дети старше 5 лет могут являться носителями и источниками Hib для своих младших братьев и сестер, однако при этом они меньше подвержены инфекции в силу более полного развития иммунной системы. Наличие хронических заболеваний (иммунодефициты и иммунодефицитные состояния, частые ОРЗ, болезни сердца и легких, болезни крови, сахарный диабет) Hib инфекции. Прививка против Hib-инфекции также показана некоторым категориям детей старше 5 лет и взрослых. Так, в частности, в США рекомендовано однократно прививать ранее непривитых больных серповидно-клеточной анемией, аспленией, больных с иммунодефицитами (в частности, вызванным СПИД, дефицитом IgG2), больных с иммуносупрессией после химиотерапии. Первая вакцина на основе чистого полисахарида

капсулы Hib (PRP) появилась в 1985 году. Она позволяла частично защищать детей только с возраста 18 месяцев и, поскольку ее основной антиген так и оставался неполноценным, то есть Т-лимфоциты так и не задействовались, ревакцинация этой вакциной не приводила к усилению иммунитета. Тогда был впервые применен новый способ создания вакцин на основе неполноценных антигенов — химическое соединение (конъюгирование) таких веществ с белками, что делало их полноценными антигенами. Первая такая вакцина на основе PRP и дифтерийного анатоксина (PRP-D) появилась в 1987 году. Однако и она не обеспечивала должной защиты у детей в возрасте до 1,5 лет. Были созданы и другие комбинации — на основе модифицированного дифтерийного анатоксина, одного из белков менингококка, однако все они имели недостатки. Оптимальные результаты были достигнуты с помощью комбинации PRP и столбнячного анатоксина (PRP-T), разработанной исследователями французской компании «Санофи Пастер» (ранее «Авентис Пастер»). Именно PRP-T-вакцина (Акт-ХИБ) позволила создавать надежный иммунитет к возрасту 6-12 мес., когда отмечается самая высокая частота ХИБ-менингита. Создание конъюгированных ХИБ-вакцин позволило комбинировать их с основными для календаря прививок АКДС-вакцинами, которые также вводятся дробно, с использованием эффекта ревакцинации. Появились и прочно вошли в календари прививок западных стран комбинированные вакцины, основанные на сочетании АКДС и ХИБ. Первая подобная многокомпонентная вакцина «ПентАкт-ХИБ» (АКДС+ИПВ+ХИБ) производства «Авентис Пастер» в 1992 г. была удостоена европейской премии Галена за вклад в развитие фармакологии. В Республике Узбекистан, на сегодняшний день использующаяся Hib-вакцина применяется в составе Пента вакцины (Pentaxim) от производителя французская компания Sanofi Pasteur S.A, с помощью которой вакцинируются дети 2,3,4 месячном периоде. Вакцина против Hib обычно содержит полисахаридную капсулу Hib, которая является основным внешним антигеном. Она может быть представлена в виде конъюгированной вакцины, где полисахаридная капсула Hib связана с белком-носителем. Это позволяет стимулировать более сильный и длительный иммунный ответ у детей младшего возраста. Вакцина против Hib широко признана как одна из самых эффективных вакцин, которые были разработаны. Её использование привело к значительному снижению числа заболеваний Hib, включая менингит, ларингит, пневмонию и другие инфекции, особенно у детей. Вакцина против Hib обычно рекомендуется включать в календарь прививок детей в младенческом возрасте. Обычно она вводится в нескольких дозах, начиная с 2 месяцев возраста, с последующими дозами в 3, 4 месяцев. Рекомендации по вакцинации могут варьироваться в разных странах в



зависимости от национальных программ иммунизации. Вакцина против Hib обычно хорошо переносится, и побочные эффекты редки. Обычно они сводятся к легким реакциям в месте прокола или кратковременным общим реакциям, таким как повышение температуры или раздражительность. Поскольку вакцина против Hib способствует формированию иммунитета, который защищает от инфекций, её эффекты могут сохраняться на протяжении продолжительного периода времени. Однако рекомендуется следовать рекомендованному графику повторных доз в соответствии с медицинскими рекомендациями.

С 1989 года, с момента появления эффективных конъюгированных вакцин, прививки против ХИБ стали проводиться по всему миру. В 1989 году массовая вакцинация началась в Финляндии и Исландии, в 1990 году — в США, с 1992 — в Великобритании, Дании и Норвегии. Исследования показали, что с

помощью плановой вакцинации в течение 3 лет удалось свести заболеваемость Hib к единичным случаям, что послужило дальнейшему распространению прививок против Hib.

Заключение: В настоящее время вакцинация против Hib введена в календари прививок всех развитых стран мира. Вакцинация против Hib рекомендована Всемирной организацией здравоохранения. Ожидается, что в ближайшее время ВОЗ введет прививки против Hib в рекомендуемый минимальный календарь вакцинации для развивающихся и даже отсталых стран мира, где потребность в этой вакцине будет обеспечиваться за счет гуманитарных организаций, в том числе ЮНИСЕФ. В республике Узбекистан вакцинация против Hib разрешена и рекомендована Минздравом УзРес с 2009 года. Охват вакцинации составляет 95% что, значительно снизило заболеваемость и инфицированность данной инфекцией.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. В. Венгерова. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 1104 с. (Серия «Национальные руководства»).
2. Всемирная организация здравоохранения. Документ по позиции ВОЗ в отношении вакцинации против гемофильной инфекции типа b (Hib). Еженедельный эпидемиологический бюллетень. 2013; 39: 413-428.
3. Специалисты о прививках. Гемофильная инфекция. <https://yaprivit.ru/diseases/gemofilnaya-infekciya/> (дата обращения: 28.04.2022).
4. Королева М. А., Грицай М. И. Эпидемиологические особенности менингита, вызванного гемофильной палочкой. Российский педиатрический журнал. 2020; 1: 100.
5. СанПиН 0239-07/4- иммунопрофилактика инфекционных заболеваний в Республике Узбекистан.
6. Всемирная организация здравоохранения. Достижение целей в области борьбы с менингитом на период до 2030 г: Глобальная дорожная карта. <https://www.who.int/immunization/research/development/DefeatingMeningitisRoadmap-RU.pdf>. Начало формы



FREQUENCY OF H. PYLORI INFECTION IN PATIENTS WITH FUNCTIONAL DYSPEPSIA AND CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS

Shadiyeva Sh.Sh., Ochilova D.A., Kamolova L.Y., Radjabova A.F.
Bukhara state medical institute, Bukhara, 200100, Uzbekistan

Abstract. To fulfill the objectives of the study, 230 patients aged 25 to 65 years with a diagnosis of functional dyspepsia and the presence of CGP were recruited. To compare the results of treatment, the patients were divided into 2 groups: main and comparative. As the main group, 124 patients with STP with FD were taken, who underwent a complex scheme of conservative periodontal treatment and eradication therapy. As a comparison group, 106 patients with STP with FD were taken, who underwent conventional periodontal treatment and eradication therapy. As a control group, 30 healthy individuals without FD and periodontitis were taken. Key words: H. Pylori, periodontitis, infection, oral cavity, functional dyspepsia, saliva.

Keywords: Helicobacter pylori, functional dyspepsia, periodontitis, CGP.

Introduction

The oral cavity, as the initial part of the digestive tract, takes on the main contact with microorganisms and toxic substances contained in food and in the inhaled air. The development of modern medicine has required a detailed study and identification of microorganisms in the oral cavity, since the microflora of the human oral cavity plays an important role in the formation of pathology not only in its habitat, but also in the occurrence of various somatic diseases [1]. The oral cavity is part of the gastrointestinal tract. The mucous membrane of the oral cavity and the digestive tract has a morphofunctional similarity[2]. The close relationship of these departments is carried out through anatomical, physiological, humoral communications. The oral mucosa contains receptors that serve as a powerful source of reflexes that affect the secretory and motor activity of the gastrointestinal tract [3].

Purpose of the study. To study inflammatory periodontal diseases in patients with functional dyspepsia, to develop a treatment algorithm, to evaluate the effectiveness of complex treatment for this group of patients.

Materials and methods

34 patients (14.7%) aged 25 to 34 years, 75 (32.6%) aged 35 to 44 years, 62 patients aged 45 to 54 years (27.0%), 59 (25.7%) of patients belonged to the age group from 55 to 65 years. The control group consisted

of 30 patients aged 25-35 years (without periodontitis). A total of 260 patients were examined during the study [4].

Figure 2. H. pylori infection rate

Notably, the HP infection rate was 71% (n=163). The fact that patients are highly infected with H. pylori bacteria, on the one hand, indicates that H. pylori plays a leading role in the formation and development of FD etiopathogenesis [5].

Periodontal status was determined on the basis of data from a comprehensive clinical examination: hygienic and periodontal condition in the oral cavity, the presence of bleeding, suppuration and tooth mobility, index values reflecting the depth of periodontal pockets, smoking and hereditary factors. taken into consideration [6]. The main criterion for determining the diagnosis of CGP was a violation of the gingival-tooth transition. Severity was determined based on the depth of periodontal pockets and the level of bone destruction. With a mild degree of CGP, the depth of periodontal pockets was up to 3 mm, and the x-ray picture confirmed the initial signs of destruction of the barriers between the teeth. At the average level of CGP, the depth of periodontal pockets varied from 3 to 5 mm; examination often revealed pathological tooth mobility of 1-2 level. In X-ray examination, the destruction of the barrier bone tissue between the cortical plate and the teeth was up to half the length of the root. Severe CGP was characterized by the

Table 1.

Age levels of patients during the study

Age	Observation groups (main and comparative)	
	Number of patients	%
25-34 years	34	14,7
35-44 years	75	32,6
45-54 years	62	27,0
55-65 years	59	25,7
Total	230	100

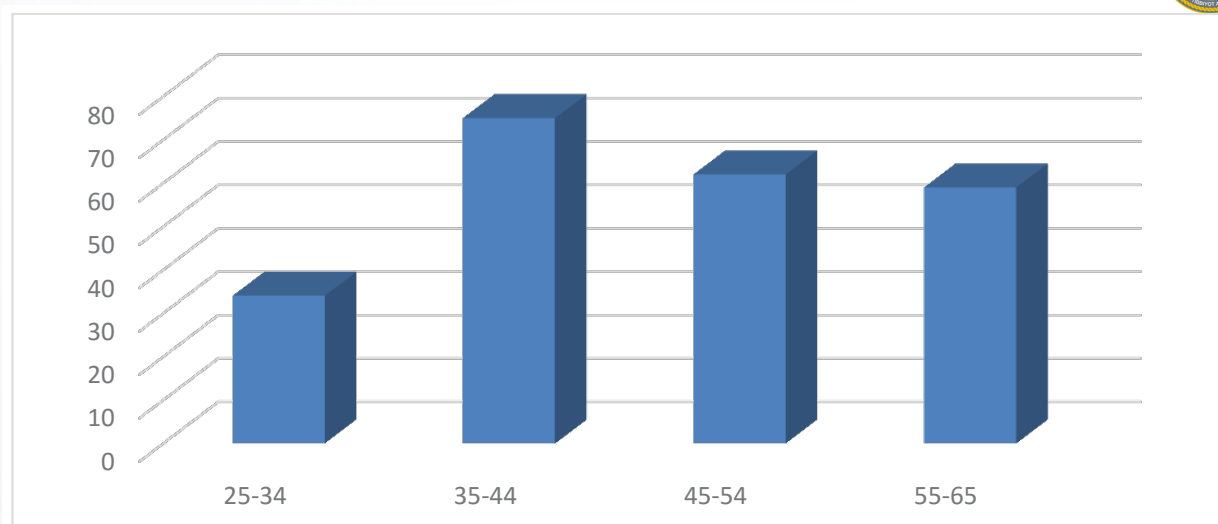
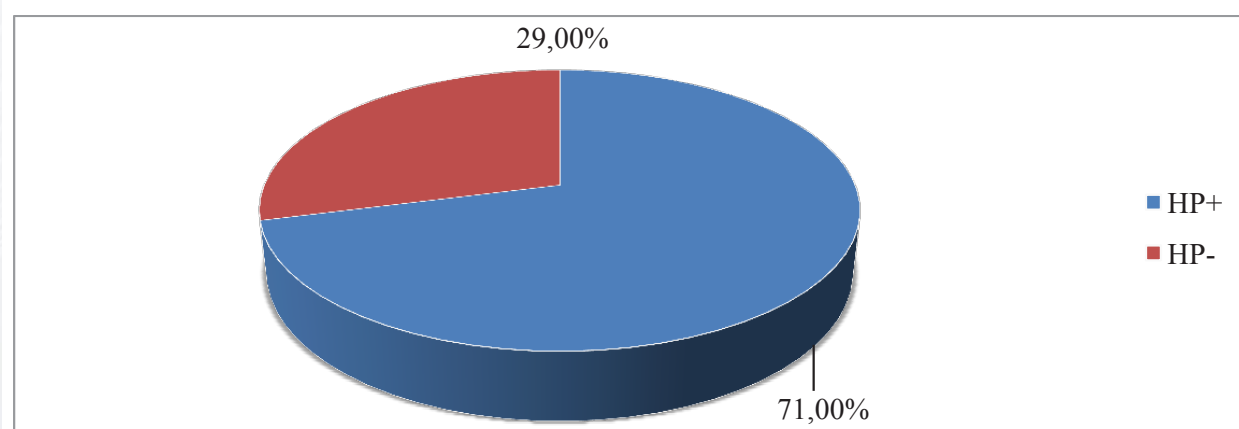


Figure 1. Age levels of patients during the study



All 230 patients were screened for *H. pylori* infection. The study showed a high prevalence of *H. pylori* - 71% (163 people) (Fig. 2.).

presence of periodontal pockets with a depth of 6 mm or more, pathological tooth mobility at levels 2-3, in which the destruction of bone tissue in the cortical plate and interdental barrier exceeded the length of the root[7]. We used the following criteria: - age; - gender; 1 - men; 2 - women; the degree of periodontal damage; - bleeding; - discharge of pus; - disclosure of the roots of the teeth; - pathological excitability of teeth; - loss of periodontal connection; - the degree of destruction of bone tissue; - loss of teeth; - the status of the gastrointestinal tract; FD - functional dyspepsia [8].

Breath test method with urea impregnated with ^{14}C isotope.

The ^{14}C breath test is a non-invasive diagnostic of *H. pylori* based on its ability to produce the enzyme urease. Under the action of urease in the stomach, ammonia and ^{14}C are broken down into absorbed carbon dioxide. Carbon dioxide enters the bloodstream and is excreted from the body through the lungs, and the amount of carbon in the exhaled air increases [9].

The principle of analysis. During the test, the patient takes the drug "Urea in capsules" (harmless to health,

contains ^{14}C). ^{14}C is a stable natural carbon isotope that is present in the human body and makes up about 1% of the total number of cells [10]. If *H. pylori* bacteria are present in the stomach, urea is hydrolyzed by the urease produced by these bacteria, and absorbed carbon dioxide ^{14}C is formed. Carbon dioxide containing the ^{14}C isotope is absorbed into the blood and excreted with exhaled air. After taking the capsule in patients with HP bacteria, the maximum release of $^{14}\text{CO}_2$ during exhalation is observed from 10 to 30 minutes and decreases by 15 minutes in terms of the half-life. About 10% of $^{14}\text{CO}_2$ is absorbed and then slowly excreted in the urine with a half-life of about 40 hours. If the patient does not have *H. pylori*, ^{14}C urea ingested with food is absorbed in the gastrointestinal tract and distributed in the extracellular and intracellular fluid. About 88% of urea is excreted in the urine within 3 days.

Samples are collected in sealed 50 ml glass vials (glass vials with hermetically sealed plastic caps) or polyethylene bags. Exhaled air samples were analyzed before and after ET. Using a scintillation counter (HUBT-20P *Helicobacter pylori* detector), an increase in ^{14}C in



Table 2

The frequency of detection of subjective and objective signs of periodontal disease in the main group and in the comparison group.

Subjective and objective signs of periodontal disease	GROUPS Main group			p
	Main group n=124 (%)	Comparison group, n=106 (%)	Control group, n=30 (%)	
Bleeding gums when brushing teeth	124 (100%)	89 (84,9)%	1 (3,3%)	p<0,05
Odor when taken orally	103 (83%)	66 (62,3%)	0	-
Taste disorder	118 (95,1%)	84 (79,2%)	0	-
gum swelling	107 (86,3%)	73 (68,8)%	1 (3,3%)	p<0,05
Reddening of the gums	103 (83%)	69 (65%)	1 (3,3%)	p<0,05
Subjective and objective signs of periodontal disease Bleeding gums when brushing teeth Odor when taken orally taste disorder gum swelling Reddening of the gums Presence of secretions from periodontal pockets Grinding individual teeth The presence of purulent discharge	83 (66,9%)	49 (46,2%)	0	-
Grinding individual teeth	72 (58%)	40 (37,7)%	0	-
The presence of purulent discharge	116 (93,5%)	96 (90,6%)	1 (3,3%)	p<0,05

exhaled air was recorded.

Note: p is the significance of the difference compared to the control group (p<0.05).

As can be seen from the data presented in Table 1, the subjective and objective symptoms of periodontal disease in the main group of patients with functional dyspepsia were statistically significantly higher compared to the control group, in which symptoms of functional dyspepsia were observed. It should be noted that the most common complaints were bleeding and swelling of the gums, change in taste, hyperemia of the gums and bad breath.

Figure 3. The frequency of detection of subjective and objective signs of periodontal disease in the study groups (before treatment)

When studying the subjective and objective symptoms of periodontal disease in the studied groups, a greater percentage of both groups revealed the presence of gingival separation, taste disturbance and bleeding from the gums when brushing teeth, mobility of individual teeth (58%), the presence of separation from periodontal pockets (67%), in the main group than in the comparison group. gingival edema (87%) and bad breath (83%) were more common. In the comparison group, the most common symptom was the presence of separation of teeth (91%), the least frequent was the mobility of individual teeth (37%) (Fig. 3).

Treatment includes teaching the patient about complete oral hygiene, removing plaque from the teeth,

using individual capsules that collect drugs as a topical treatment, using a 1% aqueous solution of metrogil and a suspension of klacid as a drug.

In the study, we set ourselves the task of evaluating the effectiveness of traditional periodontal and combined periodontal treatment in combination with the developed eradication, prokinetic and cytoprotective therapy (CT) in patients with inflammatory periodontal diseases and functional dyspepsia.

At terms of 2 weeks, 1.5 months, 3 months and 6 months, an analysis was made of the effectiveness of treatment of patients with inflammatory periodontal diseases using a combination of traditional methods in combination with eradication, prokinetic and cytoprotective therapy.

Before the start of eradication therapy, patients in the comparison group were removed with an ultrasonic scaler "Woodpecker" (China) and the following oral hygiene regimen was recommended during eradication therapy: brushing teeth 2 times a day, using a triclosan-containing rinse. "Healer" per day was recommended to rinse 2 times for 60 seconds.

In the main group of patients, supragingival and subgingival plaques were removed before gastroenterological treatment. Then, individual caps with reservoirs for collecting medicinal substances were made from "Soft-Tray #227" dental plates from "Ultradent" (USA) in a "Biostar" vacuum polymerizer (Germany).

In the main group of patients, the treatment of

Subjective symptoms of inflammatory diseases periodontal during treatment, (%).

Subjective and objective signs of periodontal disease	GROUPS		p
	Main group, n=124 (%)	Comparison group, n=106 (%)	
Bleeding gums when brushing teeth	2 (1,6%)	89 (84%)	p<0,05
Odor when taken orally	15 (12%)	67 (63,2%)	p<0,05
Taste disorder	10 (8%)	85 (80,2%)	p<0,05
gum swelling	4 (3,2%)	73 (68,8%)	p<0,05
Reddening of the gums	8 (6,4%)	70 (66%)	p<0,05
Presence of secretions from periodontal pockets	5 (4%)	50 (47,2%)	p<0,05
Mobility of individual teeth	7 (5,6%)	40 (37,7) %	p<0,05

Note: p is the significance of the difference in relation to the comparison group (p<0.05).

H.pylori with a local drug was started simultaneously with eradication therapy with the following drugs. Metrogil - 1% aqueous solution, 2 ml of the drug under the cap is applied to the mucous membrane of the alveolar septum 2 times a day for 30 minutes. The course of treatment is 7 days. Suspension of klacid, dissolved in 100 ml of boiled water, is applied to periodontal tissues, 2 ml 2 times a day for 30 minutes. The course of treatment is 7 days.

According to our data, as a result of research, 2 weeks after treatment, all patients subjectively noted the disappearance of odor when used in the mouth, they did

not feel pain, bleeding of the teeth significantly decreased when brushing their teeth and eating. After 3 and 6 months, there were no complaints about smell, pain and periodontal discomfort. The gums of the patient acquired a pinkish color, slightly moist. There were no signs of inflammatory processes.

Conclusion

Antibodies to H. pylori were found in 71% of patients in the main and comparison groups, and in both groups with functional dyspepsia, the highest percentage of dyspeptic symptoms of nausea and vomiting before treatment was noted.

REFERENCES

1. Yuldashova, R.U. (2022) Ways To Increase The Efficiency Of Ferrotherapy In Iron Deficiency Anemia Taking Into Account The Presence Of Helicobacteriosis. Journal of Pharmaceutical Negative Results, 13, DOI: 10.47750/pnr.2022.
2. Shadieva Sh.Sh. Changes in Gastroenterological Symptoms Depending on the Selected Treatment Scheme in Patients with Functional Dyspepsia, Inflammatory Diseases of the Periodontium // American Journal of Medicine and Medical Sciences - USA- 2022.
3. Shadieva Sh.Sh. Role of immune mechanisms in patients with inflammatory periodontal pathology // Chinese journal of industrial hygiene and occupational diseases - China2021.
4. Shadieva Sh.Sh. The Role of Helicobacter Infection in the Development of Functional Dyspepsia and Inflammatory Periodontal Diseases // European Journal of Business – Belgium – 2022.
5. Yagmurovna K. L. Disorders of Calcium-Phosphorus Metabolism in Children with Chronic Pyelonephritis // Texas Journal of Medical Science. – 2022. – T. 14. – C. 80-83.
6. Yagmurovna K. L. Digestion in the Mouth and Stomach in the Early Postnatal Period // Texas Journal of Multidisciplinary Studies. – 2023. – T. 20. – C. 68-72.
7. Ochilova D.A.. SIGNIFICANCE OF PYRIDOXINE HYDROCHLORIDE AND COPPER IN THE PREVENTION OF ATHEROSCLEROSIS // Web of Scientist: International Scientific Research Journal // 2022, P. – 864-873.
8. Ochilova D.A. PREVALENCE OF ARTERIAL HYPERTENSION AT THE LEVEL OF PRIMARY HEALTH CARE OF THE CITY OF BUKHARA // Web of Scientist: International Scientific Research Journal // 2022, B. – 933-939.
- Radjabova A.F. PHYSIOLOGY-THE SCIENCE OF LIFE PROCESSES // International scientific journal "Modern Science and Research" – 2023. – Volume 2 / ISSUE 5 / UIF:8.2 / MODERNSCIENCE.UZ – P. 275-278.
- Radjabova A.F. PHYSIOLOGY-THE SCIENCE OF LIFE PROCESSES // International scientific journal "Modern Science and Research" – 2023. – Volume 2 / ISSUE 5 / UIF:8.2 / MODERNSCIENCE.UZ – P. 275-278.
- A New Way to Model Periodontitis in Laboratory Animals//Dentistry Journal- 2023, 11(9), 219; <https://doi.org/10.3390/dj11090219> Denis Moiseev, Sergey Donskov, Ivan Dubrovin, Mariya Kulyukina, Yuriy Vasil'ev, Beatrice Volel, Shodiya Shadieva, Aleksey Babaev, Juliya Shevelyuk, Anatolij Utyuzh, Ellina Velichko, Ellina Velichko, Sergey Dydykin, Irina Dydykina, Yuri Paramonov, Ekaterina Faustova Scilit Preprints.org Google Scholar



СПОРТ ДИЕТОЛОГИЯСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ АСОСЛАРИ

¹. Тураев Илхомжон Эсанович¹, Худайбергенов Анатолий Сагатбаевич²

Ўзбекистон Республикаси ИИВ Академияси тиббиёт бўлими бошлиғи, тиббиёт фанлари бўйича (PhD) фалсафа доктори, подполковник.

². Ўзбекистон Республикаси ССВ қошидаги тиббиёт ходимларининг касбий ривожлантириш маркази гигиена кафедраси профессори.

АННОТАЦИЯ

Мақолада спорт диетологиясини такомиллаштириш бўйича айрим мулоҳазалар юритилган.

Калит сўзлари: жисмоний юкламалар, спорт диетологияси, озик моддаларининг гуморал регуляторлари.

АННОТАЦИЯ

Статья содержит некоторые комментарии по вопросам совершенствования спортивной диетологии.

Ключевые слова: физические нагрузки, спортивное питание, гуморальные регуляторы нутриентов.

ANNOTATION

The article contains some comments on improving sports nutrition.

Key words: physical activity, sports nutrition, humoral nutrient regulators.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2023 йил 28 июлидаги “Жисмоний тарбия ва спорт соҳаси учун тиббиёт кадрларини тайёрлаш ҳамда спортчиларга тиббий хизмат кўрсатиш тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПҚ-244-сон Қарори соғлиқни сақлаш тизими олдида янги вазифалар юклаган бўлиб, Ўзбекистонда спортни ривожлантиришнинг янги босқичига ўтиш заруриятини кўсататади.

Замонавий спортга машғулотлар ва мусобақалар давомида қизгин жисмоний юкламалар, курашларнинг ўта ҳис-туйғули ғайрат билан ўтиши, рекордли спорт натижаларига эришиш мақсади ҳосилдир. Мусобақаларга тайёрланиш жараёнлари спортчидан кўп вақт сарфлашни талаб қилади, қандайдир кўра, ҳар кунги икки ёки уч маротабалик машғулотлар ҳам олиш ва жисмоний қобилятни тиклаш учун кам имконият қолдиради. Бир иш кундаги машғулотлар мундарижаси турлича: тезкор-кучли характердаги машқлар даврий чидамли ишга алмашади. Бажарилаётган ишнинг қизгин ва давомийлиги ушбу машғулотларнинг педагогик вазифаларига, микроциклга ёки мусобақаларга тайёрланишнинг бутун даврига боғлиқ. Спортчиларнинг жисмоний ишга лаёқатлилигини тиклаш восита ва усуллари бажарилаётган ишнинг характеридан келиб чиқиши керак. Тикланишнинг энг аввалги ва кучли воситаси овқатланиш ҳисобланади, айнан у, биринчи навбатда, спортчилар организмни экстремал жисмоний юкламаларга мослаштириш чегарасини кенгайтиришга қодир. Бироқ, мутахассислар орасида спортчиларнинг овқатланиш стратегия ва тактикасига тегишли ягона фикр мавжуд эмас. Балки бу кўп сонли машғулотлар ва шиддатли мусобақалар шароитида спортчилар организмдаги физиологик ва биокимёвий ўзгаришларга оид аниқ маълумотларнинг йўқлиги билан боғлиқдир.

Аввалги тасаввурлар, масалан, бир қарра жисмоний юкламалардан сўнг турли биокимёвий жараёнларни тиклаш бугунги кунда жиддий коррективка талаб қилади. Модда алмашинувининг суткалик рит-

ми ҳам олиш ҳолатларига ҳос бўлиб, мунтазам мушак фаолияти омили таъсирида ўзгариши мумкин. Доимий ўзгариб турувчи жисмоний юкламалар характерли модда алмашинувининг бир кўринишидан (кучли ва тез кучланувчи ишларда оксил алмашинуви) бошқа кўринишига (чидамли ишларда углеводлар ва липидлар алмашинуви) ўтади. Спортчилар овқатланиши бўйича тавсияларда спортнинг турли кўринишлари ҳажми ва ўзига ҳос хусусиятлари эътиборга олинади. Бу шундан далolat берадики, машғулот жараёнлари моҳияти бўйича мутлақо турли бўлган спорт турлари, масалан, футбол ва сузиш, қувват сарфлашда бир гуруҳга бирлашади ва рационда тавсия этилган оксил, ёғлар ва углеводлар миқдори бўйича бир-бирига мос келади. Маълум бир спорт турида спортчиларнинг қувват сарфлаши даражасига оид масала доимо ноаниқ қолади. Спортнинг бир тури учун, масалан волейбол, миллий жамоаларнинг кучини тенглаштиришдаги тахминий ўлчам турли мамлакатларда тебраниб туради: Япония – 13200 дан 16100 кДж

(3165-3861Ккал) гача, Болгария – 17600 дан 19200 кДж(4220-4604Ккал) гача, Россия – 18800 дан 23000 кДж (эркаклар, 70 кг)(4508-5515Ккал) гача, Ўзбекистонда – 28773-31275 кДж (6900-7500 Ккал). Кўрсатилган фарқларнинг мавжуд сабаблари машғулот жараёнлари, овқатланиш характерли, ҳудудий иқлим шароитлари ва эҳтимол модда алмашинуви хусусиятларига боғлиқ бўлиши мумкин.

Спортчиларда сарфланган қувватни тўлиқ қоплашда зарурий талаблар мавжуд. Бироқ, бу ҳар доим ҳам шарт эмас, деган фикрлар бор. Суткалик қувват сарфлашдан 5–10% да муайян танқисликка эга бўлиш мусобақа олди даврида мақсадга мувофиқ бўлиб, бунда спортчиларни юкламаларга қулай мослаштириш мақсадида алмашинув жараёнларини биологик стимулятор сифатида энергетик эҳтиёжларни тўлиқ қондирмасликдан фойдаланилади.

Шу сабабли энергетик ва пластик субстратларнинг етишмаслиги организмда унинг пайдо бўлишини рағбатлантиради ҳамда овқат ва машғулотларнинг



фойдали ҳаракати коэффициентини кучайтиради. Маълумки, бундай мослашувни шиддатли (ўта юқори) машғулотлар ва мусобақалар ёки тикланиш кунлари даврида қўллаш мумкин эмас. Мусобақаларнинг хусусиятлари, баъзан машғулотлар жараёнлари спортчиға юқори ҳиссий ва асабий зўриқишлар ҳисобланади. Мушак фаолиятининг ишга солиниши, фойдаланилиши ва қайта тикланишида қувват манбаи бўлиб гормонлар иштирок этади. Улар гомеостазнинг маълум чегарасини сақлашга ёрдам беради, мушак фаолиятининг у ёки бу кўринишида организмни ишга лаёқатлилигини таъминлайди. Шу сабабли озиқ моддаларининг гуморал регуляторлари (андрогенлар, катехоламинлар, простагландинлар, кортикостероидлар ва б.) биосинтези ва уларнинг фаолияти реализацияси учун метаболик фон ҳосил қилишдаги таъсирини ҳисобга олиш зарур. Бу ҳолатни спорт диетологияси ўрганади ва тадбиқ этади.

Юқори малакали спортчилар спортдаги ўз ҳаётлари давомида нафақат маълум машғулотлар, балки овқатланиш тартибига ҳам мослашадилар. Аниқ маълумотларга асосланган шундай фикрлар ҳам борки, штангачи спортчиларнинг овқат ҳазм қилиш тракти бўйлаб овқатнинг ҳаракатланиш тезлиги оддий соғлом одамникига қараганда юқори. Ўқув-машғулоти йиғинлари ёки мусобақаларнинг мураккаб шароитида, шиддатли жисмоний юкламалар даврида спортчиларнинг овқатланишини ташкил қилиш учун маҳсус юқори биологик аҳамиятга эга маҳсулотлардан (ЮБАЭМ) фойдаланиш зарур. Бундай маҳсулотларни самарали қўллаш учун стратегия ва тактикани аниқ

белгилаш керак бўлади. Ҳаваскор спортчилар ёки физкультурчилар спорт билан шуғулланганда бошқа масалалар, аввало, соғломлаштиришни мақсад қилдилар, шу сабабли улар учун овқатланиш тартибини ишлаб чиқиш соғлиқни сақлаш ва мустаҳкамлашга йўналтирилган.

Овқат – ҳузур-ҳаловат ва ҳаёт манбаи. “Овқатланиш” кенг маънога эга: у бутун биологик кўринишларни англатади (организмга тушиши ва озиқ моддаларига айланиши), яъни унинг асосида организмнинг исталган физиологик функциясини қувват ва структуравий моддалар билан таъминлаш ётади. Ҳозирги вақтда овқатланиш муаммолари инсоният олдидан турган асосий иқтисодий ва ижтимоий муаммолардан бири ҳисобланади.

Хулосалар: Спорт диетологияси кўп масалаларни кўриб чиқади, улардан биринчи даражалиси куйидагилар ҳисобланади:

- организмнинг ўсиши, ҳаёт учун муҳим функцияларни амалга ошириши учун овқат билан қандай кимёвий моддалар ва қандай миқдорда тушиши керак;
- овқат билан озиқ моддаларининг ортиқча тушиши ёки аксинча, умуман тушмаслиги қандай оқибатларга олиб келади;
- ҳар бир озиқ моддаларининг аниқ биологик аҳамияти нималардан ташкил топган;
- организмнинг эҳтиёжларини кондиритиш учун озиқ моддаларининг қандай маҳсулотлари ва қандай миқдорда талаб қилинади.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Клиник диетология ва нутрициология. Ўқув қўлланма. Зокирходжаев Ш.Я., Бахридинов Ш.С., Худайберганов А.С., 2020 й. Тошкент, Янги нашр. 460 б.
2. Dietologiya asoslari. A.S. Xudayberganov, J.A. Rizaev, B.E. Tuxtarov. Darslik. Tashkent, 2020, Yangy nashr, 970 b
3. Нутрициология. Дарслик. Бахридинов Ш.С., Худайберганов А.С., Тошкент. Ибн Сино 2006. - 343 б.
4. Спортчилар учун соғлом овқатланиш тартиби. А.С. Худайберганов, М.Ш. Каримов, И.Р. Мавлянов. Тошкент, «Yangy Nashr». 2017 й. 268 б.
5. Руководство по организации рационального питания спортсменов по олимпийским видам спорта. А.С. Худайберганов, И.Р. Мавлянов, А.А. Садиков, И.О. Отажанов. Национальный Олимпийский Комитет Узбекистана. Республиканский научно-практический центр спортивной медицины. Ташкент, 2019, 277 с.



ДАУН СИНДРОМИ МАВЖУД ЎСМИРЛИК ДАВРИДА БЎЛГАН БОЛАЛАРДА АНТРОПОМЕТРИК КЎРСАТКИЧЛАРНИНГ ҚИЁСИЙ ТАВСИФИ

Очилова Дилором Абдукаримовна, доцент
Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон

АННОТАЦИЯ

Ушбу мақолада Даун синдроми мавжуд ўсмирлик даврида бўлган болаларда антропометрик кўрсаткичларнинг қиёсий тавсифига бағишланган. Бухоро вилояти репродуктив маркази, она-бола саломатлиги, ҳамда ирсий касалликлар бўлимларида Даун синдроми мавжуд ўсмирлик даврида бўлган болаларда учраш даражаси, ҳамда Даун синдромининг ўзига хос клиникаси ва замонавий тадқиқот усуллари келтирилган.

Калит сўзлар. Даун синдроми, иммун статус, репродуктив функция, қон тизими, моддалар алмашинуви, респиратор инфекция, антропометрик кўрсаткич.

АННОТАЦИЯ

Данная статья посвящена сравнительному описанию антропометрических показателей у детей с синдромом Дауна в подростковом возрасте. В отделениях Репродуктивного центра Бухарской области, охраны здоровья матери и ребенка и наследственных заболеваний представлена степень встречаемости синдрома Дауна у имеющих детей в подростковом возрасте, а также специфическая клиника синдрома Дауна и современные методы исследования.

Ключевые слова. Синдром Дауна, иммунный статус, репродуктивная функция, система крови, обмен веществ, респираторные инфекции, антропометрические показатели.

ABSTRACT

This article focuses on a comparative description of anthropometric indicators in children with Down syndrome existing adolescence. In the Departments of Reproductive Center of Bukhara region, Mother-Child Health, and hereditary diseases, the degree of occurrence of Down syndrome in existing children in adolescence, as well as a specific Clinic of Down syndrome and modern research methods are presented.

Keywords. Down syndrome, immune status, reproductive function, blood system, metabolism, respiratory infection, anthropometric indicator.

Сўнги вақтларда тиббиёт фанлари ва техникаси ривожланиши билан Даун синдромида фенотип ўзгаришларининг ривожланиш сабабларини аниқлаш учун турли хил янги усуллардан кенг фойдаланилмоқда: молекуляр-генетик, иммунохимик, МПТ маълумотлари, аммо аниқланган ўзгаришлар уларни клиник амалиётда қўллаш эҳтимоли нуктаи назаридан кўриб чиқилмаяпти. Бугун беморнинг фенотипини аниқловчи ривожланиш микроаномалиялари комплекси, шунингдек ақлий етишмовчилик ва психик бузилиш ҳодисаларига етакчи рол бериладиган ёндош патологиянинг кенг оралиғи яхши маълум [4,12,14]. Кўплаб адабиётларда Даун синдроми учун хос бўлган юрак-томир, ошқозон-ичак, эндокрин, иммунологик, гематологик симптомокомплекслар ҳақида маълумотлар келтирилган, шунингдек ортопедик патологиялар, кўриш ва эшитиш бузилишларини ўрганиш натижалари келтирилмоқда [1,8,9].

Хромосомаларнинг 21-жуфти бўйича трисомия – Даун синдромига юқори қизиқиш унинг тез-тез учраши, клиник белгиларининг чекланганлиги, шунингдек бошқа хромосома синдромлари билан таққослаганда яхшироқ яшовчанлик ва шу сабабдан – эрта диагностика қилиш имконияти билан тушунтирилади. Даун синдроми (ДС) – хромосомали патологиянинг энг кўп учрайдиган ва яхши ўрганилган шакли, бунда ақлий ривожланишда кечикиш беморнинг ўзи-

га хос ташқи кўриниши билан уйғунликда бўлади. Кўп тарқалганлиги (янги туғилган чақалоқларнинг 1:500-1:800 қисми) ва ДС нинг олигофрениянинг барча хромосома шакллари орасида устунлик қилиши кўшимча 21-хромосомали ҳомилаларнинг бачадон ичида ҳалок бўлиш даражасининг нисбатан пастлиги ҳамда бундай беморларнинг нисбатан узоқ яшовчанлиги билан боғлиқ [1,4,9]. Хромосома касалликлари – хромосомаларнинг сони ва тузилиши бузилиши билан боғлиқ бўлган, ривожланишда кўплаб нуқсонлар билан кечадиган ирсий касалликларнинг катта гуруҳи. Хромосома аномалияларининг патологик эффекти бачадон ичида ҳалок бўлишнинг бош омилларидан бири бўлиб, зигота босқичидаёқ вужудга келиши мумкин [1,5,7,11].

Даун синдроми даволаш ёки постнатал тузатиш-майдаган, ижтимоий аҳамиятга эга касаллик ҳисобланиб, оила ва бутун жамият учун катта муаммо-ни ўзида намоён этади. Болалар уйи ва ногиронлар уйида ётоқ ўринлари фондининг 40% игача Даун синдроми мавжуд беморлар эгаллайди. Даун синдромининг бош ўзига хос жиҳати ота-оналарнинг жинсий ҳужайраларида тасодиқий de novo мутациялар (меёз бўлинишларидан бирида, кўпинча – оогенез жараёнида хромосомаларнинг ажралмаслиги)



натижасида касалликнинг аксарият ҳолатлари (барча Даун синдроми ҳолатларининг 80% игача) юзага келиши ҳисобланади. Даун синдроми ҳолатларининг фақат кичик қисми – оилавий хромосома тузилиши нотурғунлашган вариантнинг натижаси [2,5,6,8,10]. Даун синдромига ҳам хорижий, ҳам мамлакатимиз тадқиқотчиларининг кўп сонли монографиялари ва мақолалари бағишланган. Кўплаб ишлар Даун синдроми учраш частотасини ўрганиш, мозаикали вариантларнинг ўзига хосликлари, иммун статус, репродуктив функция, қон тизими, моддалар алмашинуви ва бошқаларга бағишланган кўплаб ишлар қилинган [3,9].

Аммо аксарият ишлар ўтган юз йилликнинг 70-80-йилларига тўғри келади. Синдромнинг ирсий табиатини ҳамда унинг хромосома патологияси билан боғлиқлигини исботлашга 100 йилдан ортиқ вақт талаб этилди. Ҳозир мазкур тоифа беморларнинг ижтимоий мослашуви ҳамда жамиятга киришишига катта эътибор қаратилмоқда. Даун синдроми мавжуд инсонлар ҳаётининг давомийлиги сўнги вақтларда сезиларли даражада ортди. Шу тариқа, АҚШ да 1983-йилда у 25 ёшга тенг бўлган бўлса, 1997-йилга келиб – 49 ёшни ташкил этди. Болалар ҳаётининг давомийлиги кўп жиҳатдан гўдакликда ўлим кўрсаткичига боғлиқ. Даун синдроми мавжуд болаларда энг кўп ўлимга олиб келувчи сабаб юракнинг туғма нуқсонлари ва респиратор инфекциялар ҳисобланади [1,8,9].

Антропометрия - антропологик кузатув натижалари йиғиндиси бўлиб, юқорида таъкидланган кўрсаткичларнинг ўзгарувчанлигини даражаси тўғрисида тўлиқ маълумот олиша ёрдам беради. Жисмоний ривожланишга атроф - муҳит, ирсият, ижтимоий омиллар, меҳнат ва яшаш шароити, овқатланиш, жисмоний фаоллик ва спорт машғулоти, организмнинг аъзо ва тўқималаридаги турли патологиялар таъсир қилади.

Даун синдроми мавжуд ўсмирлик даврида тана, кўкрак қафаси, юқори ва пастки мучалар, бош ҳамда юз морфометрик параметрларини ўрганиш ва уларни баҳолашда шартли равишда маълум бир контингент, яъни соғлом ҳаёт тарзидаги ўсмирларнинг антропометрик параметрлари билан таққослаш зарур. Ушбу бобда тасодифий тадқиқотлар муҳимлигини ва танланган ёш гуруҳларининг репрезентативлигини ҳисобга олган ҳолда, ушбу танланган ёш гуруҳидаги текширилувчилар сони ва тадқиқот усуллари ҳақида материаллар тақдим этилган.

Тана вазнини аниқлаш. Даун синдроми мавжуд бемор ўсмирлар ва тадқиқот учун олинган соғлом ўсмирлар тана вазнини аниқлаш учун тиббиёт тарозисидан фойдаланилди. Унинг юқори қисмида бўлинмалари мавжуд. Пастки қатордаги бўлинмалар ўнлаб килограммга, юқори қисмдагилар эса ҳар 50 г га бўлинма ҳосил қилган. Тарози тортишдан олдин текширилади. Ўсмирлар оч коринга, кийим-кечак

ва поябзалсиз текширилади. Текширилувчи тарози майдончасининг ўртасида осойишта туриши керак. Олинган маълумотлар килограмм (кг) билан кўрсатилади.

Бўй ўлчагич ёрдамида бўйни ўлчаш. Даун синдроми мавжуд бемор ўсмирлар ва тадқиқот учун олинган соғлом ўсмирларда бўй узунлиги турган ва ўтирган ҳолатда стандарт бўй ўлчагичдан фойдаланилган ҳолда ўлчанди. Текширилувчи (турган ҳолатда ўлчанаётганда) бўй ўлчагичнинг пойгагига туриб, унинг тик устунига орқаси билан туриб, устунга тову, думба, энса ва куракларини тегизади. Кўллар тана бўйлаб пастга туширилган бўлиши керак. Бўй ўлчагичнинг ҳаракатчан планшети бошнинг энг юқори чўққисига туширилади.

Бўйни ўтирган ҳолатда текширилганда ўсмир бўй ўлчагичнинг ўриндиғига ўтиргизилади. Бунда ўсмир думгазаси ва курак оралиғи соҳаси тахтага тегиб туриши лозим.

Кўкрак қафаси айланасини ўрганиш усуллари

Даун синдроми мавжуд бемор ўсмирлар ва тадқиқот учун олинган соғлом ўсмирларда кўкрак қафаси айланасини ўрганиш учун сантиметрли тасма ишлатилди. Кўкрак қафаси айланаси тинч ҳолатда, тўлиқ нафас чиқарилганда ва нафас олишнинг чўққисидан ўлчанади. Тасма кўллар юқорига кўтарилган ҳолатида орқа томондан курак пастки бурчакларига, олдиндан IV қовурға сатҳида (кўкрак безлари сўргичи устидан) қўйилади. Кейин ўсмирдан максимал нафас олиш сўралади ва кўкрак қафаси айланаси ўлчанади, сўнгра ўсмир тўлиқ нафас чиқаргандаги кўкрак қафаси айланаси ўлчанади.

Кўкрак қафасининг олдинги – орқа ва кўндаланг диаметрларини ўлчаш учун тазомердан фойдаланилди. Кўкрак қафасининг олдинги – орқа диаметрини ўлчашда тазомернинг битта оёқчаси VII қовурға тоғайининг тўш суягига, иккинчи оёқчаси эса VII кўкрак умурткаси ўткир ўсиғига қўйилади.

Кўндаланг диаметрини аниқлашда тазомернинг бир нуктаси тўш суягининг пастки чеккаси сатҳида, иккинчи нуктаси эса шунга мос кўкрак умурткасининг ўткир ўсиғига қўйилади.

Юқори мучалар антропометрик кўрсаткичларини ўрганиш усуллари

Даун синдроми мавжуд бемор болалар ва соғлом болаларда елка кенглигини аниқлаш учун тасма ўнг ва чап курак суяги акромиал ўсиғининг чекка нукталарига қўйилиб, улар ораси ўлчанади.

Кўл узунлигини аниқлаш учун сантиметрли тасма курак суяги акромион ўсиғи чеккасидаги энг ташки нуктасидан III бармоқнинг тирноқ фалангасидаги энг дистал нуктага қўйилади.

Елка узунлигини аниқлашда сантиметрли тасма елкадан елка суяги бошчасининг юқори нуктасидан билан нуктасигача қўйилади.

Билак узунлиги - билак нуктасидан билак суяги



бигизсимон ўсиғининг пастигаги бигизсимон нуқтагача ўлчаниб аниқланади.

Қўл панжаси узунлиги эса бигизсимон нуқтадан III бармоқнинг тирноқ фалангасидаги энг дистал нуқтагача ўлчаниб аниқланилади.

Елка айланаси икки бошли мускулнинг энг қалин жойидан ўлчанади. Елка айланаси 2 хил ҳолатда ўлчанади:

Қўлни эркин ҳолатда пастга тушириб, мускулни бўшаштирган ҳолда

Қўлни тирсак бўғимида букиб, мускулни таранглаштирган ҳолда.

Инструментал текшириш усуллари

Тадқиқот давомида барча болалар, ҳатто юрак нуқсонининг клиник ифодаланган белгилари бўлмаган ҳолатда ҳам электрокардиографик (ЭКГ) ва эхокардиографик (ЭХОКГ) текширувига ва зарурат бўлганида мос келувчи ихтисослаштирилган кардиологик/кардиожарроҳлик стационарлари ва диспансерларига даволашга йўналтирилди.

Барча беморларга ҳар йили қонда тиреоид гормонлар даражасини ўрганиш тавсия этилди. Қалқонсимон без патологияси аниқланганида болалар эндокринолог кузатувида бўлди, қўшимча текширув ўтказилди, мос келувчи даволаш тайинланди.

Қон ва пешобнинг клиник таҳлили соғлом болалар учун декретланган муддатларда ўтказилди. Гематологик бузилишлар аниқланган болалар фоизи аниқланди. 6 ой ва ундан ортиқ сақланган ўзгаришлар турғун сифатида баҳоланди.

Барча тадқиқот гуруҳидаги болаларга аудиограмма ўтказиш орқали эшитиш қобилиятини текшириш, кейинчалик ҳар йили эшитиш қобилиятини аудиометрик назорат қилиш тавсия этилди.

Барча болалар мунтазам равишда: окулист, ортопед, невролог, стоматолог ва бошқа мутахассислар томонидан соғлом болалар учун белгиланган, қоидалаштирилган муддатларга мувофиқ ва зарурат бўлганидан ундан кўпроқ текширилди.

Кўрсатмалар бўйича болалар иммунолог, гематолог, нейрожарроҳ, эпилептолог ва стоматолог маслаҳатига йўналтирилди, у ерда уларга қўшимча ихтисослаштирилган текширув ва зарурат бўлганида даволаш ўтказилди.

Овқат ҳазм қилиш тизимининг бузилишларида клиник белгиларга мувофиқ қални копрологик тадқиқоти, қалда углеводлар миқдорини аниқлаш тадқиқотини ўз ичига олувчи текширув тайинланди, қонда ихтисослашган антитаналар даражаси ва бошқалар аниқланди. Турғун кабзият ҳолатида бо-

лалар Гиршпрунг касаллигини истисно қилиш учун жарроҳ маслаҳатида бўлишди. Даволаш белгиланган ташхисга мувофиқ ўтказилди. Целиакиянинг иммунологик скрининги, шунингдек HLA-DQ8\DQ2 DNK типланиши ўтказилмади.

Атлантоаксиал нотурғунликнинг рентгенологик таҳлили 4 ёшдан катта болаларга кўрсатилган.

Полисомнограмма уни ОМС полиси бўйича ўтказиш имконсизлиги туфайли кам ҳолатларда олиб берилди. Уйқуда обструктив апноэ синдромига шубҳа бўлганида отоларинголог маслаҳати тайинланиб, электроэнцефалографик тадқиқот (ЭЕГ) ўтказилди.

Эрта ёшли болаларда мунтазам равишда психомотор ва нутқ ривожланиши тезликлари баҳоланди. Беморларнинг бир қисми неврологлар тавсия этган психикани қўзғатувчи терапия олишди. Миянинг электр фаоллигини баҳолаш, шунингдек эхоэнцефалографик тадқиқот ва бош миянинг магнит-резонанс томографияси мутахассислар томонидан кўрсатмалар бўйича ва баъзи ҳолатларда, ноотроп препаратларни қўллаш орқали тайинланди.

Психомотор ва нутқ ривожланиши тезлигини ўрганиш учун мазкур гуруҳ болаларида кўникмаларнинг юзага келиш муддатлари баҳоланди. Гуруҳга 21-хромосома трисомияси мавжуд болалар қўшилди, уларнинг Эрта ёрдам кўрсатиш Марказига биринчи бор мурожаат қилганида ёши 12 ойдан ортиқни ташкил этди. Болаларга педагогик ёрдам кўрсатишни бошлаш муддатлари, мутахассис-дефектолог ташрифларининг частотаси, шунингдек ноотроп терапиянинг мавжудлиги ёки мавжуд эмаслиги эътиборга олинмади. Кўникмалар пайдо бўлишининг медианалари, шунингдек энг эрта ва энг кечки муддатлари ҳисобланди.

13 дан 16 ёшгача болаларга номограмма ишлаб чиқиш учун стандарт усулларда тана узунлиги, вазни ва бош айланасининг динамик ўлчови ўтказилди.

ДС мавжуд болалар ва уларнинг ота-онасида бармоқ ва қафтларнинг дерматоглифика таҳлили бўёк воситасида қоғозга туширилган из ёрдамида олиб берилди. Қиррасимон суръат ўрганилди, нақшлар қафт қатламларининг тури ва дерматоглификанинг бошқа ўзига хосликлари ўрганилди. Трисомиянинг исталган шаклига эга болалар бармоқ ва қафт излари эътиборга олинди. Маълумотлар жадвалга киритилди. Назорат гуруҳи сифатида Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти ходимлари томонидан бармоқ ва қафт излари олинди. Назорат гуруҳига шунингдек шаражада узоқ қариндошлар киритилди (буви, бобо, соғлом уруғлар ва шажарада иккиламчи уруғлар).



Фойдаланилган АД АБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

American Academy of Pediatrics. Committee on Sports Medicine and Fitness . Atlantoaxial instability in Down syndrome: subject review. Pediatrics. - 2022.-p.151-153

Ghobadi H., Rajabi H., Farzad B., Bayati M., Jeffreys I. Anthropometry of world-class elite handball players according to the playing position: reports from men's handball world championship 2019. J Hum Kinet. - 2019. – No. 39. – P. 213-220.

Газиёва З.Ю. Гимнастика билан шуғулланувчилар юрак-қон томир тизимининг функционал ҳолатини баҳолашнинг самарадорлиги / Биология ва тиббиёт муаммолари. - 2020. - № 4 (80). - С. 55-56.

Жиянова, П.Л. Малыш с синдромом Дауна : книга для родителей. – Изд. 4-е. / П.Л. Жиянова, Е.В. Поле. – М. : Благотворительный фонд «Даунсайд-Ап», 2022. – 195 с.

Задко Т. И. Синдром Дауна в сочетании с полной формой атриовентрикулярной коммуникаций: актуальность, диагностика, сопутствующая патология, анатомия, особенности естественного течения, результаты хирургического лечения // Детские болезни сердца и сосудов. - 2022. - № 6. - С. 10-18.

Мусаев У.А. Гимнастичеки болаларда мувозанатни сақлаш қобилиятини ривожлантириш // Тиббиёт ва спорт. – 2019. – № 1. – С. 28-29.

Норова М. Б. Антропометрические параметры головы и челюстно-лицевой области детей с сахарным диабетом и их связь с показателями физического развития: диссертация... на соискание ученой степени доктора философии (PhD): 14.00.02 / Норова Мавжуда Баходуровна; 2018. – 112 с.

Рахимов М. И. Показатели физического развития детей и подростков 5-16 лет / М. И. Рахимов // Филология и культура. – 2019. – № 2(24). – С. 57-59.

Рузиева Н.К. Сравнительная характеристика антропометрических показателей у детей первого и второго периода детства с детским церебральным параличом // Н.К Рузиева, Ж.Ж.Жонибеков, С.И. Шукурова «НАУКА МОЛОДЫХ» (EruditioJuvenium). - 2016 . - С.90-93.

Хамидова Н.К., Рузиева М.Х., Файзиев Х.Б. Антропометрические параметры детей с различными пороками сердца (обзор литературы) // Вестник науки и образования. – 2020. - № 24(102). - С. 96-102.

Чубарова А. И. Лактулоза в диагностике и лечении функциональных запоров у детей раннего возраста // Вопросы современной педиатрии. - 2022. - Т. 3, № 4.- С. 100-104.

Шабалов Н.П. Педиатрия.- Санкт-Петербург: СпецЛит, 2003.-С. 37- 57.

Ширинов Ж. Н., Тешаев Ш. Ж. Мактабгача ёшда бўлган қиз болаларда умуртка поғонаси морфометрик параметрларининг жисмоний ривожланиш кўрсаткичлари билан боғлиқлиги. // Биология ва тиббиёт муаммолари. – 2016. - № 4(91). – Б. 121-125.

Ядгарова Г. С. Морфометрическая характеристика головы и зубочелюстной системы у детей, находившихся в искусственном и естественном вскармливании: диссертация... на соискание ученой степени доктора философии (PhD): 14.00.02 / Ядгарова Гульнора Садритдиновна; 2018. – 112 с.

15. Sharipova Gulnihol Idiyevna. DISCUSSION OF RESULTS OF PERSONAL STUDIES IN THE USE OF MIL THERAPY IN THE TREATMENT OF TRAUMA TO THE ORAL MUCOSA// European Journal of Molecular medicine volume 2, No.2, March 2022 Published by ejournals PVT LTDDOI prefix: 10.52325 Issued Bimonthly Requirements for the authors.

16. Sharipova Gulnihol Idiyevna. THE EFFECTIVENESS OF THE USE OF MAGNETIC-INFRARED-LASER THERAPY IN TRAUMATIC INJURIES OF ORAL TISSUES IN PRESCHOOL CHILDREN//Academic leadership. ISSN 1533-7812 Vol:21 Issue 1



УЎК: 616.314+616.33+616.342/02.44-085.21

ОШҚОЗОН-ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИ ФОНИДАГИ СУРУНКАЛИ ТАРҚАЛГАН ПАРОДОНТИТ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА ДАВОЛАШДАН ОЛДИН ВА ДАВОЛАШДАН КЕЙИНГИ ИММУНОЛОГИК ТАДҚИҚОТЛАР НАТИЖАЛАРИ

Раджабова Азизаханум Фармановна

Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш.

АННОТАЦИЯ

Клиник иммунологиянинг ривожланиши турли хилдаги этиологияли касалликлар патогенезини тушуниш учун катта аҳамиятга эга бўлди. Касаллик патогенезини билиш эса унинг эрта ташҳиси ва ўз вақтида ўтказиладиган давосини таъминлайди, тиббий, ижтимоий ва иқтисодий самарадорликни оширади.

Биз тадқиқотимиз давомида клиник иммунологияда ошқозон-ичак яра касаллиги фонидаги беморларда сурункали тарқалган пародонтитнинг кечиши ва яқуни исикболини белгилашдаги аҳамиятини ўрганиш учун ушбу касаллик ташҳисланган беморларда гуморал иммунитет параметрлари ва цитокин статусини аниқлаш ва баҳолашни мақсад қилиб қўйдик.

Бунинг учун ошқозон-ичак яра касаллиги фонидаги беморларда сурункали тарқалган пародонтитнинг ташҳиси верификация қилинган (18-69 ёш) беморлар оғиз суюқлиги олиниб, ундаги гуморал иммунитет параметрлари ва цитокин статусига баҳо берилди.

Калит сўзлар: пародонт, пародонтит, цитокинлар, цитокин статуси, иммуноглобулин, маҳаллий иммунитет, оғиз суюқлиги, гуморал иммунитет, иммун жавоб.

ANNOTATION

The development of clinical immunology has become of great importance in understanding the pathogenesis of diseases of various etiologies. Knowledge of pathogenesis ensures accurate diagnosis and timely treatment, increases the medical, social and economic effect.

In the course of our research, we sought to determine and evaluate the influence of the parameters of humoral immunity and cytokine status on the immune system of patients with chronic diseases of the gastrointestinal tract in clinical immunology in order to determine the course and prognosis of chronic generalized periodontitis in patients with peptic ulcer disease of the gastrointestinal tract.

In patients with gastrointestinal ulcer disease (18-69 years old), the diagnosis of chronic generalized periodontitis was verified, oral fluid was collected for analysis, and the parameters of humoral immunity and cytokine status were assessed.

Key words: periodontium, periodontitis, cytokines, cytokine status, immunoglobulin, local immunity, oral fluid, humoral immunity, immune response.

АННОТАЦИЯ

Большое значение в понимании патогенеза заболеваний различной этиологии приобрело развитие клинической иммунологии. Знание патогенеза обеспечивает точную диагностику и своевременное лечение, увеличивает медицинский, социальный и экономический эффект.

В ходе наших исследований мы стремились определить и оценить влияние параметров гуморального иммунитета и цитокинового статус на иммунную систему пациентов с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта в клинической иммунологии с целью определения течения и прогноза хронического генерализованного пародонтита у пациентов с язвенной болезнью желудочно-кишечного тракта.

У пациентов на фоне язвенной болезни желудочно-кишечного тракта (18-69 лет) верифицировали диагноз хронического генерализованного пародонтита, для анализа собрали ротовую жидкость и оценили параметры гуморального иммунитета и цитокинового статуса.

Ключевые слова: пародонт, пародонтит, цитокины, цитокиновый статус, иммуноглобулин, местный иммунитет, ротовая жидкость, гуморальный иммунитет, иммунный ответ.



Мавзунинг долзарблиги:

Умумий соматик касалликлар фонида оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликларининг диагностикаси ва даволашдаги қийинчиликлар туфайли стоматологиянинг энг қийин муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Овқат ҳазм қилиш тракти касалликлари фонида оғиз бўшлиғининг яллиғланиш касалликларини умумий аҳоли орасида тарқалиши 30-35% ни ташкил қилади, ярали ичак касалликларида эса 40–50% кўпаяди.

Европа соғлиқни сақлаш ташкилотининг таснифига кўра, диагностика қилинганда, маълум бир сабабдан келиб чиққан овқат ҳазм қилиш тракти касалликлари орасида ошқозон ҳамда ўн икки бармоқ ичак яра касалликлари долзарблигича қолмоқда. Ошқозон ичак тракти касалликларининг тарқалиши 100000 нафар аҳоли сонига 250 нафардан 300 нафар оралиғида тўғри келади. Европа мамлакатларида уларнинг барқарор ўсиши кузатишмоқда.

Ушбу касалликларнинг дифференциал диагностикаси йўғон ичакнинг яллиғланиши билан бирга кечганда қийин бўлиши мумкин, бу ерда иккала нозологик шаклнинг эндоскопик ва гистологик белгилари қисман намоён бўлади ва бир бирига мос келади. Тўғри ташхис қўйиш, дори-дармонларни, даволашни танлашнинг ўзига хос хусусиятлари ва жарроҳлик аралашуви кўлами туфайли зарур бўлади.

Оғиз бўшлиғидаги қайта такрорланувчи сурункали яллиғланиш жараёнларини ривожланишида барча даражадаги ичак патологик касалликлари зарур шарт-шароитларни яратиб беради. Яра фонидаги беморларнинг оғиз бўшлиғида тарқалган пародонтит ва бошқа оғиз бўшлиғи касалликларининг барча симптомлари тез-тез учраб туради.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг (ОБШҚ) сўнгги тадқиқот натижалари, тарқалган пародонтитда аутоиммун жараённинг гипотезасини тасдиқлайди. Ташхисни тўғри қўйиш, самарали даволаш алгоритмини тузиш учун самарали текширув ва даволаш усулларини кўриб чиқишни тақозо қилади.

Тадқиқот материаллари ва усуллари:

Тадқиқотимиз Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази базасида 2020–2021 йилларда ва ошқозон-ичак яра касаллиги билан оғриган беморларда олиб борилди. Тадқиқотимиз давомида Бухоро шаҳар ва туман поликлиникаларида яшаш манзили бўйича “Д” ҳисобда бўлган, жами 582 нафар ошқозон-ичак яра касаллиги билан оғриган беморлар текширил-

ди. Шулардан тадқиқот мақсадида 150 нафар ошқозон-ичак яра касаллиги бўлган сурункали тарқалган пародонтит билан оғриган 18-69 ёшли беморлар танланди. Шундан 58 нафар бемор эркаклар, 92 нафар бемор аёлларни ташкил қилди. 30 нафар сурункали тарқалган пародонтити мавжуд, лекин ошқозон-ичак яра касаллиги билан оғримеган беморлар, ҳамда назорат гуруҳи учун 30 нафар соғлом кўнгиллилар ҳам жалб этилди.

Тадқиқот давомида биз кузатув гуруҳ беморларимизни 3 та катта гуруҳга бўлдик:

Асосий гуруҳ – ошқозон-ичак яра касаллиги фонидаги сурункали тарқалган пародонтит мавжуд беморлар, даволаниш усулига қараб I, II ва III гуруҳга бўлинди;

Таққослаш гуруҳ – ошқозон-ичак яра касаллиги бўлмаган сурункали тарқалган пародонтит мавжуд беморлар, даволаниш усулига қараб I, II ва III гуруҳга бўлинди;

Назорат гуруҳ – соғлом кўнгиллилар гуруҳидан ташкил топган.

Таҳлиллар ва натижалар:

Ошқозон-ичак яра касаллиги фонидаги сурункали тарқалган пародонтит мавжуд беморларда цитокинлар концентрацияси аниқланди. Тадқиқот давомида бунинг учун беморлардан оғиз суюқлиги олинди ва ИФА ёрдамида тадқиқотлар ўтказилди. Бунда “Цитокин” МЧЖ (СПб, РФ) тамонидан ишлаб чиқарилган тест-тизимлардан фойдаланилди. Улар ёрдамида интерлейкин-4 (IL-4) ва интерлейкин-8 (IL-8) концентрациялари аниқланди.

Ошқозон-ичак яра касаллиги фонидаги сурункали тарқалган пародонтит мавжуд беморларда гуморал иммунитет ҳолини аниқлаш учун беморлар оғиз суюқлигидаги IgA ва IgE концентрацияси ИФА ёрдамида аниқланди. Бунда “Вектор Бест” (Новосибирск, РФ) МЧЖ тест-тўплamlаридан фойдаланилди.

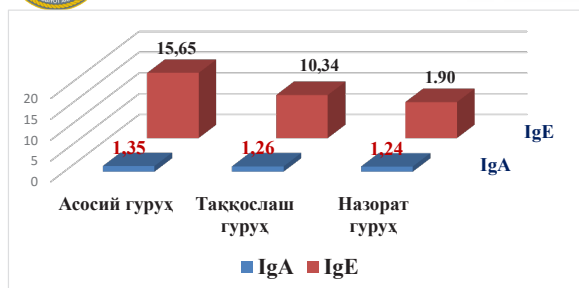
Тадқиқот натижаларини қиёсий таҳлил қилиш осон бўлиши учун дастлабки босқичда ошқозон-ичак яра касаллиги фонидаги беморларда сурункали тарқалган пародонтитнинг умумий кўрсаткичлари назорат гуруҳи билан солиштирган ҳолда келтирилди. Олинган натижалар шуни кўрсатдики, барча ўрганилган беморларнинг оғиз суюқлигидаги иммуноглобулинларнинг концентрацияси кузатув гуруҳларида ва назорат гуруҳига нисбатан ишонarli даражада юкори бўлди.

5.1-жадвал

Тадқиқотдаги ошқозон-ичак яра касаллиги фонидаги сурункали тарқалган пародонтит мавжуд беморларнинг оғиз суюқлигидаги иммуноглобулинлар концентрацияси кўрсаткичлари

Имуноглобулинлар концентрацияси	Асосий гуруҳ (n=150)	Таққослаш гуруҳ (n=30)	Назорат гуруҳ (n=30)
IgA, нг/мл	1,35±1,04*	1,26±1,02*	1,24±0,08*
IgE, нг/мл	15,65±4,41*	10,34±4,02*	1,90±1,05*

Эслатма: * - кўрсаткичлар гуруҳларга нисбатан ишончли фарққа эга ($p < 0,05$).



5.1-расм. Иммуноглобулинлар

IgA микдорининг таъминлашиги фонидаги сурункали тарқалган пародонтит мавжуд асосий беморлар гуруҳида назорат гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан 0,11 нг/мл га ишонarli даражада юкори бўлгани аниқланди – мос равишда $1,35 \pm 0,08$ нг/мл га қарши $1,24 \pm 0,09$ нг/мл ($p < 0,05$). Агар IgA барча иммуноглобулинларнинг 10% и бўлиши, яллиғланишга қарши бирламчи ва иккиламчи иммун жавобда иштирок этиши, маҳаллий иммунитетни таъминлашдаги асосий ўрнини ҳисобга олсак, улар микдорий жиҳатдан ортишини асослаш мумкин. IgA нинг бемор қон зардобида кўп микдорда бўлиши шиллиқ қават юзасига ишлаб чиқариш микдори юкорилигини кўрсатади. Ушбу иммуноглобулиннинг ортиши организм иммун тизимининг, шу жумладан маҳаллий иммунитет омилларининг фаоллашгани нишонасидир.

IgE бошқа иммуноглобулинлардан фарқ қилгани ҳолда умуртқалиларда учраши, организмга тушган антигенга (қўзғатувчи) организмнинг индивидуал иммун жавобини таъминлаши, маълум биологик фаолликка эга бўлиши (аллергия) бошқа иммуноглобулинлар каби бирламчи ва иккиламчи иммун жавобларда қатнашмаслиги, бемор қон зардобида жуда кам микдорда учраши (барча иммуноглобулинларнинг 0,4% и) билан тавсифланади. Кўпчилик ҳолларда IgE микдори юкори бўлишини инобатга олган ҳолда клиник-лаборатор текширишлар асосида организмда бошқа инфекциялар борлиги ҳам инкор этилмайди.

Олинган натижалар шуни кўрсатдики, беморлар оғиз суюқлигида IgE микдори назорат гуруҳи параметрларига нисбатан $13,75 \text{ нг/л}$ га кўпайган – мос равишда $15,65 \pm 4,41$ г/л га қарши $1,90 \pm 1,05$ г/л ($p < 0,01$). Шундай қилиб, ошқозон-ичак яра касаллиги фонидаги сурункали тарқалган пародонтит мавжуд беморлар оғиз суюқлигидаги асосий иммуно-

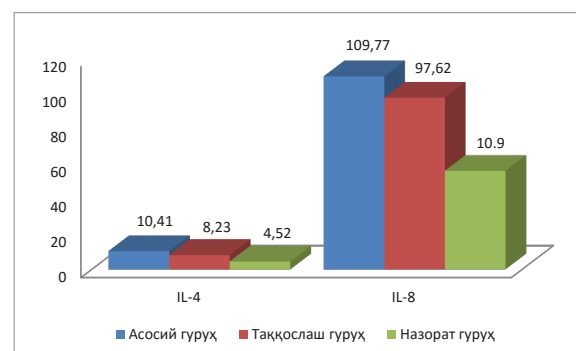
глобулинлар концентрациялари назорат гуруҳига мансуб, анамнезида ушбу патология аниқланмаган соғлом инсонлар параметрларга нисбатан ишонarli даражада юкорилиги билан ажралиб турди, тадқиқот давомида IgA 0,11 нг/мл га ($p < 0,005$) ва IgE 13,75 нг/мл га ($p < 0,05$) ишонarli даражада кўп бўлди.

Маълумки, цитокинлар кичик пептид табиатли, юкори ахборотга эга бўлган, махсус ва махсус бўлмаган иммун тизим хужайралари орасида ахборотни ташувчи, бирламчи ва иккиламчи иммун жавобни таъминловчи ҳамда назорат қилувчи молекулалардир. Яллиғланишни қўлловчи ва яллиғланишга қарши цитокинлар микдорий ўзгаришлар яллиғланиш жараёнининг ривожланиш даражасидан, организмдаги патология олди ва патологик ҳолатлардан далолат беради.

Яллиғланишга қарши цитокинлар орасида ушбу патологик жараёни чегаралаш, иммун жавобни тугатишда аҳамиятли бўлган, Th0-хужайраларни (бошланғич Т-хелперлар) Th2-хужайраларга дифференцировкасини индуцирлайдиган интерлейкин-4 (IL-4), шунингдек, яллиғланишни қўллайдиган цитокинлардан бири интерлейкин-8 (IL-8) аниқланди.

Олинган натижалар шуни кўрсатдики, IL-4 ва IL-8 назорат гуруҳи инсонларида умумий қабул қилинган меъёр ёки референс кўрсаткичлар доирасида бўлиб (5.2-жадвал), амалий жиҳатдан бир бирига яқин натижани кўрсатди – мос равишда ўрганилган параметрлар бўйича $4,52 \pm 0,25$ нг/мл ва $10,09 \pm 0,12$ нг/мл бўлди.

IL-4 беморларда назорат гуруҳига мансуб соғлом инсонларга нисбатан ўртача $5,89 \pm 2,27$ нг/мл га, IL-8



5.2-расм. Тадқиқот давомида цитокин статуси кўрсаткичлари

5.2-жадвал

Тадқиқот гуруҳидаги ошқозон-ичак яра касаллиги фонидаги сурункали тарқалган пародонтит мавжуд беморлар оғиз суюқлигидаги цитокин статуси кўрсаткичлари

Цитокинлар концентрацияси	Асосий гуруҳ (n=150)	Таққослаш гуруҳ (n=30)	Назорат гуруҳ (n=30)
IL-4, нг/мл	$10,41 \pm 2,52^*$	$8,23 \pm 1,48^*$	$4,52 \pm 0,25^*$
IL-8, нг/мл	$109,77 \pm 6,49^*$	$97,62 \pm 6,51^*$	$10,9 \pm 0,12^*$

Эслатма: * - кўрсаткичлар гуруҳларга нисбатан ишончли фарқка эга ($p < 0,05$).

Тадқиқотдаги ошқозон-ичак яра касаллиги фонидаги сурункали тарқалган пародонтит мавжуд беморларни оғиз суюқлигидаги IgA (г/л) нинг даво натижаларидан кейинги концентрацияси кўрсаткичлари

IgA, нг/мл	Даволашдан олдин	Даволашдан кейин		
		I гуруҳ (n=50)+(n=10)	II гуруҳ (n=50)+(n=10)	III гуруҳ (n=50)+(n=10)
6 ойдан сўнг				
Асосий (n=150)	1,35±1,04*	1,05±0,05*	0,90±0,07*	0,71±0,07
Таққослаш (n=30)	1,26±1,02*	0,64±0,07*	0,74±0,07*	0,54±0,07*
12 ойдан сўнг				
Асосий (n=150)	1,35±1,04*	0,72±0,05*	0,65±0,07*	0,59±0,07
Таққослаш (n=30)	1,26±1,02*	0,55±0,07*	0,50±0,07*	0,45±0,07*

цитокини кўрсаткичлари кўп мартага ошиши билан номоён бўлди - 109,77±6,49 нг/л – ($p<0,01$) (5.2-расм).

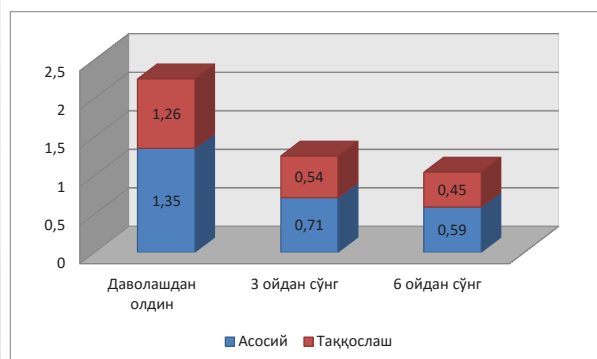
Юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда, яллиғланишга қарши IL-4 ва иммунологик статусни белгиловчи IL-8 цитокинларни қўшимча ташҳисий ҳамда прогностик иммунологик мезонлар сифатида тавсия этилди.

Даволашдан кейинги натижалар:

Асосий гуруҳ беморларининг 1-гуруҳида фақат антибактериал терапия, 2-гуруҳида фақат прополис настойкаси билан даволаш, 3-гуруҳида ҳам антибактериал ҳам прополис настойкасини комплекс қўллаб даволанди. Тадқиқот давомида асосий гуруҳ беморларида (150 нафар) иммунотерапия мақсадида Ликопид® (Licopid) дори воситасидан фойдаланилди. Натижалар 6 ва 12 ойдан сўнг текширилди.

Олинган натижалар шуни айтиш мумкинки, барча даволанган беморларда иммуноглобулинларнинг бемор оғиз суюқлигидаги концентрацияси даволашдан кейин ишонарли даражада пасайди. 5.5-жадвал кўринишида келтирилди.

Тадқиқот давомида ошқозон-ичак яра касаллиги фонидаги сурункали тарқалган пародонтит



5.5-расм. Ошқозон-ичак яра касаллиги фонидаги сурункали тарқалган пародонтит мавжуд беморларда комплекс даволашда оғиз суюқлигидаги IgA (нг/мл) нинг натижалари.

мавжуд беморларда IgA асосий гуруҳ беморларида даволашдан олдин 1,35±1,04 нг/мл ни ташкил қилган. Даволашдан 6 ой ўтгандан кейин эса антибактериал терапия фонида I гуруҳ беморларида эса 1,05±0,05 нг/мл, прополис настойкаси билан даволаш фонида II гуруҳ беморларида эса 0,90±0,07 нг/мл ташкил қилди ҳамда антибактериал терапия + прополис настойкаси билан комплекс даволаш фонида III гуруҳ беморларида гуруҳ беморларида ижобий натижани 0,71±0,07 нг/мл ташкил қилди ($p<0,05$) (5.5-расм).

Тадқиқот давомида таққослаш гуруҳида сурункали тарқалган пародонтит мавжуд беморларда IgA, (нг/мл) даволашдан олдин 1,26±1,02 нг/мл ни ташкил қилган. Даволашдан 6 ой ўтгандан кейин эса антибактериал терапия фонида I гуруҳ беморларида эса 0,64±0,07 нг/мл, прополис настойкаси билан даволаш фонида II гуруҳ беморларида эса 0,74±0,07 нг/мл ташкил қилди ҳамда антибактериал терапия + прополис настойкаси билан комплекс даволаш фонида III гуруҳ беморларида гуруҳ беморларида ижобий натижани 0,54±0,07 нг/мл ташкил қилди ($p<0,05$). (5.5-расм).

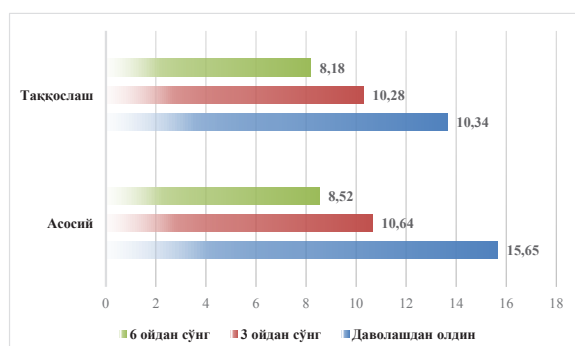
Асосий гуруҳ беморларида даволашдан 12 ой ўтгандан кейин эса антибактериал терапия фонида I гуруҳ беморларида эса 0,72±0,05 нг/мл, прополис настойкаси билан даволаш фонида II гуруҳ беморларида эса 0,65±0,07 нг/мл ташкил қилди ҳамда антибактериал терапия + прополис настойкаси билан комплекс даволаш фонида III гуруҳ беморларида гуруҳ беморларида ижобий натижани 0,59±0,07 нг/мл ташкил қилди ($p<0,05$) (5.5-расм). (5.5-жадвал).

12 ойдан сўнг тадқиқот давомида таққослаш гуруҳида сурункали тарқалган пародонтит мавжуд беморларда IgA, антибактериал терапия фонида I гуруҳ беморларида эса 0,55±0,07 нг/мл, прополис настойкаси билан даволаш фонида II гуруҳ беморларида эса 0,50±0,07 нг/мл ташкил қилди ҳамда антибактериал терапия + прополис настойкаси билан комплекс даволаш фонида III гуруҳ беморларида гуруҳ беморларида ижобий натижани 0,45±0,07 нг/мл ташкил қилди ($p<0,05$). (5.5-расм).

Тадқиқотдаги ошқозон-ичак яра касаллиги фонидаги сурункали тарқалган пародонтит мавжуд беморларни оғиз суюқлигидаги IgE (нг/мл) нинг даво натижаларидан кейинги концентрацияси кўрсаткичлари

IgE, нг/мл	Даволашдан олдин	Даволашдан кейин		
		I гуруҳ (n=50)+(n=10)	II гуруҳ (n=50)+(n=10)	III гуруҳ (n=50)+(n=10)
6 ойдан сўнг				
Асосий (n=150)	15,65±7,41*	12,64±1,05*	11,63±1,05*	10,64±1,05*
Таққослаш (n=30)	10,34±4,0*	12,32±0,07*	11,86±0,07*	10,28±0,07*
12 ойдан сўнг				
Асосий (n=150)	15,65±7,41*	9,86±0,20*	10,21±0,11*	8,52±0,15*
Таққослаш (n=30)	10,34±4,02*	9,72±0,07*	9,00±0,07*	8,18±0,07*

Эслатма: * - кўрсаткичлар даволашдан олдинги қийматларга нисбатан ишончли фарққа эга ($p<0,05$).



5.6-расм. Ошқозон-ичак яра касаллиги фонидаги сурункали тарқалган пародонтит мавжуд беморларда комплекс даволашда оғиз суюқлигидаги IgE (г/л) нинг натижалари.

Тадқиқот давомида ошқозон-ичак яра касаллиги фонидаги сурункали тарқалган пародонтит мавжуд беморларда IgE (нг/мл) асосий гуруҳ беморларида даволашдан олдин 15,65±7,41 нг/мл ни ташкил қилган. Даволашдан 6 ой ўтгандан кейин эса антибактерал терапия фонида I гуруҳ беморларида эса

12,64±1,05 нг/мл, прополис настойкаси билан даволаш фонида II гуруҳ беморларида эса 11,63±1,05 нг/мл ташкил қилди ҳамда антибактерал терапия + прополис настойкаси билан комплекс даволаш фонида III гуруҳ беморларида гуруҳ беморларида ижобий натижани 10,64±1,05 нг/мл ташкил қилди ($p<0,05$) (5.6-расм). (5.6-жадвал).

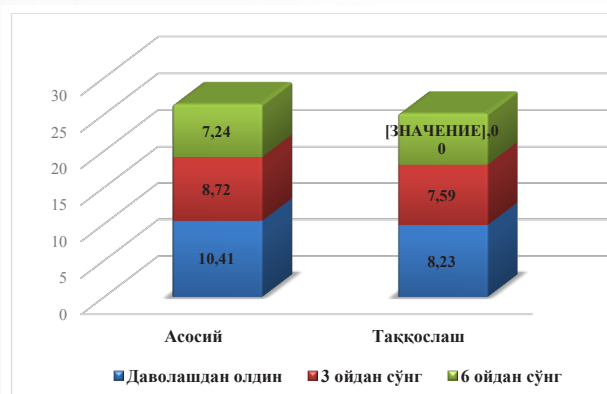
Тадқиқот давомида таққослаш гуруҳида сурункали тарқалган пародонтит мавжуд беморларда IgE, (нг/мл) даволашдан олдин 10,34±4,02 нг/мл ни ташкил қилган. Даволашдан 6 ой ўтгандан кейин эса антибактерал терапия фонида I гуруҳ беморларида эса 12,32±0,07 нг/мл, прополис настойкаси билан даволаш фонида II гуруҳ беморларида эса 11,86±0,07 нг/мл ташкил қилди ҳамда антибактерал терапия + прополис настойкаси билан комплекс даволаш фонида III гуруҳ беморларида ижобий натижани 10,28±0,07 нг/мл ташкил қилди ($p<0,05$). (5.6-расм).

Асосий гуруҳ беморларида даволашдан 12 ой ўтгандан кейин эса антибактерал терапия фонида I гуруҳ беморларида эса 9,86±0,20 нг/мл, прополис настойкаси билан даволаш фонида II гуруҳ беморларида

Тадқиқотдаги ошқозон-ичак яра касаллиги фонидаги сурункали тарқалган пародонтит мавжуд беморларни оғиз суюқлигидаги IL-4 (нг/мл) нинг даво натижаларидан кейинги концентрацияси кўрсаткичлари

IL-4, нг/мл	Даволашдан олдин	Даволашдан кейин		
		I гуруҳ (n=50)+(n=10)	II гуруҳ (n=50)+(n=10)	III гуруҳ (n=50)+(n=10)
6 ойдан сўнг				
Асосий (n=150)	10,41±2,52*	9,98±1,05*	9,79±1,05*	8,72±1,05*
Таққослаш (n=30)	8,23±1,48*	8,02±0,07*	8,08±0,07*	7,59±0,07*
12 ойдан сўнг				
Асосий (n=150)	10,41±0,71*	8,27±0,20*	8,34±0,11*	7,24±0,15*
Таққослаш (n=30)	8,23±1,48*	8,09±0,07*	8,15±0,07*	7,00±0,07*

Эслатма: * - кўрсаткичлар даволашдан олдинги қийматларга нисбатан ишончли фарққа эга ($p<0,05$).



5.7-расм. Ошқозон-ичак яра касаллиги фонидаги сурункали тарқалган пародонтит мавжуд беморларда комплекс даволаш фонида оғиз суюқлигидаги IL-4 (нг/мл) натижалари.

да эса $10,21 \pm 0,11$ нг/мл ташкил қилди ҳамда антибактерал терапия + прополис настойкаси билан комплекс даволаш фонида III гуруҳ беморларида гуруҳ беморларида ижобий натижани $8,52 \pm 0,15$ нг/мл ташкил қилди ($p < 0,05$) (5.6-расм (5.6-жадвал).

12 ойдан сўнг тадқиқот давомида таққослаш гуруҳида сурункали тарқалган пародонтит мавжуд беморларда IgE, антибактерал терапия фонида I гуруҳ беморларида эса $9,72 \pm 0,07$ нг/мл, прополис настойкаси билан даволаш фонида II гуруҳ беморларида эса $9,00 \pm 0,07$ нг/мл ташкил қилди ҳамда антибактерал терапия + прополис настойкаси билан комплекс даволаш фонида III гуруҳ беморларида гуруҳ беморларида ижобий натижани $8,18 \pm 0,07$ нг/мл ташкил қилди ($p < 0,05$) (5.6-расм).

Яллиғланишга қарши интерлейкин-4 (IL-4) ни ва яллиғланишни қўллайдиган цитокинлардан бири интерлейкин-8 (IL-8) ни ҳам даволашдан кейин ҳам аниқлашни лозим топдик.

Олинган натижалар шуни кўрсатдики, IL-4 ва IL-8 кузатув гуруҳи беморларида умумий қабул қилинган меъёр кўрсаткичлар доирасида бўлиб (5.7-жадвал), даволашдан кейин ҳам амалий жиҳатдан бир бирига

яқин натижани кўрсатди - мос равишда ўрганилган параметрлар бўйича $7,24 \pm 0,15$ нг/мл ва $60,24 \pm 0,15$ нг/мл (5.7-расм).

Тадқиқот давомида ошқозон-ичак яра касаллиги фонидаги сурункали тарқалган пародонтит мавжуд беморларда IL-4, (нг/мл) асосий гуруҳ беморларида даволашдан олдин $10,41 \pm 2,52$ нг/мл ни ташкил қилган. Даволашдан 6 ой ўтгандан кейин эса антибактерал терапия фонида I гуруҳ беморларида эса $9,98 \pm 1,05$ нг/мл, прополис настойкаси билан даволаш фонида II гуруҳ беморларида эса $9,79 \pm 1,05$ нг/мл ташкил қилди ҳамда антибактерал терапия + прополис настойкаси билан комплекс даволаш фонида III гуруҳ беморларида гуруҳ беморларида ижобий натижани $8,72 \pm 1,05$ нг/мл ташкил қилди ($p < 0,05$) (5.7-расм).

Даволашдан 12 ой ўтгандан кейин эса антибактерал терапия фонида I гуруҳ беморларида эса $8,27 \pm 0,20$ нг/мл, прополис настойкаси билан даволаш фонида II гуруҳ беморларида эса $8,34 \pm 0,11$ нг/мл ташкил қилди ҳамда антибактерал терапия + прополис настойкаси билан комплекс даволаш фонида III гуруҳ беморларида ижобий натижани $7,24 \pm 0,15$ нг/мл ташкил қилди ($p < 0,05$). (5.7-расм).

Тадқиқот давомида таққослаш гуруҳида сурункали тарқалган пародонтит мавжуд беморларда IL-4, (нг/мл) даволашдан олдин $8,23 \pm 1,48$ нг/мл ни ташкил қилган.

Таққослаш гуруҳ беморларида даволашдан 6 ой ўтгандан кейин эса антибактерал терапия фонида I гуруҳ беморларида эса $8,02 \pm 0,07$ нг/мл, прополис настойкаси билан даволаш фонида II гуруҳ беморларида эса $8,08 \pm 0,07$ нг/мл ташкил қилди ҳамда антибактерал терапия + прополис настойкаси билан комплекс даволаш фонида III гуруҳ беморларида гуруҳ беморларида ижобий натижани $7,59 \pm 0,07$ нг/мл ташкил қилди ($p < 0,05$) (5.7-расм). (5.7-жадвал).

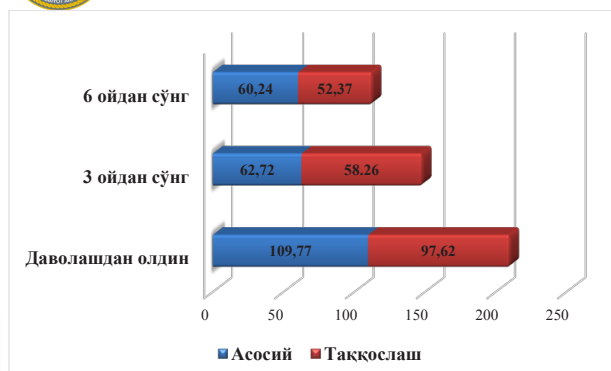
12 ойдан сўнг тадқиқот давомида таққослаш гуруҳида сурункали тарқалган пародонтит мавжуд беморларда IL-4, (нг/мл), антибактерал терапия фонида I гуруҳ беморларида эса $8,23 \pm 1,48$ нг/мл, прополис

5.8-жадвал

Тадқиқотдаги Ошқозон-ичак яра касаллиги фонидаги сурункали тарқалган пародонтит мавжуд беморларни оғиз суюқлигидаги IL-8 (нг/мл) нинг даво натижаларидан кейинги концентрацияси кўрсаткичлари

IL-8, нг/мл	Даволашдан олдин	Даволашдан кейин		
		I гуруҳ (n=50)+(n=10)	II гуруҳ (n=50)+(n=10)	III гуруҳ (n=50)+(n=10)
6 ойдан сўнг				
Асосий (n=150)	109,77±6,49*	75,02±3,05	99,02±3,05	62,72±1,05*
Таққослаш (n=30)	97,62±6,51	70,32±0,07*	90,86±0,07*	58,26±0,07*
12 ойдан сўнг				
Асосий (n=150)	109,77±6,49*	68,27±0,20	75,34±0,11	60,24±0,15*
Таққослаш (n=30)	97,62±6,51	66,35±0,20	71,46±0,11	52,37±0,15*

Эслатма: * - кўрсаткичлар даволашдан олдинги қийматларга нисбатан ишончли фарққа эга ($p < 0,05$).



5.8-расм. Ошқозон-ичак яра касаллиги фонидаги сурункали тарқалган пародонтит мавжуд беморларда комплекс даволаш фонида оғиз суюқлигидаги IL-8 (нг/мл) нинг натижалари.

настойкаси билан даволаш фонида II гуруҳ беморларида эса $8,09 \pm 0,07$ нг/мл ташкил қилди ҳамда антибактерал терапия + прополис настойкаси билан комплекс даволаш фонида III гуруҳ беморларида гуруҳ беморларида ижобий натижани $7,00 \pm 0,07$ нг/мл ташкил қилди ($p < 0,05$).

Тадқиқот давомида ошқозон-ичак яра касаллиги фонидаги сурункали тарқалган пародонтит мавжуд беморларда IL-8 (нг/мл) асосий гуруҳ беморларида даволашдан олдин $109,77 \pm 6,77$ нг/мл ни ташкил қилган. Даволашдан 6 ой ўтгандан кейин эса антибактерал терапия фонида I гуруҳ беморларида эса $75,02 \pm 3,05$ нг/мл, прополис настойкаси билан даволаш фонида II гуруҳ беморларида эса $99,02 \pm 3,05$ нг/мл ташкил қилди ҳамда антибактерал терапия + прополис настойкаси билан комплекс даволаш фонида III гуруҳ беморларида гуруҳ беморларида ижобий натижани $62,72 \pm 1,05$ нг/мл ташкил қилди ($p < 0,05$) (5.8-расм).

Тадқиқот давомида таққослаш гуруҳида сурункали тарқалган пародонтит мавжуд беморларда IL-8 (нг/мл) даволашдан олдин $97,62 \pm 6,51$ нг/мл ни ташкил қилган. Даволашдан 6 ой ўтгандан кейин эса антибактерал терапия фонида I гуруҳ беморларида эса $70,32 \pm 0,07$ нг/мл, прополис настойкаси билан даволаш фонида II гуруҳ беморларида эса $90,86 \pm 0,07$ нг/мл ташкил қилди ҳамда антибактерал терапия +

прополис настойкаси билан комплекс даволаш фонида III гуруҳ беморларида гуруҳ беморларида ижобий натижани $58,26 \pm 0,07$ нг/мл ташкил қилди ($p < 0,05$).

Асосий гуруҳ беморларида даволашдан 12 ой ўтгандан кейин эса антибактерал терапия фонида I гуруҳ беморларида эса $68,27 \pm 0,20$ нг/мл, прополис настойкаси билан даволаш фонида II гуруҳ беморларида эса $75,3 \pm 0,11$ нг/мл ташкил қилди ҳамда антибактерал терапия + прополис настойкаси билан комплекс даволаш фонида III гуруҳ беморларида гуруҳ беморларида ижобий натижани $60,24 \pm 0,15$ нг/мл ташкил қилди ($p < 0,05$) (5.8-расм).

12 ойдан сўнг тадқиқот давомида таққослаш гуруҳида сурункали тарқалган пародонтит мавжуд беморларда IL-8 (нг/мл), антибактерал терапия фонида I гуруҳ беморларида эса $66,35 \pm 0,20$ нг/мл, прополис настойкаси билан даволаш фонида II гуруҳ беморларида эса $71,46 \pm 0,11$ нг/мл ташкил қилди ҳамда антибактерал терапия + прополис настойкаси билан комплекс даволаш фонида III гуруҳ беморларида гуруҳ беморларида ижобий натижани $52,37 \pm 0,15$ нг/мл ташкил қилди ($p < 0,05$). Натижалар таҳлили шуни кўрсатяптики таққослаш гуруҳ беморларида ҳам 12 ой ўтгандан сўнг ҳам комплекс даволаш самарали эканлигини кўрсатяпти ва натижалар ишонарли пасайганлигини кўрсатяпти (5.8-расм).

Хулоса.

Шуни хулоса қилиб айтиш мумкинки, тадқиқотимиз давомида сурункали тарқалган пародонтитнинг ошқозон-ичак яраси фонида кечганида, ҳар иккала гуруҳ беморларида Ig A ва Ig E микдорининг комплекс даво олиб борилганда сезиларли пасайиши кузатилди. Шунингдек яллиғланиш қўлловчи ва унга қарши цитокинларнинг сурункали тарқалган пародонтитнинг ошқозон-ичак яраси фонида кечганида, беморларнинг оғиз суюқлигидаги концентрацияси организмда кечаётган яллиғланиш жараёнининг кечишига мос ўзгариб туради, улардан бирининг концентрацияси иккинчисидан устун бўлса, ушбу натижа яллиғланиш жараёни кечишидан далолат беради. Ҳар иккала гуруҳда комплекс даво олиб борилганда яллиғланишга қарши IL-4 ва яллиғланиш чакирувчи IL-8 ларнинг сезиларли пасайиши кузатилди.



АДАБИЁТЛАР:

Шадиева Ш.Ш. Роль иммунных механизмов у больных с воспалительной патологией пародонта // Тиббиётда янги кун - Бухоро - 2020 №4 (32) - 314-322 бетлар (14.00.00. №22)

Шадиева Ш.Ш., Абдурахманов М.М. Роль хеликобактерной инфекции в развитии функциональной диспепсии и воспалительных заболеваний пародонта // Стоматология – Тошкент -2021 №2(83) - 76-80 бетлар (14.00.00. №12)

Шадиева Ш.Ш., Гиязова М.М. Сочетанная патология: заболевания пародонта и гастродуоденальной зоны // Стоматология – Тошкент -2021 №2(83) - 80-83 бетлар (14.00.00. №12).

Шадиева Ш.Ш., Хабибова Н.Н. Динамика микрофлоры полости рта у больных воспалительными заболеваниями хронического генерализованного пародонтита и функциональной диспепсией // Тиббиётда янги кун - Бухоро - 2022 №10 (48) - 9-14 бетлар (14.00.00. №22) Шадиева Ш.Ш. Стоматологические проблемы гастроэнтерологических пациентов // Cardiorespiratory research Special Issue 1.1 (2021) ISSN: 2181-0974.-P. 103

Шадиева Ш.Ш. Стоматологические проблемы гастроэнтерологических пациентов и возможные пути их решения // «Актуальные вопросы фармакологии от разработки до их рационального применения». Бухоро. Сборник тезисов 6-7 мая 2021г. Стр. 93 – 95.

Шадиева Ш.Ш. Состояние местного иммунитета полости рта у лиц с заболеваниями слизистой оболочки и обсемененности желудка Helicobacter pylori // International Conference on Science and Education. France 132-133 p. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ СОЧЕТАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА И ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА // ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ ТАДҚИҚОТЛАР: ДАВРИЙ АНЖУМАНЛАР: Ноябрь /2022 18-ҚИСМ. – Р. 11-12.

Radjabova A.F. BASIC TYPES OF DIGESTION, BASIC FUNCTIONS OF THE DIGESTIVE SYSTEM // International bulletin of medical sciences and clinical research // - 2023 - Volume 3 / ISSUE 5 , Май. ISSN: 2750-3399 / P. 67-71.

Radjabova A.F. DIGESTION IN THE DUODUM 12 // Texas Journal of Medical Science.//– Date of Publication: 06-05-2023 / Volume 20/ISSN NO: 2770-2936. P. 67-69

Раджабова А. Ф. ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА // EURASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES // 2022 // Volume 2 // Issue 11, October // ISSN 2181-287X // P. 293 – 298 .

Раджабова А. Ф. ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ ВИРУСНОЙ И БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ. // WEB OF SCIENTIS: INTERNATIONAL SCIENTIFIC RESEARCH JOURNAL // ISSN: 2776-0979 / Volume 3 / Issue 10 / Oct., 2022 . P. 881-887 Giyazova Malika Mukhamadovna ETIOPATHOGENETIC ASPECTS AND FEATURES OF DAMAGE TO THE STRUCTURES OF THE ORAL CAVITY IN CORONAVIRUS INFECTION // WEB OF SCIENTIST: INTERNATIONAL SCIENTEFIC RESEARCH JOURNAL.-2022.- Т. 3. - №. 11.- С. 943-953

Giyazova M. M. Effectiveness in the Treatment of Changes in the Oral Mucosa of a Patient with Coronavirus // MIDDLE EUROPEAN SCIENTIFIC BULLETIN ACADEMIC JOURNAL. – 2022. - Т. 28. - С. 55-59

Гиязова М. М., Саноева М. Ж. НЕЙРОСТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ СТРУКТУР ПОЛОСТИ РТА ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ //Conferences. – 2022. – С. 98-110.

Giyazova M. M. Modern Treatment of Diseases of the Oral Mucosa and Periodontal Under the Influence of Covid 19 //International Journal on Integrated Education. – 2021. – Т. 4. – №. 10. – С. 96-97.

Giyazova M. M. Specificity of the Course and Improvement of Treatment of Diseases of the Oral Mucosa and Periodontal Cavity under the Influence of Covid 19 //” ONLINE-CONFERENCES” PLATFORM. – 2021. – С. 116-117.



СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОСТЕЙ ТАЗА И БЕДРА

Валиев Э.Ю.¹, Тиляков Х.А.², Валиев О.Э.¹, Абдусаматов Д.М.³

¹Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
г.Ташкент, Узбекистан.

²Самаркандский государственный медицинский университет,
г.Самарканд, Узбекистан

³Научно-исследовательский институт военной медицины Военно-медицинской
академии Вооруженных Сил Республики Узбекистан, г. Ташкент, Узбекистан

АННОТАЦИЯ

В данной статье представлены результаты у 130 больных проведенных нами исследований, продемонстрировавших, что активная тактика малоинвазивных методов лечения переломов бедренной кости, сочетанных с переломами костей таза, выглядит достаточно обоснованной. В пользу ранней стабилизации переломов выдвинуты такие веские аргументы, как возможность ранней активизации больного, предупреждение грозных гипостатических осложнений. Совмещение сроков консолидации и реабилитации способствовало получению положительных функциональных результатов, что позволило значительно сократить число больных с тяжёлыми последствиями повреждений опорно-двигательного аппарата.

Ключевые слова: перелом бедра, сочетанный перелом, стабилизация, опорно-двигательный аппарат, повреждение таза, тактика «damage control».

ANNOTATSIIYA

Ushbu maqolada 130 nafar bemorda olib borilgan tadqiqotlarimiz natijalari keltirilgan bo'lib, son suyagi sinishlarini davolashning kam invaziv usullari son va tos suyagi sinishi bilan kechuvchi qo'shma sinishlarda asoslidir. Singan sohani barqarorlashtirishda bemorlarni erta faollashtirish va xavfli hipostatik asoratlarni oldini olish kabi dalillar yotadi. Konsolidatsiya va reabilitatsiya vaqtini muvofiqlashtirish ijobiy funktsional natijalarga erishishga yordam berdi, bu esa tayanch-harakat tizimi shikastlari bilan olib kelingan bemorlarda og'ir oqibatlar sonini sezilarli darajada kamaytirish imkonini berdi.

Kalit so'zlar: sonning sinishi, qo'shma sinishi, stabilizatsiya, tayanch-harakat tizimi, tos suyagi shikastlanishi, "dasturlashtirilgan ko'p bosqichli jarrohlik davo" taktikasi.

ANNOTATION

This article presents the results of our studies in 130 patients demonstrating that the active tactics of minimally invasive methods of treatment of femur fractures combined with pelvic bone fractures seem to be quite reasonable. In favour of early stabilisation of fractures there are such strong arguments as the possibility of early activation of the patient, prevention of formidable hypostatic complications. The combination of the consolidation and rehabilitation periods contributed to positive functional results, which significantly reduced the number of patients with severe consequences of musculoskeletal injuries.

Keywords: hip fracture, combined fracture, stabilization, musculoskeletal system, pelvic injury, "damage control" tactics

Введения. Современный травматизм характеризуется значительным увеличением тяжести повреждений, абсолютное большинство которых приобретает множественный, сочетанный, а нередко и комбинированный характер, сопровождается значительным нарушением жизненно важных функций организма, трудностью диагностики, сложностью лечения. В общей структуре травм доля сочетанных и множественных повреждений составляет 5 - 12% [2,3,10].

Несмотря на пристальное внимание к данной проблеме во всем мире, смертность остается на высоком уровне. Сочетанная травма, по данным ВОЗ, занимает третье место по общей летальности (до 40%), а среди мужчин 18-40 лет является основной причиной смертельных исходов. Стойкая же инвалидность составля-

ет 25-45% [1,5].

Увеличение в структуре травматизма доли травм от высокоэнергетических воздействий привело к появлению большого числа пациентов с полисегментарными переломами нижних конечностей. Эти повреждения тяжело переносятся пострадавшими, на длительное время лишают их возможности самостоятельно передвигаться и являются одним из основных «источников» неудовлетворительных исходов лечения травм опорно-двигательной системы [6,11,14].

Неудовлетворительные исходы лечения больных с такими повреждениями объясняются не только тяжестью анатомических нарушений и общего состояния в остром периоде, но и выбором лечебной тактики, метода и объема оперативных вмешательств, главным

образом на конечностях [12].

Особенно это относится к переломам бедренных костей. Если при лечении перелома бедра специалист сталкивается с целым рядом проблем - шокогенность травмы, обездвиженность больного, травматичность оперативных вмешательств, высокий риск развития осложнений на всех этапах лечения, то у больных с сочетанной травмой и переломами бедренных костей важность этих проблем возрастает в двое, что диктует поле углубленного изучения данной проблемы [7,8,9,13].

Лечение этой группы больных, несмотря на последние достижения в медицине, является сложной, но в тоже время неразрешенной и приоритетной проблемой современной травматологии. Все это указывает на необходимость создания усовершенствованной оптимальной тактики лечения указанного контингента пострадавших.

Цель. Улучшение результатов лечения пострадавших с сочетанными повреждениями таза и бедренной кости с учетом оценки тяжести состояния и тяжести травмы.

Материал и методы обследования. Изучены результаты лечения 130 больных с сочетанными повреждениями таза с переломами бедра, что составило 15,4% от всех больных с сочетанной травмой. Среди пострадавших преобладали лица мужского пола. 6% больных были в возрасте 20–55 лет. У 89 (68,4%) пациентов причиной травмы явились дорожно-транспортные происшествия, у 33 (25,3%) – падение с высоты, у 8 (6,1%) – несчастный случай в быту. Переломы костей таза и конечностей у 81 (62,3%), с повреждениями внутренних органов выявлены у 39 (30%) пострадавшего. При поступлении в зависимости от тяжести состояния больные в обязательном порядке госпитализировались в противошоковую палату приемного отделения, где

проводились противошоковые мероприятия. В реанимационном отделении проводилась профилактика и лечение возможных опасных для жизни осложнений респираторного дистресс-синдрома, ДВС-синдрома, полиорганной недостаточности и первичных инфекционных осложнений. Тактика лечения пострадавших с сочетанной травмой на этом этапе заключалась в выведении больных из шока и поддержании жизненно важных функций организма - дыхания и кровообращения. Проводили комплексное обследование, осмотры пострадавшего врачами специалистами. В зависимости от локализации и тяжести повреждений, экстренное оперативное лечение проводили только по жизненным показаниям. Всем пострадавшим в обязательном порядке выполняли рентгенографию костей черепа, грудной клетки, костей таза и поврежденных сегментов конечностей. обязательно выполняли УЗИ органов грудной клетки, при подозрении на травму этих областей. При тяжелой черепно-мозговой травме и осложненных переломах позвоночника в обязательном порядке выполняли компьютерную томографию. При подозрении на повреждение магистральных сосудов выполняли ангиографию. Все обследование проводили на фоне полноценной интенсивной терапии, которая направлена на увеличение содержания кислорода в крови, восполнение энергетических затрат, поддержание дыхания, восстановление объема циркулирующей крови, поддержание тонуса сердечно-сосудистой системы инотропными и сосуднотоническими препаратами.

Одним из показателей, определивших тактику лечения, была тяжесть состояния пострадавших, выраженная в степенях шока. Из представленных данных следует, что все пострадавшие были доставлены в стационар в состоянии шока. В зависимости от этого критерия они распределились следующим образом. Боль-

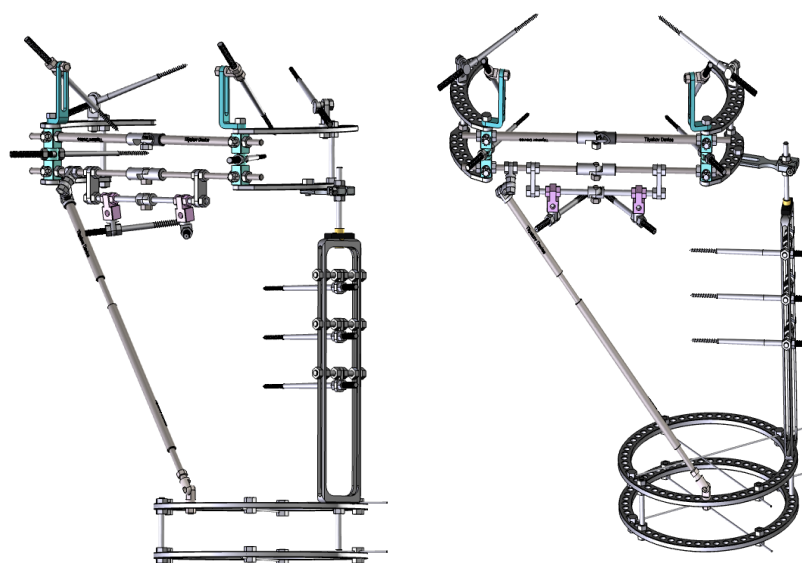


Рис.1 - Общий вид аппарата с бедренным модулем для левого бедра;

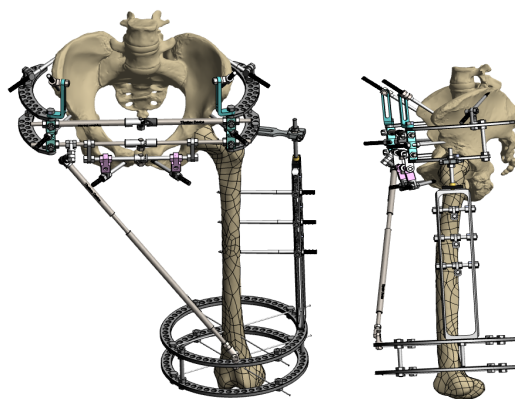


Рис.2 - Вид на аппарат спереди, и с боку установлен на кости;

ше всего пациентов было доставлено с шоком первой и второй степени: 78 (60,8%). Шок третьей и четвертой степени из общего числа было диагностировано у пострадавших: 51 (39,2%).

При поступлении больных в состоянии травматического шока и наличии нестабильных повреждений тазового кольца, первоочередным лечением была стабилизация тазового кольца, остановка кровотечения и компенсация кровопотери из сосудов таза. Ярким примером служит остеосинтез переднего полукольца таза аппаратом внешней фиксации, являющийся противошоковой операцией и способствующий остановке кровотечения в первые часы после травмы.

Обследование проводилось согласно клинко-диагностическим стандартам, разработанным авторами. Учитывая общее тяжелое состояние подавляющего большинства больных, основной целью лечения было сохранение жизни.

После устранения доминирующего повреждения со стороны органов брюшной и грудной полости и черепа, стабилизации гемодинамических показателей решали вопрос о стабилизации повреждений таза и бедра. В отношении нестабильных переломов костей таза в раннем периоде травматической болезни мы придерживаемся активной хирургической тактики с использованием малоинвазивных методов остеосинтеза.

В последнее десятилетие широкое развитие по-

лучил метод чрескостного остеосинтеза при повреждениях таза и бедренной кости. Известны и активно применяются десятки вариантов аппаратов внешней фиксации, которые отличаются видом используемых чрескостных элементов, геометрией внешней рамы, репозиционными и фиксационными способностями.

Нами предложено «Аппарат для лечения сочетанных переломов костей таза и бедра» (патент РФ на изобретение № 2749897), которое, на наш взгляд, несмотря на незамкнутость внешней рамы, может быть применено как при ротационно нестабильных, так и при вертикально нестабильных повреждениях [9].

Настоящее техническое решение направлено на обеспечение возможности интраоперационной малоинвазивной репозиции костей таза и бедренной кости, при повреждении костей и их сочленений, обеспечение возможности фиксации костей в анатомически правильном положении с возможностью послеоперационной коррекции, облегчение процессам монтажа аппарата и управления им при манипуляции с зафиксированными в нем костями и отломками.

Технический результат заключается в обеспечении возможности стабилизации костей таза и бедренной кости в анатомически правильном положении, с возможностью послеоперационной коррекции положения костей и отломков.

Технический результат достигается тем, что аппарат для лечения сочетанных переломов костей таза

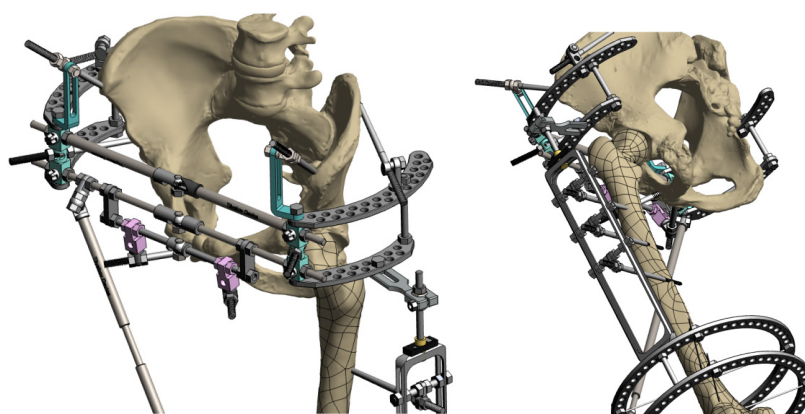


Рис.3 - общий вид одноосевого шарнира с зубчатым фиксатором;

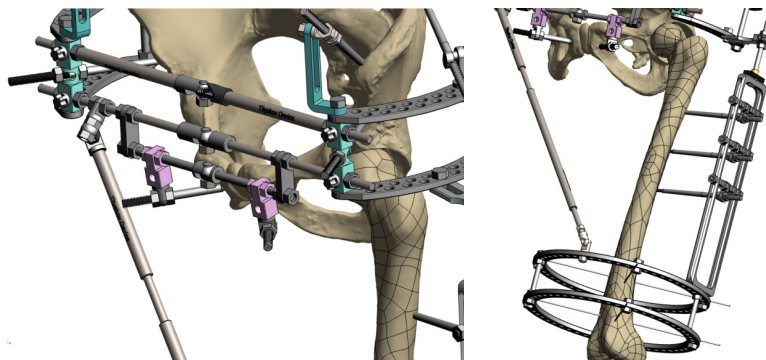


Рис. 4 - общий вид аппарата, установлен на тазу и бедренной кости;

и бедра содержит левую и правую тазовые опоры и лонный узел, оснащен бедренным модулем. Каждая опора состоит из двух плоских дуг оснащенных отверстиями, парно соединенных между собой, расположенных одна над другой. С заднего края верхняя и нижняя дуги соединены резьбовым стержнем, с переднего края дуги соединены прямоугольной балкой снабженной отверстиями. На верхней дуге консольно установлена Г-образная пластина, один конец пластины болтом закреплен на дуге, в месте соединения дуги с балкой, свободный конец пластины оснащен продольным отверстием-прорезью. Балки левой и правой тазовой опоры соединены двумя параллельными резьбовыми штангами, оснащенными фиксируемым одноосевым шарниром установленным в средней части длины штанги. На одной штанге установлен резьбовой стержень, на котором закреплены два костных винта, предназначенных для введения в лонные кости. Каждая балка в середине содержит сквозное отверстие, в котором установлен костный винт, предназначенный для введения в передне-верхнюю ось крыла подвздошной кости.

Левая и правая тазовые опоры, содержат по два костных винта, предназначенных для введения в крыло подвздошной кости, один костный винт расположен на верхней дуге, ближе к ее заднему краю, второй костный винт расположен на Г-образной пластине, причем верхняя дуга длиннее нижней. Балка в средней части выполнена цилиндрической формы, среднее сквозное отверстие в балке выполнено в форме паза с цилиндрическими выемками, выполненными под углом друг к другу, предназначенными под костный винт. Соединяющий резьбовую штангу одноосевой шарнир оснащен зубчатым фиксатором, причем один кронштейн шарнира содержит зубчики, второй кронштейн шарнира содержит подвижный подпружиненный шип, предназначенный для предотвращения самопроизвольного поворота шарнира. Резьбовой стержень лонного узла оснащен одноосевым шарниром. К одной тазовой опоре, через фиксируемый сферический шарнир, установленный на нижней дуге, присоединен бедренный модуль, содержащий два кольца с перекрестными спицами, предназначенными для фиксации дистального отдела бедренной кости. При этом кольца соединены с тазовой опорой рамкой, на которой, с возможностью

дозированного перемещения вдоль и поперек рамки, на ползунах установлены костные фиксаторы, предназначенные для введения в отломки бедренной кости. Рамка установлена с возможностью дозированного перемещения относительно колец и тазовой опоры. Кольца соединены телескопической дистракционной тягой с нижней резьбовой штангой. Резьбовые соединения оснащены гайками, костные винты и тяга установлены на кронштейнах.

Балка содержит поперечные резьбовые отверстия, в которых установлены винты-барашки, предназначенные для упора в концы резьбовых штанг.

Аппарат обеспечивает фиксацию таза и бедренной кости, репозицию отломков и костей, стабилизацию поврежденного таза и нижней конечности. Аппарат позволяет изменять взаимное угловое положение тазовых костей зафиксированных в тазовых опорах при установленном лонном узле, так как резьбовой стержень лонного узла имеет шарнир. При изменении взаимного положения тазовых опор, путем сгибания резьбовых штанг в осевых шарнирах, имеется возможность оперативно зафиксировать резьбовые штанги при заданном угле за счет зубчатого фиксатора, тем самым одноосевой шарнир обеспечивает возможность мгновенной фиксации положения резьбовой штанги. Костные винты в балках могут быть установлены под углом к продольной оси резьбовых штанг. Верхняя дуга тазовых опор длиннее нижней дуги и позволяет вводить фиксирующий костный винт в заднюю поверхность тазовых костей. Бедренный модуль позволяет репонировать костные отломки в нужном направлении и фиксировать их, а также изменять положение бедренной кости относительно таза, корректируя ее положение в вертлужной впадине. Шарнирное соединение бедренного модуля с тазовой опорой, позволяет разрабатывать движения в тазобедренном суставе в послеоперационном периоде (для этого тягу отсоединяют) [9].

Предусмотрено, что детали выполнены из сплава нержавеющей стали марки 12х18н10т, марки 20Х13 и/или сплавов титана.

Предусмотрено, что рамка содержит тензометрический датчик и блок контроля оснащенный энергонезависимой памятью и средством беспроводной пакетной передачи данных о величине компрессирующего



усилия.

Сущность предлагаемого метода. Использование аппарата выполняют следующим образом. В положении больного на спине под общим обезболиванием, закрытым методом формируют каналы в передне-верхней ости (в надвертлужной области) крыла подвздошной кости, вводят костные винты в левую и в правую подвздошные кости.

Костные винты вводят на глубину резьбы. На костные стержни устанавливают предварительно собранную конструкцию. Костные винты вводят в пазы балок и фиксируют гайками. Под контролем электронно-оптического преобразователя путем тракции по оси нижних конечностей устраняют вертикальное и диагональное смещение половин таза. Удерживая за тазовые опоры смещают кости таза в требуемом направлении, при этом тазовые опоры имеют возможность поворачиваться относительно балок, а резьбовые штанги могут изменять свое положение за счет осевых шарниров.

За счет чего интраоперационно устраняют смещения поврежденных структур и вправляют вывихи сочленений. Угол между балками регулируют, используя осевые шарниры. Одноосевой шарнир соединяющий резьбовую штангу оснащен зубчатым фиксатором. Отдвигают подвижный подпружиненный шип, предназначенный для предотвращения самопроизвольного поворота шарнира резьбовой штанги, поворачивают резьбовые штанги на требуемый угол и отпускают подвижный подпружиненный шип, он блокирует окончательный поворот резьбовой штанги. В лонные кости вводят костные винты, закрепляя их на резьбовой стержень лонного узла, на котором закреплены два костных винта. Таким образом устраняют угловые смещения и отклонения положения костей таза от анатомически правильного положения, вправляют вывихи в сочленениях. Достигнув требуемого положения костей таза затягивают болты, гайки, фиксируют шарниры, стабилизируя положение. Используя телескопическую дистракционную тягу изменяют положение бедренного модуля относительно тазовой опоры придавая необходимое положение бедру. Добившись необходимого положения затягивают сферический шарнир.

Далее приступают к репозиционированию костных отломков бедренной кости. Для перемещения костных фиксаторов и зафиксированных в них отломков используют рамку установленную с возможностью дозированного перемещения относительно колец и тазовой опоры, что позволяет осуществлять компрессию или дистракцию. Рамка содержит тензометрический датчик и блок контроля для дистанционного контроля, а считывание сигнала с блока контроля и определение величины усилий позволяет контролировать компрессию и дистракцию. Бедренную модель стабилизируют затягивая гайки шарнира и кронштейнов фиксирующих тягу. Посредством резьбовых штанг создается боковая компрессия, чем обеспечивается стабильная фиксация костных отломков и половин таза в положении анато-

мической репозиции. В тех случаях, когда одномоментная репозиция в полном объеме была невозможна из-за тяжести общего состояния пациента, коррективная положения отломков выполнялась постепенно, в послеоперационном периоде, путем перемещения тазовых опор аппарата относительно друг друга, перемещения бедренного модуля относительно тазовых опор, перемещения рамки и костных фиксаторов. Срок иммобилизации в аппарате составляет в среднем от 6 до 8 недель. Учитывая тяжелое общее состояние у большинства больных, обусловленное травматическим шоком, острой кровопотерей, повреждением внутренних органов и органов малого таза, развитием таких жизнеугрожающих осложнений острого периода травматической болезни, как жировая эмболия, респираторный дистресс-синдром, пневмонии и т.д., основной целью лечения этого периода травматической болезни было сохранение жизни. После устранения доминирующего повреждения со стороны органов брюшной и грудной полостей и черепа, нормализации гемодинамических показателей вставал вопрос о стабилизации повреждений таза и бедра. В отношении нестабильных переломов костей таза в раннем периоде травматической болезни мы придерживались активной хирургической тактики с использованием малоинвазивных методов остеосинтеза, применяли разработанные в клинике стержневые аппараты наружной фиксации двух модификаций. Для стабилизации переломов таза типа В и С предложен стержневой аппарат для таза и спице-стержневой аппарат для остеосинтеза нестабильных переломов таза и бедренной кости, 75 (57,7%) больным в срок от 3 до 12 часов с момента поступления нам удалось выполнить оперативную стабилизацию повреждений тазового кольца, при этом как окончательный, данный метод лечения был осуществлен у 19 (14,6%) больных с повреждениями типа В и у 36 (27,7%) - с тяжелыми нестабильными переломами типа С. Необходимо отметить, что применение спице-стержневого аппарата при лечении переломов тазовых костей внесло важные коррективы в комплекс противошоковых мероприятий и профилактики осложнений, а простота и доступность позволили шире внедрять его в практику.

Нами также была разработана тактика лечения повреждений бедренных костей при их сочетании с переломами костей таза, которая базировалась на тяжести состояния (особенно) и тяжести повреждения бедренного сегмента. Принципиально то, что все переломы бедер при наличии объективных условий должны стабилизироваться в раннем периоде травматической болезни до развития осложнений. Способ фиксации зависит от тяжести состояния пострадавших. Переломы бедер наблюдались у всех наших больных, всего было 137 перелома. Переломы обеих бедренных костей были у 7 пострадавших.

Оперативное вмешательство выполняли после устранения доминирующей патологии, сразу же после хирургического вмешательства на органах брюшной и грудной полости, черепа или после стабилизации



гемодинамики. При лечении 82 (63,1%) больных был использован метод интрамедуллярного остеосинтеза штифтами, причем 13 (10%) из них под ЭОП контролем был выполнен закрытый интрамедуллярный остеосинтез без рассверливания костномозгового канала. У 24 (18,5%) пациентам с закрытыми переломами бедра на уровне нижней трети был произведен накостный остеосинтез пластинами. У 28 (21,5%) пострадавшим с тяжелыми повреждениями костной ткани был применен метод чрескостного остеосинтеза аппаратом внешней фиксации, разработанным нами. В зависимости от срока проведения остеосинтеза бедер больные были разделены на две группы. У 75 (57,7%) пациентам 1 группы был выполнен ранний остеосинтез в сроки до 3 суток. У 55 (42,3%) пострадавшему 2 группы оперативное вмешательство было произведено в более поздние сроки.

Результаты

Изучение исходов лечения с множественными переломами костей таза и бедра показало, что выздоровление наступило у 123 (94,6%) больных. Умерли 7 (5,4%) пациента. При анализе причин летальных исходов выявлено, что у 3 (2,3%) пострадавших непосредственной причиной смерти была массивная травма трех и более костных сегментов, сочетавшаяся с повреждением внутренних органов (печень, селезенка, кишечник и т.п.). У 2 (1,5%) пациентов причиной смерти стал травматический шок, вызванный множественными переломами и кровопотерей. У 2 (1,5%) больных летальный исход был связан с тяжелой черепно-мозговой травмой.

Ближайшие результаты лечения были изучены при контрольном осмотре через 2, 4, 6 и 12 месяцев у 87 (66,9%) больных. Выздоровление наступило у 80 (96,5%) больных с сочетанными повреждениями таза и бедра. Сращение фрагментов было зарегистрировано у 64 (61,5%) больных. Отдаленные результаты лечения прослежены у 43 (33,1%) пострадавших в сроки от 2 до 5 лет. Полученные результаты были оценены как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Хорошими считали результаты при полном анатомо-функциональном восстановлении поврежденных конечностей, отсутствии жалоб, возвращении к прежней трудоспособности или сохранении прежнего качества жизни у нетрудоспособных пациентов преклонного возраста. Удовлетворительные результаты характеризовались сращением перелома (переломов) в средние сроки, умеренным ограничением движений в смежных суставах, снижением профессиональной трудоспособности у лиц физического труда (вплоть до смены профессии на более легкую), отсутствием постоянной инвалидности. Неудовлетворительные же результаты включали в себя такие признаки, как отсутствие консолидации (даже одного из оперированных сегментов) или ее резкое замедление, неправильно сросшиеся переломы с выраженной деформацией и нарушением функции, постоянную инвалидность, связанную с повреждениями опорно-двигательного аппарата.

Выводы

Лечебно-диагностический процесс у больных с сочетанной травмой таза и бедра необходимо начинать с определения доминирующей патологии. Первое место занимают больные с сочетанной черепно-мозговой травмой и повреждениями опорно-двигательного аппарата (68,2%), затем - сочетанные повреждения внутренних органов и опорно-двигательного аппарата (19,2%) и множественная травма опорно-двигательного аппарата (12,6%).

Диагностика повреждений при сочетанной травме таза и бедра должна включать клинические и инструментальные методы исследования. Применение разработанного алгоритма действия позволяет избежать диагностических ошибок и сократить сроки выявления патологии.

Выбор методов лечения переломов костей таза и бедра в остром и раннем периоде травматической болезни зависит от состояния пострадавшего, локализации и характера перелома. Оперативные вмешательства выполняют последовательно, после устранения доминирующей патологии в брюшной, грудной полостях и черепе.

Разработанные нами конструкции для остеосинтеза повреждений длинных костей конечностей и таза на спицевой и стержневой основе уменьшают объем оперативной агрессии и сокращают длительность выполнения остеосинтеза в 3 раза.

Комплекс лечения сочетанных повреждений костей таза и бедра должен выполняться в первые трое суток с момента травмы. Целесообразно выполнять одновременный (двумя бригадами) остеосинтез всех повреждений, особенно бедра, голени и плеча. При стабильном состоянии пострадавших наиболее эффективным является погружной остеосинтез, при нестабильной гемодинамике и развитии осложнений - предпочтение отдают малоинвазивным методам остеосинтеза. Ранний остеосинтез способствует нормализации гемодинамических показателей.

Тяжелые нестабильные повреждения костей таза не зависимо от тяжести состояния пострадавших, должны стабилизироваться в первые сутки с момента травмы стержневыми и спице-стержневыми аппаратами.

Установлена прямая зависимость частоты развития осложнений (общие и местные гнойно-септические, микроциркуляторные, трофические) от тактики и сроков оказания травматологического пособия больным с сочетанной травмой. После раннего остеосинтеза число осложнений частота было в 1,6 ниже, чем после позднего вмешательства.

Выявлено, что 57% больных умирают в первые трое суток после травмы, а 43% - в ранний и поздний периоды травматической болезни. Наиболее частыми причинами смерти были повреждения головного мозга, кровопотеря, шок. Разработанные алгоритмы организации и хирургической тактики лечения больных с сочетанной травмой таза и бедра доказали свою эффективность.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Azizovich, H. T. (2021). A Modern Approach to the Care of Victims with Combined Pelvic and Femoral Bone Injuries Based on the Severity of the Injury and the Severity of the Condition. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science* 2(4): 156-159. <https://doi.org/10.47494/cajmns.v2i4.267>
- Bondarenko A.V., Smaznev K.V. Transosseous osteosynthesis in the rehabilitation of patients with injuries of the pelvis and acetabulum with polytrauma. *Bulletin of Traumatology and Orthopedics*. N.N. Priorov. 2006. No. (4):18-24.
- Bouzat P, et al. Diagnostic performance of thromboelastometry in trauma-induced coagulopathy: a comparison between two levels I trauma centers using two different devices. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2021; 47(2):343-351.
- Valiev E.Yu., Tilyakov H.A., Tilyakov A.B. Teaching aid. "Assessment of the severity of the condition and treatment of combined injuries of the pelvis and hip. LAP LAMBERT Akademik publishing. ISBN: 978-620-3-19820-1. 2021: 48.
- Valiev E.Yu., et al. The current state of the problem of providing assistance to victims with acetabular injuries in the bukhara region. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine* ISSN 2515-8260 Volume 08, Issue 01, 2021 :1440 – 1445.
- Sokolov V.A., et al. Treatment of unstable pelvic injuries at the resuscitation stage in patients with polytrauma. *Polytrauma*. 2011. №2. pp. 30-35.
- Tilyakov A.B., Valiev E.Y., Ubaydullaev B.S. Using of rod apparatus of external fixation in complex treatment of no stable fractures of pelvic bones at combined injury. *Russian Sklifosovsky Journal "Emergency Medical Care"*. 2014;(2):32-37.
- Tilyakov, H. A., Valiyev, E. Y., Tilyakov, A. B., & Tilyakov, A. B. (2021). A new approach to surgical treatment of victims with pelvic and femoral fracture injuries, taking into account the severity of the condition and the severity of the injury. *International Journal of Health & Medical Sciences*, 4(3), 338-346. <https://doi.org/10.31295/ijhms.v4n3.1763>
- Tilyakov, Kh. A., Tilyakov, A. B., Valiyev, E. Y., & Tilyakov, A. B. Apparatus for treatment of combined fractures of pelvic and femoral bones. *Бюл. № 17*. 2021; RU 2749 897: 1-24
- Khadzhibayev A.M., Valiev E.Yu. Some organizational aspects of providing assistance to victims of road accidents in the Republic of Uzbekistan. *Bulletin of Emergency Medicine*, 2020, Volume 13, No. 3. Pp. 5-10.
- Khadzhibayev A.M. et al. A modern approach to the choice of treatment tactics for combined osteovascular injuries of the extremities. *Traumatology, orthopedics and rehabilitation*, 2020, No. 3, 34-45
- Khadzhibayev A. M., et al. The Role of Supportive Computer Program in Diagnosis, Management, Prevention and Prognosis of Fat Embolism Syndrome Following Skeletal Trauma. *American Journal of Medicine and Medical Sciences* 2020, 10(7): 515-521.
- Cimbanassi S, et al. Orthopedic injuries in patients with multiple injuries: results of the 11th trauma update international consensus conference Milan, December 11, 2017. *J Trauma Acute Care Surg*. 2020; 88(2): 76-53.
- Dezman ZD, Comer AC, Smith GS, Narayan M, Scalea TM, Hirshon JM. Failure to clear elevated lactate predicts 24-hour mortality in trauma patients. *J Trauma Acute Care Surg*. 2015; 79(4): 580-585.
- Halawi MJ. Pelvic ring injuries: emergency assessment and management. *Journal of Clinical Orthopedics and Trauma*. 2015; 6(4): 252-258.



РОЛЬ ЦИНКА В ПОДДЕРЖАНИИ ЗДОРОВЬЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА: ОБЗОР НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Саидов Ш.Б., Хамрабаева Ф.И.

АННОТАЦИЯ

Данная публикация представляет собой сборный обзор академических исследований, ориентированных на использование цинка в лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Статья освещает разнообразные аспекты применения цинка.

Ключевые слова: желудочно-кишечный тракт (ЖКТ), слизистая оболочка желудка, простагландин, цинк (Zn), гастрит, язвенная болезнь.

ANNOTATSIIYA

Ushbu maqola oshqozon-ichak trakti (OIT) kasalliklarini davolashda ruxdan foydalanishga qaratilgan akademik tadqiqotlar to'plamidir. Maqolada ruxdan foydalanishning turli jihatlarini ko'rib chiqiladi.

Kalit so'zlar: oshqozon-ichak trakti (OIT), oshqozon shilliq qavati, prostaglandin, rux (Zn), gastrit, oshqozon yarasi.

ANNOTATION

This publication is a compilation of academic studies focused on the use of zinc in the treatment of gastrointestinal (GI) diseases. The article covers a variety of aspects of zinc use.

Key words: Gastrointestinal tract (GIT), gastric mucosa, prostaglandin, zinc (Zn), gastritis, peptic ulcer disease.

В последние годы было проведено множество исследований, которые убедительно продемонстрировали, что состояние микроэлементов играет важную роль в развитии многих заболеваний внутренних органов и систем человека [19]. Также активно изучается взаимосвязь механизмов развития язв и рака в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ) с географическими и биогеохимическими факторами, а также с особенностями питания населения различных регионов мира [8,7].

Эпидемиологические и клинические исследования, проведенные в последние годы, указывают на то, что у детей наиболее распространены заболевания органов пищеварения, особенно воспалительные заболевания верхних отделов ЖКТ, такие как хронический гастрит и гастродуоденит. Многие исследования состава микроэлементов в крови у детей и подростков с воспалительными изменениями слизистых оболочек ЖКТ показали дефицит микроэлементов, таких как селен, цинк (Zn) и йод, обладающих антиоксидантными свойствами [16,20]. Также, воспаление слизистой оболочки желудка вызывает окислительный стресс. Недавние исследования подтверждают, что Zn играет важную роль в регулировании окислительного стресса. Недостаток Zn приводит к увеличенной чувствительности к окислительному стрессу и увеличивает риск повреждения слизистой оболочки при воспалении [1].

У человека в организме содержится примерно от 1,4 до 2,3 г Zn, при этом лишь около 2% из этой общей массы приходится на Zn, находящийся в плазме крови, а остальные 98% представлены внутриклеточным Zn [15]. Внутриклеточный Zn играет ключевую роль во многих биологических процессах, таких как регуляция генной экспрессии, метаболизм углеводов, белков и жиров, а также функции иммунной систе-

мы. Недостаток Zn может оказать негативное воздействие на эти важные процессы в организме. Суточная потребность в Zn составляет 15 мг для мужчин до 50 лет, 12 мг для женщин в возрасте до 50 лет, и 15 мг для лиц обоего пола старше 50 лет. Продукты, богатые Zn, включают в себя кукурузу, экзотические морепродукты и говядину. Zn всасывается в тонкой кишке и в основном выделяется с каловыми массами [19,17]. Следует отметить, что информация о важности Zn для человеческого организма стала доступна менее 35 лет назад. Кроме того, Zn играет ключевую роль в накоплении инсулина в β -клетках поджелудочной железы, а также входит в состав эстрогеновых и других рецепторов. Этот микроэлемент также является основным регулятором активности иммунной системы [17].

Биологическая функция Zn объясняется его присутствием в более чем 300 ферментах, участвующих в различных метаболических процессах, а также в генетическом аппарате клетки (где существует около 100 цинксодержащих нуклеопротеинов). Zn необходим для корректной репликации ДНК и РНК. Он также входит в состав многих ферментов, таких как щелочная фосфатаза, карбоксипептидаза, различные дегидрогеназы, аминопептидаза, ангидраза, супероксиддисмутаза, и другие [10].

До недавнего времени препараты Zn в основном использовались местно в качестве антисептиков. Однако в последние годы их применение расширилось, включая модуляцию функции иммунной системы, лечение пролежней, трофических язв, а также патологий волосяного покрова. Zn также играет важную роль в нормальном функционировании органов пищеварения, благодаря своим биологическим свойствам и гомеостатическому контролю, осуществляемому печенью и ЖКТ [13].



Патогенез хронических заболеваний ЖКТ является сложным и многофакторным процессом. Формирование хронических воспалительных заболеваний в этой области связано с дисбалансом между факторами, способствующими разрушению слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, и факторами ее защиты. В научной литературе появляется все больше публикаций, посвященных антиязвенному действию Zn, который способствует стимуляции восстановления тканей и воздействует на нейроэндокринную и иммунную системы [11,5].

Цитопротективное действие Zn на слизистую оболочку ЖКТ включает несколько аспектов:

Zn является кофактором процессов репарации и регенерации благодаря своим антиоксидантным свойствам, которые стабилизируют проницаемость цитоплазматических мембран, предотвращая высвобождение гидролитических ферментов, ответственных за распад поврежденных тканей [14].

Zn участвует в процессе ингибирования апоптоза и стимулирует синтез ДНК в различных типах тканей [9].

За счет своего вхождения в состав генетического аппарата клетки, Zn оказывает прямое влияние на рост и пролиферацию клеток [14].

Zn регулирует проницаемость слизистых оболочек, увеличивает секрецию желудочной слизи [18] и усиливает синтез коллагена [6].

Эксперименты на животных и людях, связанные с индукцией язвенных поражений желудка при использовании нестероидных противовоспалительных препаратов, ярко демонстрируют цитопротективные свойства Zn [4].

В экспериментах на крысах было вызвано язвенное поражение желудка путем введения соляной кислоты. После этого группе крыс была дана цинк-дефицитная диета, в то время как другой группе - диета с нормальным содержанием цинка. Через 4 дня крысы на цинкдефицитной диете показали усиление язвенного поражения слизистой оболочки желудка, в то время как у группы с нормальным содержанием цинка наблюдалась пролиферация клеток по краям язв и уменьшение площади язвенного поражения слизистой [2].

Также, в исследованиях на живых организмах было доказано, что цинк предотвращает развитие язвенных изменений и способствует заживлению язвенного процесса. В. Troskot и его коллеги выявили, что индукция язвы двенадцатиперстной кишки цистеамином сопровождалась снижением уровня цинка в крови. Однако пероральное введение животным сульфата Zn (в различных дозах) за 1 час до воздействия цистеамина подавляло развитие язв в зави-

симости от дозировки, причем максимальная доза Zn давала наиболее выраженный клинический эффект.

Zn проявляет антиульцерогенные свойства не только в остром, но и в хроническом периоде (по данным исследований). Например, у крыс, длительно получавших индометацин (3 мг/кг) или диклофенак (5 мг/кг), наблюдались язвенные поражения желудка как побочный эффект. Одновременное применение Zn в дозе 5 мг/кг в течение 7 дней позволяло полностью сократить ульцерогенный эффект индометацина и значительно уменьшить его у диклофенака. Таким образом, Zn восстанавливает биосинтез простагландина E₂, что может быть одним из механизмов его антиульцерогенного действия [13].

Zn может защищать слизистую оболочку желудка, стимулируя производство слизи. Исследования на крысах, где язвенные поражения были вызваны этанолом или аспирином, показали, что применение цинка цексамата перед ульцерогенными препаратами сокращает площадь язв и увеличивает образование слизи в желудке [3]. Также Zn, возможно, оказывает антиульцерогенное действие при язвенных поражениях, вызванных *Helicobacter pylori*, за счет своей высокой концентрации, ядовитой для микроорганизма. Было установлено, что соединения Zn обладают противогеликобактерной активностью, возможно, благодаря способности стабилизировать конформацию антимикробного пептида гистатина-5, присутствующего в слюне [13]. Кроме того, Zn может стимулировать энергетический обмен в клетках ЖКТ, увеличивая кровенаполнение слизистых оболочек, биосинтез РНК и содержание АТФ [5].

Известно, что язвенные поражения слизистых оболочек ЖКТ могут быть вызваны гиперактивацией процессов перекисного окисления липидов в клеточных мембранах, помимо ульцерогенных веществ. Предполагается, что ульцерация при гиперактивации перекисного окисления липидов связана с уменьшением аффинности Zn к металлотионеину. Добавление к Zn комплексов с антиоксидантным эффектом будет усиливать его действие [12].

Вывод: Таким образом, на основании данных, Zn способствует улучшению заживления язв и предотвращению их возникновения. Механизмы цитопротективного действия Zn на слизистые оболочки ЖКТ могут включать различные факторы, включая перекисное окисление липидов, активность лизосомальных ферментов, процессы апоптоза, биосинтез нуклеиновых кислот и простагландины. Исследования указывают на необходимость более глубокого изучения взаимосвязи между воспалительными и разрушающими процессами в слизистых оболочках ЖКТ и содержанием Zn в организме человека.

**Список использованной литературы:**

- Ksenija Marjanović 1, Ясна Довгань, Ksenija Kljaić, Katarina Sakić, Горан Кондза, Рефмир Таджич, Александр Вцев. Роль цинка при хроническом гастрите // Сборник Антропол. 2010 Июнь; 34(2): 599-603.
- Lapenna D., Cuccurullo F. // Dig. Dis. Sci. – 1994. – Vol.39, N9. – P.1882–1884.
- Mahmood A. et al. // Gut. – 2007. – Vol.56(2). – P.168–175.
- Rodrigues de la Serna A. Multicenter clinical trail of zinc acexamate in the prevention of nonsteroidal antiinflammatory drug induced gastroenteropathy. Spanish Study Group on NSAID Induced Gastroenteropathy Prevention // J. Reumatol. 1994. Vol. 21, № 5. P. 927-933.
- Skrovanek S. et al. // World J. Gastrointest. Pathophysiol. – 2014. – Vol.15, N4. – P.496–513.
- Turner A.R. Effects of 5-fluorouracil and zinc on healing of colonic anastomoses in rabbits // Eur-JSurg. 1999. Vol. 165, № 4. P. 369-377.
- Ustundag Y. Plasma and gastric tissue selenium levels in patients with Helicobacter pylori infection // J. Clin. Gastroenterol. 2001. Vol. 32. P. 405-408.
- Амиров Н.Х., Хохлова Е.А. Особенности питания населения в современных условиях (на примере Чувашской Республики). Чебоксары, 2005. 136 с.
- Лаврова А.Е. Цинк и процессы перекисного окисления липидов у детей с хроническим гастродуоденитом на фоне пищевой аллергии // Детская гастроэнтерология: настоящее и будущее: материалы VII конгресса педиатров России. М., 2002. С. 157.
- Лифшиц И.В. Значение клинико-эндоскопических, биохимических, морфологических критериев и микроэлемента цинка в прогнозировании течения язвенной болезни: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Саратов, 2005. – 26 с.
- Марушко Ю.В., Асонов А.О. // Журн. Гродн. гос. мед. ун-та. – 2013. – №4. – С.87–90.
- Матсукура Т., Танака Х. // Биохимия. – 2000. – №7. – С.961–968.
- Подобед В.М. Цинк Карнозин: новая формула гастропротекции и восполнения дефицита цинка // Медицинские новости. – 2015. – №2. – С. 17–20.
- Ребров В.Г., Громова О.А. Витамины, макро- и микроэлементы // Обучающие программы РСЦ института микроэлементов ЮНЕСКО. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 955 с.
- Сергеев П.В. Антиульцерогенные свойства соединений цинка // Российский журнал гастроэнтерологии гепатологии, колопроктологии. 2003. № 2. С. 27-32.
- Спиваковский Ю.М. Клинико-параклинические особенности течения хронического гастродуоденита у детей, проживающих в биогеохимической провинции и крупном индустриальном центре: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Саратов, 2000. 25 с.
- Тарасова Л.В. Роль алиментарного дефицита селена, цинка и марганца в патогенезе хронического гастрита и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2012. – 38 с.
- Трапков В.А. Влияние сульфата цинка на слизиобразование в желудке крыс // Экспер. и клин. мед. 1990. № 4. С. 370-372.
- Хохлова Е.А., Тарасова Л.В., Степашина Т.Е. Участие селена и цинка в патогенезе воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта (анализ литературных данных) // Вестник Чувашского университета. 2011. № 3 487-493 стр.
- Шагиахметова Л.В. Клинико-патогенетическое значение дефицита эссенциальных микроэлементов при хроническом гастродуодените у детей и подростков: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Екатеринбург, 2005.

ПРИЧИНЫ, ВИДЫ И ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПОЧЕЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Салохиддинов Эльдор Шухратжонович
Ферганский медицинский институт общественного здравоохранения,
Узбекистан, Фергана

Аннотация

Мочекаменная болезнь - это болезненное состояние, вызванное образованием минеральных отложений в мочевыводящих путях. В этой статье представлена исчерпывающая информация по теме, обсуждаются причины, методы диагностики, варианты лечения и стратегии профилактики.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, камни в почках, нефролитиаз, мочекаменная болезнь, профилактика образования мочевых камней, лечение, факторы риска, диагностика.

Мочевые камни, широко известные как камни в почках, являются распространенным заболеванием, от которого страдают миллионы людей во всем мире. Эти небольшие минеральные отложения в почках или других частях мочевыводящих путей могут вызывать боль и дискомфорт. В этой статье рассматриваются причины, диагностика, лечение и профилактика мочекаменной болезни, освещаются последние исследования и рекомендации.

Причины: Мочевые камни обычно состоят из кристаллов кальция, оксалата или мочевой кислоты, которые могут накапливаться в почках из-за различных факторов, включая обезвоживание, генетику или выбор рациона питания.

Диагностика: Первичные диагностические инструменты включают методы визуализации, такие как ультразвук, компьютерная томография и рентген, которые помогают определить и оценить размер камней.

Лечение: Варианты лечения варьируются от консервативных мер до медицинских вмешательств, таких как увлажнение и обезболивание, до минимально инвазивных процедур.

Профилактика: Стратегии предотвращения рецидивирующих камней включают изменение рациона питания, достаточное потребление жидкости и медикаментозное лечение по мере необходимости.

Мочекаменная болезнь, также известная как мочекаменная болезнь или нефролитиаз, является распространенным заболеванием, характеризующимся образованием твердых кристаллических структур, называемых уролитами или камнями в почках, в мочевыводительной системе. Эти камни находятся в почках, мочеточниках, мочевом пузыре или могут образовываться мочеточники, и они могут различаться по размеру и составу. Наиболее распространенные типы камней в почках включают:

Кальциевые камни: Это наиболее распространенный тип камней в почках и обычно состоят из оксалата кальция или фосфата кальция.

Камни с мочевой кислотой: Они образуются, когда в моче слишком много мочевой кислоты. Они

чаще встречаются у людей с подагрой или диетой с высоким содержанием пуринов.

Струвитные камни: Эти камни часто связаны с инфекциями мочевыводящих путей и могут стать очень большими и вызвать обструкцию в мочевыводительной системе.

Цистиновые камни: Цистинурия - редкое генетическое заболевание, вызывающее образование цистиновых камней.

Точная причина образования мочевых камней сложна и может зависеть от множества факторов, включая генетику, диету, уровень гидратации и определенные медицинские состояния. Обезвоживание, диета с высоким содержанием соли и различные нарушения обмена веществ могут увеличить риск образования камней в почках.

Симптомы мочевых камней могут варьироваться, но часто включают сильную боль в пояснице или боку, часто называемую «почечной коликой». Другие симптомы могут включать кровь в моче, частое мочеиспускание и сильные позывы к мочеиспусканию. Если камень застревает в мочеиспускательном канале, это может вызвать инфекцию мочевыводящих путей или заблокировать отток мочи, что может вызвать более серьезные симптомы.

Диагностика обычно включает визуализирующие тесты, такие как компьютерная томография или УЗИ, для определения и оценки размера камней. Методы лечения камней в мочевом пузыре включают:

Консервативное лечение: Небольшие камни могут пройти сами по себе при увеличении потребления жидкости и обезболивании.

Медикаментозное лечение: В зависимости от типа камней возможно назначение лекарств, помогающих предотвратить или растворить их. Экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия (ESWL): Эта неинвазивная процедура использует ударные волны для дробления камней на более мелкие кусочки, которые легче удалить.

Уретероскопия: Тонкий гибкий инструмент используется для обнаружения, удаления или дробления камней в мочеточниках или почках.



Чрескожная нефролитотомия (PCNL): Хирургическая процедура, которая включает в себя выполнение небольшого разреза сзади для удаления или дробления более крупных камней в почках.

Лазерная литотрипсия: Лазер используется для разрушения камней, часто во время уретероскопии.

Стратегии профилактики мочекаменной болезни включают в себя достаточное количество жидкости, сбалансированное питание и, в некоторых случаях, прием лекарств, назначенных вашим лечащим врачом.

Если вы подозреваете, что у вас камни в почках, или испытываете серьезные симптомы, вам следует обратиться к врачу для правильной диагностики и лечения.

Мочекаменная болезнь является сложным заболеванием с многофакторными причинами. Распространенность камней в почках растет, что требует совершенствования методов диагностики и уделения большего внимания профилактике. Хотя современные методы лечения стали более изощренными и менее инвазивными, изменение образа жизни по-прежнему имеет решающее значение в лечении мочевых камней. Диета, потребление жидкости и соблюдение рекомендаций врача являются важными компонентами предотвращения образования камней.

Резюме:

Каменная болезнь мочевыводящих путей - болезненное и рецидивирующее заболевание, требующее тщательного лечения. Причины разнообразны, и ди-

агностика была значительно улучшена с помощью передовых методов визуализации.

Варианты лечения эволюционировали, чтобы стать более удобными для пациента, с широким спектром доступных вмешательств. В конечном счете, предотвращение образования камней в мочевом пузыре зависит от изменения образа жизни, диеты и регулярного медицинского наблюдения.

-Пациенты с камнями в почках должны поддерживать надлежащую гидратацию, выпивая не менее 2-3 литров воды в день.

-Сбалансированная диета с умеренным потреблением продуктов, богатых оксалатами, таких как шпинат, шоколад и орехи, может снизить риск образования камней.

-Регулярное обследование у уролога помогает контролировать развитие камней в почках и предотвращать осложнения.

-Генетическое консультирование может быть полезно людям с семейным анамнезом мочекаменной болезни.

В заключение, мочекаменная болезнь - это состояние, требующее осознания, профилактики и активного лечения для улучшения качества жизни тех, кто страдает от этого болезненного состояния. Понимая причины, совершенствуя методы диагностики и внедряя эффективные стратегии профилактики, бремя мочекаменной болезни может быть облегчено для многих.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

Каримов М.М., Даминов Б.Т., Каюмов У.К. Хронические болезни, болезни легких, медико-социальная проблема и факторы риска и развития // Вестник Ташкентской медицинской академии. Ташкент, 2015. № 2. – С. 8-12.

Hesse AT, Tiselius H-G, Siener R, Hoppe B. (Eds). Urinary Stones, Diagnosis, Treatment and Prevention of Recurrence. 2009.

Каримов М.М. Вопросы прогрессирования хронических болезней почек с позиции не патогенеза некоторых звеньев // Вестник медицинской академии. Ташкент, 2014. – № 4. – С. 7-19. Ташкент

Pearle MS, Asplin JR, Coe FL, Rodgers A, Worcester EM (Committee 3). Medical management of urolithiasis. 2008.

Рогова И. В., Фомин В. В., Дамулин И. В., Шашкова Е. В. Особенности когнитивных нарушений и больницы хронической болезни почек на додиализных стадиях: научное издание// Терапевтический архив. 2015.- - Том 85 №6. С. 25-30.

Matlaga BR, Shah OD, Assimos DG. Drug induced urinary calculi. 2003.

Welch BJ, Graybeal D, Moe OW, et al. Biochemical and stone-risk profiles with topiramate treatment. 2006

Последствия клинического риска уравнивания сотрудничества в области эпидемиологии ХБП (CKD-EPI) по сравнению с уравнением исследования модификации диеты при заболеваниях почек (MDRD) для оценки СКФ. Являюсь. J. Kidney Dis., 60(2): 241-249.



YUKSAK SALOHİYATLI PEDAGOG KADRLARNI TAYYORLASH PROFESSIONAL HARBIY XIZMATCHILARNI TAYYORLASHNING ASOSLARIDAN BIRI SIFATIDA

Sattorov Najmiddin Pulatovich,
O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlari Akademiyasi tinglovchisi

ANNOTASIYA

Maqolada oliy xarbiy ta'lim muassasalarida o'qitish jarayonini mazmun – mohiyatini, harbiy-kasbiy ongini ta'lim jarayonida shakllantirishda nazariy va amaliy darslarning uyg'unlashtirish, bo'lajak ofiserlarni kasbiy faoliyatga yo'naltirish hamda yuksak salohiyatli harbiy pedagog kadrlarni tayyorlash - professional harbiylarni tayyorlashning asosiy mezonlari yoritilgan.

Kalit so'zlar: o'qitish jarayoni, harbiy-kasbiy faoliyat, pedagog-tarbiyachi, nutq madaniyati, notiqlik san'ati, salohiyatli pedagog, professional kadr.

АННОТАЦИЯ

В статье освещены основные критерии сочетания теоретических и практических занятий по формированию содержания и военно – профессионального сознания в высших военных учебных заведениях, ориентации будущих офицеров на профессиональную деятельность и подготовки высокоэффективных военно-педагогических кадров - профессиональных военных.

Ключевые слова: учебный процесс, военно-профессиональная деятельность, педагог- воспитатель, культура речи, ораторское искусство, потенциальный педагог, профессиональный персонал.

ANNOTATION:

The article highlights the main criteria for combining theoretical and practical classes on the formation of the content and military–professional consciousness in higher military educational institutions, the orientation of future officers to professional activity and the training of highly effective military-pedagogical personnel - professional military.

Keywords: educational process, military professional activity, teacher-educator, culture of speech, oratory, potential teacher, professional staff.

Respublikamizda harbiy ta'limni modernizatsiya qilish, Oliy xarbiy ta'lim muassasalarida o'qitish jarayonini mazmunini o'zgartirib, boyitib yangilanishi, xalqaro harbiy ta'lim muassasalari bilan raqobatbardosh muhitda Oliy harbiy bilim yurtlar va universitetlarni faoliyatini isloh qilishga alohida e'tibor berilmoqda.

O'zbekiston Respublikasining 2022-2026 yillarga mo'ljallangan yangi O'zbekiston taraqqiyot strategiyasining 90-moddasida davlatning mudofaa qobiliyatini yanada mustahkamlash maqsadida Oliy harbiy ta'lim muassasalarining tegishli huquq va vakolatlarini aniq belgilash vazifalarini alohida belgilab bergan¹.

Mazkur vazifalarni amalga oshirish uchun ta'lim jarayonida o'qitish va tarbiyalash jarayonini takomillashtirish, kursantlarning harbiy-kasbiy ongini ta'lim jarayonida shakllantirishda nazariy va amaliy darslarning uyg'unlashtirish, ularning o'qitish va tarbiyalashda mustaqil tayyorgarlik mashg'ulotlarini samaradorligini oshirish, tajriba-sinov tadqiqotlar yordamida kursantlarni o'qitish va tarbiyalash jarayonini optimallashtirish metodikasini ishlab chiqish hamda ularni qo'llash bo'yicha usullarni takomillashtirish muhim masalalardan hisoblanadi.

¹ O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2022 yil 28 yanvardagi 2022-2026 yillarga mo'ljallangan "Yangi O'zbekiston taraqqiyot strategiyasi to'g'risida"gi PF-60 son Farmoni, qonunchilik ma'lumotlari bazasi, 29.01.2022 y. 06/22 6070082 son 18.03.2022 y. 0227 son 21.04.2022 y. 06/22/11303-30- son.

Yurtimizning tinchligi va xavfsizligini ta'minlashning ishonchli kafolati bo'lgan Milliy armiyamizning rivojlantirish masalalarida Prezidentimiz Sh.M.Mirziyoev Yangi O'zbekiston taraqqiyot strategiyasining ettinchi yo'nalishida "...Dunyoda va mintaqamizda vujudga kelayotgan bugungi murakkab va tahlikali vaziyatda o'z hayotini Vatan himoyasidek sharaflil ishga bag'ishlagan, xalqimiz faxriga aylangan jasur harbiylarimizning jangovar shayligi, jismoniy va ma'naviy tayyorgarligini kuchaytirish dolzarb vazifamiz..." degan edi².

O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2017 yil 20-apreldagi PQ- 2909-sonli "Oliy ta'lim tizimini yanada rivojlantirish chora-tadbirlari to'g'risida", 2018-yil 5-iyuldagi PQ-3775 son "Oliy ta'lim muassasalarida ta'lim sifatini oshirish va ularning mamlakatda amalga oshirilayotgan keng qamrovli islohotlarga faol ishtirokini ta'minlash bo'yicha qo'shimcha chora-tadbirlar to'g'risida", 2018 yil 4-avgustdagi PQ-3898-son "O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlari harbiy xizmatchilarining ma'naviy-ma'rifiy saviyasini oshirish tizimini tubdan takomillashtirish to'g'risida"gi qarorlarida mazkur faoliyatga tegishli boshqa normativ-huquqiy hujjatlarda ham belgilangan vazifalarni amalga oshirishga muayyan darajada xizmat qiladi.

²Yangi saylangan O'zbekiston Respublikasi Prezidenti Sh.M.Mirziyoyevning lavozimga kirishish tantanali marosimiga bag'ishlangan Oliy majlis palatalari qo'shma majlisidagi nutqi. 6-noyabr, Toshkent - 2021 yil.



XIX asr oxiri XX asr boshidagi o'zbek milliy madaniyatining mashhur vakillaridan biri ma'rifatparvar shoir, dramaturg, jurnalist, olim, davlat va jamoat arbobi Abdulla Avloniyning pedagogikaga oid asarlari ichida uning 1913 yilda yozgan va 1917 yilda ikkinchi bor nashr qilingan "Turkiy Guliston yoxud axloq" asarida o'z ijtimoiy va axloqiy-ta'limiy qarashlarini bayon etadi. Unda "Tarbiya bizlar uchun yo hayot – yo mamot, yo najot – yo halokat, yo saodat – yo falokat masalasi" ekanligi g'oyasini ilgari suradi va nafaqat o'sha davr, balki hozirgi kunda muhim ahamiyat kasb etmoqda. Muallif ta'lim bilan tarbiyaning bir-biriga bog'liq ekanini ham ta'kidlaydi: "Dars ila tarbiya orasida bir oz farq bor bo'lsa ham, ikkisi bir-biridan ayrilmaydurgan, birining vujudini biriga boylangan jon ila tan kabitur" deydi³.

Oliy harbiy ta'lim muassasalarida o'quv-tarbiya jarayonini natijalarining tahlili, nazariy amaliy darslarni uyg'unlashuvini o'rganish, kursantlarni o'qitish va tarbiyalashda mustaqil tayyorgarlikning roli va o'qitish jarayonini optimallashtirishning omillari, tarbiyaviy ta'sir etish ko'rsatkichlarning o'zaro ta'sir darajasi va qayta aloqasi dinamikasining beqaror hisobga olish asosida aniqlash aniqlashtirish muhim ahamiyat kasb etadi. Jamoat xavfsizligi universitetida 2022-2023 o'quv yilidan "Qo'shinlarning taktik-qo'mondonligi" ta'lim yo'nalishida gumanitar fanlarni qisqartirish evaziga umumkasbiy va ixtisoslik fanlarining ulushini 85% ga ko'paytirish asoslab berilgan.

Kursantlarning kasbiy faoliyatga yo'naltirishda "Bilim – ko'nikma – intizom" tamoyilini joriy etish, bunda a'lo baholarga o'qigan amaliy faoliyatda yaxshi natijani ko'rsatgan (ko'nikma), o'quv tarbiyaviy jarayonda ichki tartib qoidalariga qat'iy amal qilgan (intizomli) bitiruvchi kursantlarni nufuzli bo'linmalardan ish joylarini tanlash va o'sha joylarga o'tishni tanlash imtiyozini berish, bunday bitiruvchilarga bir yil davomida "Umidli", "Iqtidorli xodim", ko'krak nishoni va qo'shimcha to'lovni joriy etish bo'yicha tavsiyalar ishlab chiqish davr talabi.

Har bir kursant bo'lajak pedagog-tarbiyachi eng avvalo faoliyatni boshlaganda, darrov auditoriyaga kirib dars o'tish maqsadga muvofiq emas, chunki auditoriya bu bo'lajak ofiserlar, mutaxassislar, pedagoglar hisoblanadi. Auditoriyaga tajribali, fanni yaxshi biladigan, pedagogik stajga ega bo'lgan xodimlarni kirishi maqsadga muvofiq bo'ladi. Boshqa tomondan esa yangi, yosh pedagoglarni "Yosh pedagoglar maktabi" da o'qitish lozim bo'ladi, chunki ular ma'ruza nima, munozara nima, amaliy mashg'ulot nima, laboratoriya ishlari nima ekanligini yaxshi o'zlari bilib olishlari lozim bo'lsa, boshqa tomondan xuddi shunday ma'ruza, munozara, amaliy mashg'ulotlarni, laboratoriya ishlarini o'tkazish va yozish metodikasini bilib olishlari ko'nikmalar, malakalar hosil qilishlari lozim bo'ladi.

Amaliyotda esa sal boshqacharoq bugungi kunda, masalan, yosh pedagoglar o'zidan oldingi professor-

o'qituvchilarni ma'ruza taktlarini, munozara, amaliy mashg'ulot darslarini materiallarini olishib u yoki bu tamoyillarini qisman o'zgartirib auditoriyaga kirib dars o'tishmoqda, aslida bu juda ham to'g'ri emas, sababi Pedagogika universitetlar, institutlarda o'qituvchilikka, pedagoglikga, tarbiyachilikga to'rt besh yil o'qitishadi. Dars o'tish metodikasi degan fanni kamida ikki yil o'tiladi va shunda ham professional kadr bo'lib etishmaydi, bunga ancha vaqt kerak bo'ladi.

Shuning uchun harbiy pedagog kadrlarni malaka oshirishga Pedagogika universiteti va institutlariga eng kamida 3 oyga yoki 6 oyga yuborish kerak bo'ladi (harbiy muassasa (bo'linma) malaka oshiriyotgan universitet va institutlarga kadrlarni malaka oshiriyotganliklari uchun pul o'tkazishadi). Shundagina yosh pedagog, pedagogik mahoratga ega bo'ladi. Malaka oshirishda ularga "Nutq madaniyati", "Notiqlik san'ati" fanlaridan nafaqat nazariy darslar, shuningdek amaliy mashg'ulotlar ham o'tkazish talab etiladi.

Undan tashqari "Auditoriya bilan ishlash", "Auditoriyaning boshqarish", "Auditoriya ta'sir etish san'ati" tushunchalari sindirilib boriladi. Ma'ruza tayyorlash metodikasi o'rgatiladi. Munozarada esa munozara savoli bilan ma'ruza savolini farqi o'rgatiladi.

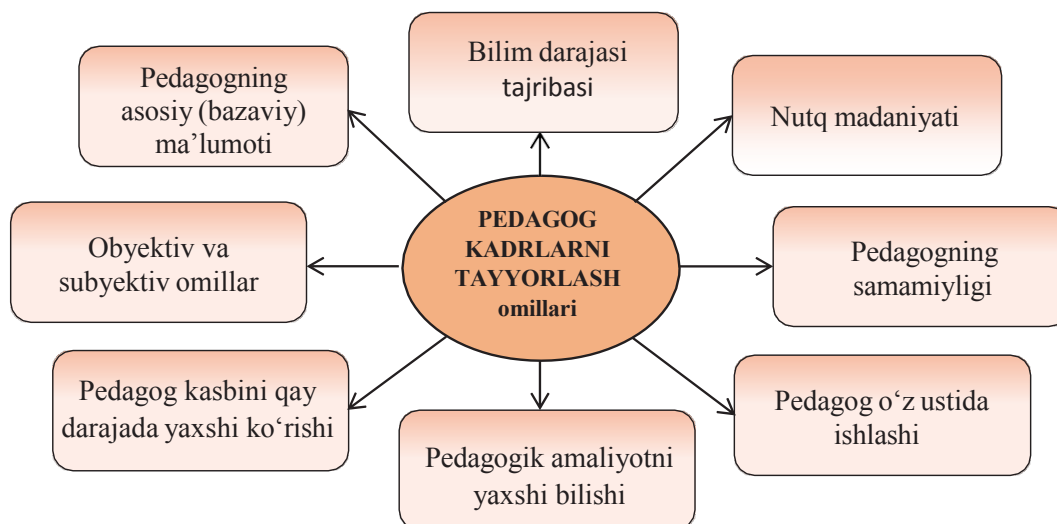
Yuksak salohiyatli harbiy pedagog kadrlarni tayyorlash – professional harbiylarni tayyorlashning asosiy mezonlaridan hisoblanadi. Harbiy pedagoglarni bugungi kunda tarbiyalashda, o'qitishda murabbiylarning roli, o'rni o'zgacha ayniqsa, uch avlod uchrashuvi orqali tajriba almashishadi. Yaxshi pedagog yaxshi kadrlarni etishdiradi. Oliy harbiy ta'lim muassasalarida ofiser kadrlarni tayyorgarligi sifati ustidan ko'p pog'onali nazorat yuritish bo'yicha takliflar O'zbekiston Respublikasi Mudofaa vazirligining 2020-yil 3-iyuldagi 505-sonli buyrug'i bilan tasdiqlangan "O'zbekiston Respublikasi Mudofaa Vazirligi tasarrufidagi oliy harbiy ta'lim muassasalari faoliyatini tartibga solish to'g'risida"gi Nizomning 148-bandida aks ettirilgan.

Harbiy pedagog kadrlarni tayyorlashda ularga o'quv jarayonini optimallashtirish kursantlarga bilim olish uchun mashg'ulot mavzusidan kelib chiqib, mavzuning maqsadi, vazifasi, predmeti, obyekti to'g'ri tanlay olish bu, muammoni bir tomoni bo'lsa, ikkinchi tomoni, mavzuning mazmunini barcha interfaol o'qitish usullaridan elektron doskalardan foydalanib o'qita bilish ham optimallashtirishning eng zarur tomoni hisoblanadi.

O'zbekiston Respublikasining "Ta'lim to'g'risida"gi Qonuni⁴ asosidan ta'limga oid va ta'lim bilan bog'liq tushunchalarga izoh berilgan, ayniqsa, ushbu qonunning 17-moddasida Yangi tushuncha "Dual ta'lim" tushunchasining mazmun - mohiyati yoritib berilgan. Dual ta'lim tushunchasini bilmagan pedagog yangi pedagogik texnologiyalardan uzoq pedagog xisoblanadi. Lekin, Oliy harbiy ta'lim muassasalariga "Dual ta'lim" tadbiriq etilganicha yo'q. Ko'p yillik pedagogik

³A.Avloniy. Turkiy guliston yoxud ahloq. — T.: O'qituvchi, 1992.—14 b.

⁴ O'zbekiston Respublikasining "Ta'lim to'g'risida"gi Qonuni. (23.09.2020) // Qonun hujjatlari ma'lumotlari milliy bazasi, 24.09.2020., 03/20/637/1313 – son.



tajribalarimizdan kelib-chiqib, yuksak salohiyatli pedagog kadrlarni tayyorlashda quyidagi omillar muhim hisoblanadi:

- Pedagogning asosiy (bazaviy) ma'lumotiga;
- Pedagogning bilim darajasiga, tajribasiga;
- Pedagogning kasbini qay darajada yaxshi ko'rishiga;
- Pedagogni o'rab turgan muhitiga, shakllanishiga yordam beruvchi ob'ektiv va sub'ektiv omillarga;

Oliy harbiy ta'lim muassasalarida pedagog kadrlarni nafaqat pedagoglar jamoasi, balki, muassasadagi muhit tarbiyalaydi, shuningdek kursantlar auditoriyasi ham tarbiyalashi, ham o'z ustida ishlashiga majbur etadi. Yuksak salohiyatli pedagog kadrlarni mezonini kursantlarni o'qitishda ularni darsni tinglashiga, munozara darslariga ularning munosabatlaridan bilinadi.

Pedagog salohiyatli bo'lishi uchun uzoq yillar kerak bo'ladi, lekin, uzoq yillar pedagoglik bilan shug'ullangan

ba'zi bir shaxslarda mahorat ham shakllanmasligi mumkin, chunki bunday shaxslar faqat dars beruvchiga aylanib qolishadi.

Bugungi kunda proffesor-o'qituvchilarning dars o'tishini kursantlar tomonidan bevosita va bilvosita nazorat qilib borishi ham ularni o'zini ustida ishlashlariga majbur etadi.

Yuqoridagi fikrlardan kelib chiqib, bugungi uzluksiz ta'lim tizimini huquqiy tartibga solishga qaratilgan va ta'limni maqbullashtirgan imkoniyatlarini ko'rsatadigan, "Ta'lim to'g'risida"gi Qonunni ijrosini to'liq ta'minlash vaqti keldi, masalan, 1997 yil 29-avgustdagi "Ta'lim to'g'risida"gi Qonunning 5-moddasida kim pedagogik faoliyat bilan shug'ullanish huquqiga ega degan savolga javob bor edi, bugungi kungacha ya'ni, 2020 yil 23-sentyabrdagi "Ta'lim to'g'risida"gi Qonunning 48-moddasida ushbu savolga javob yozilgan.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati:

- O'zbekiston Respublikasining "Ta'lim to'g'risida"gi Qonuni. (23.09.2020) // Qonun hujjatlari ma'lumotlari milliy bazasi, 24.09.2020., 03/20/637/1313 – son.
- O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2022 yil 28 yanvardagi 2022- 2026 yillarga mo'ljallangan "Yangi O'zbekiston taraqqiyot strategiyasi to'g'risida"gi PF-60 son Farmoni, qonunchilik ma'lumotlari bazasi, 29.01.2022 y. 06/22 6070082 son 18.03.2022 y. 0227 son 21.04.2022 y. 06/22/11303-30- son.
- Sh.M.Mirziyoyev. Yangi O'zbekiston strategiyasi. Toshkent: O'zbekiston nashryoti, 2021. - 458 bet.
- Yangi saylangan O'zbekiston Respublikasi Prezidenti Sh.M.Mirziyoevning lavozimga kirishish tantanali marosimiga bag'ishlangan Oliy majlis palatalari qo'shma majlisidagi nutqi. 6-noyabr, Toshkent - 2021 yil.
- A.Avloniy. Turkiy guliston yoxud ahloq. — T.: o'qituvchi, 1992.—14 b.
- Internet resurslari:
<https://www.kun.uz;>
<https://www.ziyounet.uz;>
<https://www.TDPU.uz;>
<https://www.lex.uz;>
[https://www.saviya.uz.](https://www.saviya.uz;)

ЮЗ – ЖАҒ СОҲАСИ ҚЎШМА ЖАРОҲАТЛАРИДА БЕМОРЛАРНИНГ КЛИНИК ИММУНОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ.

Ибрагимов Д.Д., Гаффаров У.Б., Ахмедов А.Н., Шукурова З.С.
Самарканд Давлат Тиббиёт Университети.

Долзарблиги. Аралаш жароҳатлар замонавий тиббиётнинг мураккаб муаммоларидан бири ҳисобланади. Охириги ўн йиллар ичида жароҳатлар структураси тубдан ўзгарди, яъни бир вақтнинг ўзида бир неча анатомик соҳаларнинг биргаликда жароҳатланиши кузатишмоқда. Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг (БЖССТ) маълумотларига кўра, «ҳар йили бутун дунёда 10 млн. дан ортиқ инсонлар йўлларда жароҳат олмоқда ва ногирон бўлиб қолмоқда, олган жароҳат туфайли ҳар куни 3700 та инсон ҳаёт билан видолашмоқда» Юз скелети суяқларини аралаш жароҳатлари (ЮССАЖ) оғир жароҳатлар ичида 1,5 марта кўп учраб 34,8 дан 63,3% гача кўрсаткичга эга бўлмоқда. Адабиётларни таҳлили шуни кўрсатадики, ЮССАЖ ташҳиси ва давосини аниқлаш, асоратлар ва оқибатларни олдини олиш барча мамлакатларда йилдан йилга ўсиб бораётган тиббий ва ижтимоий муаммолардан бири ҳисобланмоқда. Бу юз-жағ жароҳатларини даражасини доимий ўсиб бораётганлиги ва аралаш жароҳатларни оғирлашиб бораётганлиги билан аниқланмоқда. (Боймуратов Ш.А., 2014, Ибрагимов Д.Д. 2020, Родкевич А.А., 2016., Birkenfeld F., 2016). Юз суяқларини аралаш жароҳатларини ўзига хос хусусияти бу бош миани жароҳатланиши ҳисобланиб, уларнинг сони ошиб бормоқда ва бунинг оқибатида летал ҳолатларни фоизи ҳозирда 22,5 -86,0% ташкил қилмоқда. (Панков И.О., 2015, Родкевич А.А. 2016, Маркеева М.В., 2017; Chaudhry O., 2018).

ЮССАЖда эрта даврда жағ суяқлари синишини репозиция ва фиксация қилиш ва комплекс даволаш, асоратларини олдини олиш механизмларини яратиш, касаллик асоратларини камайтириш ва бартараф этувчи замонавий усулларни ишлаб чиқиш муҳим аҳамият касб этади.

Юқорида баён қилинган маълумотларга боғлиқ равишда юз суяқларини аралаш жароҳатларида беморларда кузатиладиган иммунологик кўрсаткичларни бузилишини клиник кечиши ва механизмни ўрганиш ушбу илмий тадқиқотни асоси ҳисобланди.

Тадқиқотнинг мақсади юз скелети суяқларини аралаш жароҳатларида клиник-иммунологик хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда беморларни даволаш самарадорлигини оширишдан иборат.

Тадқиқотнинг объекти ва усуллари. Тадқиқотнинг объекти сифатида 2019-2023 йилларда Самарканд шаҳар тиббиёт бирлашмаси юз жағ жароҳлиги бўлимида юз скелети суяқларининг аралаш жароҳати билан даволанган 78 нафар беморлар олинган.

Беморларнинг ёши 18-67 ёшни ташкил қилди.

78 нафар беморлардан 67 (86%) нафари эркеклар, 11 (14%) нафари аёллар. Барча беморлар жароҳат олгандан сўнг шифохонага мурожаат қилишган ва шошилич ётқизилган. Ётқизилган беморларнинг 81,11% 40 ёшгача бўлган меҳнатга лаёқатли беморлар ташкил қилди.

Беморларни жароҳатланиш қисмига қараб, 2 та гуруҳга ажратдик:

1-чи гуруҳ: юзнинг пастки қисмидан аралаш жароҳат олган 66 нафар беморлар.

2-чи гуруҳ: юзнинг ўрта қисмидан аралаш жароҳат олган 12 нафар беморлар.

Барча беморлар клиник, рентгенологик ва лаборатор текширувлардан ўтказилди. Беморларни нейрожарроҳ, юз-жағ жарроҳи, травматолог, офтальмолог, оториноларинголог мутахассислар кўрикдан ўтказдилар.

Беморларни умумий аҳволи ва жароҳатининг оғирлиги даражасига қараб шошилич биринчи тиббий ёрдам кўрсатилди, дастлабки ташҳис аниқлангандан сўнг юз-жағ жарроҳлик бўлимига ёки нейрохирургия бўлимига даоланишни давом эттириш мақсадида ётқизилди. Терминал ёки охволи жуда оғир беморларни шифохонанинг жонлантириш бўлимига ётқизилди.

Натижалар ва уларнинг таҳлили: I гуруҳга (n=66) юзнинг пастки қисмидан, пастки жағ соҳасидан жароҳат олган беморлар киритилди. Юзнинг пастки қисми жароҳатларида беморларни даволаш ўзининг хусусиятларига эга бўлди. Суяк синиғини мини пластиналар билан остеосинтез операциясини ўтказувчи жарроҳнинг асосий вазифаси пастки альвеоляр қон томир ва нервни анатомик структурасини бутунлигини ва суяк структурасини тиклаш ҳисобланади. Суяк синиғи бўлақларини ва синиқни кўриниши, тапографиясини анатомик структурасини ўрганиш электрон манбалар асосида 3Д ўлчами режимда юз скелети суяги КТ текширувини ўтказдик. Электрон табло суяк структураси ва тўқималарни зарарланиш анатомиясини кўриш, кўрсатиш ва намоиш этиш имкониятини беради. Ушбу КТ сурати электрон таблоси ҳам суяк структурасини ўлчаш учун анжомлар тўпламидан иборат. КТ маълумотлари пастки жағ канални йўналиши, пастки жағ альвеоляр нерви ва мандибуляр қон томирини топографиясини аниқлайди. Пастки жағ бурчаги соҳасини синишида минипластина ўрнатилган 17 беморни КТ плёнкаси ўрганилди. Пастки жағ каналини пастки қисмидан, пастки жағ асосигача бўлган ораликни биринчи, иккинчи, учинчи моляр тишлар соҳасида, пастки жағ бурчаги



асосида ва пастки жағ дистал қисми соҳаларидаги ораликни тапографисини ўргандик. Пастки жағ каналлини пастки қирғоғодан пастки жағ асосигача биринчи моляр тиш соҳасидаги оралик $8,3 \pm 1,2$ мм, иккинчи моляр соҳасида $11,6 \pm 1,2$ мм, учинчи моляр соҳасида $12,4 \pm 1,8$ мм, пастки жағ бурчаги асосида $13,9 \pm 1,1$ мм, пастки жағни дистал қисмидаги оралик $14,9 \pm 1,3$ ммга тенглиги аниқланди.

Юқоридаги маълумотлар асосида хулоса қилиш мумкинки, минипластиналарни биринчи моляр соҳасига ўрнатиш, биринчи ва иккинчи моляр илдизлари соҳасига ўрнатиш хавфли ҳисобланиб бу ҳолатда пастки жағ альвеоляр нервни зарарлаб қўйиш хавфи туғулади. Минипластиналарни ўрнатишни энг хавфсиз жойи бу пастки жағни бурчаги эканлигини аниқладик.

2 гуруҳга юзни ўрта қисмидан жароҳат олган беморлар киритилди. Юзнинг ўрта қисми мураккаб тузулишга эга бўлиб, ҳаётий муҳим аъзоларни периферик қисми жойлашган мураккаб биологик кесишув соҳаси ҳисобланади. Юз скелетини бу қисми суяк мозаикасини эслатиб бу соҳадаги жароҳатлар жуда мураккаб ҳисобланади. Шу нуқтаи назардан юзнинг ўрта қисмидаги жароҳатларда бир вақтнинг ўзида бир неча мутахассислар (юз-жағ жарроҳи, нейрожарроҳ, оториноларинголог, офтальмолог, реаниматолог) биргаликда тиббий ёрдам ўтказишни талаб қилади.

Юзнинг ўрта қисми аралаш жароҳати бор беморларнинг барчасида 100% юздаги оғриқ, юзнинг асимметрияси белгиси кузатилган. Тадқиқотимизда юқори жағнинг синишларида юзни деформацияси (39,4%) ҳолатда аниқланди. Кўзойнак белгиси (10,1%) ҳолатда, бурундан нафас олишни қийинла-

шуви (20,2%) ҳолатларда, оғиз очилишини қийинлашуви (26,3%) беморларда аниқланди. Юқори жағ соҳасида оғриқ (23,5%) ҳолатларда, ютқунда ёт танани ҳисси борлиги (17,6%) беморларда кузатдик. Юмшоқ танглайни силжиши (13,2%) беморда, тишлашув мунособатини бузилиши (22,0%) беморларда, суяк бўлақларини крепитацияси (11,6%) беморда, юз юмшоқ тўқимлари эмфезимаси (20,2%) беморларда кузатдик.

Юзнинг ўрта қисмидан ЮССАЖ иммун қўрсаткичларини ўрганиш динамикасини таҳлили шуни қўрсатдики, даволаниш динамикасида ҳужайравий ва гуморал иммунитетнинг чуқур пасайиши содир бўлади, бу яллиғланиш цитокинлар сонини ошиши ва яллиғланишга қарши цитокинлар сонининг камайиши билан тасдиқланади. Шунинг учун ушбу ўзгаришлар ушбу беморларда жароҳатдан кейинги яллиғланиш асоратларининг олдини олиш учун иммунокоррекцияни талаб қилинишини аниқладик.

Хулоса: 1. Пастки жағни 3Д анатомик текшируви бўйича пастки жағни бурчаги синишида остеосинтез операциясини ўтказишда минипластиналарни ўрнатишни энг хавфли соҳа биринчи ва иккинчи моляр тишлари илдизи учи соҳаси ҳисобланиб пастки жағ альвеоляр нервни зарарлаб қўйиш хавфи туғулади. Минипластиналарни ўрнатишни энг хавфсиз соҳаси пастки жағ бурчаги ҳисобланади.

2. Юзнинг ўрта қисмидан ЮССАЖ иммун қўрсаткичларини ўрганиш динамикасини таҳлили шуни қўрсатдики, даволаниш динамикасида ҳужайравий ва гуморал иммунитетнинг чуқур пасайиши содир бўлади жароҳатдан кейинги яллиғланиш асоратларининг олдини олиш учун иммунокоррекцияни талаб қилинади.

Адабиётлар руйхати.

1. Боймурадов Ш.А., Янгиев Р.А., Ибрагимов Д.Д. Инновационные аспекты лечения сочетанной кранио-фациальной-абдоминальной травмы // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2015. – №4,1 (85). – С. 34–36. (14.00.00. №19)
2. Боймурадов Ш.А., Ашуров А., Ибрагимов Д.Д. Краниофациал-абдоминал қўшма жароҳатларни эрта ташхислаш ва даволаш // Журнал Доктор ахборотномаси. – Самарканд, 2016. – №1 – С. 3–5. (14.00.00. №19)
3. Ибрагимов Д.Д., Клинико-иммунологические аспекты лечения больных с сочетанной травмой костей лица. Автореф. дис. докт. филос. (PhD) по мед. наук. – Самарканд, 2020.
4. Ибрагимов Д.Д. Применение полиоксидония в комплексном лечении больных с травмами костей лица. // Журнал проблемы биологии и медицины №4 (113) 2019 С.45-47 (14.00.00. №20)
5. Ashurov A.M, Boymuradov Sh.A., Khayruddinova Z.R., Ibragimov D.D. Posttraumatic rhinosinusitis in patients with cranio-facial injuries // European science review – Vienna 2016. – №3-4. – С. 78–79. (14.00.00. №2)

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СОВИД-19

Тожибоев Тожибой Алишерович
Ферганский медицинский институт общественного здравоохранения,
Фергана, Узбекистан.

АННОТАЦИЯ

Диагностика, лечение миокардитов, возникших на основе Covid-19 за последний год, является сложной и до конца не решенной проблемой. Не существует общепринятых научных взглядов, обосновывающих возникновение и развитие миокардитов, вызванных Covid-19. Это затрудняет диагностику и лечение миокардитов. Кроме того, миокардиты могут вызывать нарушения ритма и проводимости, а также развитие хронической сердечной недостаточности, и могут наблюдаться в течение длительного времени. У этих пациентов развивается нарушение сердечного ритма и проводимости и возникает угрожающая жизни ситуация. Исследование, проведенное группой ученых из Германии, Италии и России, показало, что через два месяца после появления симптомов коронавируса у 78 из 100 пациентов были обнаружены изменения в сердце, а у 60 из них – миокардит. Приведенные выше данные свидетельствуют о том, что ранняя диагностика повреждения миокарда при Covid-19, устранение опасных для жизни нарушений ритма и проводимости является одной из проблем, стоящих перед врачами, и в этом отношении недостаточно необходимой информации. В настоящее время раннее выявление и устранение наблюдаемых изменений в сердечно-сосудистой системе при лечении и профилактике Covid-19 является одной из важных проблем, стоящих перед врачами, работающими в системе здравоохранения.

Ключевые слова: коронавирус, Covid - 19, повреждения миокарда, аритмии, ЭхоКГ, ЭКГ, АПФ II.

Список сокращений: Covid - 19 – Corona Virus Disease 2019, КФК- MB - изоферментов креатинкиназы, АПФ II - ангиотензин-превращающего фермента II, АТФ - аденозинтрифосфата, АГ — артериальная гипертензия, NT-proBNP - натрийуретического пептида, ФМ - фульминантного миокардита, БИТ — блок интенсивной терапии, РААС — ренин-ангиотензин-альдостероновая система, ЭКГ — электрокардиография.

Миокардит – это групповое понятие (группа самостоятельных нозологических единиц или проявление других заболеваний), поражение миокарда воспалительной природы, инфекционной, токсической (в т. ч. лекарственной), аллергической, аутоиммунной или неясной этиологии, с широким спектром клинических симптомов: от бессимптомного течения, легкой одышки и невыраженных болей в грудной клетке, проходящих самостоятельно, до сердечной недостаточности, кардиогенного шока, жизнеугрожающих нарушений ритма и внезапной сердечной смерти.

В реальной практике этиологическая причина развития миокардита в абсолютном большинстве случаев остается на уровне наиболее вероятного врачебного предположения.

Вирусная причина

В ЭМБ идентифицировался геном энтеровирусов, аденовирусов, вирусов гриппа, вируса герпеса человека 6-го типа (HHV-6), вируса Эпштейна – Барр, цитомегаловируса, вируса гепатита С, парвовируса. Частота выявления геномов различных вирусов разнится в географических регионах мира. В европейской популяции самым частым вирусным геномом

был парвовирус В19 и вирус герпеса человека 6-го типа, а частота встречаемости цитомегаловируса, вируса простого герпеса и вируса Эпштейна – Барр как причины развития миокардита снизилась. Важно, что на этом фоне возросла частота выявления геномов двух и более вирусов. Ассоциация вирусов встречалась в 25% случаев [2–9].

Бактериальная причина

Бактериальная причина развития миокардита в современном мире встречается намного реже, чем в первой половине 20 века. Однако и сегодня любой бактериальный агент может вызвать развитие миокардита. Чаще всего выявляются различные виды Chlamydia, Corynebacterium diphtheriae, Haemophilus influenzae, Legionella pneumophila, Mycobacterium tuberculosis, Streptococcus A. [10].

Реакция гиперчувствительности к некоторым препаратам (гидрохлоротиазид (C03AA03), фуросемид**, пенициллинам широкого спектра действия (J01CA), ампициллин**, азитромицин**, сульфаниламидами, тетрациклин, метилдопа**, аминофиллин**, фенитоин**, бензодиазепины (анксиолитики N05B)) реализуется в эозинофильный миокардит. Частота таких миокардитов невысокая. Дебют болезни начинается в первые часы/дни после начала терапии, но может быть и отсроченным (описано для препарата Клозапин [11, 12]). Вакцинации против столбняка и оспы приводят к развитию миокардита в 6 случаях на 10⁶ вакцинаций. Для лекарственных миокардитов характерен быстрый рост уровня эозинофилов, сочетающийся с картиной поражения миокарда. Коронавирусы относятся к семейству РНК-содержащих



вирусов Coronaviridae, поражающих человека и некоторых животных. Круглогодично в структуре ОРВИ присутствуют четыре коронавируса человека (HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63 и HCoV-HKU1), которые, как правило, вызывают поражение верхних дыхательных путей легкой и средней степени тяжести.

Возбудитель COVID-19 можно обнаружить за 1-2 дня до появления симптомов заболевания и в течение 7–14 дней после появления симптомов мазках из верхних дыхательных путей. При тяжелых формах возможно более длительное выделение вируса. Данные о длительности и напряженности иммунитета в отношении SARSCoV-2 в настоящее время отсутствуют.

Основная мишень — альвеолярные клетки II типа (AT2) легких, имеющие рецепторы ангиозинпревращающего фермента II типа (ACE2), что определяет развитие пневмонии. В патогенезе тяжелых форм заболевания значительная роль принадлежит цитокиновому шторму с высвобождением избыточного количества провоспалительных цитокинов, прежде всего интерлейкина-6 (ИЛ-6).

Инкубационный период от 2 до 14 суток, в среднем 5-7 суток:

- повышение температуры тела (>90%);
- кашель (сухой или с небольшим количеством мокроты) в 80% случаев;
- одышка (55%)*;
- миалгии и утомляемость (44%);
- ощущение заложенности в грудной клетке (>20%).

Среди 41 пациента с диагнозом COVID-19, по данным Huangetal., у 5 (12%) было диагностировано острое повреждение миокарда, в основном проявляющееся повышением тропонина I [6]. В ретроспективном исследовании 99 пациентов с диагнозом COVID-19, у большинства пациентов отмечались повышенные маркеры повреждения миокарда. В другом одноцентровом ретроспективном исследовании 138 пациентов с диагнозом COVID-19, у 10 пациентов (7,2%) было диагностировано острое повреждение миокарда, из которых 2 были с легким течением заболевания, что составило 2% от общего числа, у 8 пациентов наблюдалось тяжелое течение, что было равно 22% от общего числа больных.

В условиях настоящей пандемии — тяжелый острый респираторный синдром, вызванный коронавирусом (SARS-CoV-2), следует рассматривать в качестве предиктора и потенциального источника повреждения миокарда и развития ФМ. По данным разных авторов, при COVID-19 острое повреждение миокарда возникает от 12% до 28-30%. У пациентов с повреждением миокарда, связанным с коронавирусной пневмонией, необходимо обращать внимание на конкретные клинические проявления и симптомы, а также специфические анализы для определения по-

вреждения миокарда и выбора лечения. (5)

- Миокардит следует подозревать у пациентов с COVID-19 с острой СН или кардиогенным шоком без ранее диагностированного ССЗ.

- Коронарная КТ-ангиография должна быть предпочтительной для исключения сопутствующей патологии.

- МРТ сердца (при наличии) может быть выполнена для дальнейшей диагностической тактики. Для МРТ следует использовать сокращенные протоколы исследований, чтобы сосредоточиться на конкретной клинической проблеме. МРТ сердца предпочтительнее при остром миокардите.

- Эндомиокардиальная биопсия не рекомендуется для пациентов с COVID-19 с подозрением на наличие миокардита.

- Нет возможности сформулировать рекомендации по лечению миокардита, связанного с SARS-CoV-2.

- Изменения на электрокардиограмме (ЭКГ) — суправентрикулярная тахикардия, желудочковая тахикардия, фибрилляция предсердий, фибрилляция желудочков, блокада ножек пучка Гиса, элевация/депрессия сегмента ST, уплощение/инверсия зубца T, удлинение интервала QT;

- новые эхокардиографические (ЭхоКГ) изменения — снижение фракции изгнания левого желудочка (ФИЛЖ < 50%) или дальнейшее снижение ФИЛЖ для больных с ФИЛЖ < 50%, нарушения общей или сегментарной сократимости, перикардиальный выпот, легочная гипертензия. Применяя сокращенное определение повреждения миокарда, ограничиваются только констатацией уровня сTn в крови, превышающего 99-й перцентиль верхней границы референсных значений, независимо от изменений ЭКГ и ЭхоКГ [3]. При использовании развернутой дефиниции признаки повреждения миокарда выявлены у 12–17% от всех госпитализированных больных COVID-19 и у 31% больных, находящихся в ОРИТ [21]. По другим данным, повреждение миокарда, диагностированное только по уровню сTn, характерно для 19,7% больных COVID-19, получающих стационарное лечение [3]. Патологический уровень сTnI (> 28 нг/л при использовании высокочувствительной методики определения) у больных ОРИТ выявляется практически в 8 раз чаще, чем в остальных клинических наблюдениях [1]. У умерших больных содержание сTnI в среднем в 10 раз выше, чем у выписанных [4].

- Повреждение кардиомиоцитов и гемодинамическая нагрузка камер сердца (количественная оценка с использованием концентраций сердечных биомаркеров, сердечных тропонинов [сTn] T и I, а также натрийуретического пептида B-типа [BNP] и N-концевого натрийуретического пропептида [NT-proBNP]) могут возникать как при COVID-19, так и при других пневмониях; концентрация биомаркеров коррелирует с тяжестью заболевания и летально-



стью. Концентрации сTnT и I, BNP и NT-proBNP следует интерпретировать количественно. У пациентов, госпитализированных по поводу COVID-19, слегка повышенные уровни этих биомаркеров обычно являются результатом ранее существовавшего заболевания сердца и/или острого повреждения, связанного с COVID-19. Если типичные боли при стенокардии и/или ишемические изменения на ЭКГ не обнаружены, пациентам с немного повышенной концентрацией этих параметров (например, $<2-3 \times \text{ВГН}$) не требуются диагностические процедуры или лечение, типичное для инфаркта миокарда 1-го типа (то есть из-за окклюзии коронарной артерии тромбом, который возник в месте разрыва или изъязвления атеросклеротической бляшки).

При COVID-19 можно заподозрить 2 типа повреждения миокарда: первичное или вторичное. При первичном повреждении пациенты преимущественно предъявляют сердечные, а не респираторные жалобы. Причиной первичного повреждения может быть острый инфаркт миокарда (тип 1), вирусный миокардит или вызванная стрессом кардиомиопатия. Больные жалуются на боль в груди, в анализах определяются повышенные сердечные ферменты, при ЭхоКГ наблюдают дисфункцию ЛЖ и изменения, связанные с сегментом ST-T на ЭКГ, но с нормальной проходимостью коронарных сосудов на ангиограмме [10]. Вторичное повреждение связано с непосредственным повреждением вирусом кардиомиоцитов, генерализованным воспалением, выражается тенденцией к росту сTnI параллельно с увеличением воспалительных биомаркеров (интерлейкин-6, D-димер, ферритин и ЛДГ).

В настоящее время точный механизм повреждения миокарда, вызванного инфекцией, не совсем ясен, тем не менее из многочисленных исследований может быть ясно, что SARS-CoV2 может вызывать повреждение миокарда и, тем самым, влиять на прогноз и течение заболевания. С точки зрения лечения, прежде всего, необходимо активно лечить COVID-19 инфекцию, чтобы контролировать прогрессирование пневмонии. Если у пациента также есть сердечно-сосудистые заболевания, их также следует активно контролировать и лечить. Американская коллегия кардиологов (ACC) опубликовала объявление о воздействии SARS-CoV-2 на сердце, рекомендовав, пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями и COVID-19 активно назначать статины, бета-блокаторы и ингибиторы РААС в зависимости от показаний [8]. Ацетилсалициловую кислоту также рекомендуется назначать пациентам с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями. Если острое повреждение миокарда происходит у пациента, инфицированного SARS-CoV-2, следует разумно использовать такие препараты, как коэнзим Q10, препараты АТФ, креатинфосфат натрия и витамин С, рыбий жир и др. Если повреждение миокарда у пациентов с COVID-19 при-

водит к возникновению нарушений ритма, тип аритмии следует лечить в соответствии с гемодинамическим статусом пациента [9].

Американская ассоциация Кардиологов недавно опубликовала научный доклад о распознавании и начальной стадии лечения фульминантного миокардита. В докладе изложены рекомендации по использованию протокола начальной стадии лечения пациентов с фульминантным миокардитом - введение инотропов и/или вазопрессоров и механическую вентиляцию легких. Длительное лечение включает механическую поддержку кровообращения, такую как экстракорпоральная мембранная оксигенация, вспомогательное желудочковое устройство или внутриаортальную баллонную контрпульсацию. Европейское общество Кардиологов не одобрило использование иммуноглобулина для внутривенного введения из-за отсутствия подтверждающих доказательств, и не одобрило применение кортикостероидов при миокардите с активной инфекцией, ссылаясь на их неэффективность в рандомизированном контролируемом исследовании. Описание случаев миокардита, вызванного коронавирусом, дают представление об эффективности некоторых из вышеупомянутых методов лечения. Предположительно, в более гемодинамически стабильном случае, лечения с применением инотропов или вазопрессоров было достаточно для смягчения систолической дисфункции желудочков. В некоторых случаях назначались иммуномодулирующие препараты. Zeng et al и Hu et al сообщили об использовании кортикостероидов и иммуноглобулина для внутривенного введения.

По итогам недавно проведенного мета-анализа использования кортикостероидов и иммуноглобулинов для внутривенного введения при детском миокардите можно сделать вывод, что иммуноглобулин для внутривенного введения может улучшить систолическую функцию желудочков, но нет подтверждения эффективности кортикостероидов. Однако угнетение иммунитета может создавать риск развития более тяжелого клинического заболевания, особенно при наличии активной вирусной репликации. Следовательно, разумно воздержаться или минимизировать подавление иммунного ответа у пациентов с SARS-CoV-2, особенно при наличии вирусного генома в ЭМБ.

Тоцилизумаб, моноклональное антитело к человеческому рецептору интерлейкина-6, сейчас проходит испытания в многоцентровом рандомизированном контролируемом исследовании, в котором участвуют пациенты с COVID-19 с повышенным уровнем IL-6. Данные антитела могут быть полезны при синдроме цитокинового шторма и помочь уменьшить воспаление миокарда.

Выводы: Миокардит являются не только типичными клиническими проявлениями коронавирусной инфекции, но и занимают заметное место в структуре



летальности. Проблема усугубляется за счет потенциально возможной кардиотоксичности и аритмогенности ряда препаратов, назначаемых при лечении COVID-19. Все это требует максимальной кардиологической настороженности при лечении больных COVID-19, своевременного использования у них ЭхоКГ, ЭКГ, контроля биомаркеров повреждения и

напряжения миокарда, а также патогенетически обоснованного назначения кардиотонических и кардиопротекторных лекарственных средств. Наибольшую опасность представляют возникающие при повреждении сердца нарушения ритма и проводимости, которые могут быть предвестниками случаев внезапной смерти.

Список использованных литератур:

1. Huang C., Wang Y., Li X. et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*, 2020, vol. 395, pp. 497–506. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5.
2. Zhou F., Yu T., Du R. et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*, 2020, vol. 395 (10229), pp. 1054–1062. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30566-3.
3. Shi S., Qin M., Shen B. et al. Association of cardiac injury with mortality in hospitalized patients with COVID-19 in Wuhan, China. *JAMA Cardiol.*, 2020, vol. 25, pp. e200950. doi: 10.1001/jamacardio.2020.0950.
4. Ruan Q., Yang K., Wang W. et al. Correction to: Clinical predictors of mortality due to COVID-19 based on an analysis of data of 150 patients from Wuhan, China. *Intens. Care Med.*, 2020, vol. 6, pp. 1–4. doi: 10.1007/s00134-020-06028-z.
5. Tersalvi G. et al. Elevated troponin in patients with coronavirus disease 2019: possible mechanism // *J. Card. Fail.* 2020. Vol. 26, N 6. P. 470–475.
6. Согласованная экспертная позиция по диагностике и лечению фульминантного миокардита в условиях пандемии COVID-19, Ойроткинова О.Ш., Масленникова О. М., Ларина В. Н. // *Академия медицины и спорта*. -2020. -Т. 1, № 2. -С. 28-40.
7. Zhou F. et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study // *Lancet*. 2020. Vol. 395, N 10 229. P. 1054–1062.
8. Kapoor A., Pandurangi U., Arora V. et al. Cardiovascular risks of hydroxychloroquine in treatment and prophylaxis of COVID-19 patients: A scientific statement from the Indian Heart Rhythm Society // *Indian Pacing Electrophysiol J.* — 2020. — S0972- 6292(20)30038
9. Huang C., Wang Y., Li X. et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China // *The Lancet Published Online.* — 2020.
10. Bansal M. Cardiovascular Disease and COVID-19 // *Diabetes & Metabolic Syndrom.*



O'SMIRLIK DAVRI MUAMMOLARINI BARTARAF ETISHDA MASHG'ULOTLARDAN PSIXOLOGIK TRENINGLARDAN FOYDALANISH

Karimova Ozoda Esonovna

O'zbekiston milliy Universiteti amaliy psixologiya yo'nalishi birinchi bosqich talabasi.

Annotatsiya: usbu maqolada o'smirlik davrida kuzatiladigan og'ishgan xulq 189 shakllarini korrektsiya qilishda sinfdan tashqari vaqtlarda psixologik treninglardan foydalanish masalasiga urg'u berilgan.

Kalit so'zlar: o'smirlik davri, inqiroz, psixologik xususiyatlar, og'ishgan xulq, amaliyotchi psixolog, psixologik trening.

O'smirlik davri (12-17 yosh) – bu ota-onalar va o'qituvchilar hamda bolalar uchun ham murakkab davr hisoblanadi. Bu davrda ota-onalar tomonidan o'smirlik davrida ro'y beradigan inqirozga nisbatan noto'g'ri yondoshuvi oqibatida o'z farzandlari bilan munosabatida qiyinchiliklar yuzaga kelishi mumkin. Bu davrdagi o'ziga xos xususiyatlardan biri – bolaning hayotidagi o'zgarishlar, bunday o'zgarishlar o'smirlarda har xil davrga to'g'ri kelishi mumkin – kimdadir ertaroq, kimda esa kechroq kechishi mumkin. O'smir o'quvchilarga ta'lim va tarbiya berish ishlarida goho uchraydigan qiyinchiliklar bu yoshdagi bolalarning psixik rivojlanish qonuniyatlari va xususiyatlarini ba'zan yetarli darajada bilmaslik yoki inkor qilish natijasida paydo bo'ladi. Bu qiyinchiliklar shundan iboratki, odatlanib qolingani ta'lim va tarbiya usullarini o'zgartirish, o'quvchilarga ta'sir qilishning ilgari muvaffaqiyatli deb hisoblangan nazorat qilish usullarini o'zgartirish zarurligini tushunish juda muhimdir. O'qituvchi bu vazifalarni samarali amalga oshirishi uchun o'smirlik yoshining o'ziga xos jismoniy va psixik taraqqiyot xususiyatlarini yaxshi bilishi lozim. O'quvchilardagi psixologik xususiyatlar, rivojlanishida o'ziga xos tomonlar, ular o'rtasida salbiy odatlarni oldini olish va boshqa masalalar doirasida umumta'lim maktablari amaliyotchi psixologlari tomonidan qator tadbirlar, ya'ni psixotrening va psixokorrektsion ishlar olib boriladi. Amaliyotchi psixolog avvalo bolalarning oilaviy ahvolini o'rganish, maktab bilan ota-ona o'rtasida uzviy aloqani o'rnatish, fan o'qituvchilari bilan aloqani mustahkamlash, o'quvchining darsga qatnashini kuzatish, darsdan tashqari faoliyatini nazorat qilish, turli savol-javoblar o'tkazish orqali tarbiyasi og'ir bolalar bilan ishlash dasturi va rejalarini belgilab olishi lozim. Bundan tashqari psixolog maktab shifokori, tashxis markazi shifokori bilan hamkorlikda bolaning tibbiy varaqasi bilan ham tanishib chiqishi kerak bo'ladi. Agar bola sog'lom rivojlangan bo'lsa-yu, maktab va oila tarbiyasiga bo'ysunmasa, bunday vaziyatlarda psixolog yordamga kelishi va avvalo bola bilan suhbatlashib, nima uchun uning hulqida bunday o'zgarishning yuzaga kelganligi, ko'cha ta'siriga berilishi, salbiy norasmiy guruhlariga a'zo bo'lib qolishi, darsni sababsiz qoldirishi, past o'zlashirishi, jamoat ishlarida qatnashmaslik sabablarini aniqlaydi. Shuningdek, o'smirlar o'rtasida kuzatiladigan og'ishgan

xulq shakllarini korrektsiya qilishda sinfdan tashqari vaqtlarda psixologik treninglardan foydalanish yaxshi samara beradi. Quyida ana shu maqsadda qo'llaniladigan trening mashg'ulotlardan namunalar keltirilgan. "Ideal, zamonaviy va yomon o'smir" Maqsad: - o'smirlarda ma'naviy sifatlar haqidagi tasavvurlarni shakllantirish. Mashg'ulot qoidasi: Ishtirokchilar uch guruhga ajraladilar. Birinchi guruh 190 a'zolari "ideal" o'smirlarga xos sifatlarini, ikkinchi guruh zamonaviy va uchinchi guruh yomon sifatlarini yozma qayd etadilar. So'ngra barcha ishtirokchilar ularning har birini muhokama qiladilar. "Stress kundaligi", "Xursandchilik, quvonch kalendari" Maqsad: - noxush salbiy kechinmalardan xalos bo'lish, shunday vaziyatlarda o'zini-o'zi boshqarish va adekvat baho berish ko'nikmasini shakllantirish. Mashg'ulot qoidasi: "Stress kundaligi" stress holatining xususiyatlarini qayd etish va o'z kechinmalarini fiziologik, emotsional va ahloqiy darajalarini tahlil qilish imkonini beradi. Kundalikni muntazam ravishda to'ldirib borish va o'zining stress holatini tahlil qilish maqsadga muvofiq. I.S.Shemetning "Xursandchilik, quvonch kalendari" ijobiy emotsional holatlarning, yutuqlarning dolzarbligini ifodalaydi. Kundalikni quyidagi ko'rsatma bo'yicha muntazam ravishda yuritish lozim: "Bu kundalikda har kungi quvonch, yutuqlar va muvaffaqiyatlarni qayd etib borish kerak. Barcha uncha muhim bo'lmagan voqealarni ham yozib boring.

Kundalikni yuritishda sizga omad tilaymiz". "Qochish" mashqi Maqsad: Hissiy zo'riqishlardan xalos bo'lish, o'ziga nisbatan ishonchni o'rnatish. Mashg'ulotning borishi: O'zingiz xohlagan vaqtda, o'zingizga qulay dam olishni odat qiling. Buni sizdan boshqalar bilishi shart emas. Ko'zlaringizni sekinasta yuming, hayotdagi yashash tarzingizni ko'z oldingizga keltiring va u haqda o'ylang. Bu ertaklardagiday kichik uy yoki uzoq qishloq, unchalik katta bo'lmagan xona yoki dala hovli bo'lishi mumkin. Bu yerda siz uchun barcha qulayliklar bor. Balki siznikidek shirin hayot kosmik kemada ham bo'lmasa kerak. Siz mana shu yerni tanho hokimisiz. Hayotda nimagaki erishgan bo'lsangiz, hammasi siz bilan, shu hayot sizga yoqadi. Hayotingiz bir maromda. Endi esa ko'zingizni asta-sekin oching. Musiqa eshitib, olovning yonishini tomosha qiling. O'qing, yozing, chizing va boshqa o'zingizga yoqqan ishlarni qiling. Endi o'ylab ko'ring, sizda hissiy zo'riqishga sabab bo'ladigan hech qanday sabab yo'q-ku. Kundan-kunga o'zingizda bo'ladigan agressiv holatlarni yo'qotishga harakat qiling. Xulosa o'rnida shuni ta'kidlash lozimki, o'smirlik davri muammolarini bartaraf etishda psixologik treninglardan foydalanish sinfdan tashqari mashg'ulotlarning samaraliligini ta'minlaydi.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati:

1. Davletshin M.G., Do'stmuhammedova SH. va boshqalar. Yosh davrlari va pedagogik psixologiya. – Toshkent, 2004 y.
2. To'laganova G. Tarbiyasi qiyin bolalar psixologiyasi.- T.: "Universitet", 191 2015y.
4. www.uzedu.uz
5. www.tashxis.uz



ТЕОРЕТИКО–ИСТОРИЧЕСКИЕ КОРНИ ПАТРИОТИЧЕСКИХ И НАЦИОНАЛИСТИЧЕСКИХ ИДЕЙ

Сапаров Бобир Худайбердиевич?

Начальник цикла специальной подготовки учебного центра Военной подготовки Национального университета Узбекистана

АННОТАЦИЯ

В данной статье раскрывается понятие патриотизма и национализма, а также предлагается история их идей. Сначала рассматривается, что понималось под патриотизмом и национализмом в Античности, Древнем Риме (какими терминами обозначали любовь к родине), в поздние Средние века, в эпоху Ренессанса, в Новое время и вплоть до Французской революции. Дается сравнительный анализ патриотизма и национализма, называются их отличительные характеристики. В частности, утверждается, что патриотизм – куда более древний феномен, нежели национализм. Далее в тексте идёт речь о том, как о патриотизме рассуждали выдающиеся социально-политические мыслители – стоики, Цицерон, Макиавелли, Гоббс, Руссо, а также американские отцы-основатели, в частности Томас Джефферсон и Авраам Линкольн.

Ключевые слова: патриотизм, национализм, социальная философия, политическая теория, история идей.

Введение

Патриотизм (греч. πατριότης – соотечественник, πατρίς – отечество) – социальное чувство, выражающее высшую, вплоть до готовности пожертвовать своими витальными и экзистенциальными потребностями, степень привязанности (любви) человека к родине.

Национализм (лат. *natio* – «рождение, происхождение, племя, народ»). Термин «национализм» впервые ввели в употребление в XIX веке немецкий философ Гердер и французский аббат Баррюэль – идеология и направление политики, основополагающим принципом которой является тезис о ценности нации как высшей формы общественного единства, её первичности в государствообразующем процессе. Как политическое движение, национализм стремится к созданию государства, которое охватывает территорию проживания только определённой нации и отстаивает её интересы.

Впервые патриотизм в качестве зрелого социального феномена проявился в классическую эпоху Древней Греции (V–IV вв. до н. э.). А вот что касается понимания патриотизма, то оно достигло своего расцвета в Республиканском Риме (III–I вв. до н. э.), где на основе мифа о происхождении Рима сформировалось представление о богоизбранности римского народа, сила которого определяется способностью граждан Рима служить городу, невзирая ни на что. Одновременно формировалось и представление об идеальном гражданине, который должен обладать такими качествами, как мужество, стойкость, честность, верность, достоинство, умеренность в образе жизни, способность подчиняться дисциплине на войне, утверждённому народным собранием закону и установленному «предками» обычаю в мирное время, чтить богов. В качестве идеала гражданина приводились образы основателя Римской республики Луция Юния Брута, которой приговорил к казни своего сына, предавшего Рим; брата Горации, отста-

ивавшие независимость Рима в смертельной схватке с представителями враждебного города; Муций Сцевола, добровольно сжёгший свою руку на глазах царя этрусского Порсены и тем самым спасший город от разграбления. Вот те, кого можно назвать по праву настоящими патриотами.

В период Ренессанса, в рамках которого происходит всплеск интереса к Античности и античным добродетелям, патриотическое чувство получает импульс к развитию, что нашло выражение как в теоретических штудиях мыслителей (Макиавелли, Гоббс, Руссо и др.), так и в формировании национальных чувств под влиянием событий европейской политики (Столетняя война, Реформация, Тридцатилетняя война). Эти события вели к ослаблению религиозного чувства, выступавшего в качестве субститута патриотического чувства, и, как следствие, утверждению светского патриотизма в качестве ценности формирующегося «буржуазного общества». Утверждение патриотизма в качестве безусловной ценности приходится на период Великой Французской революции, когда понятие «патриот», трактуемое в античном понимании, начинает активно использоваться в риторике политических деятелей, смыкаясь с понятием «гражданин» и превращаясь в высшую добродетель «гражданина». Распространение ценностей Великой Французской революции привело к распространению патриотизма в качестве основы формирования лояльности по отношению к государству, которое начинает требовать его от населения, проживающего на его территории.

Теоретико-исторические корни патриотических и националистических идей на Западе.

Великая Французская революция стала катализатором возникновения другого явления мировой истории – национализма, который часто путают с патриотизмом, используя понятия в качестве синонимов. Вместе с тем патриотизм следует отличать от национализма. Во-первых, патриотизм намного



старше национализма. Если национализм многими исследователями рассматривается исключительно как явление Нового времени, сопряжённое с развитием промышленного капитализма, то начало истории патриотизма практически все авторы, исследующие указанное явление, относят к Античности. Во-вторых, различают объекты, на которые направлено чувство в случае патриотизма и национализма. Так, если объектом привязанности в случае патриотизма выступает государство, то в случае национализма – сообщество (нация). В 1993 г. немецкими социальными психологами Т. Бланком и П. Шмидтом было проведено исследование, связанное с изучением восприятия национализма и патриотизма в Германии, которое продемонстрировало следующие различия между данными явлениями. Учёным удалось установить, что для национализма характерно:

- 1) идеализация нации и её истории;
- 2) культивирование чувства национального преемства;
- 3) согласие с национальными авторитетами;
- 4) придание крайне высокого значения привязанности к национальной группе;
- 5) определение самосознания личности через групповую принадлежность;
- 6) подавление амбивалентных установок по отношению к нации;
- 7) определение нации в терминах культуры;
- 8) представление о нации как о гомогенной общности;
- 9) высокая вероятность принижения чужой нации при социальном сравнении.

Патриотизм же характеризуется:

- 1) адекватной оценкой национальной привязанности;
- 2) критическим отношением к своей национальной группе, её оценкой с точки зрения личностных представлений о «добре» и «зле»;
- 3) плюрализмом и зачастую критическим отношением к истории нации;
- 4) критическим отношением к национальным авторитетам.

В данном исследовании и патриотизм, и национализм рассматривались в качестве однопорядковых социальных явлений, связанных с социальной психологией. Однако эти феномены, как видно, относятся к разным уровням социальной реальности. Если национализм выступает принципом организации социума в условиях размывания традиционных идентичностей, уничтожения традиционных авторитетов, ослабления социальных связей, вызванных распространением промышленного капитализма, то патриотизм – это, как было сказано, социальное чувство, формирующееся у человека в рамках процесса социализации и призванное обеспечить лояльность к социальному объекту.

Будучи чувством, издревле свойственным чело-

веку, патриотизм, как было отмечено, стал предметом осмысления социально-политическими философами ещё в период Античности. Но если греческими философами патриотизм не концептуализировался в качестве понятия, требующего специального пояснения, то для римских мыслителей патриотизм превратился в центральную категорию, определяющую связь человека и государства (гражданской общины). Наиболее подробно такая связь была описана римским мыслителем Цицероном. В работе «Об обязанностях» он пишет: «...из всех общественных связей для каждого из нас наиболее важны, наиболее дороги наши связи с государством. Дороги нам родители, дороги дети, родственники, близкие, друзья, но отечество одно охватило все привязанности всех людей. Какой честный человек поколеблется пойти за него на смерть, если он этим принесёт ему пользу?». При этом Цицерон разводит понятия родины по рождению и родины по гражданству, указывая, что основу первой составляет местность, а другой – право. Безусловно, приоритет мыслитель отдаёт родине по гражданству, «благодаря которой название «государство» охватывает всю нашу гражданскую общину. За неё мы должны быть готовы умереть, ей полностью себя отдать, в неё вложить и ей как бы посвятить все свои достоинства». В отличие от греческого патриотизма, который представлял собой патриотизм местнический, связанный исключительно с гражданской общиной – «полисом», римский патриотизм предполагал органическую связь гражданской общины («civitas») и государства («respublica»), что впоследствии позволило применить римское понятие «патриотизма» к условиям крупных территориальных государств Нового времени.

Теоретико-исторические корни патриотических и националистических идей на Востоке.

Герои-богатыри, их подвиги во имя Родины описываются в дастанах – поэтических произведениях. Самый яркий и знаменитый дастан – «Алпымыш». Герой-богатырь Алпымыш борется за свободу и независимость своей земли, за объединение своего племени кунграт. В семилетнем возрасте Хаким (первое имя героя) совершает свой первый подвиг: натягивает лук своего деда и сбивает верхушку горы Аскар. За небывалую силу его называют Алпымышем (алп – великан, богатырь). По тюркским обычаям, юноше присваивалось его второе, «настоящее», имя тогда, когда он совершал свой первый воинский подвиг. Но истинное богатырство Алпымыша впереди: он участвует в байги (конные скачки), в борьбе алпов (великанов), сражается с Кукельдашем. Защищая свою Родину, он всегда побеждает и готов в одиночку вступить в борьбу с грозными чудовищами, полчищами врагов, не думая о себе.

Не только герои дастанов, но и реальные люди тоже иногда превращались в легенду. Одним из таких



легендарных героев стал Хашим ибн Хаким, по прозвищу «Муканна», что в переводе с арабского означает «закрытый покрывалом». Он скрывал своё лицо под зелёной накидкой, потому что оно было обезображено оспой. Муканна возглавил восстание против арабских завоевателей, пришедших на его родину, в долину Зарафшана и Кашкадарьи. Но силы оказались неравны, и восставшие были разбиты. Несмотря на это, еще много лет Муканна со своими единомышленниками вёл мужественную борьбу. В 783 году арабы захватили крепость, в которой находился Муканна. Все защитники крепости погибли, а Муканне предложили сдаться. Но он, не желая попасть в плен к врагу, предпочёл смерть и шагнул в огонь раскалённой печи.

Слова «герой», «патриот», «подвиг» всегда вызывали в народе самые возвышенные чувства. «Патриотизм» – одно из самых глубоких чувств, закреплённых в сознании народа веками и тысячелетиями. Служение Родине, её благу считалось нормой во все времена.

Люди, совершающие во имя своего народа самоотверженные поступки, которые требуют личного мужества и стойкости, во все времена назывались героями. А поступок, требующий от людей мужества, готовности к самопожертвованию, стойкости и преданности идеалам, называется подвигом.

Хорезмиец Жалолитдин Мангуберди, муже-

ственно сражавшийся с монголо-татарскими завоевателями за свободу своего народа и за процветание Родины, является героем, чьё имя служит многие столетия воспитанию молодёжи в духе патриотизма и гуманизма, человеческой отваги и преданности Родине.

Заключение

Как социальное чувство патриотизм издревле свойственен человеку. Однако объект патриотизма менялся в зависимости от социального окружения человека и степени развития социума. В рамках племенной организации устойчивость патриотизму придавало чувство кровной связи между членами племени, т. е. чувство семьи. В рамках перехода людей к оседлому образу жизни, роста народонаселения и формирования первых государств фокус патриотизма смещался от семейных отношений на отношение к земле, на которой проживает человек. Образование городов и формирование городского населения, имеющего относительно слабую связь с семьёй и представляющего собой квазианонимное сообщество, создаёт такой объект патриотизма, как гражданственность или общая культурная среда, которая, объединяя городских жителей на основе общих мировоззренческих ориентиров, трансформирует человека из исключительно природного существа в существо социальное.

Список использованной литературы:

- Валлерстайн И. Ни патриотизм, ни космополитизм // Логос. 2006. № 2. С. 126–127.
Нуссбаум М. Патриотизм и космополитизм // Логос. 2006. № 2. С. 110–119.
Тейлор Ч. Почему демократия нуждается в патриотизме // Логос. 2006. № 2. С. 130–131.
Толстой Л.Н. Христианство и патриотизм // Толстой Л.Н. Полн. собр. соч.: в 90 т. Т. 39. М.: Гос. изд-во худож. лит-ры, 1956. С. 27–80.
Трубецкой Н.С. Об истинном и ложном национализме // Трубецкой Н.С. Избранное. М.: РОССПЭН, 2010. 616 с. С. 113–127.
Blank T., Schmidt P. National identity in a united Germany: Nationalism or patriotism? An empirical test with representative data // Political Psychology. 2003. № 24 (2). P. 289–312.
MacIntyre A. Is Patriotism a Virtue? // Patriotism / Ed. I. Primoratz. Amherst: Humanity Books, 2002. P. 43–58.
Pavković A. Killing for One's Country // Patriotism. Philosophical and Political Perspectives / Eds. I. Primoratz, A. Pavković. Hampshire: Ashgate Publishing, 2007. P. 219–234.
Shaar J.H. The Case for Covenanted Patriotism // Patriotism / Ed. I. Primoratz. Amherst: Humanity Books, 2002. P. 233–258.
Viroli M. For Love of Country. An essay on patriotism and nationalism. Oxford: Oxford University Press, 1995. 206 p.

ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ЖЕНСКИЙ ПОЛ.

Алиева Р.Б., Мухаммедова М.Г.

Республиканский Специализированный медицинский Научно-практический Центр
Кардиологии МЗ РУз Ташкент, Узбекистан

Центр Повышения квалификации Медицинских работников МЗ РУз

АННОТАЦИЯ

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смертности женщин во всем мире. Существуют гендерные различия в относительных рисках, связанных с традиционными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, включая диабет, гипертонию, ожирение и курение. Кроме того, существуют специфические для женщин факторы риска, в том числе возраст менархе и менопаузы, синдром поликистозных яичников, бесплодие и использование вспомогательных репродуктивных технологий, самопроизвольное прерывание беременности, паритет и неблагоприятные исходы беременности, а также состояния которым больше подвержены женщины, такие как аутоиммунные заболевания, мигрень и депрессия, повышающие риск сердечно-сосудистых заболеваний у женщин на протяжении всей жизни. Наряду с измерением традиционных факторов риска, эти специфические для женщин факторы также должны быть установлены в рамках оценки сердечно-сосудистого риска, чтобы обеспечить более полный обзор риска развития кардиометаболических нарушений и ССЗ. При наличии этих факторов можно выявить женщин с повышенным сердечно-сосудистым риском, которым могут быть полезны более интенсивные профилактические мероприятия, включая изменение образа жизни и/или фармакотерапию, такую как статины. В этом обзоре описываются половые различия в традиционных факторах риска и факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний, специфичных для женщин и \или преобладающих у женщин, а также рассматривается роль показателей коронарного кальция и некоторых биомаркеров, которые могут помочь в дальнейшей стратификации риска пациентов и выработке профилактических рекомендаций.

Ключевые слова: Здоровье сердечно-сосудистой системы женщин, Факторы риска, Половые различия, Профилактика, Беременность, Менопауза, Аутоиммунное заболевание, Мигрень.

АННОТАЦИЯ

Юрак-қон томир касалликлари (ЮҚТК) бутун дунёда аёллар ўлимининг асосий сабаби ҳисобланади. Юрак-қон томир касалликларининг анъанавий хавф омиллари билан боғлиқ бўлган нисбий хавф омилларида гендер фарқлар мажуд бўлиб, диабет, гипертония, семизлик ва тамаки чекиш шулар жумласидандир. Бундан ташқари, аёллар учун специфик хавф омиллари мавжуд бўлиб, уларга биринчи хайз ва менопауза ёши, поликистоз тухумдонлар синдроми, пуштсизлик ва ёрдамчи репродуктив технологияларининг қўлланилиши, ҳомила тушиши, паритет ва ҳомиладорликнинг нохуш оқибатлари, шунингдек, аёллар кўпроқ дучор бўлган ҳолатлар: аутоиммун касалликлар, мигрень ва депрессия киради, улар аёлларнинг бутун ҳаёти давомида кузатилиб, юрак-қон томир касалликлари хавфини оширади. Кардиометаболик бузилишлар ва ЮҚТК ривожланиши хавфларининг тўлиқ шарҳини таъминлаш учун анъанавий хавф омиллари билан бир қаторда аёллар учун специфик бўлган ушбу омиллар юрак-қон томир хавфини баҳолаш доирасида белгиланиши лозим. Ушбу омиллар мавжудлигида юрак-қон томир хавфи юқори аёлларни аниқлаш мумкин, уларга янада интенсивроқ профилактик чора-тадбирлар, жумладан, турмуш тарзини ўзгартириш ва/ёки статинлар каби фармакотерапияни тайинлаш фойдали бўлиши мумкин. Ушбу шарҳда анъанавий хавф омилларидаги жинс фарқлари ва аёллар учун хос/аёлларда устун бўлган юрак-қон томир хавфи омиллари баён этилади, шунингдек, коронар кальций кўрсаткичлари ва баъзи бир биомаркерларнинг аҳамияти кўриб чиқилган, улар беморларнинг кейинги хавф стратификациясида ва профилактик тавсияларни ишлаб чиқишда ёрдам бериши мумкин.

Калит сўзлар: Аёлларнинг юрак-қон томир тизими саломатлиги, Хавф омиллари, Жинсий фарқлар, Профилактика, Ҳомиладорлик, Менопауза, Аутоиммун касаллик, Мигрень.

ANNOTATION

Cardiovascular disease (CVD) is the leading cause of mortality for women globally. Sex differences exist in the relative risks conferred by traditional CVD risk factors, including diabetes, hypertension, obesity, and smoking. Additionally, there are female-specific risk factors, including age of menarche and menopause, polycystic ovary syndrome, infertility and the use of assisted reproductive technology, spontaneous pregnancy loss, parity, and adverse pregnancy outcomes, as well as female-predominant conditions such as autoimmune diseases, migraines,

and depression, that enhance women's cardiovascular risk across the lifespan. Along with measurement of traditional risk factors, these female-specific factors should also be ascertained as a part of cardiovascular risk assessment to allow for a more comprehensive overview of the risk for developing cardiometabolic disorders and CVD. When present, these factors can identify women at elevated cardiovascular risk, who may benefit from more intensive preventive interventions, including lifestyle changes and/or pharmacotherapy such as statins. This review describes sex differences in traditional risk factors and female-specific/female-predominant risk factors for CVD and examines the role of coronary artery calcium scores and certain biomarkers that can help further risk stratify patients and guide preventive recommendations.

1. Введение

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смертности и преждевременной смерти женщин в Соединенных Штатах (США) и во всем мире. Несмотря на значительные усилия по снижению сердечно-сосудистых заболеваний за последние пять десятилетий, каждая третья женщина продолжает умирать от сердечно-сосудистых заболеваний. [1]. В США в период с 2013 по 2017 год наблюдался рост заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями на 7% у женщин среднего возраста, что, вероятно, связано с растущей тенденцией к ожирению и другими кардиометаболическими факторами риска. [1],[2]. На развитие сердечно-сосудистых заболеваний у женщин дополнительно влияют различия в традиционных сердечно-сосудистых факторах риска, наличие специфичных для женщин факторов риска и состояния высокого риска, в которых преобладают женщины [3,4,5]. Раннее выявление и управление этими факторами риска может снизить заболеваемость и смертность, одновременно улучшая общее качество здоровья женщин. [6],[7].

В этом обзоре мы подчеркиваем половые различия в традиционных факторах риска, включая диабет, гипертонию, ожирение и курение, а также в женских факторах риска, включая возраст менархе и менопаузы, синдром поликистозных яичников (СПКЯ), бесплодие и использование вспомогательных средств, репродуктивные технологии (ВРТ), самопроизвольная потеря беременности, паритет и неблагоприятные исходы беременности (АПБ). Мы также занимаемся заболеваниями, в которых преобладают женщины, такими как аутоиммунные заболевания, мигрень и депрессия, которые независимо увеличивают риск сердечно-сосудистых заболеваний. Наконец, в этом обзоре рассматривается роль использования показателя кальциевого индекса в коронарной артерии (КИ) и биомаркеров для дальнейшей стратификации риска пациентов и выработки профилактических рекомендаций.

2. Гендерные различия в традиционных факторах риска

Хотя женщины и мужчины в основном имеют общие традиционные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, относительное влияние факторов риска варьируется отчасти из-за биологических половых различий, а частично из-за поведенческих

отличий. Половые различия в циркулирующих липидах обсуждаются в двух обзорах по этой проблеме [11],[12]. Примечательно, что женщины с диабетом, курением и гипертонией в анамнезе имеют более высокий относительный риск ССЗ по сравнению с мужчинами с аналогичными факторами риска. В частности, это касается диабета, хотя мужчины страдают более высокой встречаемостью диабета, анализ показал, что наличие диабета увеличивает ССР примерно в 3-7 раз у женщин больше по сравнению с 2-3 раза у мужчин. [13],[14]. Частота смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, инфаркта миокарда, сердечной недостаточности и инсульта выше среди женщин с диабетом по сравнению с мужчинами с диабетом. [15],[16]. Хотя основная причина этой разницы неизвестна, предложенные гипотезы включают более высокий индекс массы тела (ИМТ), более выраженное системное воспаление, худший гликемический контроль и более высокий профиль риска у женщин на момент постановки диагноза диабета по сравнению с мужчинами. [15].

Курение является еще одним из модифицируемых факторов риска, который по-разному влияет на риск сердечно-сосудистых заболеваний у женщин и мужчин. [17],[18]. Метаанализ более трех миллионов человек показал, что, за исключением женщин в возрасте 30-44 лет, у курящих женщин риск сердечно-сосудистых заболеваний был на 25% выше, чем у курильщиков мужского пола. [19]. Оральные контрацептивы также повышают риск сердечно-сосудистых заболеваний у курящих женщин [20]. Распространенность других факторов риска, таких как ожирение и гипертония, среди женщин больше по сравнению с мужчинами. Фрамингемское исследование показало, что женщины с ожирением имеют повышенный риск развития ишемической болезни сердца (ИБС) на 64% по сравнению с 46% среди мужчин с ожирением. [21]. Распространенность гипертонии выше среди женщин старше 60 лет по сравнению с мужчинами, предположительно, это связано отчасти с потерей эндогенных эстрогенов во время менопаузы. [22]. Кроме того, артериальная гипертензия хуже контролируется у пожилых женщин, чем у мужчин, что является еще одним фактором, повышающих риск ССЗ. [22],[23].

3. Возраст менархе

Менархе, начало менструации, сигнализирует о начале репродуктивного этапа в жизни женщины. Несколько крупных когортных исследований обнару-



жили связь между ранним возрастом менархе и повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний, а также связанными с ними факторами риска, такими как метаболический синдром, ожирение и диабет. [5]. Что касается смертности от всех причин, исследования показали снижение смертности на 2–4% за каждый год задержки менархе, а также связь между ранним возрастом менархе и ИБС и инсультом. [24],[25]]. Крупное исследование Биобанка Великобритании обнаружило независимую связь между теми, у кого менархе наступало в возрасте <12 лет, и повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний и сердечной недостаточности. [26],[27]. Результаты анализа другой популяционной когорты Великобритании также свидетельствуют о U-образной связи между возрастом менархе и сердечно-сосудистыми заболеваниями, согласно которой как раннее, так и поздние менархе связаны с плохими сердечно-сосудистыми исходами. [28]. В этом исследовании женщины с менархе в возрасте ≤ 10 лет и менархе в возрасте ≥ 17 лет имели повышенный риск ИБС, а также цереброваскулярных и гипертонических заболеваний [28]. Эти данные были подтверждены в недавнем исследовании, в котором раннее и позднее менархе были связаны с серьезными неблагоприятными сердечными событиями. [29]; однако, что интересно, существует неясная связь между воздействием эстрогена в течение жизни и событиями сердечно-сосудистых заболеваний, что позволяет предположить, существование дополнительных механизмов, лежащих в основе роли и времени менархе в здоровье сердечно-сосудистой системы у женщин [30]. В частности, более ранние менархе связано с ожирением и метаболическим синдромом. [31],[32]. С другой стороны, более поздние менархе связано с СПКЯ, а также со снижением воздействия эстрогена в течение жизни, что может частично объяснить связь с увеличением сердечно-сосудистых заболеваний. [30],[33].

4. Преждевременная менопауза

Наступление менопаузы, которое происходит рано (<45 лет), затрагивая до 10% женщин, или преждевременно (<40 лет), затрагивая 1% женщин, является новым фактором риска неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов у женщин. [34]. Более того, некоторые авторы рекомендуют использовать для стратификации риска континуум возраста менопаузы, а не заранее установленный пороговый уровень. [35]. Начиная с 1970-х годов предполагалось, что потеря эстрогена в менопаузе играет важную роль в повышении заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями у женщин в постменопаузе. [36]. И в рекомендациях Европейского общества кардиологов (ESC) 2021 г., и в рекомендациях Американского колледжа кардиологов (ACC)/Американской кардиологической ассоциации (АНА) 2019 г. преждевременная менопауза также включена в число фак-

торов, «повышающих риск» или «модифицирующих риск» атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний (АССЗ) для оценки риска у пациентов [34],[37]. Ранняя менопауза связана с повышенным риском ИБС, инсульта и сердечной недостаточности. [5],[27],[38]. В недавней большой когорте женщин в постменопаузе преждевременная естественная и хирургическая менопауза была дополнительно связана с традиционными факторами риска АССЗ (гипертония, гиперлипидемия, диабет), а также аортальным стенозом, фибрилляцией предсердий и венозной тромбозомболией (ВТЭ) [35]. Этот риск сердечно-сосудистых заболеваний, связанный с преждевременной менопаузой, также наблюдался после поправки на распространенные факторы риска, что позволяет предположить, что преждевременная менопауза может не только сочетаться с традиционными факторами риска, но также может увеличивать риск развития дополнительных сердечно-сосудистых факторов риска. [35]. Считается, что связь между ранней менопаузой и сердечно-сосудистыми заболеваниями вызвана дефицитом защитных эндогенных эстрогенов и увеличением эндогенных андрогенов. [39]. Вполне возможно, что естественная и хирургическая преждевременная менопауза могут иметь разный сердечно-сосудистый риск. Хотя ни одно специальное исследование выборочно не изучало этот вопрос, вторичный анализ показал значительные различия в риске между естественной и хирургической менопаузой, но эти наблюдаемые различия не сохранялись в полностью скорректированных моделях и, вероятно, были ограничены уменьшенной статистической мощностью [10, 35]. Лучшее понимание различий между постепенной и внезапной потерей гормонов яичников может повлиять на прогнозирование риска и улучшить рекомендации по реализации стратегий профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

5. Синдром поликистозных яичников.

СПКЯ является наиболее распространенным эндокринным заболеванием, поражающим женщин репродуктивного возраста, его распространенность во всем мире составляет от 5% до 13% [40]. Это сложное и гетерогенное заболевание с признаками, включая овulatoryную дисфункцию, гиперандрогению, инсулинорезистентность и кистозную морфологию яичников по данным УЗИ. [41]. У женщин с СПКЯ часто наблюдаются нерегулярные менструальные циклы, причем нарушение менструального цикла также независимо связано с сердечно-сосудистыми заболеваниями. [42]. Кроме того, СПКЯ является основной причиной бесплодия. Во время беременности СПКЯ связан с повышенным риском преэклампсии, гестационного диабета и сердечно-сосудистых осложнений при родах. [43]. Женщины с СПКЯ имеют повышенный риск развития метаболического синдрома и связанных с ним заболеваний, включая диабет 2 типа



(СД2), гипертензию и дислипидемию. [44]. В частности, у женщин с СПКЯ в 4 раза выше вероятность развития СД2 и в 2-3 раза выше вероятность развития метаболического синдрома по сравнению с женщинами без СПКЯ. [45,46,47]. Примечательно, что в Рекомендациях ESC по профилактике СПКЯ подчеркивается как «модификатор риска» с учетом пола, который увеличивает у женщин риск развития СД2 в будущем. [34].

Гиперандрогения, важная особенность СПКЯ, может вызывать некоторую резистентность к инсулину, а также увеличивать риск атеросклероза. [39, 48]. Несколько исследований продемонстрировали повышенный риск развития кальциноза коронарных артерий, маркера субклинического атеросклероза, у женщин с СПКЯ. [40, 49], а метаанализ показал, что у женщин с СПКЯ вероятность кальциноза коронарных артерий в два раза выше, чем у женщин без СПКЯ [49]. Несмотря на противоречивые данные, недавний метаанализ десяти исследований выявил повышение риска сердечно-сосудистых событий среди женщин с СПКЯ примерно на 30%. [50]. Этот повышенный сердечно-сосудистый риск, связанный с СПКЯ, по-видимому, выше среди женщин репродуктивного возраста по сравнению с женщинами после менопаузального перехода. [51].

Агрессивная модификация кардиометаболических факторов риска должна быть рутинным аспектом лечения пациентов с СПКЯ. Это включает в себя изменение образа жизни, добавление метформина для лечения инсулинорезистентности, лечение ожирения с учетом использования агонистов рецепторов глюкагоноподобного пептида 1, скрининг диабета, ежегодные измерения артериального давления, липидный анализ натощак и скрининг дополнительных психосоциальных проблем, таких как расстройства питания, курение, депрессия и тревога [40]. При этом пероральные контрацептивы являются терапией первой линии для лечения гиперандрогенного состояния. [41].

6. Бесплодие и использование вспомогательных репродуктивных технологий

Использование вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) для решения проблемы бесплодия у женщин растет во всем мире; это общий термин, охватывающий несколько различных типов процедур, включая стимуляцию яичников, перенос свежих эмбрионов, перенос замороженных эмбрионов и предимплантационное генетическое тестирование. [43]. Использование ВРТ связано с повышенным сердечно-сосудистым риском; это, скорее всего, связано с более высокой распространенностью установленных факторов сердечно-сосудистого риска среди женщин с бесплодием, таких как пожилой возраст матери, хроническая гипертензия, диабет, ожирение и СПКЯ. [43]. Ретроспективный анализ с использо-

ванием Национальной выборки стационарных пациентов показал, что женщины, прошедшие ВРТ с целью зачатия, были старше на момент родов и имели более высокую распространенность гипертензии, гестационного диабета и дислипидемии. [43]. В этом исследовании было обнаружено, что ВРТ является независимым предиктором перинатальных сердечно-сосудистых осложнений, таких как преэклампсия/эклампсия и сердечные аритмии, по сравнению с естественным зачатием; однако это не было связано с повышенным риском перипартальной кардиомиопатии или острого коронарного синдрома [43]. Крупное проспективное исследование женщин в постменопаузе показало, что самооценка бесплодия в анамнезе была связана с почти на 20% повышенным риском развития сердечной недостаточности в будущем по сравнению с женщинами без истории бесплодия в анамнезе, и это было обусловлено будущим риском развития сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса и без сердечной недостаточности со сниженной фракцией выброса [52]. Интересно, что связь бесплодия и сердечной недостаточности не объяснялась существующими сердечно-сосудистыми факторами риска (например, гипертензией, диабетом, ожирением, повышенным 10-летним показателем риска АССЗ) или факторами риска, связанными с бесплодием (например, нерегулярным менструальным циклом, ранней менопаузой, заболеваниями щитовидной железы). [52]. Механизмы, лежащие в основе связи между бесплодием, ВРТ и сердечно-сосудистыми заболеваниями, вероятно, многогранны и требуют дальнейшего изучения. Нарушение регуляции гипоталамо-гипофизарной оси и последующий дефицит эстрогенов связаны с развитием сердечной недостаточности и сердечно-сосудистых заболеваний в будущем. [53]. Как низкие концентрации эстрадиола, обнаруженные при бесплодии, так и гиперстимуляция яичников при ВРТ связаны с нарушениями ангиотензин-ренин-альдостероновой системы и эндотелиальной дисфункцией. [54, 55]. Пока не ясно, как различные режимы ВРТ связаны с перинатальным риском или будущим риском сердечно-сосудистых заболеваний. Женщин, проходящих ВРТ, следует обследовать на наличие факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и контролировать сердечно-сосудистые осложнения во время беременности и после нее.

7. Самопроизвольное прерывание беременности.

Известно, что самопроизвольное прерывание беременности, связанное с выкидышами и мертворождениями, связано с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний. [26]. Хотя потеря беременности связана с наличием кардиометаболических факторов риска, крупное когортное исследование недавно показало, что у женщин с потерей беременности наблюдалось в 1,2 раза увеличение частоты ИБС и инсульта независимо от других факторов риска, включая гипертензию, гиперхолестеринемию и СД 2



типа. [56,57]. Более того, риск сердечно-сосудистых заболеваний увеличивался почти в 2 раза при привычных невынашиваниях беременности и был выше, если потеря беременности произошла на более раннем этапе репродуктивной жизни. [56, 58]. Напротив, в когорте женщин из Биобанка Великобритании, у которых случился выкидыш, это не было связано с сердечной недостаточностью; однако наличие одного случая или повторных мертворождений было связано с увеличением риска возникновения сердечной недостаточности на 20 и 43% по сравнению с отсутствием мертворождений в анамнезе [27].

Одним из предполагаемых механизмов, связывающих самопроизвольное прерывание беременности с сердечно-сосудистыми заболеваниями, является эндотелиальная дисфункция. Эндотелиальная дисфункция связана с развитием атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний у женщин, а также с потерей беременности в результате плохой функции плаценты. [59]. Существуют также ассоциации между привычными выкидышами и протромботическими генотипами, которые потенциально могут увеличить будущий риск тромботических заболеваний, включая ИБС и инсульт. [60]. Женщины с привычным невынашиванием беременности должны быть обследованы на предмет выявления основных причин, включая анатомические аномалии, генетическое хромосомное тестирование родителей и плодов плода, эндокринопатии, антифосфолипидный синдром и тромбофилию, если в анамнезе имеется ВРТ.

8. Паритет

Паритет, число живорождений, является еще одним репродуктивным фактором, влияющим на здоровье сердечно-сосудистой системы женщин в более позднем возрасте. В системном обзоре и метаанализе десяти проспективных исследований было обнаружено, что когда-либо паритет был обратно пропорционален смертности от сердечно-сосудистых заболеваний с потенциальной нелинейной J-образной зависимостью «доза-эффект». [61]. По данным Биобанка Великобритании, по сравнению с женщинами, у которых было 1-2 живорождения, наличие 3-4 детей или >4 детей было связано с повышенным риском возникновения сердечной недостаточности на 9 и 24% соответственно. В той же когорте также наблюдался повышенный риск сердечной недостаточности при более молодом возрасте матери (<21 года) при рождении первого живого ребенка. [27].

Интересно, что паритет не может быть фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, уникальным для женщин, поскольку предыдущее исследование показало повышение риска сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин с более высоким паритетом. [62]. Сравнение женщин и мужчин полезно для различения биологического или образа жизни/социокультурных факторов, влияющих на не-

благоприятные последствия, связанные с беременностью. Используя Британское исследование сердца и здоровья женщин и Британское региональное исследование сердца, авторы обнаружили аналогичную J-образную связь между количеством детей и сердечно-сосудистыми заболеваниями у обоих полов, хотя у мужчин эта связь была ослаблена в большей степени после поправки на ожирение и сердечно-сосудистые заболевания иметаболические факторы риска [63]. Было установлено и исследовано несколько образов жизни и биологических механизмов этой взаимосвязи. Многоплодность связана с худшим поведением в отношении здоровья в более позднем возрасте, что подтверждается данными о худших исходах сердечно-сосудистых заболеваний как у мужчин, так и у женщин при более высоком рождаемости [64]. Более того, многоплодность может оказывать неблагоприятное воздействие на метаболический синдром и состав тела. Действительно, по сравнению с нерожавшими женщинами, женщины с большим количеством детей имели более высокий ИМТ, окружность талии, более высокое артериальное давление, а также неблагоприятные изменения в адипокиновом профиле [64,65]. Другой предложенный механизм связан с паритетом половых гормонов независимо от состава тела. В многоэтнической популяции без исходных сердечно-сосудистых заболеваний больший паритет был связан с более андрогенным профилем половых гормонов, а именно с более высоким соотношением тестостерона и эстрогена, даже после поправки на ИМТ [66].

9. Неблагоприятные исходы беременности

Состояния осложненной беременности (СОБ) оказались важным фактором развития сердечно-сосудистых заболеваний у молодых женщин и повышают риск сердечно-сосудистых заболеваний, который сохраняется и в более позднем возрасте, далеко за пределами периода беременности. [4,5,67]. К ним относятся такие осложнения, как гипертонические нарушения беременности, гестационный диабет, задержка внутриутробного развития, малые для гестационного возраста роды и преждевременные роды.

Гипертензивные расстройства беременных, включая преэклампсию, осложняют 5–10% всех беременностей, при этом в последнее время рост заболеваемости связан с ростом кардиометаболических нарушений у молодых женщин. [68,69]. Исследования показали, что женщины с преэклампсией в анамнезе имеют значительно более высокий риск заболеваемости и смертности у матери и плода. [70,71]. У этих женщин особенно повышен риск развития сердечно-сосудистых заболеваний в будущем, причем крупные метаанализы показывают, что риск в 2-4 раза выше среди женщин с преэклампсией в анамнезе по сравнению с женщинами с нормотензивной беременностью – риск, который остается постоянно

повышенным в течение как минимум четырех десятилетий наблюдения. [71]. Женщины с преэклампсией также подвергаются повышенному риску возникновения факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, таких как резистентная гипертония и диабет. [72,73].

Аналогичным образом, гестационный диабет также связан с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний. Примерно у 15–30% женщин с гестационным диабетом развивается СД2 в течение первых 10 лет после родов. [73,74]. У них также в два раза выше вероятность развития других кардиометаболических нарушений, таких как гипертония и дислипидемия. [15,75]. Крупный метаанализ показал, что женщины с гестационным диабетом в 1,7 раза чаще заболевают сердечно-сосудистыми заболеваниями. [76].

Другие СОБ также связаны с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний. Согласно недавнему метаанализу, преждевременные роды были связаны с почти двукратным увеличением риска смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. [76]. Преждевременные роды также могут повышать риск развития хронической гипертензии, СД2 и дислипидемии, хотя данные о связи с двумя последними факторами риска более неоднозначны. [75].

В настоящее время нет убедительных данных о мерах по предотвращению долгосрочных сердечно-сосудистых заболеваний у женщин с СОБ в анамнезе. Фармакологические вмешательства могут быть дополнительно ограничены соображениями безопасности у женщин репродуктивного возраста, которые могут захотеть кормить грудью или зачать новую беременность. Оптимальные стратегии профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, вероятно, должны быть сосредоточены на усилиях по изменению образа жизни, таких как соблюдение здорового питания, увеличение физической активности и поддержание оптимальных показателей кардиометаболического здоровья [37]. Среди женщин в возрасте 40–75 лет, которые, по оценкам, находятся в пограничном или промежуточном риске АССЗ с использованием объединенных когортных уравнений, история СОБ, такого как преэклампсия, считается фактором, повышающим риск, который будет способствовать инициации терапии статинами в соответствии с Руководством по профилактике АСС/АНА [37]. Аналогичным образом, Руководство ESC по профилактике также рассматривает преэклампсию и гипертензию, связанную с беременностью, как «модификаторы риска», которые повышают риск возникновения у женщин риска сердечно-сосудистых заболеваний в будущем. [34].

10. Аутоиммунные заболевания

Женщины чаще страдают аутоиммунными заболеваниями, такими как системная красная волчанка (СКВ) и ревматоидный артрит (РА), которые являются факторами риска развития сердечно-сосудистых

заболеваний. Эти аутоиммунные заболевания также были определены в Рекомендациях по профилактике АСС/АНА и ESC как факторы, повышающие или модифицирующие риск, которые способствуют более активным профилактическим усилиям, таким как статинотерапия. [34],[37]]. Более высокий уровень системного воспаления, наблюдаемый при аутоиммунных состояниях, способствует эндотелиальной дисфункции, ригидности артерий, преждевременному атеросклерозу, коронарной микрососудистой дисфункции и выраженной нестабильности бляшек. [77],[78]]. Во время беременности женщины с СКВ подвергаются повышенному риску сердечно-сосудистых осложнений, включая преэклампсию и инсульт. [79]]. В долгосрочной перспективе люди с СКВ имеют в 2,6 раза более высокий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний по сравнению с населением в целом. [80]]. Кроме того, анализ исследования Framingham Offspring показывает, что женщины репродуктивного возраста с СКВ в 50 раз чаще страдают от инфаркта миокарда по сравнению с лицами того же возраста. [81]]. Активность и продолжительность заболевания СКВ ассоциированы с ускорением атеросклероза. [82]]. Примечательно, что чернокожие женщины более склонны к развитию СКВ, а также волчаночного нефрита, а активность заболевания среди чернокожих женщин выше, чем среди белых женщин. [83]]. Кроме того, у чернокожих женщин с СКВ в 2 раза повышен риск развития каротидных бляшек как проявления субклинического сердечно-сосудистого заболевания. [84]].

У лиц с РА также в два раза выше вероятность развития сердечно-сосудистых заболеваний, при этом смертность от сердечно-сосудистых заболеваний на 50% выше, чем у лиц без РА. [85],[86]]. Таким образом, Руководство ESC по профилактике рекомендует умножать предполагаемый риск сердечно-сосудистых заболеваний на коэффициент 1,5 для пациентов с РА. [34]]. Было обнаружено, что риск сердечно-сосудистых заболеваний выше у лиц с РА, которые дольше находились в состоянии обострения [87]]. Интересно, что у пациентов с РА наблюдается парадоксальный липидный профиль, при котором наблюдается подавление общего холестерина и холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП), что является вероятным следствием воспаления высокой степени. [88]]. Хотя глюкокортикоиды часто используются в остром периоде для купирования обострений, высокая кумулятивная экспозиция глюкокортикоидов у пациентов с СКВ или РА связана со значительно более высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний даже после учета активности заболевания. [80],[89]]. У лиц с РА применение метотрексата и терапии ингибиторами фактора некроза опухоли (ФНО) связано со снижением риска сердечно-сосудистых заболеваний, а гидроксихлорохин связан со снижением риска развития



диабета.90,91,92]. Риск сердечно-сосудистых заболеваний можно снизить у лиц с аутоиммунными заболеваниями, такими как СКВ и РА, путем снижения активности аутоиммунных заболеваний, насколько это возможно, с помощью соответствующей терапии, поощрения изменения образа жизни и терапии статинами, если это необходимо, а также устранения других распространенных сопутствующих заболеваний, таких как гипертония, дислипидемия и почечная недостаточность. болезнь.

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), включая болезнь Крона и язвенный колит, также связаны с почти 20% увеличением риска сердечно-сосудистых заболеваний.[93]. Более того, женщины с ВЗК подвергаются более высокому риску развития сердечно-сосудистых заболеваний по сравнению с мужчинами с ВЗК, независимо от возраста.[93]. В целом воспаление считается основной причиной атеротромбоза.[94]. В качестве примера было показано, что некоторые противовоспалительные агенты, такие как канакинумаб, моноклональные антитела к IL-1 β и колхицин, уменьшают сердечно-сосудистые события у пациентов с установленными сердечно-сосудистыми заболеваниями.[95],[96]. В Рекомендациях ESC по профилактике 2021 г. и Рекомендациях ACC/AHA 2019 г. обсуждается необходимость учитывать хронические воспалительные состояния при принятии решения о начале профилактических мероприятий для снижения риска ССЗ.[34],[37].

11. Мигрень

Мигрень чаще встречается у женщин, чем у мужчин, причем мигрень со зрительной аурой преобладает у 2–10% женщин по сравнению с 1–4% у мужчин.[97]. У пациентов с мигренью со зрительной аурой риск ишемического инсульта увеличивается как минимум в 2 раза, и это хорошо установлено в литературе [[98]]. Считается, что феномен зрительных аур связан с распространяющейся кортикальной депрессией — волной медленно распространяющейся нейрональной и глиальной деполяризации, которая может быть вызвана микрососудистой ишемией, изменениями мозгового кровотока, вазореактивностью и сосудистой дисфункцией [10].[99]. Эти же пути часто участвуют в развитии цереброваскулярных заболеваний и ишемического инсульта.[99]. Более того, мигрень с аурой связана с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний, включая повышение риска коронарной реваскуляризации в 1,7 раза и риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в 2,3 раза [[100]]. Эти риски могут усугубляться другими привычками образа жизни, такими как курение и прием лекарств, таких как комбинированные гормональные контрацептивы; однако данные ограничены [[34]]. Хотя, учитывая более молодой средний возраст пациентов, страдающих мигренью, абсолютный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний на

индивидуальном уровне невелик, в Рекомендациях ESC по профилактике отмечается, что высокое глобальное бремя мигрени делает его важным фактором при обсуждении профилактики сердечно-сосудистых заболеваний на уровне населения [[34]].

12. Депрессия и тревога

Психологические факторы, как благоприятные, так и неблагоприятные, связаны с риском сердечно-сосудистых заболеваний, что иллюстрирует важность связи «разум-тело-сердце».[101]]. Примерно 7% взрослого населения США ежегодно испытывают депрессию, и, к сожалению, у женщин депрессия встречается в два раза чаще, чем у мужчин.[102]]. Проспективное исследование продемонстрировало, что депрессия является независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний у женщин, и, кроме того, есть некоторые данные, позволяющие предположить, что сила связи между депрессией и ИБС выше, чем та, которую предполагают традиционные факторы риска.[103]]. Другое исследование, изучавшее людей с ИБС, показало, что более высокий психологический дистресс был связан с развитием ССЗ только у женщин, а не у мужчин.[104]]. Женщины также чаще подвергаются неблагоприятным событиям в детстве, которые более тесно связаны с развитием кардиометаболических факторов риска и сердечно-сосудистых заболеваний по сравнению с мужчинами.[105],[106]]. Депрессия влияет на общую реакцию на стресс и воспалительное состояние организма, а также влияет на нейрогормональные пути. Более того, депрессия связана со многими аспектами образа жизни, включая курение, употребление алкоголя, употребление психоактивных веществ, неправильное питание и отсутствие физических упражнений.[107]]. Психическое здоровье имеет далеко идущие последствия для здоровья женщин, и лечение депрессии и других психосоциальных проблем должно быть приоритетом в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Руководство ESC по профилактике особо рекомендует рассматривать расстройства психического здоровья, которые приводят к функциональным нарушениям или уменьшению использования системы здравоохранения, как факторы, влияющие на риск сердечно-сосудистых заболеваний [[34]].

13. Подход к оценке риска: оценка кальция в коронарной артерии и биомаркеры.

САС, оцениваемый с помощью бесконтрастной компьютерной томографии сердца, является маркером бремени атеросклеротических заболеваний и высокопрогностическим фактором риска АСССЗ, независимо от традиционных факторов риска [[108],[109]]. Показатель САС дифференцированно предсказывает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний у женщин в течение 10 лет.[109]]. Хотя в

данном возрасте у женщин реже встречается распространенность САС, чем у мужчин, при его наличии САС связан с более высоким относительным риском сердечно-сосудистых заболеваний у женщин по сравнению с мужчинами.[110],[111]. Кроме того, данные многоэтнической когорты показали, что наличие САС ($\text{САС} > 0$) было связано с будущим риском сердечно-сосудистых заболеваний среди женщин, которые были отнесены к группе «низкого риска» по шкале риска Framingham, с 5-кратным увеличением риска по сравнению с женщинами. без обнаруживаемого САС [[112]]. Таким образом, в недавних руководствах рекомендуется использовать САС, чтобы помочь уточнить стратификацию риска в бессимптомных популяциях в тех случаях, когда риск в противном случае неясен, чтобы помочь в проведении профилактических вмешательств, таких как статинотерапия.[37],[113]].

Одним из новых маркеров риска у женщин является кальцификация артерий молочной железы (ВАС), то есть кальцификация медиальной артерии, которую можно обнаружить случайно при маммографии. Было показано, что ВАС связан с показателем САС [[114]], а также будущий риск сердечно-сосудистых заболеваний [[115],[116]]. Недавний метаанализ 10 исследований показал, что ВАС является независимым предиктором ИБС с повышенным риском в 2,4 раза.[116]]. Обнаружение ВАС может стимулировать дополнительный скрининг факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и рассмотрение возможности получения оценки САС.

В то время как показатели кальция и другие методы визуализации сердечно-сосудистой системы предоставили нам мощные инструменты, выходящие за рамки классических рамок для оценки риска у женщин.[117]], биомаркеры также могут быть полезны в этом отношении [[118]]. Высококчувствительный С-реактивный белок (hsCRP) предсказывает будущий риск сердечно-сосудистых заболеваний у женщин независимо от липидов.[119]], и как таковой он был включен в некоторые калькуляторы риска, такие как Оценка риска Рейнольдса для женщин [[120]]. В Рекомендациях АСС/АНА по профилактике учитываются биомаркеры, связанные с липидами, такие как устойчиво повышенный уровень триглицеридов (≥ 175 мг/дл), липопротеина (а) (≥ 50 мг/дл или 125 нмоль/л) и/или аполипопротеина В (≥ 130 мг/л). dL) как факторы, повышающие риск, переводящие пациентов в группу более высокого риска, что может способствовать началу терапии статинами [[34]]. Кроме того, в Рекомендациях АСС/АНА по профилактике повышенный уровень вЧСРБ (≥ 2 мг/л) рассматривается как независимый фактор, повышающий риск. [37]]. Хотя установлено, что высокочувствительные тропонины и натрийуретические пептиды также дают прогностическую информацию о будущем риске сердечно-сосудистых заболеваний в бессимптом-

ных популяциях, в Рекомендациях по профилактике АСС/АНА не содержатся конкретные рекомендации по их измерению в бессимптомной популяции [[37]]. В рекомендациях ESC по профилактике 2021 года также отмечается, что сердечные биомаркеры являются многообещающими, но указывается, что необходима дальнейшая работа, прежде чем их можно будет включить в рутинную оценку риска сердечно-сосудистых заболеваний.[34]]. Тем не менее, согласно рекомендациям АСС/АНА по сердечной недостаточности, постоянное необъяснимое повышение уровня сердечного тропонина или натрийуретического пептида может быть маркером предсердной недостаточности стадии В.[37],[121]].

14. Призыв к действию Европейского общества атеросклероза относительно женщин. Был специально написанной группой женщин-экспертов по сердечно-сосудистым заболеваниям. В этом заявлении определяются факторы, которые лежат в основе этого гендерного неравенства. Помимо поздней диагностики и недостаточного лечения, факторы, специфичные для пола, такие как гипертонические нарушения беременности, преждевременная менопауза (особенно первичная недостаточность яичников) и синдром поликистозных яичников, отрицательно влияют на кардиометаболические факторы риска (4, 5) и должны учитываться при оценке сердечно-сосудистого риска. Кроме того, профиль модифицируемых факторов риска у женщин может меняться в течение жизни. Ключевым примером является менопаузальный переход, который связан с увеличением веса, висцеральным ожирением и неблагоприятным воздействием на липиды, воспалительные биомаркеры и артериальное давление (6-8). Женщины также подвержены социальным влияниям, таким как обязанности по уходу и проблемы психического здоровья, которые могут отрицательно повлиять на их способность обращаться за медицинской помощью, когда она им нужна (9-11).

Основное внимание в этом заявлении ЕАС уделяется липидам и управлению ими. Группа признает, что имеется ограниченная информация о том, как женский пол влияет на основные липиды, составляющие липидные панели при рутинной оценке. Несмотря на это, есть данные, указывающие на половые различия в уровнях липидов в раннем возрасте (12, 13), а также на специфические изменения уровней липидов во время менструального цикла (14) и событий на протяжении жизни, особенно беременности (15) и грудного вскармливания. (16). Освещено влияние этих влияний на холестериную нагрузку у женщин с семейной гиперхолестеринемией (СГ). Женщины с СГ не только находятся в невыгодном положении из-за поздней диагностики и неоптимального лечения статинами и комбинированной липидснижающей терапией (17), но и беременность представляет собой особую проблему из-за необходимости прекращения приема статинов и

других гиполипидемических препаратов (18). Хотя эти рекомендации являются обязательными из соображений безопасности, они способствуют увеличению холестериновой нагрузки в течение жизни у женщин с СГ и потенциально могут усугубить риск сердечно-сосудистых событий по сравнению с мужчинами с СГ (19). Недавнее заявление Управления по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) допускает более гибкие варианты совместного принятия решений у женщин из группы высокого риска во время беременности (20), хотя ответа от Европейского агентства по лекарственным средствам до сих пор нет. На данный момент в этом заявлении EAS рекомендуется внимательно наблюдать за женщинами с СГ до, во время и после беременности, чтобы ограничить перерывы в терапии статинами.

Помимо ЛПНП, заслуживают внимания и другие липиды. Установлено, что повышенный уровень липопротеина(а) [Лп(а)] является причиной сердечно-сосудистых заболеваний как у мужчин, так и у женщин (21). Однако, поскольку уровень Лп(а) увеличивается у женщин в возрасте старше 50 лет, что совпадает с переходом к менопаузе, высокий уровень Лп(а) более распространен среди пожилых женщин, чем среди пожилых мужчин, что подтверждается данными Копенгагенского исследования (22). Таким образом, повторное измерение Лп(а) может быть показано женщинам после менопаузы, что противоречит рекомендации о том, что Лп(а) следует измерять только один раз в зрелом возрасте (18, 21). В заявлении также подчеркивается значимость повышенного уровня триглицеридов в плазме, маркера липопротеинов, богатых триглицеридами, и их остатков (23), для сердечно-сосудистого риска как у женщин, так и у мужчин.

Чтобы устранить пробелы в оценке риска, выявлении и лечении сердечно-сосудистых заболеваний у женщин, в этом заявлении EAS содержится несколько прагматических рекомендаций, а также подчер-

кивается необходимость дальнейших исследований, чтобы понять, как пол (гормоны и хромосомы) влияет на атеросклероз (таблица 1). Стратегические, целенаправленные действия с участием всех ключевых заинтересованных сторон являются приоритетом для преодоления гендерного неравенства в области сердечно-сосудистого здоровья в XXI веке.

Заключение

Комплексный подход к оценке риска и профилактике кардиометаболических и сердечно-сосудистых заболеваний у женщин необходим для решения проблемы растущей частоты сердечно-сосудистых заболеваний у женщин. Традиционные сердечно-сосудистые факторы риска проявляются у женщин по-разному по сравнению с мужчинами, и эти различия имеют значение для лечения и клинических результатов. Кроме того, обсуждение специфичных для женщин факторов риска, таких как состояния, связанные с беременностью и неблагоприятные исходы, СПКЯ, бесплодие и использование ВРТ, необходимо интегрировать в дискуссии о первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Наконец, лечение основных состояний, таких как аутоиммунные заболевания (т.е. системная красная волчанка, ревматоидный артрит, воспалительные заболевания кишечника), мигрень, депрессия и другие психосоциальные стрессоры, является неотъемлемой частью здоровья сердечно-сосудистой системы, учитывая высокий связанный с этим риск сердечно-сосудистых заболеваний. Выявление любого из вышеперечисленных «красных флажков» риска может послужить возможностью активизировать профилактические усилия, включая изменение образа жизни и фармакотерапию, такую как гиполипидемические препараты (например, статины) и, возможно, аспирин, чтобы, как мы надеемся, снизить заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний у женщин.

Таблица 1. Рекомендации заявления EAS 2023 г. по здоровью сердечно-сосудистой системы у женщин

- Здоровье сердечно-сосудистой системы должно регулярно оцениваться у женщин с раннего возраста. Обзор должен включать традиционные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, специфичные для пола, а также факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, связанные с полом.
- Повышенные уровни липидов (LDL-C, триглицериды и липопротеин(а)) следует начинать лечить как можно раньше, как рекомендовано рекомендациями.
- Поскольку после 50 лет высокие уровни липопротеина(а) чаще встречаются у женщин, чем у мужчин, может быть показано повторное измерение.
- За женщинами с СГ следует внимательно наблюдать, чтобы свести к минимуму перерывы в терапии статинами из-за беременности и грудного вскармливания. Заслуживает рассмотрения вопрос о том, следует ли снизить целевые показатели лечения у женщин с СГ, чтобы компенсировать **потерянное время лечения**.
- Женщины с необструктивными коронарными бляшками должны получать агрессивное лечение факторов риска.
- Необходимы дальнейшие исследования, чтобы понять, как половые гормоны и половые хромосомы влияют на патогенез атеросклероза.

Roeters van Lennep JE, Tokgözoğlu LS, Badimon L, Dumanski SM, Gulati M, Hess CN, Holven KB, Kavousi M, Kayıkcioglu M, Lutgens E, Michos ED, Prescott E, Stock JK, Tybjaerg-Hansen A, Wermer MJH, Benn M. Women, lipids and atherosclerotic cardiovascular disease: A call to action from the European Atherosclerosis Society. Eur Heart J 2023;DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad472>

Список литературы

1. CW Tsao, AW Aday, ZI Almarzooq, et al., Heart disease and stroke statistics—2023 update: a report from the American Heart Association, *Circulation* 147 (2023) e93–e621.
2. S.C. Curtin, Trends in cancer and heart disease death rates among adults aged 45-64: United States, 1999-2017, *Natl. Vital Stat. Rep.* 68 (2019) 1–9.
3. L. Cho, M. Davis, I. Elgendy, et al., Summary of updated recommendations for primary prevention of cardiovascular disease in women: JACC state-of-the-art review, *J. Am. Coll. Cardiol.* 75 (2020) 2602–2618.
4. P. Elder, G. Sharma, M. Gulati, E.D. Michos, Identification of female-specific risk enhancers throughout the lifespan of women to improve cardiovascular disease prevention, *Am J Prev Cardiol* 2 (2020), 100028.
5. A.C. O'Kelly, E.D. Michos, C.L. Shufelt, et al., Pregnancy and reproductive risk factors for cardiovascular disease in women, *Circ. Res.* 130 (2022) 652–672.
6. J.N. Holtzman, G. Kaur, B. Hansen, N. Bushana, M. Gulati, Sex differences in the management of atherosclerotic cardiovascular disease, *Atherosclerosis* 384 (2023), 117268.
7. C. Antza, A. Gallo, C. Boutari, A. Ershova, K. Murat Gurses, J. Lewek, et al., Prevention of cardiovascular disease in young adults: focus on gender differences. A collaborative review from the EAS Young Fellows, *Atherosclerosis* 384 (2023), 117272.
8. P.L.M. Kerkhof, F. Tona, Sex differences in diagnostic modalities of atherosclerosis in the macrocirculation, *Atherosclerosis* 384 (2023), 117275.
9. C.G. Streed Jr., L.B. Beach, B.A. Caceres, et al., Assessing and addressing cardiovascular health in people who are transgender and gender diverse: a scientific statement from the American heart association, *Circulation* 144 (2021) e136–e148.
10. C.N. Murphy, C. Delles, E. Davies, P.J. Connelly, Cardiovascular disease in transgender individuals, *Atherosclerosis* 384 (2023), 117282.
11. K.B. Holven, Roeters van Lennep, Sex differences in lipids: a life course approach, *Atherosclerosis* 384 (2023), 117270.
12. R. Tabassum, E. Wid'en, S. Ripatti, Effect of biological sex on lipidomic profiles human circulating lipidome: an overview of the literature, *Atherosclerosis* 384 (2023), 117274.
13. M.P. Banks, E. Akhabue, J.S. Rana, et al., Sex differences in cardiovascular risk factors before and after the development of type 2 diabetes and risk for incident cardiovascular disease, *Diabetes Res. Clin. Pract.* 166 (2020), 108334.
14. C. Recarti, S. Sep, C. Stehouwer, T. Unger, Excess cardiovascular risk in diabetic women: a case for intensive treatment, *Curr. Hypertens. Rep.* 17 (2015) 1–6.
15. E.K. Broni, C.E. Ndumele, J.B. Echouffo-Tcheugui, R.R. Kalyani, W.L. Bennett, E. D. Michos, The diabetes-cardiovascular connection in women: understanding the known risks, outcomes, and implications for care, *Curr. Diabetes Rep.* 22 (2022) 11–25.
16. D. Angoulvant, P.H. Ducluzeau, P. Renoult-Pierre, et al., Impact of gender on relative rates of cardiovascular events in patients with diabetes, *Diabetes Metabol.* 47 (2021), 101226.
17. R.R. Huxley, M. Woodward, Cigarette smoking as a risk factor for coronary heart disease in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies, *Lancet (London, England)* 378 (2011) 1297–1305.
18. M. Grundtvig, T.P. Hagen, M. German, A. Reikvam, Sex-based differences in premature first myocardial infarction caused by smoking: twice as many years lost by women as by men, *Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil.* 16 (2009) 174–179.
19. R. Huxley, M. Woodward, Cigarette smoking as a risk factor for coronary heart disease in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies, *Lancet* 378 (2011) 1297–1305.
20. Gallucci, A. Tartarone, R. Lerosé, A.V. Lalinga, A.M. Capobianco, Cardiovascular risk of smoking and benefits of smoking cessation, *J. Thorac. Dis.* 12 (2020) 3866.
21. P.W. Wilson, R.B. D'Agostino, L. Sullivan, H. Parise, W.B. Kannel, Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk: the Framingham experience, *Arch. Intern. Med.* 162 (2002) 1867–1872.
22. L.C. Kovell, C.M. Harrington, E.D. Michos, Update on blood pressure control among US adults with hypertension, *JAMA* 325 (2021) 586–587.



23. D.M. Lloyd-Jones, J.C. Evans, D. Levy, Hypertension in adults across the age spectrum: current outcomes and control in the community, *JAMA* 294 (2005) 466–472.
24. B. Jacobsen, K. Oda, S. Knutsen, G. Fraser, Age at menarche, total mortality and mortality from ischaemic heart disease and stroke: the Adventist Health Study, 1976–88, *Int. J. Epidemiol.* 38 (2009) 245–252.
25. B.K. Jacobsen, I. Heuch, G. Kvåle, Association of low age at menarche with increased all-cause mortality: a 37-year follow-up of 61,319 Norwegian women, *Am. J. Epidemiol.* 166 (2007) 1431–1437.
26. S.A. Peters, M. Woodward, Women's reproductive factors and incident cardiovascular disease in the UK Biobank, *Heart* 104 (2018) 1069–1075.
27. F. Zhu, H. Qi, M. Bos, E. Boersma, M. Kavousi, Female Reproductive Factors and Risk of New-Onset Heart Failure: Findings from UK Biobank, *JACC Heart failure*, 2023.
28. Canoy, V. Beral, A. Balkwill, et al., Age at menarche and risks of coronary heart and other vascular diseases in a large UK cohort, *Circulation* 131 (2015) 237–244.
29. J.J. Lee, G. Cook-Wiens, B.D. Johnson, et al., Age at menarche and risk of cardiovascular disease outcomes: findings from the national heart lung and blood institute-sponsored women's ischemia syndrome evaluation, *J. Am. Heart Assoc.* 8 (2019), e012406.
30. S.R. Mishra, H.F. Chung, M. Waller, G.D. Mishra, Duration of estrogen exposure during reproductive years, age at menarche and age at Menopause, and risk of cardiovascular disease events, all-cause and cardiovascular mortality: a systematic review and meta-analysis, *BJOG An Int. J. Obstet. Gynaecol.* 128 (2021) 809–821.
- [31] R. Lakshman, N. Forouhi, R. Luben, et al., Association between age at menarche and risk of diabetes in adults: results from the EPIC-Norfolk cohort study, *Diabetologia* 51 (2008) 781–786.
- [32] R. Lakshman, N.G. Forouhi, S.J. Sharp, et al., Early age at menarche associated with cardiovascular disease and mortality, *J. Clin. Endocrinol. Metabol.* 94 (2009) 4953–4960.
- [33] J. Carroll, R. Saxena, C.K. Welt, Environmental and genetic factors influence age at menarche in women with polycystic ovary syndrome, *J. Pediatr. Endocrinol. Metabol.* 25 (2012) 459–466.
- [34] F.L.J. Visseren, F. Mach, Y.M. Smulders, et al., ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies with the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC), *Eur. Heart J.* 42 (2021) 3227–3337.
- [35] M.C. Honigberg, S.M. Zekavat, K. Aragam, et al., Association of premature natural and surgical menopause with incident cardiovascular disease, *JAMA* 322 (2019) 2411–2421.
- [36] W.B. Kannel, M.C. Hjortland, P.M. McNAMARA, T. Gordon, Menopause and risk of cardiovascular disease: the Framingham study, *Ann. Intern. Med.* 85 (1976) 447–452.
- [37] D.K. Arnett, R.S. Blumenthal, M.A. Albert, et al., ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease: a report of the American College of Cardiology/American heart association task force on clinical practice guidelines, *Circulation* 140 (2019) e596–e646.
- [38] S.R. El Khoudary, B. Aggarwal, T.M. Beckie, et al., Menopause transition and cardiovascular disease risk: implications for timing of early prevention: a scientific statement from the American heart association, *Circulation* 142 (2020) e506–e532.
- [39] D. Zhao, E. Guallar, P. Ouyang, et al., Endogenous sex hormones and incident cardiovascular disease in post-menopausal women, *J. Am. Coll. Cardiol.* 71 (2018) 2555–2566.
- [40] C. Guan, S. Zahid, A.S. Minhas, et al., Polycystic ovary syndrome: a “riskenhancing” factor for cardiovascular disease, *Fertil. Steril.* 117 (2022) 924–935.
- [41] H.J. Teede, M.L. Misso, M.F. Costello, et al., Recommendations from the

- international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome, *Fertil. Steril.* 110 (2018) 364–379.
- [42] C.G. Solomon, F.B. Hu, A. Dunaif, et al., Menstrual cycle irregularity and risk for future cardiovascular disease, *J. Clin. Endocrinol. Metabol.* 87 (2002) 2013–2017.
- [43] S. Zahid, M.Z. Khan, S. Gowda, et al., Trends, predictors, and outcomes of cardiovascular complications associated with polycystic ovary syndrome during delivery hospitalizations: a national inpatient Sample analysis (2002-2019), *J. Am. Heart Assoc.* 11 (2022), e025839.
- [44] H.J. Teede, S. Hutchison, S. Zoungas, C. Meyer, Insulin resistance, the metabolic syndrome, diabetes, and cardiovascular disease risk in women with PCOS, *Endocrine* 30 (2006) 45–53.
- A. Rajendran et al.
Atherosclerosis 384 (2023) 117269
- 7
- [45] K.H. Rubin, D. Grintborg, M. Nybo, B. Abrahamsen, M. Andersen, Development and risk factors of type 2 diabetes in a nationwide population of women with polycystic ovary syndrome, *J. Clin. Endocrinol. Metabol.* 102 (2017) 3848–3857.
- [46] L.J. Moran, M.L. Misso, R.A. Wild, R.J. Norman, Impaired glucose tolerance, type 2 diabetes and metabolic syndrome in polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis, *Hum. Reprod. Update* 16 (2010) 347–363.
- [47] S. Lim, N. Kakoly, J. Tan, et al., Metabolic syndrome in polycystic ovary syndrome: a systematic review, meta-analysis and meta-regression, *Obes. Rev.* 20 (2019) 339–352.
- [48] M.R. Adams, J.K. Williams, J.R. Kaplan, Effects of androgens on coronary artery atherosclerosis and atherosclerosis-related impairment of vascular responsiveness, *Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol.* 15 (1995) 562–570.
- [49] O. Osibogun, O. Ogunmoroti, O.B. Kolade, et al., A systematic review and metaanalysis of the association between polycystic ovary syndrome and coronary artery calcification, *J. Wom. Health* 31 (2002) 762–771.
- [50] L. Zhao, Z. Zhu, H. Lou, et al., Polycystic ovary syndrome (PCOS) and the risk of coronary heart disease (CHD): a meta-analysis, *Oncotarget* 7 (2016), 33715.
- [51] C. Oliver-Williams, D. Vassard, A. Pinborg, L. Schmidt, Risk of cardiovascular disease for women with polycystic ovary syndrome: results from a national Danish registry cohort study, *Eur J Prev Cardiol* (2020), 2047487320939674.
- [52] E.S. Lau, D. Wang, M. Roberts, et al., Infertility and risk of heart failure in the Women's Health Initiative, *J. Am. Coll. Cardiol.* 79 (2022) 1594–1603.
- [53] M. Takefujii, T. Murohara, Corticotropin-releasing hormone family and their receptors in the cardiovascular system, *Circ. J.* 83 (2019) 261–266.
- [54] E. Murphy, Estrogen signaling and cardiovascular disease, *Circ. Res.* 109 (2011) 687–696.
- [55] C.O. Nastri, R.A. Ferriani, I.A. Rocha, W.P. Martins, Ovarian hyperstimulation syndrome: pathophysiology and prevention, *J. Assist. Reprod. Genet.* 27 (2010) 121–128.
- [56] Y.-X. Wang, L. Mínguez-Alarcon, A.J. Gaskins, et al., Pregnancy loss and risk of cardiovascular disease: the Nurses' Health Study II, *Eur. Heart J.* 43 (2022) 190–199.
- [57] J. Horn, L.J. Tanz, J.J. Stuart, et al., Early or late pregnancy loss and development of clinical cardiovascular disease risk factors: a prospective cohort study, *BJOG An Int. J. Obstet. Gynaecol.* 126 (2019) 33–42.
- [58] C.T. Oliver-Williams, E.E. Heydon, G.C. Smith, A.M. Wood, Miscarriage and future maternal cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis, *Heart* 99 (2013) 1636–1644.
- [59] A.M. Germain, M.C. Romanik, I. Guerra, et al., Endothelial dysfunction: a link among preeclampsia, recurrent pregnancy loss, and future cardiovascular events? *Hypertension* 49 (2007) 90–95.
- [60] G. Kovalevsky, C.R. Gracia, J.A. Berlin, M.D. Sammel, K.T. Barnhart, Evaluation



- of the association between hereditary thrombophilias and recurrent pregnancy loss: a meta-analysis, *Arch. Intern. Med.* 164 (2004) 558–563.
- [61] W. Li, W. Ruan, Z. Lu, D. Wang, Parity and risk of maternal cardiovascular disease: a dose–response meta-analysis of cohort studies, *European journal of preventive cardiology* 26 (2019) 592–602.
- [62] S.S. Moazzeni, H. Toreyhi, S. Asgari, F. Azizi, F.R. Tehrani, F. Hadaegh, Number of parity/live birth (s) and cardiovascular disease among Iranian women and men: results of over 15 years of follow-up, *BMC Pregnancy Childbirth* 21 (2021) 1–11.
- [63] D.A. Lawlor, J.R. Emberson, S. Ebrahim, et al., Is the association between parity and coronary heart disease due to biological effects of pregnancy or adverse lifestyle risk factors associated with child-rearing? Findings from the British Women's Heart and Health Study and the British Regional Heart Study, *Circulation* 107 (2003) 1260–1264.
- [64] O. Ogunmoroti, O. Osibogun, O.B. Kolade, et al., Multiparity is associated with poorer cardiovascular health among women from the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis, *Am. J. Obstet. Gynecol.* 221 (2019) 631 e1–e631 e16.
- [65] C.P. Rodriguez, O. Ogunmoroti, R. Quispe, et al., The association between multiparity and adipokine levels: the multi-ethnic study of atherosclerosis, *J. Wom. Health* (2002) 2021.
- [66] B. Kazzi, O. Ogunmoroti, C.P. Rodriguez, et al., Parity history and later life sex hormone levels in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA), *Can. J. Cardiol.* 38 (2022) 1893–1900.
- [67] E. Choi, B. Kazzi, B. Varma, et al., The fourth trimester: a time for enhancing transitions in cardiovascular care, *Current cardiovascular risk reports* (2022) 1–11.
- [68] J.A. Hutcheon, S. Lisonkova, K. Joseph, Epidemiology of pre-eclampsia and the other hypertensive disorders of pregnancy, *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 25 (2011) 391–403.
- [69] M.C. Hogan, K.J. Foreman, M. Naghavi, et al., Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5, *Lancet* 375 (2010) 1609–1623.
- [70] A.S. Minhas, S.M. Ogunwole, A.J. Vaught, et al., Racial disparities in cardiovascular complications with pregnancy-induced hypertension in the United States, *Hypertension* 78 (2021) 480–488.
- [71] P. Wu, R. Haththotuwa, C.S. Kwok, et al., Preeclampsia and Future Cardiovascular Health: A Systematic Review and Meta-Analysis, vol. 10, *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, 2017.
- [72] P. Boucheron, G. Lailier, E. Moutengou, et al., Hypertensive disorders of pregnancy and onset of chronic hypertension in France: the nationwide CONCEPTION study, *Eur. Heart J.* 43 (2022) 3352–3361.
- [73] E. Vounzoulaki, K. Khunti, S.C. Abner, B.K. Tan, M.J. Davies, C.L. Gillies, Progression to type 2 diabetes in women with a known history of gestational diabetes: systematic review and meta-analysis, *BMJ* 369 (2020) m1361.
- [74] A.J. Lee, R.J. Hiscock, P. Wein, S.P. Walker, M. Permezel, Gestational diabetes mellitus: clinical predictors and long-term risk of developing type 2 diabetes: a retrospective cohort study using survival analysis, *Diabetes Care* 30 (2007) 878–883.
- [75] N.I. Parikh, J.M. Gonzalez, C.A.M. Anderson, et al., Adverse pregnancy outcomes and cardiovascular disease risk: unique opportunities for cardiovascular disease prevention in women: a scientific statement from the American heart association, *Circulation* 143 (2021) e902–e916.
- [76] S.M. Grandi, K.B. Filion, S. Yoon, et al., Cardiovascular disease-related morbidity and mortality in women with a history of pregnancy complications: systematic review and meta-analysis, *Circulation* 139 (2019) 1069–1079.
- [77] A. Faccini, J.C. Kaski, P.G. Camici, Coronary microvascular dysfunction in chronic inflammatory rheumatoid diseases, *Eur. Heart J.* 37 (2016) 1799–1806.

- [78] G.D. Kitas, S.E. Gabriel, Cardiovascular disease in rheumatoid arthritis: state of the art and future perspectives, *Ann. Rheum. Dis.* 70 (2011) 8–14.
- [79] S. Zahid, M.S. Mohamed, H. Wassif, N.T. Nazir, S.S. Khan, E.D. Michos, Analysis of cardiovascular complications during delivery admissions among patients with systemic lupus erythematosus, 2004–2019, *JAMA Netw. Open* 5 (2022), e2243388.
- [80] L.S. Magder, M. Petri, Incidence of and risk factors for adverse cardiovascular events among patients with systemic lupus erythematosus, *Am. J. Epidemiol.* 176 (2012) 708–719.
- [81] S. Manzi, E.N. Meilahn, J.E. Rairie, et al., Age-specific incidence rates of myocardial infarction and angina in women with systemic lupus erythematosus: comparison with the Framingham Study, *Am. J. Epidemiol.* 145 (1997) 408–415.
- [82] M.J. Roman, B.-A. Shanker, A. Davis, et al., Prevalence and correlates of accelerated atherosclerosis in systemic lupus erythematosus, *N. Engl. J. Med.* 349 (2003) 2399–2406.
- [83] C.H. Feldman, L.T. Hiraki, J. Liu, et al., Epidemiology and sociodemographics of systemic lupus erythematosus and lupus nephritis among US adults with Medicaid coverage, 2000–2004, *Arthritis Rheum.* 65 (2013) 753–763.
- [84] E.Y. Rhew, S.M. Manzi, A.R. Dyer, et al., Differences in subclinical cardiovascular disease between African American and Caucasian women with systemic lupus erythematosus, *Transl. Res.* 153 (2009) 51–59.
- [85] M.J. Peters, V.P. Van Halm, A.E. Voskuyl, et al., Does rheumatoid arthritis equal diabetes mellitus as an independent risk factor for cardiovascular disease? A prospective study, *Arthritis Care Res.: Official Journal of the American College of Rheumatology* 61 (2009) 1571–1579.
- [86] J.A. Avina-Zubieta, H.K. Choi, M. Sadatsafavi, M. Etminan, J.M. Esdaile, D. Lacaille, Risk of cardiovascular mortality in patients with rheumatoid arthritis: a meta-analysis of observational studies, *Arthritis Care Res.* 59 (2008) 1690–1697.
- [87] E. Myasoedova, A. Chandran, B. Ilhan, et al., The role of rheumatoid arthritis (RA) flare and cumulative burden of RA severity in the risk of cardiovascular disease, *Ann. Rheum. Dis.* 75 (2016) 560–565.
- [88] E. Myasoedova, C.S. Crowson, H.M. Kremers, et al., Lipid paradox in rheumatoid arthritis: the impact of serum lipid measures and systemic inflammation on the risk of cardiovascular disease, *Ann. Rheum. Dis.* 70 (2011) 482–487.
- [89] J.M. Davis III, H. Maradit Kremers, C.S. Crowson, et al., Glucocorticoids and cardiovascular events in rheumatoid arthritis: a population-based cohort study, *Arthritis Rheum.* 56 (2007) 820–830.
- [90] M.C.M. Wasko, H.B. Hubert, V.B. Lingala, et al., Hydroxychloroquine and risk of diabetes in patients with rheumatoid arthritis, *JAMA* 298 (2007) 187–193.
- [91] R. Micha, F. Imamura, M.W. von Ballmoos, et al., Systematic review and metaanalysis of methotrexate use and risk of cardiovascular disease, *Am. J. Cardiol.* 108 (2011) 1362–1370.
- [92] C. Barnabe, B.J. Martin, W.A. Ghali, Systematic review and meta-analysis: anti-tumor necrosis factor α therapy and cardiovascular events in rheumatoid arthritis, *Arthritis Care Res.* 63 (2011) 522–529.
- [93] S. Singh, H. Singh, E.V. Loftus Jr., D.S. Pardi, Risk of cerebrovascular accidents and ischemic heart disease in patients with inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis, *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 12 (2014) 382–393.e1.
- [94] R. Quispe, B. Varghese, E.D. Michos, Inflammatory diseases and risk of atherosclerotic cardiovascular disease: a new focus on prevention, in: M. D. Shapiro (Ed.), *Cardiovascular Risk Assessment in Primary Prevention*, Springer International Publishing, Cham, 2022, pp. 247–270.
- [95] J.-C. Tardif, S. Kouz, D.D. Waters, et al., Efficacy and safety of low-dose colchicine after myocardial infarction, *N. Engl. J. Med.* 381 (2019) 2497–2505.
- [96] P.M. Ridker, P. Libby, J.G. MacFadyen, et al., Modulation of the interleukin-6



- signalling pathway and incidence rates of atherosclerotic events and all-cause mortality: analyses from the Canakinumab Anti-Inflammatory Thrombosis Outcomes Study (CANTOS), *Eur. Heart J.* 39 (2018) 3499–3507.
- [97] G. Allais, G. Chiarle, S. Sinigaglia, G. Airola, P. Schiapparelli, C. Benedetto, Gender-related differences in migraine, *Neurol. Sci.* 41 (2020) 429–436.
- [98] L.R. MacClellan, W. Giles, J. Cole, et al., Probable migraine with visual aura and risk of ischemic stroke: the stroke prevention in young women study, *Stroke* 38 (2007) 2438–2445.
- [99] T. Dalkara, A. Nozari, M.A. Moskowitz, Migraine aura pathophysiology: the role of blood vessels and microembolisation, *Lancet Neurol.* 9 (2010) 309–317.
- [100] T. Kurth, J.M. Gaziano, N.R. Cook, G. Logroscino, H.-C. Diener, J.E. Buring, Migraine and risk of cardiovascular disease in women, *JAMA* 296 (2006) 283–291.
- [101] G.N. Levine, B.E. Cohen, Y. Commodore-Mensah, et al., Psychological health, well-being, and the mind-heart-body connection: a scientific statement from the American heart association, *Circulation* 143 (2021) e763–e783.
- A. Rajendran et al.
Atherosclerosis 384 (2023) 117269
- 8
- [102] S.L. Hedden, Behavioral Health Trends in the United States: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Department of ..., 2015.
- [103] A. O'Neil, A.J. Fisher, K.J. Kibbey, et al., Depression is a risk factor for incident coronary heart disease in women: an 18-year longitudinal study, *J. Affect. Disord.* 196 (2016) 117–124.
- [104] P. Pimple, B.B. Lima, M. Hammadah, et al., Psychological distress and subsequent cardiovascular events in individuals with coronary artery disease, *J. Am. Heart Assoc.* 8 (2019), e011866.
- [105] S.F. Suglia, K.C. Koenen, R. Boynton-Jarrett, et al., Childhood and adolescent adversity and cardiometabolic outcomes: a scientific statement from the American Heart Association, *Circulation* 137 (2018) e15–e28.
- [106] J. Korkeila, J. Vahtera, K. Korkeila, et al., Childhood adversities as predictors of incident coronary heart disease and cerebrovascular disease, *Heart* 96 (2010) 298–303.
- [107] V. Vaccarino, J.D. Bremner, Behavioral, emotional and neurobiological determinants of coronary heart disease risk in women, *Neurosci. Biobehav. Rev.* 74 (2017) 297–309.
- [108] E.D. Michos, M.J. Blaha, R.S. Blumenthal, Use of the coronary artery calcium score in discussion of initiation of statin therapy in primary prevention, *Mayo Clin. Proc.* 92 (2017) 1831–1841.
- [109] M.J. Budoff, R. Young, G. Burke, et al., Ten-year association of coronary artery calcium with atherosclerotic cardiovascular disease (ASCVD) events: the multiethnic study of atherosclerosis (MESA), *Eur. Heart J.* 39 (2018) 2401–2408.
- [110] L.J. Shaw, J.K. Min, K. Nasir, et al., Sex differences in calcified plaque and longterm cardiovascular mortality: observations from the CAC Consortium, *Eur. Heart J.* 39 (2018) 3727–3735.
- [111] A. Minhas, I. Cubero Salazar, B. Kazzi, et al., Sex-specific plaque signature: uniqueness of atherosclerosis in women, *Curr. Cardiol. Rep.* 23 (2021) 84.
- [112] S.G. Lakoski, P. Greenland, N.D. Wong, et al., Coronary artery calcium scores and risk for cardiovascular events in women classified as “low risk” based on Framingham risk score: the multi-ethnic study of atherosclerosis (MESA), *Arch. Intern. Med.* 167 (2007) 2437–2442.
- [113] C.E. Orringer, M.J. Blaha, R. Blankstein, et al., The National Lipid Association scientific statement on coronary artery calcium scoring to guide preventive strategies for ASCVD risk reduction, *Journal of clinical lipidology* 15 (2021) 33–60.
- [114] A.H. Maas, Y.T. van der Schouw, F. Atsma, et al., Breast arterial calcifications are



- correlated with subsequent development of coronary artery calcifications, but their aetiology is predominantly different, *Eur. J. Radiol.* 63 (2007) 396–400.
- [115] R. Quispe, M. Al-Rifai, P.A. Di Carlo, et al., Breast arterial calcium: a game changer in women's cardiovascular health? *JACC Cardiovascular imaging* 12 (2019) 2538–2548.
- [116] M. Osman, S. Regner, K. Osman, et al., Association between breast arterial calcification on mammography and coronary artery disease: a systematic review and meta-analysis, *J. Wom. Health* (2002) 31 (2022) 1719–1726.
- [117] RP Bullock-Palmer, ED Michos, D Gaballa, R Blankstein, The Role of Imaging in Preventive Cardiology in Women, *Curr. Cardiol. Rep.* 25 (2023) 29–40.
- [118] T. Sweeney, R. Quispe, T. Das, S.P. Juraschek, S.S. Martin, E.D. Michos, The use of blood biomarkers in precision medicine for the primary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease: a review, *Expert Rev Precis Med Drug Dev* 6 (2021) 247–258.
- [119] P.M. Ridker, C.H. Hennekens, J.E. Buring, N. Rifai, C-reactive protein and other markers of inflammation in the prediction of cardiovascular disease in women, *N. Engl. J. Med.* 342 (2000) 836–843.
- [120] P.M. Ridker, J.E. Buring, N. Rifai, N.R. Cook, Development and validation of improved algorithms for the assessment of global cardiovascular risk in women: the Reynolds Risk Score, *JAMA* 297 (2007) 611–619.
- [121] P.A. Heidenreich, B. Bozkurt, D. Aguilar, et al., AHA/ACC/HFSA guideline for the management of heart failure: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American heart association joint committee on clinical practice guidelines, *J. Am. Coll. Cardiol.* 79 (2022) 1757–1780.



ANALYSIS OF THE CLINICAL COURSE OF ILLNESS IN PATIENTS WITH COMBINED BRAIN INJURY

Haydarov I.T.¹ Krasnenkova M.B.² Mahmudov H.O.³

¹Fergana Military Hospital

²Tashkent Medical Academy

³Republic emergency medical scientific center Fergana branch Neurosurgical resuscitation

ANNOTASIYA

Hozirga vaqtda Qo'shma bosh-miya jarohatlari (QBMJ) zamonaviy tibbiyotning balki jamiyatning yetakchi muammosidir. Kasallik harbiy xizmatchilar orasida yuqori ijtimoiy, jangovar qobiliyatini yo'qotishlar bilan kechadigan kasallik hisoblanadi. Tibbiy iqtisodiy ahamiyati o'limning yuqori darajasi, nogironlik, kasallikdan keyingi reabilitatsiya uchun katta xarajatlar bilan kuzatiladi.

Qo'shma bosh miya jarohati xavfli jarohat turi hisoblanib, uzoq muddatli nogironlik va o'lim darajasi yuqori bo'lgan kasallikdir. (QBMJ) bilan jarohatlangan bemorlarni o'lim darajasi yuqori hisoblanishi intensiv terapiyada davolash muammosi alohida ahamiyat kasb etadi. [1]

QBMJ bu jarohatlarning bir turi xisoblanib bunda (bosh miya, harakat tayanch sistemasi, qorin boshlig'i a'zolari, ko'krak qafasi) hayot uchun muhim bo'lgan organlar zarar ko'radi. Qoshma jarohatlarda ekstraserebral zarar nafaqat sezilarli darajada bemorning ahvolini murakkablashtiradi balki diagnostika va jarrohlik taktikasida qo'shimcha qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi. Bizning ma'lumotlarga qaraganda QBMJ 10% jarohatlanganlarda kuzatiladi. [2]

Bunday jabrlanganlarning hayotini saqlab qolish uchun jarohatlarning hayotiga xavf tug'diradigan oqibatlarini bartaraf etish va hayotiy funksiyalarni tiklash uchun shoshilinch tibbiy yordam choralari zarur. Ushbu chora-tadbirlar jarohat joyidan boshlanishi va qurbonlar «oltin soat» davomida I yoki II darajali travma markaziga olib borilishi bilan davom etishi kerak. I darajali travmatologiya markazida birinchi 6 soat ichida ixtisoslashtirilgan reanimatsiya yordamining to'liq hajmi va ko'p tarmoqli maxsus jarrohlik yordamining to'liq hajmi ko'rsatilishi kerak. Ushbu qoidalar markaz mutaxassislari uchun aksiomadir, chunki ular tegishli "Tibbiy yordam ko'rsatish tartibi" ga muvofiq qonun bilan tasdiqlangan. Shu bilan birga, politravmalarni aniqlash va og'ir kombinatsiyalangan shikastlanishlarni tasniflash muammosi bo'yicha va og'ir travmatik patologiya sohasida professional ravishda ishlaydigan uzoq vaqt davomida ushbu muammoni o'rganayotgan jarrohlar va travmatologlar o'rtasida turli xil fikrlar mavjud. Mavjud vaziyat mutaxassislar va ilmiy tadqiqotchilar o'rtasida mashhur mahalliy jurnal sahifalarida muhokama qilinayotgan muammoning holatini muntazam yoritib turadigan muhokamani boshlash uchun ob'ektiv sabab bo'ldi. [3]

Kalit so'zlar: Qo'shma bosh miya jarohati, miya shishi, dislokasion sindrom, jarohatlar, ko'p qon ketish, ISS shkalasi.

ANNOTATION

Currently, Combined Brain Injury (CBJ) is a leading problem of modern medicine and society. The disease is a disease with high social, combat ability losses among military personnel. Medical economic significance is observed with high mortality rate, disability, high costs for post-disease rehabilitation. Combined brain injury is considered a dangerous type of injury, a disease with a high rate of long-term disability and death. The problem of treatment in intensive care is of particular importance due to the high mortality rate of patients injured with (CBJ).

Key words: Combined brain injury, brain tumor, dislocation syndrome, injuries, profuse bleeding, ISS scale.

Maqsad Ushbu ishning maqsadi Qo'shma bosh miya jarohatlari bilan jarohatlangan bemorlarda kasallikni klinik kechishi, davolash, kasallikni diagnostikasi va o'limning asosiy sabablari va vaqtini tahlil qilish.

Material tekshiruv usullari Ilmiy tekshiruv ishlari 2022 yil yanvar oyidan 2022 yil dekabr oyigacha RSHTYOIM Farg'ona filiali Neyrohirurgik reanimatsiya bo'limida INTENSIV davolangan bemorlar kasallik tarixlari tahlil qilindi.

92 ta kasallik tarixi tahlil qilinib:

Qo'shma bosh miya jarohatlari bilan jarohatlangan bemorlarni kasallik tarixi tahlil qilindi. Bemorlarning umumiy yoshi (16-76 yil) $44,2 \pm 1,2$. Erkaklar $n=71(77,2\%)$ o'rtacha yoshi ($33,9 \pm 7,5$) yil, Ayollar $n=21(22,8\%)$ o'rtacha yoshi ($19,9 \pm 12,5$) yil. Vafot et-

gan bemorlar $n=14$ (31.8%) o'rtacha yoshi $43,3 \pm 17,5$ yoshda bo'lgan.

Jabrlanganlarning jarohatlarining og'irligi ISS shkalasi bo'yicha 10 dan 30 ballgacha baholandi. Vafot etganlar 24 baldan yuqori kuzatilgan. Ong darajasi Glazgo shkalasi yordamida baholandi 10 balgacha. Vafot etganlar 5 balgacha.

Shikastlanishning asosiy sabablari: 89,5% – avtotransport jarohati, 6% – balandlikdan yiqilish, 2% – maishiy jarohatlar va 1,5% – noaniq sharoitlarda shikastlanishlar.

Kasalliklarni diagnostikasida asosan bosh miya, ko'krak qafasi MSKT va MRT tahlilari o'tkazilib ushbu hulosalarga asosanib tashhis qilingan.

Kasallikni kechishini aniqlash uchun qo'shma jarohatlar zararlanishi qarab 2 guruhga bo'linib olindi



QO'SHMA JAROHATLAR TASNIFI

Bosh miya jarohati	Qo'shma jarohatlar	Bemorlar soni n=92
Bosh miya yopiq jarohati turli hil hajmdagi intrakranial qon quyilishi bilan.	Tayanch-harakat tizimining kombinatsiyasi	n=64
	Ko'krak qafasi jarohatlari	
	Qorinning yopiq jarohatlari	
Bosh miya ochiq jarohati miya asosini sinishi bilan.	Tayanch-harakat tizimining kombinatsiyasi	n=28
	Ko'krak qafasi jarohatlari	
	Qorinning yopiq jarohatlari	

Qo'shma jarohatlar

Jarohatlar	Bemorlar soni n=92
Tayanch-harakat tizimining kombinatsiyasi	25
Ayoq-qo'llarining shikastlanishi	12
Tos suyaklarining shikastlanishi	7
Umurtqa jarohati	6
Ko'krak qafasi jarohatlari	15
O'pkaning lat yeyishi	7
Qovurg'alar sinishi, gemo va pnevmotoraks	8
Qorinning yopiq jarohatlari	22
Taloqning jarohatlanishi	12
Jigarning jarohatlanishi	3
Ichaklar va quvur jarohatlanishi	7

1. Bosh miya yopiq jarohati turli hil hajmdagi intrakranial qon quyilishi bilan anatomik sohalari; mushak-skelet tizimi, ko'krak qafasi, qorin va umurtqa pog'onalari jarohatlari bilan aniqlandi.

2. Bosh miya ochiq jarohati miya asosini sinishi bilan anatomik sohalari; tayanch-harakat tizimining kombinatsiyasi, ko'krak qafasi jarohatlari, qorin va umurtqa pog'onalari jarohatlari bilan aniqlandi. Jadval-1.

Kasallikni tarixini o'rganish davomida 92 bemordan umumiy qilib olinganda barcha qo'shma jarohatlar quyidagicha jarohatlar aniqlandi: bosh jarohati va tayanch-harakat tizimining kombinatsiyasi n=62 (67,3%) kuzatilgan, ulardan: oyoq-qo'llarining shikastlanishi n=46 (90,3%), jarohatlari ulardan: n=6 (9,7%).— tos suyaklarining shikastlanishi;

ISS shkalasi bo'yicha baholash mezonlari, umumiy og'irlik darajalarini ballari hisoblandi

Jabrlanganlarning 1-sutkadan 7 sutkagacha jarohatlarining og'irligi ISS shkalasi bo'yicha n=47 bemorda

10 ballgacha baholandi. 1-sutkadan 7- sutkagacha n=31 bemorlarda ISS shkalasi bo'yicha 10 baldan 20 ballgacha baholandi. n=14 bemorlarda 1 sutkadan vafot etguncha ISS shkalasi bo'yicha 24 balldan yuqori kuzatildi. Vafot etganlar 24 baldan yuqori kuzatilgan.

Ong darajasi Glazgo shkalasi yordamida baholandi 12 ballgacha. Vafot etganlar 3-5 ballgacha kuzatilgan.

Vafot etganlar n=14 qurbonda (15,2%) bosh va ko'krak jarohatlarining kombinatsiyasi kuzatildi; n= 8 (57,2%) ko'krak qorin travmasining kombinatsiyasiga ega; n=6 qurbonda (52,8%) umurtqa va tayanch harakat travmalari bilan kombinatsiya aniqlandi. Qurbonlarning yoshi 17 yoshdan oshgan 84 yoshda, o'rtacha yoshi $43,3 \pm 17,5$ yoshda bo'lgan.

Ta'kidlash joizki, qurbonlarning uchdan bir qismi tananing to'rt yoki undan ko'p anatomik joylariga zarar etkazgan.

O'lim vaqtiga qarab qurbonlar soni - 24 soatgacha,

Umumiy og'irlik darajasi	Ball ISS shkalasi	A/Q bosimi mm.sm.ust	CHSS	Nafas olish soni (daqiq)	Hb	Ht
Stabil	<17	>100	<100	<24	<100	<35
O'rta og'ir daraja	17-25	80-100	>100	24-30	90-100	28-35
O'g'ir daraja	26-40	60-79	>120	30	60-90	18-27
O'ta og'ir daraja	>40	<60	>120	dispone yoki apnoe	<60	<18



1 kundan 3 kungacha, - 3 kundan 10 kungacha va. 9 - 10 kundan ortiq. O'limning asosiy sabablari va vaqtini o'z ichiga olgan o'limning tahlili o'tkazildi. O'limning asosiy sabablari, barcha o'limlar katta qon yo'qotish va zarba, miyaning shishishi va dislokatsiyasi, yuqumli o'pka asoratlari, pnevmoniyalar, yiringli intoksikatsiyalar.

XULOSA

Retrospektiv o'rganilgan RSHTYOIM farg'ona filali neyrohrurgik reanimasiya bo'limida jami 2022 yil yanvar oyidan 2022yil dekabr oyigacha jami 3729-bemor intensiv davo muolajalrini olgan. Shulardan 92-be-

morda Qo'shma bosh miya jarohatlari aniqlanib ulardan 14 - bemor vafot etgan.

Retrospektiv kasallik tarixida bemorlarga yozilgan yozuvlar, kundalik, qon biohimik tahlillari, UTT MSKT va MRT diagnostikalariga asosalanib Qo'shma bosh miya jarohatlarini darajalarini aniqlashda ISS shkalasi va Glazgo shkalari foydalanish qulay bo'ldi.

Qo'shma bosh miya jarohatlarida o'limning asosiy sabablari miyaning shishishi va dislokatsiyasi katta qon yo'qotish va zarba, yiringli-septik asoratlari va boshqalar Statistik jihatdan aniqlandi.

Adabiyotlar ro'yxati:

1. Pape H.C., Sanders R., Borrelli Jr. J. (eds.) The Poly-Traumatized Patient with Fractures. A Multi-Disciplinary Approach. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2011. 365 p.
2. А.П. Фраерман, д.м.н., профессор, главный научный сотрудник¹, руководитель²; Н.В. Сыркина, врач-нейрохирург, аспирант¹; О.В. Железин, врач-травматолог, главный врач³ Сочетанная черепно-мозговая травма. Сообщение 1. особенности клинического течения острого периода. УДК 616.833.1—001.1—036.11(лекция).
3. Гуманенко Е.К., Завражнов А.А., Супрун А.Ю., Хромов А.А. журнал «Политравма/Polytrauma» № 4 (2021) > Гуманенко Тяжелая сочетанная травма и политравма: определение, классификация, клиническая характеристика, исходы лечения.
4. Kaske S., Lefering R., Trentzsch H., et al. Quality of life two years after severe trauma: A single centre evaluation. Injury. 2014; 45 (Suppl 3): 100–105. PMID: 25284226. DOI: 10.1016/j.injury.2014.08.028.
5. Sabirov Djurabay Marifbaevich, Krasnenkova Marianna Borisovna, and Khaydarova Siranush Eduardovna. «THE ROLE OF ADAPTIVE-COMPENSATORY CAPACITY OF THE ORGANISM IN PREDICTION OF OUT-COME IN PATIENTS WITH SEVERE TRAUMATIC BRAIN INJURY» European science review, no. 7-8, 2017, pp. 57-60.

ROLE OF HELICOBACTER INFECTION IN THE DEVELOPMENT OF FUNCTIONAL DYSPEPSIA AND INFLAMMATORY PERIODONTAL DISEASES

Dsc. Shadiyeva Sh. Sh.¹, Nasimova S.Ya.²

Bukhara State Medical Institute¹, Samarkand State Medical University²

АННОТАЦИЯ

В данной статье проанализированы положения Маастрихтского консенсуса-5 по изучению *H. pylori*-инфекции. Показано, как менялись представления о диагностике и лечении хеликобактерной инфекции в предыдущих Маастрихтских консенсусах. Отдельно рассмотрены вопросы взаимосвязи этой инфекции с патологией гастродуоденальной зоны, включая функциональную диспепсию и воспалительные заболевания слизистой полости рта и пародонта. Показаны современные подходы к диагностике хеликобактериоза с определением выбора наиболее оптимального метода диагностики в различных ситуациях. Подтверждена важность эрадикации *H. pylori* в плане профилактики функциональной диспепсии, воспалительных заболеваний слизистой полости рта и пародонта.

Ключевые слова: *H. pylori*-инфекция; диагностика; лечение; профилактика функциональной диспепсии и воспалительных заболеваний пародонта; Маастрихтский консенсус-5.

ANNOTATION

This article analyzes the Maastricht Consensus-5 guidelines for the study of *H. pylori* infection. The previous Maastricht Consensus shows how ideas about the diagnosis and treatment of *Helicobacter pylori* infection have changed. The relationship between this infection and the pathology of the gastroduodenal zone, including functional dyspepsia and inflammatory diseases of the oral mucosa and periodontium, is considered separately. Modern approaches to the diagnosis of helicobacteriosis are shown with the determination of the choice of the most appropriate diagnostic method in different situations. The importance of *H. pylori* eradication has been confirmed in terms of prevention of functional dyspepsia, inflammatory diseases of the oral mucosa and periodontal diseases.

Key words: *H. pylori* infection; diagnosis; treatment; prevention of functional dyspepsia and periodontal inflammatory diseases; Maastricht Consensus-5.

Functional dyspepsia (FD) is a widespread functional disease of the gastrointestinal tract (GIT), characterized by a heterogeneous pattern of clinical manifestations and a significant negative impact on the quality of life of patients [1, 2]. According to the Rome criteria of the 3rd revision (2006), the term FD is understood as the presence of one or more symptoms in a patient - pain or burning in the epigastrium, a feeling of fullness in the epigastrium or early satiety in the absence of data on organic pathology that can explain these symptoms [3]. Currently, the etiopathogenesis of FD appears to be a complex multifactorial process, the cause-and-effect relationships of which continue to be actively studied.

It is most likely that a combination of a number of physiological, genetic, environmental and psychological factors in a particular patient leads to the development of certain combinations of sensorimotor disorders of the gastrointestinal tract and, as a consequence, to the manifestation of symptoms of dyspepsia [2, 8, 10]. Data on the participation of *Helicobacter pylori* (*H. Pylori*) infection in the etiology of FD are ambiguous and contradictory. According to various sources, the microorganism is detected in 39–87% of patients with FD and, as a rule, twice as often as in controls [11, 12]. In the 90s of the last century, specialists dealing with the problem of *Helicobacter pylori* infection tried to organize the accumulated knowledge in the field of studying *H. pylori* infection and formulate general rules, general

directions in the diagnosis and treatment of *Helicobacter pylori* infection.

Great efforts in this direction were made by the European *Helicobacter pylori* Study Group, founded in 1987. As a result of the activities of this group, a consensus on the problem of helicobacteriosis was adopted in 1996 in the Dutch city of Maastricht, which received called the Maastricht Consensus. In 2000, based on further progress in the study of *Helicobacter pylori* infection, the Maastricht Consensus 2 was adopted. The third Maastricht consensus (2006) continued the same diagnostic and treatment strategy as in Maastricht 2. In 2010, the fourth Maastricht Consensus was discussed and adopted. In October 2016, a new Maastricht consensus, the fifth (Management of *Helicobacter pylori* infection - the Maastricht V/Florence Consensus Report) was published in the journal *Gut* [5]. The first consensus statement indicates that *Helicobacter pylori* gastritis is an infectious disease, regardless of the presence of symptoms and complications.

Thus, the provisions expressed in the recent Kyoto Consensus (2015) [6] are confirmed here. *H. pylori* causes chronic active gastritis in all infected patients. Maastricht 5 discusses the relationship between *H. pylori* infection and gastric secretions. Regarding the diagnosis of *H. pylori* infection, the Maastricht Consensus-5 indicates that the ¹³C-urea breath test is the most studied and recommended test in the context



of the test and treat strategy [9]. Of interest and practical significance are the data that *H. pylori* is more often detected in FD with epigastric pain syndrome and less often in FD with postprandial distress syndrome [11, 12]. The evolution of views on the role of Helicobacteriosis in the pathogenesis of FD has gone from the idea of the bacterium as a commensal to its recognition as one of the pathogenetic factors of this disease. It has been established that in *H. pylori*-positive patients with FD, disturbances in the motor function of the stomach and duodenum (in particular, weakened motility of the antrum, slower evacuation from the stomach) are more pronounced than in *H. pylori*-negative patients [13]. It is believed that Helicobacter infection of the gastric mucosa leads to the development of chronic Helicobacter gastritis, which is accompanied in a number of patients by dysfunction of the gastric pacemaker, insufficient fundic relaxation, expansion of the antrum of the stomach with weakening of its postprandial motility. In other words, the development of FD symptoms should be considered as a consequence of long-term chronic inflammation in the gastric mucosa, induced by *H. pylori* infection, which leads to disturbances in motility and visceral sensitivity of the gastroduodenal zone [14]. The inhibitory effect of *H. pylori* on gastric motility involves cytokines (IL-1 β , IL-6, IL-8) and tumor necrosis factor-alpha (TNF- α), the production of which is enhanced by the presence of Helicobacter pylori infection. The relationship between the clinical manifestations of FD and the presence of *H. pylori* in the gastric mucosa of such patients has been studied for a long time.

It has been noted that clinical symptoms of FD are more varied in *H. pylori*-positive patients than in *H. pylori*-negative individuals [16, 17]. In addition, in patients with FD, a correlation was found between the severity of pain in the epigastric region and the presence of *H. pylori* in the gastric mucosa. Recent studies have established that the oral cavity can serve as a reservoir for *H. pylori* infection in the human body, and the persistence of Helicobacter in periodontal pockets, saliva and dental plaque is associated with the presence of *H. pylori* in the mucous membrane of the stomach and duodenum in a number of gastroduodenal diseases, including PD [18]. There is a report of the presence of *H. pylori* in the dental plaque of patients treated for stomach diseases [19]. After a course of antibacterial therapy, the microorganisms disappeared from the stomach, but were detected in dental plaque. The authors concluded that dental plaque is a major reservoir of *H. pylori* infection, especially in developing countries.

There are other reports of the detection of *H. pylori* in dental plaque in the absence of microorganisms in the stomach [20], which allows us to consider dental plaque not only as an important reservoir of *H. pylori* infection, but also as a site of its colonization in the human body. Thus, most researchers are inclined to think about the possibility of the existence in the oral cavity

of a permanent source of self-infection and reinfection after successful eradication of *H. pylori* from the stomach [21]. According to a number of authors, there is a significant correlation between the urease activity of biopsy specimens of gingival pockets and biopsy specimens of the stomach ($r = +0.39$, $p < 0.05$), as well as between the constant carriage of *H. pylori* infection in the gingival pockets of the oral cavity and the degree of the severity of morphological changes in the gastric mucosa ($r = +0.52$, $p = 0.05$) in patients with *H. pylori*-associated gastrointestinal diseases [22]. At the same time, studies devoted to the study of *H. pylori* status of the oral cavity in patients with FD are extremely few and contradictory.

Most likely, this can be explained by the fact that to detect *H. pylori* infection in the oral cavity, diagnostic methods are used that are traditionally used to detect these bacteria in the stomach, while only some of them are reliable enough to detect helicobacteriosis in the oral cavity. Most often, to detect *H. pylori* infection in the oral cavity, a biochemical method (rapid urease test) and a polymerase chain reaction (PCR) method using primers specific for fragments of various *H. pylori* genes (ureA, ureB, ureC, cagA) are used.

The frequency of occurrence of the microorganism in dental plaque by PCR, according to different authors, ranges from 3 to 84.4% and reaches its maximum value when using a large number (8-12) of samples obtained from one person [20]. A simpler method for diagnosing *H. pylori* is biochemical (rapid urease test). The frequency of occurrence of a positive urease test when using dental plaque as a substrate, according to various researchers [23-26], ranges from 79 to 100%. A number of studies note the presence of a statistically significant correlation between the degree of *H. pylori* contamination of dental plaque (cytological method) and the gastric mucosa (histological method), as well as the practical coincidence of positive results of the urease test (43-100%) and the frequency of detection of *H. pylori* histological method and PCR (43-88%) in dental plaque. In this regard, some authors [27] consider the biochemical method as a screening method that allows identifying not only permanent carriers of infection in the oral cavity, but also patients with *H. pylori*-associated gastrointestinal diseases, including patients with FD.

Materials and methods. In the clinic of therapeutic dentistry of the Bukhara State Medical Institute in 2020, we conducted a study in which we assessed the *H. pylori* status of the oral cavity in 78 patients with FD and 30 healthy individuals in 2 stages. Initially, all patients were tested using a rapid urease test with Christensen's medium. At the second stage, if the result of the biochemical diagnosis of *H. pylori* was positive, all patients were tested by PCR.

Results and discussion. The results of the study showed that, according to the rapid urease test, *H. pylori* was found in the oral cavity in 78.53% of patients with FD and 46.67% of healthy individuals. However, verification



of these results by PCR diagnostics demonstrated a significantly lower detection rate of *H. pylori* infection. In patients with FD, *H. pylori* was detected by PCR in 42.42% of cases, in the control group - in 30.4% of those examined. Statistical analysis showed that the difference between the frequency of detection of *H. pylori* in the oral cavity of patients with FD and healthy individuals, according to PCR diagnostics, turned out to be statistically significant. In addition, the study assessed the incidence of non-gastric symptoms of FD (fibromyalgia syndrome) depending on *H. pylori* infection of the oral cavity. An analysis of the frequency of occurrence of fibromyalgia symptoms in patients with FD depending on the infection of the oral cavity with *Helicobacter pylori* using the nonparametric chi-square test showed that none of the obligate or additional symptoms of fibromyalgia syndrome were associated with a positive *H. pylori* oral cavity status. At the same time, the frequency of the leading clinical symptoms of FD correlated with oral helicobacteriosis, which indicates the need to study the *H. pylori* status of the oral cavity in this category of patients. Taking into account the above circumstances, most likely, anti-*Helicobacter* may be useful in patients with FD, provided that *H. pylori* infection is detected. Indeed, a number of studies have shown that successful eradication of *H. pylori* leads in the majority of patients with FD to a significant improvement and even complete disappearance of dyspeptic complaints, normalization of the secretory and motor functions of the stomach. It was also noted that this therapy did not lead to normalization of gastric motor function. [7]. In this regard, among practitioners in recent years there has been a strong opinion that the first-line treatment drugs for patients with FD, regardless of *H. pylori* infection, should be acid-lowering drugs or prokinetics. This approach did not provide for mandatory testing of patients for the presence of *H. pylori* infection. Only in case of ineffectiveness of

empirical therapy with antisecretory drugs or prokinetics was *H. pylori* testing performed, and in case of *H. pylori* infection in such patients, eradication of *H. pylori* infection was recommended as a second line of treatment.

As a third line of treatment, antidepressants, numerous herbal remedies, various psychological influences and unconventional methods of treatment were proposed. As a result, a small but statistically significant effectiveness in the eradication of *H. pylori* infection was recorded (in 36% of patients) compared to placebo (in 30% of patients), while the relative risk reduction was 9% with a 95% confidence interval. There was no statistically significant heterogeneity or asymmetry between studies. The data obtained allowed us to conclude that in *H. pylori*-positive patients with FD, eradication of *H. pylori* infection is clinically effective [4].

Conclusions.

Data from recent systematic reviews indicate that eradication of *H. pylori* infection in FD has a moderate but significant clinical effect on symptoms. According to the decision of the Maastricht Agreement-5, when diagnosing FD, the "test and treat" strategy should be applied in all cases using a urease breath test - and if it is detected, a course of anti-*Helicobacter* therapy should be carried out with eradication control.

Currently accumulated data give reason to believe that *H. pylori*, detected in the majority of patients with FD, is a possible etiological factor in the occurrence of this pathology, causing impaired motility of the stomach and duodenum, as well as changes in visceral sensitivity.

Eradication of *H. pylori* infection may be useful in persons with a reliable diagnosis of FD and is a mandatory medical measure provided that bacteria are identified, since it not only leads to a persistent regression of the symptoms of the disease, but also reduces the risk of developing inflammatory diseases of the oral cavity and periodontium.

BIBLIOGRAPHY

1. SHADIYEVA, S., & GIYAZOVA, M. Comorbidity of periodontal and gastrointestinal diseases. *Society and innovations Journal home page*, 424-425.
2. Rustamovna, N. S. (2024). CHARACTERISTICS OF EMPATHY IN ADOLESCENCE. *TECHNICAL SCIENCE RESEARCH IN UZBEKISTAN*, 2(1), 135-141.
3. Mukhamadovna, G. M. (2023). A Modern Approach to the Early Diagnosis and Treatment of Chronic Diseases of the Oral Mucosa. *American Journal of Pediatric Medicine and Health Sciences*, 1(3), 119-126.
4. Jalolov, T. (2023). UNDERSTANDING THE ROLE OF ATTENTION AND CONSCIOUSNESS IN COGNITIVE PSYCHOLOGY. *Journal of Universal Science Research*, 1(12), 839-843.
5. Giyazova, M. M. (2022). Methods of Dental Examination of Patients with Covid 19. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 3(3), 522-527.
6. Bahodirovna, S. N. (2023). ELEMENTARY MATHEMATICS AND COHERENCE BETWEEN STAGES OF MATHEMATICS EDUCATION. *Multidisciplinary Journal of Science and Technology*, 3(5), 393-397.
7. Farmonovna, R. A. (2023). Digestion In The Duodum 12. *Texas Journal of Medical Science*, 20, 67-69.
8. Yakhyayevna, N. S. (2023). HISTORY OF ENGLISH WRITING DOCUMENTS IN THE MIDDLE AGES. *Research Focus*, 2(10), 41-45.
9. Karimovna, Y. S. (2022). STRATEGIC METHODS OF ENGLISH AND UZBEK MEDICAL DISCOURSES. *Thematics Journal of Education*, 7(5).
10. Ilkhomovna, K. M., Kadirovich, K. N., & Jumayevich, T. S. (2023). CLINICAL FEATURES OF SOME



RISK FACTORS FOR STROKE IN WOMEN (LITERATURE REVIEW). JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE, 8(4).

11. Нормуродова, Н., Уралова, Ч., & Олимзода, П. (2021). The role of extracurricular activities in foreign language teaching. *Общество и инновации*, 2(5/S), 12-16.

12. Parvina, O. (2023). Theoretical and Methodological Foundations for the Formation of Communicative Competence of Medical Students. *American Journal of Language, Literacy and Learning in STEM Education*, 1(3), 1-3.

13. Parvina, O. (2023). TYPES OF TEXTBOOKS AND THEIR EVALUATION. *Journal of new century innovations*, 22(4), 50-54.

14. Olimzoda, P. (2022). Usage of video as audiovisual materials in foreign language classes. *Science and Education*, 3(11), 800-803.

15. Nasimova Sohiba Yaxyayevna, & Mohammad Aftab Alam. (2023). INTRODUCTION INTO ANATOMICAL HISTOLOGICAL TERMINOLOGY. NOUN, GRAMMAR CATEGORIES OF NOUNS. DETERMINATIONS OF GENDER, STEM, VOCABULARY FORMS. *Yangi O'zbekistonda Tabiiy Va Ijtimoiy-Gumanitar Fanlar Respublika Ilmiy Amaliy Konferensiyasi*, 1(7), 107-111.

16. Nasimova Sohiba Yaxyayevna, & Taha Khalid. (2023). TOPIC PRESCRIPTION STRUCTURE OF PRESCRIPTION. *International Conference on Multidisciplinary Science*, 1(5), 210-214.

17. Shodikulova, A. (2023). COHESIONS FORMED BY MEANS OF HYPONYMS. *Евразийский журнал социальных наук, философии и культуры*, 3(9), 40-43.

18. Ibragimova Dilbar Saydullaevna, & Hiba Abbas. (2023). PRESCRIPTION, STRUCTURE OF PRESCRIPTION, USE OF GENDER SINGULAR AND PLURAL IN PRESCRIPTION. *International Conference on Multidisciplinary Science*, 1(5), 222-225.

19. Ibragimova, D. S., Saidova, K. I., & Olimzoda, P. THE EFFICACY OF PROFICIENT READING STRATEGIES IN ENHANCING READING COMPETENCIES.

20. Zikiryaevna, S. A. (2023). THE ENCOUNTER OF MODERNISM IN ENGLISH LITERATURE. *Ethiopian International Journal of Multidisciplinary Research*, 10(12), 6-8.

21. Esanova Maftuna Bakhodirovna, & Tayyab Saqib. (2023). PHARMACEUTICAL TERMINOLOGY. *Yangi O'zbekistonda Tabiiy Va Ijtimoiy-Gumanitar Fanlar Respublika Ilmiy Amaliy Konferensiyasi*, 1(7), 76-80.

22. Шадиева, Ш., & Гиязова, М. (2021). Сочетанная Патология: Заболевания Пародонта И Гастродуоденальной Зоны. *Stomatologiya*, (2 (83)), 80-83.

23. Shadieva, S., & Kamolova, L. (2023). FEATURES OF THE CONDITION OF THE ORAL CAVITY IN CHILDREN OF A PATIENT WITH CHRONIC PYELONEPHRITIS. *Евразийский журнал медицинских и естественных наук*, 3(11), 157-163.

24. Shadieva, S. S. (2022). INVOLVEMENT OF HELICOBACTER PYLORI INFECTION IN PERIODONTAL DISEASE AND PATHOGENETIC CORRELATION OF FUNCTIONAL DYSPEPSIA.



УДК 616.31-02

ФУНКЦИОНАЛ ДИСПЕПСИЯ МЎЪТАДИЛ ВА КУЧЛИ ИФОДАЛАН- ГАН БЕМОРЛАРДА ПАРОДОНТНИ ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРИНИНГ ҚИЁСИЙ ЦИТОЛОГИК ТАВСИФИ

Шадиева Шодия Шухратовна**Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон**

АННОТАЦИЯ

Замонавий стоматологиянинг асосий муаммоларидан бири бу яллиғланишли периодонтал касалликлар билан оғриган беморларга комплекс ихтисослаштирилган ёрдам кўрсатишдир. Ушбу патологиянинг ривожланиш механизмларининг мураккаблиги ва кўп омилли табиати периодонтал тўқималарнинг юқумли тажовузкорлиги, тананинг қаршилигини тизимли омиллар билан модуляция қилиш билан касалланган беморларни ташхислаш ва даволашда қийинчиликларни келтириб чиқаради. Пародонтал касалликларнинг кенг тарқалганлиги, давом этаётган даволанишга қаршилиқ беморларнинг ҳаёт сифатининг сезиларли даражада ёмонлашишига, самарадорлиқнинг пасайишига ва даволаниш нархининг ошишига олиб келади.

Тадқиқот мақсади. Функционал диспепсия билан оғриган беморларда яллиғланишли периодонтал касалликларни ўрганиш, комплекс даволаш самарадорлигини баҳолашни ҳисобга олган ҳолда ушбу гуруҳ беморларини даволаш алгоритмини ишлаб чиқиш.

Тадқиқот объекти ва предмети. Илмий ишда ФД билан оғриган 230 нафар периодонтит билан касалланган беморларнинг диагностикаси ва даволаш маълумотлари таҳлил қилинади. Беморлар Бухоро давлат тиббиёт институтининг терапевтик стоматология кафедрасида кўрикдан ўтказилди. Натижалар ва таҳлиллар. ФД билан оғриган беморларда биринчи марта периодонтал патология баҳоланади.

Биринчи марта турли антибактериал, антисекретор дорилар, итоприд прокинетикаси, гастро ва энтеропротектор ребамипиднинг самарадорлигини таҳлилини ҳисобга олган ҳолда, ФД билан оғриган беморларда периодонтал тўқималарнинг ҳолатини комплекс ўрганиш амалга оширилади.

ФД билан оғриган периодонтал беморларнинг микробиал консорциумидаги периодонтопатогенларнинг микдорий тавсифи ўрганилади.

ФД билан оғриган беморларда периодонтал патологияни комплекс текшириш ва даволаш учун биринчи марта диагностика ва даволашнинг янги самарали комплекс алгоритми таклиф этилади.

Калит сўзлар. Функционал диспепсия, периодонтал касалликлар, эпителиал ҳужайралар, деформацияланган ядро.

АННОТАЦИЯ

Одной из проблем современной стоматологии является оказание комплексной специализированной помощи больным, страдающим пародонтитом. Сложность механизма развития трех патологий и характер силовых факторов обуславливают трудности диагностики и лечения больных с патологическим периодом, отягощенность целых тканей, планомерную модуляцию резистентности организма. Распространенность заболеваний пародонта приводит к заболеваниям, снижению работоспособности, ухудшению самочувствия.

Цель исследования. Изучение воспаления пародонта у больных функциональной диспепсией, разработка алгоритма лечения данной группы больных с учетом комплексного лечения.

Материалы и методы исследования. Анализ данных диагностики и лечения 230 больных пародонтитом с ФД в научной статье. Пациенты были осмотрены кафедрой терапевтической стоматологии Бухарского государственного медицинского института. Результаты и анализ. В первую очередь патологию пародонта оценивают у пациентов с ФД.

Результаты и анализ. Впервые проведено комплексное исследование состояния тканей пародонта у больных ФД с учетом стабильного анализа антибактериальных, антисекреторных препаратов, прокинетиков итоприда и гастро- и энтеропротектора ребамипида.

Изучена количественная характеристика пародонтопатогенов в микробном консорциуме пародонтологических больных ФД.

Впервые предложить новые эффективные комплексные алгоритмы диагностики и лечения патологии пародонта и комплексного лечения и ведения больных с ФД.

Ключевые слова. Функциональная диспепсия, пародонтодистрофия, эпителиальные клетки, медленная ядерная деформация.

АННОТАЦИЯ

One of the problems of modern dentistry is the provision of comprehensive specialized care to patients suffering from periodontitis. The complexity of the development mechanism of the three pathologies and the nature of the force factors cause difficulties in diagnosing and treating patients with a pathological period, the burden of whole tissues,

and the systematic modulation of the body's resistance. The prevalence of periodontal diseases leads to diseases, decreased performance, deterioration of well-being.

Purpose of the study. The study of periodontal inflammation in patients with functional dyspepsia, the development of an algorithm for the treatment of this group of patients, taking into account complex treatment.

Materials and methods of research Analysis of diagnostic and treatment data of 230 patients with periodontitis with FD in a scientific article. The patients were examined by the Department of Therapeutic Dentistry of the Bukhara State Medical Institute. Results and analysis. First of all, periodontal pathology is evaluated in patients with FD.

Results and analysis. For the first time, a comprehensive study of the state of periodontal tissues in patients with FD was carried out, taking into account a stable analysis of antibacterial, antisecretory drugs, prokinetics of itopride and gastro- and enteroprotector rebamipide.

The quantitative characteristics of periodontopathogens in the microbial consortium of periodontal patients with FD was studied.

For the first time to propose new effective complex algorithms for the diagnosis and treatment of periodontal pathology and complex treatment and management of patients with FD.

Keywords. Functional dyspepsia, periodontal dystrophy, epithelial cells, slow nuclear deformation.

Мўтадил ва кучли ифодаланган Функционал диспепсияга эга беморларнинг милклариди изларни ўрганишнинг цитологик усуллари соғлом болалар билан таққослаганда беморларда цитограмма параметрларининг ишончли ва юқори ишончли ўзгаришларини кўрсатди, лекин беморларнинг ўзаро таққослаганиши беморларда мўтадил ва кучли ифодаланганшакли ўртасида ҳам сезиларли ишончли ўзгаришларни аниқлаб берди.

Лекин цитоплагия ходисалари билан эпителиал хужайраларида патологик ўзгаришлар кучли ифодаланган шаклда кўпроқ ифодаланди. Шунда, мўтадил ифодаланган Функционал диспепсияга биринчи гуруҳлар таққосланганида цитопатология аломатлари бўлган хужайралар 0,59% дан 1,45% гача, меъёрдан 2,47 марта кўп, кучли ифодаланган шаклида 0,58% дан 1,53% гача, 2,64 марта кўп миқдорда ошди, шундан келиб чиқиб кучли ифодаланган шаклда мўтадил ифодаланган шакли билан таққослаганда 1,1% юқори бўлди. Иккинчи гуруҳларда бу фарқ 1,3 мартага тенг бўлди, деформацияланган ядроли хужайралар миқдори мўтадил ифодаланган Функционал диспепсия шаклида 3,28 марта, кучли ифодаланган шаклда 3,26 марта, кучли ифодаланган шаклда 1 гуруҳда 0,15% дан 0,51% гача 3,4 марта ошди, бу мўтадил ифодаланган шаклдагидан 1,04 марта кўп. Иккинчи гуруҳларда бу фарқ 1,1 мартага тенг бўлди (4-расм).

Мўтадил ифодаланган функционал диспепсияда вакуолизирланган цитоплазмали хужайралар миқдори 1,9 марта, кучли ифодаланган шаклда 2,55 марта ошди, мўтадил ифодаланган шаклда 1,34 марта ошди. Иккинчи гуруҳларда бу фарқ 1,41 мартага тенг бўлди. Мўтадил ифодаланганшаклда контамирланган хужайраларнинг миқдори меъёрдан 2,3 марта юқори бўлди, кучли ифодаланган шаклда – 2,76 марта, бу мўтадил ифодаланган шаклдагидан 1,2 марта юқори. Бу фарқ мўтадил ифодаланган ва кучли ифодаланганфункционал диспепсия шаклида иккинчи гуруҳларда 1,02 маргани ташкил қилди.

Мўтадил ифодаланган шаклида микроорганизмлар билан контамирланган хужайраларнинг миқдори 1,2 марта ошди, кучли ифодаланган шакл-

да – 2,76 марта, бу мўтадил ифодаланганшаклдан 1,23 марта юқори. Иккинчи гуруҳларда бу фарқ 1,23 мартага тенг бўлди. Мўтадил ифодаланган шаклда фагирловчи хужайралар миқдори 2,5 марта ошди, кучли ифодаланган шаклда 1,11 марта, бу мўтадил ифодаланган туридагидан 1,5 марта кўп. Бемор болаларда боғловчи тўқима хужайраларнинг динамикасини ўрганиш натижасида мўтадил ифодаланган турида 2,3 марта, кучли ифодаланган шаклда 2,6 марта ошганлиги аниқланди, бу 1,19 марта кўп. 2 гуруҳ ўртасидаги мазкур фарқ 1,2 мартага тенг. Мўтадил ифодаланган шаклида ПМЯХ яллиғланиш даражасини ифодаловчи хужайралар миқдори меъёрдан 2,37 марта, кучли ифодаланган шаклида – 2,77 марта юқори бўлди, фарқ мўтадил ифодаланган шаклдаги билан солиштирганда 1,2 мартадан ортиқни ташкил қилди. Мўтадил ифодаланган ва кучли ифодаланган шакллар 2 гуруҳи ўртасидаги бу фарқ 2,2 мартадан юқори бўлди.

Олинган маълумотларни таҳлил қилиниб, клиник кечувининг шакли қандай бўлишидан қатъий назар функционал диспепсияда, пародонт юмшоқ тўқималари изларининг цитологик ўзгаришларида асосий функционал диспепсияда касаллигини помпа ингибиторлар ва ферментатив воситаларининг катта дозаларида даволаниши туфайли клиник суст ифодаланган ёки ифодаланмаган сурункали гингивит ривожланишига хос мезонлар аниқланди.

Шундан келиб чиқиб, функционал диспепсия касаллигига чалинган беморларни стоматологик кўрикдан ўтказганда клиник визуал кўрикда намоён бўлмайдиган яллиғланиш реакциялари мавжудлигини аниқлаш учун пародонт юмшоқ тўқималари изларининг цитологик тадқиқотини қўллаш зарур. Цитология усулини қўллаш осон, у клиник доим ҳам намоён бўлмайдиган ёки ноаниқ кўринишларга эга бўлган патологик ўзгаришларга очик тавсиф беради.

Функционал диспепсия касаллигига чалинган беморларда СДПК (санитар даволаш профилактика комплекси) таъсири остида пародонт тўқималари ҳолатининг цитологик ўзгариш динамикаси

Функционал диспепсия касаллигига чалинган-

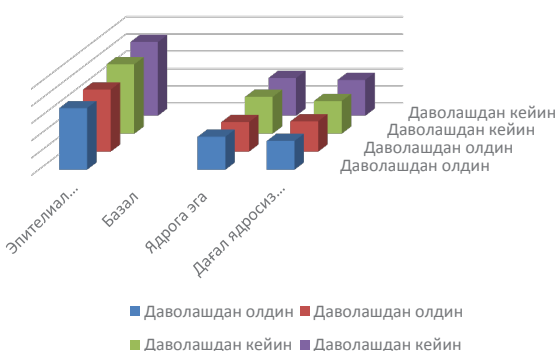
1-жадвал

Мўтадил ифодаланган функционал диспепсия касаллигига чалинган беморларнинг пародонт юмшоқ тўқималари суртмаларининг цитологик кўрсаткичлари эпителиал хужайралар динамикаси

Цитологик тадқиқотлар, хужайра элементлари	ФД Даволашдан олдин		ФД Даволашдан кейин	
	А гуруҳ	В гуруҳ	А гуруҳ	В гуруҳ
1)Эпителиал хужайралар	71,43±2,43	71,88±2,30	80,4±3,42*	85,2±2,36***
Базал	-	-	-	-
Ядрога эга	38,17±1,53	34,21±1,65	42,5±2,74**	43,7±2,0***
Дағал ядросиз хужайралар	33,26±1,70	35,17±1,61	37,9±2,4*	41,5±1,61**

Эслатма: * - дастлабки қийматга нисбатан фарқи ишончлилиги белгиланган (* - $P < 0,05$; ** - $P < 0,01$; *** - $P < 0,001$).

Мўтадил ифодаланган шакли



1-расм. Мўтадил ифодаланган функционал диспепсия касаллигига чалинган беморларнинг пародонт юмшоқ тўқималари суртмаларининг цитологик кўрсаткичлари эпителиал хужайралар диаграммаси

беморларнинг пародонт тўқималари ҳолатининг ифодаланган клиник яхшиланишлари цитологик тадқиқотлар билан ҳам очиқ тасдиқланди. Мўтадил ифодаланган шаклда цитологик кўрсаткичларнинг

яхшиланиши аён тарзда кўрсатилди (1-жадвал) (1-расм).

Беморларда пародонт юмшоқ тўқималарининг клиник яхшиланиши цитологик тадқиқотлар билан

2-жадвал

Мўтадил ифодаланган функционал диспепсия касаллигига чалинган беморларнинг пародонт юмшоқ тўқималари суртмаларининг цитологик кўрсаткичлари Цитопатология аломатлари билан динамикаси

Цитологик тадқиқотлар, хужайра элементлари	ФД Даволашдан олдин		ФД Даволашдан кейин	
	А гуруҳ	В гуруҳ	А гуруҳ	В гуруҳ
2)Цитопатология аломатлари билан	1,46±0,04	1,53±2,03	0,78±0,02***	0,71±0,02***
Вакуолизирланган цитоплазма	0,35±0,01	0,41±0,02	0,21±0,01***	0,19±0,01***
Деформацияланган ядро	0,49±0,03	0,48±0,01	0,23±0,01***	0,20±0,01***
Базофил қўшимчалар	0,09±0,01	0,07±0,003	0,09±0,002	0,09±0,003***
Контаминирланган	0,38±0,02	0,39±0,01	0,20±0,01***	0,18±0,01***
Фагирловчи	0,15±0,004	0,18±0,01	0,09±0,004***	0,05±0,002***

Эслатма: * - дастлабки қийматга нисбатан фарқи ишончлилиги белгиланган (* - $P < 0,05$; ** - $P < 0,01$; *** - $P < 0,001$).



2-расм. Мўътадил ифодаланган функционал диспепсия касаллигига чалинган беморларнинг пародонт юмшоқ тўқималари суртмаларининг цитологик кўрсаткичлари Цитопатология аломатлари билан диаграммаси

ҳам тасдиқланди, яъни милк хужайра таркибининг сезиларли қайта тикланиши кузатилди.

Беморларда Мўътадил ифодаланган функционал диспепсияда эпителиал хужайраларнинг миқдори ўтказилган СДПК курсидан сўнг ошди, кўрсаткичларнинг физиологик қийматига яқинлашди, бу айниқса даволашдан узоқ вақт ўтиб физиологик кўрсаткичларнинг қийматига етадиган тиканли қатлам ядроли хужайраларининг сони бўйича ифодаланган. Дағал ядросиз хужайралар даволаш курсининг таъсири остида шунингдек ошди ва кузатув якунида, 6-ойга келиб дастлабки маълумотлардан ишончли юқори бўлди. Цитопатология аломатлари бўлган хужайраларни ўрганишда ҳам етарлича аҳамиятли ва ишончли пасайишлар кузатилди. Агар беморларда бу кўрсаткичлар ишончли ошган бўлса, унда даволашдан сўнг (1 ойдан кейин) ушбу кўрсаткичларнинг пасайиши, лекин характерининг кескин ифодаланиши кузатилди (3-жадвал) (3-расм).

Шу тариқа, агар вакуолизирланган цитоплазмали хужайралар даволашдан сўнг иккала кичик гуруҳда дастлабки қиймат билан таққослаганда ҳамда узоқ вақт кузатув давом эттирилганида ишончли пасайган

бўлса, бу пасайиш нафақат сақланди, балки пасайишда давом этди ва физиологик кўрсаткичлар даражасига етди.

Микроорганизмлар билан контаминирланган хужайралар ҳам шундай пасайиш характериға эга бўлди.

Навбатдаги ўрганилган кўрсаткичлар, базофил қўшимчалар ва фагирланган хужайралар даволашдан сўнг ишончли даражада пасайди, узоқ вақт кузатувдан сўнг пасайишда давом этди, лекин физиологик қийматларга етмади, бироқ бу кўрсаткичларга яқин келди.

Беморларда барча турдаги боғловчи тўқима хужайраларининг миқдори СДПК курсидан сўнг физиологик қиймат кўрсаткичларига яқинлашиб, ишончли пасайди. Шундай қилиб, ПМЯХ кузатувнинг узоқ вақт асосан эришилган ижобий даражада сақланди, бу кўрсаткичлар дастлабки маълумотлардан ишончли паст ва физиологик меъёрга яқин келди (1-расм).

Шикастланмаган моноцитлар ижобий ўзгаришининг динамикаси мазкур кўрсаткичлар даволашдан



3-расм. Мўътадил ифодаланган функционал диспепсия касаллигига чалинган беморларнинг пародонт юмшоқ тўқималари суртмаларининг цитологик кўрсаткичлари.

Боғловчи тўқима хужайралар диаграммаси

3- жадвал

Мўътадил ифодаланган функционал диспепсия касаллигига чалинган беморларнинг пародонт юмшоқ тўқималари суртмаларининг цитологик кўрсаткичлари
Боғловчи тўқима хужайралар динамикаси

Цитологик тадқиқотлар, хужайра элементлари	ФД Даволашдан олдин		ФД Даволашдан кейин	
	А гуруҳ	В гуруҳ	А гуруҳ	В гуруҳ
3. Боғловчи тўқима хужайралар	43,56±1,69	43,84±1,61	23,49±0,91***	20,75±1,24***
ПМЯХ	37,4±1,63	37,91±1,60	19,1±0,92***	18,2±1,22***
Шикастланмаган моноцитлар	2,87±0,15	2,95±0,13	1,79±0,17***	0,65±0,03***
Очиқ ядроли моноцитлар	3,29±0,19	2,98±0,13	2,6±0,15**	1,9±0,08***

Эслатма: * - дастлабки қийматга нисбатан фарқ ишончилиги белгиланган (* - $P < 0,05$; ** - $P < 0,01$; *** - $P < 0,001$).

Назорат гуруҳидаги беморларнинг(функционал диспепсия касаллигига чалинмаган) пародонт юмшоқ тўқимаси изларининг цитологик кўрсаткичлари эпителиал хужайралар динамикаси

Цитологик тадқиқотлар, хужайра элементлари	ФД Даволашдан олдин		ФД Даволашдан кейин	
	А гуруҳ	В гуруҳ	А гуруҳ	В гуруҳ
1)Эпителиал хужайралар	73,35±2,28	74,35±2,17	76,3±4,37*	80,4±3,15
Базал	-	-	-	-
Ядрога эга	39,2±2,03	38,15±1,35	41,2±4,05	41,4±1,84
Дағал ядросиз хужайралар	34,15±1,38	36,2±1,81	35,1±1,40	39,0±1,83

Эслатма: * - дастлабки қиймат нисбати бўйича ишончли фарқ белгиланган (* - $P<0,05$; ** - $P<0,01$; *** - $P<0,001$).



4-расм. Назорат гуруҳидаги беморларнинг(функционал диспепсия касаллигига чалинмаган) пародонт юмшоқ тўқимаси изларининг цитологик кўрсаткичлари Эпителиал хужайралар диаграммаси.

кейинок физиологик меъёрга яқинлашиши (айниқса 2-кичик гуруҳларда) ва узоқ вақт кузатувдан сўнг дастлабки маълумотлардан пастда, ижобий даражада сақланишини кўрсатди. Ушбу кўрсаткич даволашдан сўнг физиологик кўрсаткичларга етади ва кузатувнинг якунигача шу даражада қолади.

Шуни айтиб ўтиш керакки, ўрганилаётган барча цитологик кўрсаткичлар бўйича милк хужайра тар-

кибининг қайта тикланиши ҳам даволашдан кейин, ҳам кузатувнинг узоқ муддатларида ифодаланган.

Беморларни даволаш самарадорлигининг муҳим мезони цитопатология ҳодисаси билан хужайра элементлари сонининг ишончли камайиши бўлди. Цитологик ўзгаришларнинг ижобий динамикаси стандарт стоматологик даволашда бўлган беморларнинг



5-расм. Назорат гуруҳидаги беморларнинг(функционал диспепсия касаллигига чалинмаган) пародонт юмшоқ тўқимаси изларининг цитологик кўрсаткичлари Цитопатология аломатлари билан диаграммаси.

Назорат гуруҳидаги беморларнинг(функционал диспепсия касаллигига чалинмаган) пародонт юмшоқ тўқимаси изларининг цитологик кўрсаткичлари Цитопатология аломатлари билан динамикаси

Цитологик тадқиқотлар, хужайра элементлари	ФД Даволашдан олдин		ФД Даволашдан кейин	
	А гуруҳ	В гуруҳ	А гуруҳ	В гуруҳ
2)Цитопатология аломатлари билан	1,47±0,04	1,56±0,04	1,37±0,07	1,36±0,04***
Вакуолизирланган цитоплазма	0,36±0,02	0,40±0,02	0,32±0,01	0,37±0,02
Деформацияланган ядро	0,49±0,01	0,49±0,03	0,42±0,02***	0,40±0,02
Базофил кўшимчалар	0,09±0,01	0,09±0,01	0,09±0,01	0,09±0,01
Контаминирланган	0,38±0,01	0,39±0,02	0,35±0,01	0,37±0,01
Фагирловчи	0,15±0,02	0,19±0,01	0,13±0,01	0,14±0,01***

Эслатма: * - дастлабки қиймат нисбати бўйича ишончли фарқ белгиланган (* - $P<0,05$; ** - $P<0,01$; *** - $P<0,001$).

Назорат гуруҳидаги беморларнинг(функционал диспепсия касаллигига чалинмаган) пародонт юмшоқ тўқимаси изларининг цитологик кўрсаткичлариБогловчи тўқима ҳужайралардинамикаси

Цитологик тадқиқотлар, ҳужайра элементлари	ФД Даволашдан олдин		ФД Даволашдан кейин	
	А гуруҳ	В гуруҳ	А гуруҳ	В гуруҳ
3. Богловчи тўқима ҳужайралар	44,34±1,83	45,12±2,65	43,24±1,41	42,80±1,32
ПМЯХ	38,1±1,92	39,2±2,72	37,60±1,43	37,3±1,29
Шикастланмаган моноцитлар	2,90±0,21	2,95±0,29	2,69±0,14	2,77±0,12
Очиқ ядроли моноцитлар	3,34±0,24	2,97±0,15	2,95±0,20	2,73±0,17

Эслатма: * - дастлабки қиймат нисбати бўйича ишончли фарқ белгиланган (* - $P<0,05$; ** - $P<0,01$; *** - $P<0,001$).



6-расм. Назорат гуруҳидаги беморларнинг(функционал диспепсия касаллигига чалинмаган) пародонт юмшоқ тўқимаси изларининг цитологик кўрсаткичлариБогловчи тўқима ҳужайралар диаграммаси

назорат гуруҳида ҳам кузатилади, лекин олинган маълумотлар даволаш курсидагидан сезиларли даражада паст ва фарқ ишончли эмас (2-3-4-жадвал)(4-5-6-расм).

Кучли ифодаланган шакли билан касалланган беморларнинг ўрганилиши СДПК курсидан сўнг цитогаммаларда эпителиал ҳужайраларнинг миқдори текширувдан олдинги ҳолат билан таққослаганда

сезиларли даражада ишончли юқори бўлганлиги ва даволашдан 3 ойдан сўнг кўрсаткичнинг физиологик қийматига яқинлашганлигини аниқлаб берди.Бунда тиканли қатламнинг ядроли ҳужайралари даволашдан сўнг физиологик меъёрга яқинлашди ва физиологик меъёргача кўтарилди. Шу билан бир вақтда иккала кичик гуруҳда беморларда дағал ядросиз ҳужайраларнинг сони даволашдан сўнг физиологик қийматга етди ва кузатув якунигача эришилган даражада қолди.



7-расм.Кучли ифодаланганфункционал диспепсия касаллигига чалинган беморларнинг пародонт юмшоқ тўқималари суртмаларининг цитологик кўрсаткичлариэпителиал ҳужайралар диаграммаси

Кучли ифодаланганфункционал диспепсия касаллигига чалинган беморларнинг пародонт юмшоқ тўқималари суртмаларининг цитологик кўрсаткичлари эпителиал ҳужайралар динамикаси

Цитологик тадқиқотлар, ҳужайра элементлари	ФД Даволашдан олдин		ФД Даволашдан кейин	
	А гуруҳ	В гуруҳ	А гуруҳ	В гуруҳ
1)Эпителиал ҳужайралар	69,71±2,40	69,52±2,57	78,2±4,24	84,0±2,93***
Базал	-	-	-	-
Ядрога эга	37,56±2,27	36,41±1,94	41,7±3,80*	42,7±2,04*
Дағал ядросиз ҳужайралар	32,15±1,19	33,11±1,58	36,5±2,55**	41,3±2,98*

Эслатма: * - дастлабки қийматга нисбатан фарқ ишончилиги белгиланган (* - $P<0,05$; ** - $P<0,01$; *** - $P<0,001$).



Даволаш самарадорлигидан дарак берувчи муҳим мезон дастлабки маълумотлар билан таққослаганда даволаш комплексидан сўнг ишончли пасайган ва эришилган даражада кузатув якунигача сақланган цитопатология ҳодисалари билан хужайра элементлари сонининг камайиши ҳисобланишини айтиб ўтиш лозим. Цитопатология аломатлари бўлган хужайралар таркибидан вакуолизирланган цитоплазмали хужайралар даволаш курсидан кейин дастлабки маълумотлар билан таққослаганда ишончли пасаяди, физиологик қийматларга яқинлашади ва фақат бир неча ойдан кейин келиб физиологик меъёрга етади. Деформацияланган ядроли хужайралар сони СДПК курсидан сўнг етарлича аҳамиятли пасайиб ($P<0,01$) физиологик меъёрга яқинлашади ва кузатув якуни-

гача шу даражада қолади. Микроорганизмлар билан контамирланган хужайралар сони ва фагирловчи хужайралар сони даволаш комплекс курсидан сўнг деформацияланган ядроли хужайралар сони каби ижобий пасайиш динамикасига эга бўлди.

Боғловчи тўқима хужайраларининг ўрганилиши яллиғлантирувчи инфилтрат – ПМЯХ асосий хужайра элементларининг миқдори кучли ифодаланган-функционал диспепсия шаклига эга бўлган беморларда болалар функционал диспепсия мавжуд бўлмаган беморлар билан таққослаганда кескин юқори, СДПК курсидан сўнг унинг етарлича аҳамиятга эга ишончли пасайиши ($P<0,01$) кузатилади ва бутун кузатув даврида тобора пасайишда давом этиб, 6-ойга етганда физиологик меъёрга яқин қийматга етади.

Адабиётлар :

Shodiya Shukhratovna Shadieva, Lobar Yagmurovna Kamolova Preventive Measures To Prevent Dental Caries In Young Children // Journal of Humanities and Natural Sciences - 2023- Т. 4. – №. 2 P. 68-70

Shodiya Shukhratovna Shadieva, Lobar Yagmurovna Kamolova Preventive Measures To Prevent Dental Caries In Young Children // Journal of Humanities and Natural Sciences - 2023- Т. 4. – №. 2 P. 68-70

Radjabova A.F. PHYSIOLOGY-THE SCIENCE OF LIFE PROCESSES // International scientific journal "Modern Science and Research" – 2023. – Volume 2 / ISSUE 5 / UIF:8.2 / MODERNSCIENCE.UZ – P. 275-278.

Раджабова А.Ф. Физиология — наука о процессах жизнедеятельности // international scientific journal "modern science and research" – 2023. – volume 2 / issue 5 / uif:8.2 / modernscience.uz – p. 275-278.

Раджабова А.Ф. Физиологические основы голода и насыщения //scientific progress. – 2023. — volume 4 / issue 5 / issn: 2181-1601 – p. 75-80.

Шадиева Ш.Ш. Результаты комплексного лечения больных с воспалительными заболеваниями пародонта и функциональной диспепсией // Тиббиётда янги кун - Бухоро - 2022 №5 (43) 314-322 бетлар (14.00.00. №22)

Шадиева Ш.Ш. Роль иммунных механизмов у больных с воспалительной патологией пародонта // Тиббиётда янги кун - Бухоро - 2020 №4 (32) - 314-322 бетлар (14.00.00. №22)

Shadieva Sh.Sh. Changes in the microflora of the oral cavity before and after treatment in patients with inflammatory periodontal diseases and functional dyspepsia // Art of medicine – AQSH - 2022 - Vol. 2. 2022. P. 412-416 (14.00.00. №3)

Шадиева Ш.Ш. Изменение стоматологического статуса и качества жизни у пациентов с Helicobacter Pylori – ассоциированной функциональной диспепсией // Gospodarka i innowacje – Польша -2022 - №21 – 283-284 бетлар (IF– 8,01)

Giyazova M. M. Specificity of the Course and Improvement of Treatment of Diseases of the Oral Mucosa and Periodontal Cavity under the Influence of Covid 19 // "ONLINE-CONFERENCES" PLATFORM. – 2021. – С. 116-117.

Giyazova M. M., Sh O. S. CHANGES IN THE ORAL CAVITY IN PATIENTS WITH COVID 19 DISEASES // Journal For Innovative Development in Pharmaceutical and Technical Science (JIDPTS). – 2021. – Т. 4. – №. 5. С. 79-81.

ЕР ОСТИ СУВЛАРИ ИСТЕЪМОЛИ НАТИЖАСИДА ЮРАКДА КЕЧАДИГАН МОРФО-ФУНКЦИОНАЛ ЎЗГАРИШЛАР

Эшонкулов Жамшид Орзиевич

Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон

АННОТАЦИЯ

Ушбу мақолада тирик организмга ҳар қандай ташқи физик, кимёвий ва биологик таъсирлар ушбу организм аъзолари тузилиши, функцияси ўзгаришига олиб келиши, натижада организм компенсатор-мослашув механизмлари доирасида клиник-лаборатор параметрлар, жумладан аъзолар морфологиясини ўзгартириш орқали жавоб бериши келтирилган. Ташқи таъсирлар орасида ҳозирги замонда энг кўп учраётган таъсирлардан бири бу турли хил таркибли истеъмол қилинаётган сувлардир, сувнинг керагидан ортиқ миқдордаги тузлар, макро ва микро элементлар, кимёвий ва биологик таркиби организм аъзо ва тизимларига салбий таъсир кўрсатиши исботланганлиги келтирилган.

Калит сўзлар. Биофаол қўшимчалар, иммунологик, цитогенетик, гематологик усуллар, мавсумий сувлар, грунт сувлари ва қатламлараро сувлар.

АННОТАЦИЯ

В этой статье утверждается, что любые внешние физические, химические и биологические воздействия на живой организм вызывают изменения в структуре, функционировании органов этого организма, в результате чего организм реагирует в рамках компенсаторно-приспособительных механизмов изменением клинико-лабораторных показателей, включая морфологию органов. Среди внешних воздействий одним из наиболее распространенных в наше время является потребление воды с широким разнообразием состава, солей, макро- и микроэлементов в избытке, химический и биологический состав которых, как было показано, негативно влияют на органы и системы организма.

Ключевые слова. Биодобавки, иммунологические, цитогенетические, гематологические методы, сезонные воды, грунтовые воды и межслойные воды.

ANNOTATION

This article states that any external physical, chemical and biological effects on a living organism cause changes in the structure, function of the organs of this organism, as a result of which the organism responds within compensatory-adaptive mechanisms by changing clinical-laboratory parameters, including the morphology of the organs. Among the external influences, one of the most common in modern times is consumed waters with a wide variety of compositions, salts, macro and micro elements in excess of water, chemical and biological composition have been shown to negatively affect the organs and systems of the body.

Keywords. Biofaol supplements, immunological, cytogenetic, hematological methods, seasonal waters, grunt waters and interlayer waters.

Дунёда ҳозирги кундаги етакчи илмий марказлар тадқиқотчи-олимлари юқори кимёвий таркибли ер ости сувларнинг организмга таъсир қилиш максимал дозалари, уларнинг организмда қайтар ва қайтмас патологик жараёнлар келтириб чиқариш муддатлари, юқори кимёвий таркибли ер ости сувларнинг организм тизим ҳамда аъзоларига таъсир даражаси, истеъмол қилиш учун сувларни тозаловчи воситалар ишлаб чиқариш ва ишлатиш бўйича илмий-тадқиқот ишлари олиб борилиб, натижаларини эълон қилганлар. Бундан ташқари, юқори кимёвий таркибли ер ости сувлар натижасида юракда морфо-функционал ўзгаришларга олиб келади. Қон айланишининг бузилиши кўплаб клиник синдромларга асосланган, патогенетик жиҳатдан турли таъсир мунособатларига чамбарчас боғлиқ ҳолда кузатилади [1,5,9].

Ер ости сувлари — Ер пўстининг юқори қисмидаги тоғ жинслари қатламларининг ғовак бўшлиқларида жойлашган суюқ, қаттиқ (*муз*), буғсимон ҳолатдаги сувлар. Ер ости сувлари умумий *сув* ресурсларининг бир қисми бўлиб, *сув* таъминоти ва *суғориш* манбаи сифатида *халқ хўжалиги* учун катта аҳамиятга эга. Суғориладиган ерларнинг мелиоратив

аҳволи *грунт* сувларининг ҳолати билан белгиланади. Ер ости сувларини *гидрогеология* фани ўрганади. Сув молекуляр кучлар тутиб турадиган боғланган ҳамда *огирлик* кучи ёки *босим* фарқи таъсирида ҳаракатда бўладиган гравитацион ёки эркин ҳолатда бўлиши мумкин. Боғланмаган сув билан тўйинган тоғ жинслари қатламлари сувли *горизонт* дейилади, улар сувли комп-лексларни ҳосил қилади. Ер ости сувлари сув сакловчи жинсларда тупланиш хослигига *кўра* ғовак (юмшоқ жинсларда), *дара* (томир) — қаттиқ жинсларда ва *карст* (ғор) (дарз-карст-енгил эрийдиган *карбонат* ва гипсли жинсларда) сувларига бўлинади. Жойлашиш шароитига *кўра* Ер ости сувлари *тупрок* суви (к. Тупроқ сув резкими), мавсумий сувлар (*юза* сувлар; *аэрация* зонасидаги сув сакловчи қатламлар устида *ёгинлар* ёки суғориш сувларининг шимилишидан ҳосил бўлади); *грунт* сувлари (ер юзасига энг яқин биринчи *сув ўтказмайдиган қатлам* устида тўпланади) ва қатламлараро (босимсиз, босимли, артезиан, сув ўтказмайдиган қатламлар ўртасида жойлашган сувли қатламлар) сувларга бўлинади [2,4,8].

Келиб чиқишига *кўра* Ер ости сувлари *атмосфера ёгинлари*, *дарё* ва суғориш сувларининг шимили-



ши натижасида ҳосил бўлувчи инфильтрацион; тоғ жинслари қатламларида сув буғларининг қуюқлашуvidан ҳосил бўлувчи конденсацион; чўкинди тоғ жинслари пайдо бўлиш жараёнида денгиз сувларининг кўмилиб қолиши натижасида ҳосил бўлган седиментацион ва магма совиғанда ёки Ер мантиясида чикадиган ювиниль сувларига бўлинади. Ер ости сувларининг ер юзига табиий чиқиши булок, (чашма) дейилади ва оқиб чиқувчи ва қайнаб чиқувчи (қайнар булок)ларга бўлинади.

Ер ости сувлари табиий эритмалар бўлиб, таркибида деярли барча маълум кимёвий элементлар учрайди. Минераллашуvi (сувда эриган моддаларнинг умумий миқдори, г/л) бўйича Ер ости сувлари чучук (1,0 гача), шўртам (1,0—10,0), шўр (10,0—50,0) ва намақоб (50 дан кўп) турларига бўлинади. Ҳарорати бўйича эса совиған (4° гача), совуқ (4—20°), илиқ (20—37°), иссиқ (37—42°), қайноқ (42—100°) ва ўта қайноқ (100° дан юқори) Ер ости сувларига бўлинади.

Инфильтрацион сув табиатда кенг тарқалган, қолганлари соф ҳолда жуда кам учрайди. Аҳоли, саноат ва яйловларни сув билан таъминлашда, ерларни суғоришда, тиббиётда (минерал сувлар), иссиқлик билан таъминлашда (иссиқ сувлар), ҳар хил туз ва кимёвий элементлар (йод, бор, бром ва б.) олишда Ер ости сувларидан фойдаланилади. Ер ости сувлари ерларнинг ботқоқланиши ва шўрланишига сабаб бўлади. Бунга қарши курашиш учун очик ва ёпиқ горизонтлар дренажлар ва бурғи қудуқлари қавланади. Чўлларда Ер ости сувлари сдан кенг фойдаланилди. Қорақум, Қизилқум ва Устюрт яйловлари асосан Ер ости сувлари билан таъминланган.

Ўрта Осиё ҳудудида 150 дан ортиқ йирик Ер ости сувлари қонлари аниқланган. Уларнинг ҳар йили тикланиб турадиган эксплуатацион захираси 1500 м³/с дан ортиқ, чучук сувлар ҳиссаси 1000 м³/с яқин, қолган қисми эса турли даражада (2—3 дан 15 г/л гача) минераллашган. Ўрта Осиёда 40 мингдан ортиқ фойдаланиладиган бурғи қудуқлари мавжуд, улардан 5 мингга яқини суви отилиб чикадиган артезиан қудуқларидир; уларнинг кўпчилигидан экинларни суғоришда фойдаланилади (қ. Артезиан сувлари).

Юқори кимёвий таркибли ер ости сувлар билвосита таъсири организмнинг 70-80% ини ташкил этувчи сувнинг радиолизи ҳосил бўлиши билан изоҳланади, бунда сув ионизацияланганда оксидловчи ва ишқорий хусусиятларига эга радикаллар шаклланади. Бундан ташқари атомар водород, гидропероксил радикаллар, водород пероксиди ҳосил бўлиши ҳам аҳамиятли. Эркин оксидловчи радикаллар ферментатив реакцияга киришиб, бунинг натижасида фаол сульфгидрил гуруҳлар фаол бўлмаган дисульфид бирикмаларга айланади. Ушбу биокимёвий жараёнлар фермент тизимлари каталитик фаоллигининг пасайишига олиб келади, бу ўз навбатида ҳужайра ядроларида ДНК ва РНК нинг камайишига олиб келади, бу ҳолат улар янгилинишлари жараёнларини бузади.

Соғлом юрак ритмик ва узилишларсиз қисқаради ва кенгайди. Юракнинг бир иш циклида уч фаза

ажратилади:

1. Қон билан тўлган бўлмача қисқарганда, қон очик клапанлар орқали юрак қоринчаларига қуйилади (бу вақтда улар дам олиш ҳолатида қолади). Бо'лмачанинг қисқариши ковак вена томирлари кирадиган жойдан бошланади, шунинг учун уларнинг клапанлари ёпилади ва қон қайтиб ковак вена томирларига қайта олмайди.

2. Бўлмачалар бир вақтнинг ўзида бўшашиши билан қоринчаларнинг қисқариши бошланади. Бо'лмачаларни қоринчалардан ажратиб турувчи уч ва икки табақали клапанлар ёпилади ва қоннинг бўлмачага қайтишига тўсқинлик қилади ва аорта ва ўпка томирларидаги яримойсимон клапанлар очилади. Қоринчаларнинг қисқариши қонни аорта ва о'пка артериясига ҳайдайди.

3. Пауза (диастола) – бу органнинг қисқа дам олиш даври. Бу вақтда томирлардан қон бўлмачага киради ва қисман қоринчаларга тушади. Янги цикл бошланганда, бўлмачадаги қолган қон қоринчаларга тушади – цикл такрорланади.

Юрак ишининг бир цикли тахминан 0,85 секунд давом этади, шундан атиги 0,11 сонияси бўлмачалар қисқариш вақтига, 0,32 сонияси қоринчалар қисқариш вақтига тўғри келади, энг узун эса дам олиш даври бўлиб, 0,4 сония давом этади. Дам олиш пайтида катталарнинг юраги тизимда дақиқада тахминан 70 циклда ишлайди. Одатда, юрак цикли тартибли жараён бўлиб, у юракда кўзғалишнинг ўтказилишига асосланади. Одатда, юқори ковак веналари ўнг бўлмачага қўшилиш жойида жойлашган синоатриал тугунда электр импульси пайдо бўлади. Деполяризация тўлкини ўнг ва чап бўлмачалар орқали тез тарқалиб, атриёвентрикуляр тугунга этиб боради, бу ерда у сезиларли даражада тарқалади. Кейин импульс Гис тутами бўйлаб тез тарқалади ва тутамнинг ўнг ва чап оёқчалари бўйлаб ўтади. Улар Пуркине толаларига шохланади ва импульс миокард толаларига тарқалиб, уларнинг қисқаришини келтириб чиқаради.

Асаб тизими юрак қисқаришларининг частотаси ва кучини тартибга солади: (симпатик асаб тизими қисқаришнинг кучайишига олиб келади, парасимпатик заифлаштиради). Медулла облонгатасида жойлашган, вегетатив нерв тизимининг бир қисми бўлган вазомотор маркази турли ретцепторлардан сигналлани олади, Масалан: проприоретцепторлар, бароретцепторлар ва хеморетцепторлар, шунингдек, лимбик тизимдан оғохлантирувчи сигналлар ҳам таъсир қилади. Биргаликда бу ретцепторлар одатда вазомотор марказга юрак рефлекслари деб номланувчи жараёнлар орқали юракни нозик тартибга солишга имкон беради.

Қоринчалар олд ва орқа юзаси адашган нервнинг афферент толалари бой та'миноти муҳим юрак рефлексларининг шаклланишини белгилайди, адашган нервнинг СА ва АВ тугунларига йўналтирилган эфферент толаларининг кўплиги ишлаб чиқаришни тартибга солишга имкон беради ва электр импульсини о'тказиш функциясини бажаради.



Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

- Мавлонов Ғ. О., Кенесарин Н. А., Ер ости сув хазинаси, Т., 1960.
- Кенесарин Н. А., Султонхўжаев А. Н., Ер ости сувлари ва улардан халқ хўжалигида фойдаланиш, Т., 1962
- Мирзаев С. Ш., Формирование и размещение запасов подземных вод Узбекистана [Вопросы методики их изучения и проблемы хозяйственного использования], Т., 1974
- Ҳасанов А., Шарипов Э., Ер ости сувлари сирли хазина, Т., 1970. Газиева З.Ю. Гимнастика билан шугулланувчилар юрак-қон томир тизимининг функционал ҳолатини баҳолашнинг самарадорлиги / Биология ва тиббиёт муаммолари. - 2020. - № 4 (80). - С. 55-56.
- Мусаев У.А. Гимнастикачи болаларда мувозанатни сақлаш қобилиятини ривожлантириш // Тиббиёт ва спорт. – 2019. – № 1. – С. 28-29.
- Норова М. Б. Антропометрические параметры головы и челюстно-лицевой области детей с сахарным диабетом и их связь с показателями физического развития: диссертация... на соискание ученой степени доктора философии (PhD): 14.00.02 / Норова Мавжуда Баходуровна; 2018. – 112 с.
- Рахимов М. И. Показатели физического развития детей и подростков 5-16 лет / М. И. Рахимов // Филология и культура. – 2019. – № 2(24). – С. 57-59.
- Хамидова Н.К., Рузиева М.Х., Файзиев Х.Б. Антропометрические параметры детей с различными пороками сердца (обзор литературы) // Вестник науки и образования. – 2020. - № 24(102). - С. 96-102.
- Шабалов Н.П. Педиатрия.- Санкт-Петербург: СпецЛит, 2003.-С. 37- 57.
- Ширинов Ж. Н., Тешаев Ш. Ж. Мактабгача ёшда бўлган киз болаларда умуртка поғонаси морфометрик параметрларининг жисмоний ривожланиш кўрсаткичлари билан боғлиқлиги. // Биология ва тиббиёт муаммолари. – 2016. - № 4(91). – Б. 121-125.
- Ядгарова Г. С. Морфометрическая характеристика головы и зубочелюстной системы у детей, находившихся в искусственном и естественном вскармливании: диссертация... на соискание ученой степени доктора философии (PhD): 14.00.02 / Ядгарова Гульнора Садриддиновна; 2018. – 112 с.
12. Sharipova Gulnihol Idiyevna. DISCUSSION OF RESULTS OF PERSONAL STUDIES IN THE USE OF MIL THERAPY IN THE TREATMENT OF TRAUMA TO THE ORAL MUCOSA// European Journal of Molecular medicine volume 2, No.2, March 2022 Published by ejournals PVT LTDDOI prefix: 10.52325 Issued Bimonthly Requirements for the authors.
13. Sharipova Gulnihol Idiyevna. THE EFFECTIVENESS OF THE USE OF MAGNETIC-INFRARED-LASER THERAPY IN TRAUMATIC INJURIES OF ORAL TISSUES IN PRESCHOOL CHILDREN//Academic leadership. ISSN 1533-7812 Vol:21 Issue 1
14. Karshiyeva D.R., The Importance of Water Quality and Quantity in Strengthening the Health and Living Conditions of the Population//CENTRAL ASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES. Volume: 02 Issue: 05I Oct 28 2021 Page 399-402
15. Karshiyeva D.R., The Role Of Human Healthy And Safe Lifestyle In The Period Of Global Pandemic-Covid 19//The American Journal of Applied Sciences. Volume: 02 Issue: 11-15I November 28, 2020 ISSN: 2689-0992. Page 78-81
16. Karshieva Dilovar Rustamovna. THE EFFECT OF TOBACCO SMOKING ON THE ORGANS AND TISSUES OF THE ORAL CAVITY // World Bulletin of Public Health (WBPH) Volume-19, February 2023 ISSN: 2749-3644



ХАРБИЙ ХИЗМАТЧИЛАРДА COVID-19ДАН КЕЙИНГИ ДЕГЕНЕРАТИВ-ДИСТРОФИК ЎЗГАРИШЛАРДА ОРГАНИЗМНИНГ АНТИОКСИДАНТ ХИМОЯ ФАОЛИЯТИ

Мухитдинова Ирода Равшановна¹, Насимов Шерзод Набижонович¹

Байжанов Аллаберган Кадирович²,

¹Ўзбекистон Республикаси Давлат хавфсизлик хизмати

Чегара қўшинлари ҳарбий госпитали

²РИЭМЮПКИАТМ Вирусология илмий-тадқиқот институти

Мақсад: Ҳарбий хизматчиларда COVID-19дан кейин аниқланган дистрофик ва дегенератив ўзгаришларда организм антиоксидант фаолиятини лаборатор баҳолаш. **Материал ва тадқиқот усуллари:** COVID-19дан кейинги коксартроз ва сон суяги бошчасининг асептик некрози билан оғриган жами 57 нафар беморда церулоплазмин кўрсаткичлари тадқиқот материали ҳисобланди. Ҳарбий хизматчиларда қонда церулоплазмин кўрсаткичи коксартроз ва асептик некроз билан касалланган эркак ва аёлларда биокимёвий усулда таҳлил қилинди. **Натижалар:** Церулоплазмин миқдори коксартроз ва асептик некроз ташхисланган беморларда деярли бир хил кўрсаткичда қайд этилган ҳолда статистик жиҳатдан фарқ аниқланмасада, коксартроз ташхиси билан даволанаётган аёлларда церулоплазмин қийматида назорат гуруҳига нисбатан катта фарқ қайд қилинди: бу кўрсаткич 29,4% юқори қийматда аниқланиб, статистик жиҳатдан фарқ аниқланди ($P < 0,05$).

Хулоса: Тос-сон бўғимининг дегенератив ва дистрофик ўзгаришлари (коксартроз ва асептик некроз касалликлари) организмда биологик тизимлар антиоксидант фаолиятининг пасайиши билан кечади, бу жараён коксартроз ва асептик некроз касаллигида назорат гуруҳига нисбатан статистик жиҳатдан фарқли равишда пасайиш билан намоён бўлади. Бу мазкур касалликларда организм антиоксидант ҳимоя фаолиятининг пасайганлигидан далолат беради.

Қилим сўзлар: дегенератив ва дистрофик ўзгаришлар, коксартроз, асептик некроз, COVID-19, антиоксидант ҳимоя.

Ҳозирги вақтда дунёнинг барча мамлакатларида жами 1 миллиарддан ортиқ киши суяк ва бўғимлар касалликларида жабр кўрмоқда. Бу касалликлар кўп ҳолларда инсонларнинг ногирон бўлиб қолишларига сабаб бўлмоқда. Таянч-ҳаракат тизими касалликлари хизмат фаолияти юқори юклама билан боғлиқ бўлган ҳарбий хизматчилар ўртасида нисбатан кўп кузатилади. COVID-19 касаллиги билан касалланиш тос-сон бўғимида учрайдиган касалликлар ривожланишида асосий омиллардан ҳисобланади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг 2021 йилдаги маълумотларига кўра «дунё микёсида тос-сон бўғими патологиялари турли сабаблар боис кузатиладиган ногиронликнинг 17% ни ташкил қилади (Dludla P.V. et al., 2021). Атравматик (асептик некроз) остеонекрозлар

аксарият ҳолларда дастлаб невропатолог ва ревматолог назоратида консерватив даволанадилар. Охириги вақтларда COVID-19 касаллиги билан оғриганларда кузатиладиган тос-сон бўғими касалликлари мазкур касаллик пандемияси кузатилган давргача бўлган вақтга қараганда кўп аниқланмоқда (Торғашин А.А. ва б., 2022). Кейинги йилларда ҳарбий хизматчилар орасида COVID-19дан кейинги тос-сон бўғимида кузатиладиган дегенератив ва дистрофик ўзгаришларда организм антиоксидант ҳимоя тизимининг фаолиятининг ролига алоҳида эътибор берилмоқда. Антиоксидант ҳимоя тизими фаолиятини кўрсатувчи биомаркерлардан церулоплазмин кўрсаткичларини баҳолаш мазкур тадқиқотнинг асосий йўналиши бўлиб ҳисобланди.

Тадқиқотнинг мақсади. Ҳарбий хизматчиларда COVID-19дан кейинги дегенератив ва дистрофик ўзгаришларда организм антиоксидант ҳимоя тизимини лаборатор таҳлиллар асосида баҳолашдан иборат.

Материал ва тадқиқот усуллари. COVID-19дан кейинги тос-бўғими коксартрози ва сон суяги бошчасининг асептик некрози билан оғриган 12 нафар, тос-сон бўғими коксартрози билан оғриган 20 нафар ҳарбий хизматчилар ва 25 нафар соғлом кишилар (назорат гуруҳи) қонида антиоксидант ҳимоя изими маркери – церулоплазмин кўрсаткичлари тадқиқот материали бўлиб хизмат қилди. Кўрсатма асосида тадқиқот гуруҳларига киритилган беморлар орасида эркаклар назорат (соғлом кишилар) гуруҳида 20 нафар, коксартроз билан оғриганлар гуруҳида 8 нафар ва асептик некроз билан оғриганлар гуруҳида 11 нафарни, аёллар эса назорат гуруҳида 5 нафар, коксартроз билан оғриган беморлар гуруҳида 12 нафар ва асептик некроз билан оғриган беморлар гуруҳида 1 нафарни ташкил қилди. Жами беморлар назорат гуруҳида 25 нафар, коксартроз билан касалланганлар гуруҳида 20 нафар ва асептик некроз билан касалланганлар гуруҳида 12 нафарни ташкил қилди.

Беморларда церулоплазмин кўрсаткичларини аниқлаш биокимёвий лаборатория текширувлари асосида амалга оширилди. Бунда таҳлил натижалари фотокалориметрия кўрсаткичлари бўйича баҳоланди.

Натижалар ва муҳокама. Тос-сон бўғимида дегенератив ва дистрофик патологиялар аниқланган беморлар қон зардобиди оксидланишга қарши қон плазмаси фаоллигини церулоплазмин кўрсаткичлари

Антиоксидант химоя тизими кўрсаткичи – церулоплазминнинг коксартроз ва асептик некроз аниқланган беморлар ҳамда соғлом кишилар (назорат гуруҳи)да аниқланган миқдори

Назорат гуруҳи (соғлом кишилар), n=25	Тос-сон бўғими коксартрози ташхисланган беморлар, n=20	Сон суяги бошчасининг асептик некрози ташхисланган беморлар, n=12	P1	P2	P3
I	II	III	IV	V	VI
44,7 ± 1,72 мг/дл	57,1 ± 2,90 мг/дл	47,1 ± 2,91 мг/дл	< 0,05	< 0,05	> 0,05

Изоҳ: P1 – назорат гуруҳи ва коксартроз таххисланган беморларда аниқланган кўрсаткич орасидаги статистик ишончлилик даражаси;

P2 – назорат гуруҳи ва сон суяги бошчасининг асептик некрози аниқланган беморлардаги кўрсаткичлар орасидаги статистик ишончлилик даражаси;

P3 – коксартроз ва асептик некроз аниқланган беморлардаги кўрсаткичлар орасидаги статистик ишончлилик даражаси.

асосида баҳолаш тос-сон бўғими коксартрози ва сон суяги бошчасининг асептик некрози билан оғриган беморларда соғлом кишилардаги кўрсаткичга нисбатан фарқ қилишини кўрсатди.

Коксартроз таххисланган беморлар кон зардобида церулоплазмин миқдори соғлом кишилар (ҳарбий хизматчилар)да аниқланган кўрсаткичга нисбатан 27,7% юқори даражада қайд қилинганлигини кўрсатди, бунда статистик ишончлилик $P < 0,05$ ни ташкил қилди. Сон суяги бошчасининг асептик некрози аниқланган беморларда ҳам ўрганилаётган кўрсаткич – церулоплазмин миқдори соғлом кишилардаги кўрсаткичга қараганда юқорилигини кўрсатсада, бу қиймат нисбатан кам яъни 15,6% қайд қилинганлигини кўрсатди. Бу ҳолатда ҳам статистик ишончлилик даражаси юқори бўлиб, $P < 0,05$ ни ташкил қилди. (1-жадвал).

Шуни алоҳида таъкидлаш зарурки, ўрганилаётган намуналарда антиоксидант фаоллиқнинг қиёсий солиштирма таҳлили тос-сон бўғими коксартроз ка-

саллиги билан оғриган беморлар кон зардобида қайд этилган церулоплазмин кўрсаткичининг сон суяги бошчасининг асептик некрози таххисланган беморларга нисбатан статистик фарқ аниқланмаганлигини кўрсатди ($P > 0,05$). Бунда таҳлил қилинаётган мазкур кўрсаткичлар орасидаги фарқ 5,37% ни ташкил қилди.

Церулоплазмин миқдори беморларнинг гендер таркиби бўйича таҳлил қилинганда қуйидаги кўрсаткичлар аниқланди (2-жадвал):

Коксартроз ва асептик некроз билан касалланган эркак жинсига мансуб ҳарбий хизматчилар кон зардобида церулоплазмин қиймати соғлом кишиларга нисбатан ошиши кузатилди (бу кўрсаткич мувофиқ равишда 14,4% ва 17,7% ни ташкил қилди). Бунда церулоплазмин қиймати соғлом эркак кишиларда ва коксартроз билан касалланган беморларда кўрсаткичлар орасида фарқ кузатилсада, бу статистик жиҳатдан аҳамият касб этмади ($P1 > 0,05$). Шуни таъкидлаш муҳимки, асептик некроз билан оғриган беморлар ва

Тос-сон бўғими коксартрози ва сон суяги бошчасининг асептик некрози аниқланган беморлар ва соғлом кишилар кон зардобида церулоплазминнинг беморлар гендер таркиби бўйича кўрсаткичлари (мг/дл)

Тадқиқот гуруҳлари	Назорат гуруҳи (соғлом кишилар)	Коксартроз аниқланган беморлар	Асептик некроз аниқланган беморлар
I	II	III	IV
Эркалар	42,2 ± 1,83 мг/дл, (n=20)	48,3 ± 3,99 мг/дл, (n=8)	49,7 ± 2,23 мг/дл, (n=11)
		$P1 > 0,05$	$P2 < 0,05$
			$P3 > 0,05$
Аёллар	43,5 ± 4,61 мг/дл, (n=5)	56,3 ± 3,12 мг/дл, (n=12)	96,8 ± 1,82 мг/дл, (n=1)
		$P4 < 0,05$	$P5 < 0,05$
			$P6 < 0,05$
	$P7 > 0,05$	$P8 < 0,05$	$P9 < 0,05$

Изоҳ: P1, P4 – назорат гуруҳи ва коксартроз орасидаги кўрсаткичлар бўйича статистик ишончлилик (P1 – эркалар, P4 – аёллар); P2, P5 – назорат гуруҳи ва асептик некроз аниқланган беморлардаги кўрсаткичлар орасидаги статистик ишончлилик (P2 – эркалар, P5 – аёллар); P3, P6 – коксартроз ва асептик некроз аниқланган беморлардаги кўрсаткичлар орасидаги ишончлилик (P3 – эркалар, P6 – аёллар); P7 – соғлом эркалар ва аёллар; P8 – коксартроз билан оғриган эркалар ва аёллар; P9 – коксартроз ва асептик некроз билан оғриган эркалар ва аёллар.



соғлом кишилар орасида мазкур кўрсаткич бўйича статистик жиҳатдан фарқ аниқланди ($P2 < 0,05$). Кузатувда бўлган тос-сон бўғимининг коксартрози билан касалланган эркак жинсига мансуб беморлар сонининг ортиб бориши билан ушбу кўрсаткич бўйича гуруҳлар орасида статистик фарқ аниқланиш эҳтимоли ҳам ортиб боради, чунки кўриб чиқиладиган кўрсаткичнинг назорат гуруҳидаги кўрсаткичга нисбатан ортиб бориши қайд қилинди. Церулоплазмин миқдори коксартроз ва асептик некроз ташхисланган беморларда деярли бир хил кўрсаткичларда қайд этилди (мос равишда бу кўрсаткич $48,3 \pm 3,99$ мг/дл ва $49,7 \pm 2,23$ мг/дл ни ташкил қилди).

Коксартроз ташхиси билан даволанаётган аёлларда церулоплазмин қиймати таҳлил қилинганда статистик фарқ кузатилди. Коксартроз билан оғриган аёлларда антиоксидант маркер – церулоплазмин назорат гуруҳида аниқланган мазкур кўрсаткичга нисбатан 29,4% юқори даражада қайд қилинди ва статистик жиҳатдан ишончли фарқ аниқланди ($P4 < 0,05$).

Хулоса. Шундай қилиб, тос-сон бўғимининг дистрофик ва дегенератив ўзгаришлари (тос-сон суяги коксартрози ва сон суяги бошчасининг асептик некрози (остеонекрози) организмда биологик тизимлар антиоксидант ҳимоя фаолиятининг сусайиши билан кечади: ушбу касалликларда мазкур тизим фаолияти соғлом кишиларга нисбатан паст даражада аниқланди.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Карсева А.А., Евдокимова Н.Е., Стрюкова Е.В. и др. Ассоциации изменений параметров липидного обмена и тяжести перенесенной инфекции COVID-19 у жителей г.Новосибирска // Российский кардиологический журнал, 2022. - №27(9):4979.
2. Кудинов А.В., Алексеев О.Ю., Торкховская Т.И. и др. Липопротеины высокой плотности как гомеостатические наночастицы плазмы крови / Международный журнал молекулярных наук. – М.; 2020, - №21(22), 8737. <https://doi.org/10.3390/ijms21228737>.
3. Торгашин А.Н., Радионова С.С. Остеонекроз у пациентов, перенесших COVID-19: механизм развития, диагностика, лечение на ранних стадиях (обзор литературы) / Травматология и ортопедия России // Лечебное дело, 28/1. - М.; 2022. – С. 128-137.
4. Щастный А.Т., Осочук А.С., Осочук С.С. и др. Изменения спектра жирных кислот липопротеинов очень низкой плотности у пациентов с хронической почечной недостаточностью и в ранние сроки после пересадки почки // Вестник Витебского государственного медицинского университета, 2023. - Том 22. - №3. - С. 86-96.
5. Alao M.A., Raji Y.R., Asinobi O. et al. Apoprotein L1 risk variants and kidney transplantation: a protocol for systematic review and meta-analysis / Pan Afr Med J., 2022. - N 27. - P. 42-77. doi: 10.11604/pamj.2022.42.77.33185.
6. Bermudez M.A. Roles of Palmitoleic Acid and Its Positional Isomers, Hypogeic and Sapienic Acids, in Inflammation, Metabolic Diseases and Cancer // Cells, 2022. - Vol.11. - N14. - P. 21-46.
7. Dlundla P.V., Nkambule B.B., Mazibuko S.E. et al. Tea consumption and its effect son primary and secondary prevention of coronary artery disease: Qualitative synthesis of evidence from randomized controlled trials // Clin. Nutr. ESPEN, 2021. - N 41. - P. 77-87.
8. Feingold K.R. Lipid and Lipoprotein Metabolism Endocrinology and Metabolism Clinics, 2022. - N1;513. - P. 437-58.
9. Feingold K.R. Lipid and Lipoprotein Metabolism / Endocrinol. Metab. Clin. North Am., 2022. - Vol.51. - N3. - P. 437-458.
10. Jiang X.S. Activation of the Nrf2/ARE signaling pathway protects against palmitic acid-induced renal tubular epithelial cell injury by ameliorating mitochondrial reactive oxygen species-mediated mitochondrial dysfunction // Fron. Med. (Lausanne), 2022. - Vol. 9. - P. 939-49.
11. Li J., Tian S., Liu Q. et al. Apoprotein E methylation is correlated with immune microenvironment in hepatocellular carcinoma / Acta Oncol., 2023. - N62(6). - P. 550-559. doi: 10.1080/0284186X.2023.2225703.
12. Primer K.R., Psaltis, P.J., Tan J.T. The role of high-density lipoproteins in endothelial cell metabolism and diabetes-impaired angiogenesis / Int. J. Mol. Sci., 2020. - N21. - P. 3633.
13. Wu S.A. Lipoprotein Lipase and Its Regulators: An Unfolding Story // Trends Endocrinol. Metab., 2021. - Vol. 32. - N1. - P. 48-61.

QANDLI DIABET BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA YURAK QON TOMIR KASALLIKLARI XAVFINI KAMAYTIRISH CHORALARI

Ibodulloyev M.S.

O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlari Harbiy tibbiyot akademiyasi harbiy tibbiyot ilmiy-tadqiqot instituti

ANNOTATSIYA

Qandli diabetning II turi bilan og'rikan bemorlar sog'lom tengdoshlariga qaraganda yurak-qon tomir kasalliklarini (YQK) rivojlanish ehtimoli ikki barobar ko'p.

Kalit so'zlar: qandli diabet, SCORE-2 DIABET, Yevropa kardiologlar asosiatsiyasi(YKA), yurak qon-tomir kasalliklari(YQK), SGLT-2 ingibitorlari.

Qandli diabetning II turi bilan og'rikan bemorlarda yurak koronar arteriya kasalligi, insult, yurak yetishmovchiligi, bo'lmachalar fibrillatsiyasi va periferik arteriya kasalliklarining paydo bo'lish xavfi qandli diabetga chalinmagan bemorlarga nisbatan ikki-to'rt baravar yuqori hisoblanadi. Shuningdek, YQK paydo bo'lganda kasallikning kechishi yomonroq bo'ladi. Masalan, yurak-qon tomir kasalliklari tufayli o'lim ko'rsatgichi faqatgina yurak etishmovchiligi mavjud bemorlarga nisbatan qandli diabet va yurak yetishmovchiligi bilan kasallanganlarda 50-90% yuqori. Shuning uchun diabetga chalingan bemorlarda YQKni oldini olish va boshqarish bo'yicha maxsus tavsiyalarga ega bo'lish juda muhimdir. Kasallik va o'limni kamaytirish hamda hayot sifatini yaxshilash uchun bemorlarni davolashga bo'lgan e'tibor juda muhimdir.

YQK bilan og'rikan bemorlarning 25-40 foizida aniqlanmagan qandli diabet borligi taxmin qilinmoqda (ESC Congress 2023). Ikkala holatning mavjudligi prognoz va davolanishga katta ta'sir ko'rsatishini hisobga olsak, klinik ko'rsatmalar YQK bilan og'rikan barcha bemorlarda qandli diabet kasalligini tizimli skriningini tavsiya qiladi. Qandli diabet bilan og'rikan barcha bemorlarni YQK xavfi va mavjudligi uchun baholash teng darajada muhimdir. Klinik ko'rsatmalar qandli diabetning II turi bilan og'rikan bemorlarda o'limga olib keladigan va o'limga olib kelmaydigan miokard infarkti va insultning 10 yillik xavfini taxmin qilish uchun SCORE-2 DIABET deb nomlangan yangi shkalani taqdim etadi. Ushbu shkala bemorlarni YQK xavf omillari (yosh, chekish, qon bosimi, xolesterin) haqidagi ma'lumotlarni qandli diabetga xos ma'lumotlar (bemor yoshi, qonda qand darajasi, buyraklar faoliyati) bilan birlashtirgan holda past, o'rtacha, yuqori yoki juda yuqori xavf guruhi kabi sinflarga ajratadi.

Klinik ko'rsatmalar YQKehtimolini kamaytirish uchun qandli diabet bilan og'rikan barcha bemorlar uchun turmush tarzini o'zgartirishni tavsiya qiladi. Qandli diabet bilan og'rikan semiz bemorlarda vaznni kamaytirish davolashning muhim omili bo'lib, klinik ko'rsatmalar vaznni kamaytirish va kundalik mashqlar bajarishni tavsiya qiladi. Qandli diabet bilan og'rikan

barcha bemorlar chekishni tashlashlari va yurak-qon tomir xavfini kamaytirish uchun to'yinmagan yog'larga boy, o'simlikka asoslangan dietani qabul qilishlari kerak. Bundan tashqari, ular "har bir qadam muhim" tushunchasiga ko'ra, faollikni haftasiga 150 daqiqalik o'rtacha intensivlikka yoki 75 daqiqalik kuchli intensivlikdagi mashqlar bajarishlari zarur.

Qandli diabet va yurak qon tomir kasalligi mavjud bemorlar uchun klinik tavsiyalar katta klinik tadqiqot natijalari bo'yicha Yevropa kardiologlari tomonidan qayta ko'rib chiqildi. Klinik ko'rsatmalar endi qandli diabet va YQK bilan og'rikan barcha bemorlarda yurak xuruji va insult xavfini kamaytirish uchun glyukoza nazorati hamda qonda glyukozani kamaytiruvchi, antiagregant, antigipertenziv va qonda lipidlarni kamaytiruvchi davolash standartlaridan tashqari SGLT2 ingibitorlari va/yoki GLP-1 retseptorlari agonistlarini tavsiya qilmoqdalar.

Klinik ko'rsatmalarining asosiy maqsadi qandli diabet bilan og'rikan bemorlarda yurak yetishmovchiligini oldini olishdir. Qandli diabet bilan og'rikan bemorlarda yurak yetishmovchiligi rivojlanish xavfi ikki - to'rt baravar yuqori va afsuski, ko'pchilik yurak etishmovchiligi holati borligini bilishmaydi. Samarali davolashni amalga oshirish uchun har bir bemorda sodir bo'layotgan yurak yetishmovchiligi belgilari va alomatlarini muntazam ravishda tekshirish talab etiladi. Yirik klinik tadqiqotlar ma'lumotlariga asoslanib, qandli diabet va surunkali yurak yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarning kasalxonaga yotqizishni hamda yurak-qon tomir o'limi ehtimolini kamaytirish uchun SGLT2 ingibitorlarini olish tavsiya qilinadi.

Xulosa

Rivojlanib borayotgan davlatlar aholisi orasida semizlik, xususan, qandli diabet kasalligining ortib borishi shifokorlarni yanada izlanishga va kerakli chora tadbirlar qo'llashga undaydi. Ayniqsa, qandli diabet bilan og'rikan bemorlarda yurak kasalliklarining uchrashi bemor holatining yomonlashuviga va erta o'lim holatlariga olib keladi. Bundan kelib chiqadiki, ushbu murakkab patologik jarayonni nazorat qilish, bemorning salomatligini saqlash, hayot uchun xavfli oqibatlarini oldini olish va jamiyatdagi ijtimoiy o'rnini saqlab qolish uchun davolashning yangi, maqsadga muvofiq usullarini ishlab chiqish talab etiladi. SCORE-2 DIABET shkalasi yordamida biz bemorning 10 yillik prognozini aniqlab, uning hayot tarzi va davolashning kerakli taktikalarini belgilab olamiz.



QIZAMIQ KASALLIGI VA UNI OLDINI OLISH

Azimov Abduvohid Vahabjanovich
Karimov Zuxriddin Abdusattorovich
Xolmatov O'ktam Toshpulatovich

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra agar shoshilinch choralar ko'rilmasa, 2024 yil oxiriga kelib, dunyo mamlakatlarining yarmidan ko'pida qizamiq epidemiyasi tarqalish xavfi juda yuqorili haqida ogohlantirdi.

Mutaxassislar xulosasiga ko'ra, epidemiologik vaziyat yomonlashuvi koronavirus pandemiyasi davrida qizamiqqa qarshi emlash tadbirlari yetarli darajada tashkil etilmagani oqibatidir.

Xususan, 2022 yili dunyo bo'yicha emlash qamrovi 2021 yilga nisbatan biroz oshgan bo'lsa-da, ammo shunda ham 33 million bola mazkur xastalikka qarshi vaksinalar dozalari bilan qamrab olinmadi. 22 million nafarga yaqin o'g'il-qiz ularning birinchi dozasini, 11 million nafari ikkinchi dozasini qabul qilishdan chetda qolgan. "2024 yilgi emlash dasturlarida ham katta bo'shliqlar bor. Agar holat shunday davom etsa, millionlab bolalarimiz bundan jabr ko'rishi mumkin. Bugun sayyoramiz bo'yicha qizamiqning o'sish dinamikasi kuzatilyapti. Ayniqsa, o'rta daromadli mamlakatlarda ahvol qoniqli emas. Biz 2019 yilgi holat takrorlanishidan xavotirdamiz", - deydi JSST vakili Natasha Kroukroft.

2019 yili Yer yuzida qizamiq bilan kasallanish darajasi keskin oshib, so'nggi 23 yildagi rekord ko'rsatkichga yetgandi (869 mingta holat). Eng yomoni, o'sha yili bu xastalikdan o'lim statistikasi ham 2016 yilga nisbatan deyarli 50 foizga ko'paygan (207 ming holat).

Qizamiq kasalligi - virus keltirib chiqaradigan o'ta yuqumli yuqumli kasallik. Qizamiq virusi infeksiyalangan odam nafas olayotganda, yo'talganda yoki aksirganda

osongina tarqaladi. Qizamiq kasalligini yuqumlilik darajasi juda yuqoridir (kontaktilik indeksi 100 foiz). Qizamiq virusi toshma toshishdan to'rt kun oldindan boshlab, toshma paydo bo'lgandan keyin to'rt kungacha yuqishi mumkin. Kasallik yuqori kontagioz bo'lganligi sababli emlanmagan orasida yuqori o'lim ko'rsatkichiga ega bo'lgan epidemiyaga ko'rinishida tarqalish tendensiyasiga ega.

Har bir inson qizamiq bilan kasallanishi mumkin, lekin u ko'pincha bolalarda uchraydi. Qizamiq nafas yo'llariga ta'sir qiladi va keyin butun tanaga tarqaladi. Alomatlar orasida isitma, yo'tal, burun oqishi va butun tanada toshma bor. Kasallikda asosoratlar kuzatiladi. Eng jiddiy asoratlari shapko'rlik, ensefalit, kuchli deariya (ich ketish) shu bilan bog'liq tanani suvsizlanishi, otitlar va zotiljamdir. Qizamiq kasalligini maxsus davolash usuli ishlab chiqilmagan. Qizamiq kasalligini davo muolajalarini A vitaminini qo'shib to'g'ri tashkil qilish kasallikni asoratlarini oldini oladi. Infeksiya og'ir kasallik, asoratlari va hatto o'limga olib kelishi mumkin. Qizamiq kasalligi bilan og'rib tuzalgan bemorda bir umrga immunitet saqlanib qoladi.

Bizning kuzatuvimizda butun dunyoga havf solayotgan qizamiq kasalligi 2022 yil davomida qayt qilinmagan, ammo 2023 yil hisobidan 24 holatda qizamiq kasalligi qayt qilindi. Shulardan 19 (79.2%) tasi kasallikni yengil shakli bilan, qolganlari o'rta o'g'ir shakllari va turli xil asoratlari bilan o'tkazdi. Qizamiq kasalligi zotiljam asorati bilan 8,3%, reaktiv gepatit 2% asoratlari va konyuktivit, oshqozon ichak faoliyatini buzilishi ko'rinishlarida o'tkazdi.

Фойдаланилган адабиётлар

1. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/measles>.
2. Sultonovich K.B., «VIRUSLI INFEKSIYALAR. GRIP, PARAGRIP, QIZAMIQ VURUSLARI, ULARNING LABORATORIYA DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH YO'LLARI» YOSH OLIMLAR ILMIY-AMALIY KONFERENSIYASI, <https://doi.org/10.5281/zenodo.10200796>
3. Кодирович Б. Д., «QIZAMIQ KASSALIGINING EPIDEMIOLOGIYASI» "JOURNAL OF SCIENCE-INNOVATIVE RESEARCH IN UZBEKISTAN" JURNALI. ISSN 2992-8869. C135-138.
4. S.Y.Kurbanov. Mikrobiologiya va immunologiya, C. 250-258.
5. A.B.G'anixo'jayeva. Mikrobiologiya va mikrobiologik tekshiruv usullari. C. 335-336.
6. Muhamadievich N. A., Kodirvich B. D. Patriotic Education as one of the Components Of National Security. Eurasian Scientific Herald 6, 88-90. – 2022
7. Кодирович Б. Д. БАКТЕРИОЛОГИК ВОСИТАЛАР БИЛАН ЗАРАРЛАНГАН ЎЧОҚДА ЭПИДЕМИЯГА ҚАРШИ ЧОРА ТАДБИРЛАРНИ ТАШКИЛ ЭТИШ ҲУҚУҚИЙ АСПЕКТЛАРИ //Биология ва тиббиёт муаммолари. – 2022. – Т. 3. – С. 217-220
8. EIE N. A., Muhamadievich L. M. S. B. D. Qodirovic. 2021. Samarqand davlat tibbiyot institutida orientirlash kasbiy amaliy jismoniy tarbiya vositasi sifatida, «Спортивное ориентирование как средство профессионально– прикладной физической подготовки в Самаркандском государственном медицинском институте». UzaCADEMIYA ilmiy-uslubiy jurnali 22 (ISSN: 2181-1334), 102-107.
9. Usmonovna V. M., Qodirovich B. D. SCIENTIFIC ANALYSIS OF VIOLENT INFECTIOUS DISEASES AND THEIR CONTROL //EUROPEAN JOURNAL OF MODERN MEDICINE AND PRACTICE. – 2023. – Т. 3. – №. 9. – С. 149-153.



УДК: 616.133-008.21

THE STATE OF THE THICKNESS OF THE INTIMA-MEDIA COMPLEX OF THE CAROTID ARTERIES OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS

Tursunbayev Aziz Kamilovich

Department of Internal medicine, Nephrology and Hemodialysis
Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan.

ANNOTATION

The work analyzed the state of the thickness of the intima-media complex in patients with arterial hypertension and diabetes mellitus. The presence of structural changes in the carotid arteries (CA) was documented based on the identification of initial atherosclerotic changes in the intima media complex of the common carotid arteries in the form of thickening of more than 0.09 cm and/or atherosclerotic plaques/stenoses.

Key words: arterial hypertension, diabetes mellitus, intima-media thickness, carotid artery.

АННОТАЦИЯ

В работе проводился анализ состояния толщины комплекса интима-медиа больных артериальной гипертензией и сахарным диабетом. Наличие структурных изменений сонных артерий (СА) документировали на основании выявления начальных атеросклеротических изменений комплекс интима медиа общих сонных артерий в виде его утолщения более 0,09 см и/или атеросклеротических бляшек/стенозов.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, сахарный диабет, толщина комплекса интима-медиа, сонная артерия.

ANNOTATSIYA

Ilmiy ishimizda arterial gipertenziya va qandli diabet bilan og'rig'an bemorlarda intima-media kompleksining qalinligi holati tahlil qilindi. Karotid arteriyalarda (KA) strukturaviy o'zgarishlar mavjudligi umumiy uyqu arteriyalarining intima media kompleksida 0,09 sm dan ortiq qalinlashuv va/yoki aterosklerotik bilakchalar/stenozlar ko'rinishidagi dastlabki aterosklerotik o'zgarishlarni aniqlash asosida hujjatlashtirilgan.

Kalit so'zlar: arterial gipertenziya, qandli diabet, intima-media qalinligi, uyqu arteriyasi.

Every year, the number of patients suffering from hypertension with the development of complications that significantly worsen the patient's quality of life and contribute to his disability increases. One of the reasons for this situation is the presence of concomitant pathology in patients, which has a significant impact on the course and prognosis of arterial hypertension. According to statistics, 30-70% of patients with type 2 diabetes mellitus (DM) have arterial hypertension. It is known that one of the main links in the pathogenesis of hypertension is damage to the arterial wall, the degree of which reflects the cardiovascular risk in such patients. Currently, there are a number of methods for non-invasive assessment of the condition of the arteries, which use indicators of the speed of propagation of the pulse wave and the thickness of the intima-media complex [1,2].

Non-invasive methods of vascular examination are promising for use in everyday practice in patients with hypertension and concomitant diabetes mellitus. Since, identifying a risk group among these patients based on additional criteria will allow optimizing drug therapy, directing its effect on the correction of these indicators, as well as monitoring its effectiveness.

Thus, studying the condition of the arterial wall in patients with diabetes mellitus against the background of hypertension, to assess the prognosis of the disease and optimize therapy is relevant.

Purpose of the study. Study of the thickness of the intima-media complex in patients with arterial

hypertension and diabetes mellitus.

Material and research methods. The study included patients with hypertension - group I of 30 patients, group II - 30 patients with hypertension with type II diabetes mellitus. Patients with type 1 diabetes mellitus, severe arterial hypertension, hepatic, renal and severe heart failure, and patients with a history of stroke were excluded from the study.

All study patients underwent general clinical and laboratory tests.

The blood pressure level was determined by measuring blood pressure three times (according to N.S. Korotkov's method). The anthropometric parameters of the study included determination of body weight (BW), height, and calculation of body mass index (BMI). To diagnose obesity, BMI was used, defined as the ratio of body weight in kilograms to the square of height in meters: $BMI = \text{weight (kg)} / \text{height (m)}^2$. The BMI between 25.0 and 29.9 was categorized as overweight; from 30.0 to 34.9 – first degree obesity; from 35.0 to 39.9 – second degree obesity; BMI over 40 – third degree obesity.

Determination of biochemical parameters was carried out on a biochemical analyzer "Konelab 30i" (Finland). A study was carried out on the content of total cholesterol (TC), high-density lipoproteins (HDL), low-density lipoproteins (LDL), very low-density lipoproteins (VLDL), and triglycerides (TG). The studies of biochemical blood parameters also included



determination of blood serum glucose levels on an empty stomach and after exercise, urea, creatinine, bilirubin, ALT, AST. Impaired glucose tolerance was assessed when fasting blood sugar levels were more than 6.1 mmol/l and 2 hours after exercise from 7.8 mmol/l to 11.1 mmol/l in capillary blood.

Ultrasound carotid Dopplerography (USDG) with the study of blood flow in the carotid arteries on both sides was performed using an ultrasound diagnostic Doppler complex. The study of the morpho structure of the intima-media complex was carried out according to the recommendations of the International Consensus on the thickness of the intima-media complex [3].

Quantitative assessment of the thickness of the intima-medial layer (IMT) was performed on the distal portion of the common carotid artery (CCA) 1–1.5 cm from the bifurcation, outside the area of the atherosclerotic plaque along its posterior wall, averaging three maximum measurements. The cursor was placed at the “lumen of the artery–vascular intima” border and at the “media–adventitia” border. The image was synchronized with diastole. The presence of structural changes in the carotid arteries (CA) was documented based on the identification of initial atherosclerotic changes in the IMT of the carotid artery in the form of thickening of more than 0.09 cm and/or atherosclerotic plaques/stenoses.

Statistical processing was carried out using the Microsoft application program – STATISTICA.

Research results and discussion.

Comparative clinical characteristics in the examined groups by age showed that the average age was the same both in the group of patients with hypertension and in the group of patients with hypertension and diabetes (64.4 ± 6.9 years, and in the group with hypertension + diabetes 64.9 ± 7.4 years, respectively). The differences by gender were 47% men and 53% women in the group of patients with hypertension, 53% men and 47% women in the group of patients with hypertension + diabetes. The average SBP values in the groups of patients with hypertension and with hypertension + diabetes were 158.6 ± 12.0 and 155.7 ± 14.7 mmHg. The average DBP values in the groups of patients with hypertension and with hypertension + diabetes were 95.0 ± 8.6 and 93.8 ± 8.8 mmHg.

The patients had different durations of type 2 diabetes: from newly diagnosed diabetes mellitus to 22 years (on average 7.8 ± 5.7 years). All examined patients with type 2 diabetes had hypertension. The average duration of hypertension is 9.9 ± 8.4 years. In the group of patients with hypertension without impaired carbohydrate metabolism, the duration of hypertension averaged 10.9 ± 8.5 years.

The study of anthropometric data among those examined also showed that patients with excess weight predominated in the main groups. Normal body weight was in 30% of the examined patients with hypertension and 23.33% among patients with diabetes + hypertension,

excess weight was in 56% and 43.3%, first degree obesity was in 6.67% and 16.67%, obesity second degree - in 6.7% and 13.33%.

Third degree obesity was noted in 3.33% only in the group of patients with diabetes + hypertension. In the control group, 9 (45) % had normal weight gain, 5 (25) % had excess weight, 3 (15%) had first-degree obesity, 2 (10%) had second-degree obesity, and 3 (10%) had third-degree obesity. 5% of those surveyed, respectively.

In the group of patients with hypertension, compared with the group of hypertensions + diabetes, the lipid profile indicators were: total cholesterol level 5.33 ± 0.17 mmol/l versus 6.04 ± 0.18 mmol/l; TG 1.69 ± 0.13 mmol/l versus 2.77 ± 0.12 mmol/l; ($p=0.5$); LDL-C 3.019 ± 0.12 mmol/l versus 3.13 ± 0.10 mmol/l; and VLDL-C 1.11 ± 0.01 mmol/l versus 2.42 ± 0.14 mmol/l; ($p=0.5$); HDL-C 1.214 ± 0.46 mmol/l versus 1.44 ± 0.14 mmol/l. The fasting blood glucose level in the group of patients with hypertension was 4.51 ± 0.11 mmol/l versus 7.92 ± 0.21 mmol/l in the group of patients with hypertension + diabetes; the blood glucose level after exercise in the group of patients with hypertension was 10.1 ± 74.8 mmol/l.

Assessment of the condition of the carotid arteries revealed atherosclerotic changes in the carotid artery (IMT thickening more than 0.9 mm) were noted in 28 (93.33%) patients with diabetes + hypertension and in 26 (86.66%) patients with hypertension without impaired carbohydrate metabolism. However, in patients with diabetes + hypertension, a diffuse increase in $IMT \geq 1.3$ mm was significantly more often recorded - 14 (46.66%) patients versus 7 (23.33%) people from the group of patients with hypertension without impaired carbohydrate metabolism ($p < 0.05$), which indicates more pronounced atherosclerosis of the CCA in diabetes.

Significant atherosclerotic changes in the CCA were confirmed by a significant increase in IMT in patients with T2DM with hypertension – 1.26 ± 0.17 mm (from 0.8 mm to 1.85 mm), compared with patients with only hypertension 1.10 ± 0.14 mm (from 0.8 mm to 1.3 mm) ($p < 0.01$). There were no statistically significant differences between the compared groups in the frequency of atherosclerotic plaques in the area of the CCA bifurcation, which were found in 32 (33.3%) patients with T2DM and in 8 (26.7%) people with hypertension without impaired carbohydrate metabolism ($p > 0.05$). Significant hemodynamic stenoses were not identified in both groups.

When analyzing changes in OSA in patients with diabetes with different durations of the disease, it was found that in patients with type 2 diabetes with a duration of diabetes less than 1 year, no statistically significant differences in IMT were found compared with patients with hypertension without impaired carbohydrate metabolism (1.20 ± 0.20 mm versus 1.10 ± 0.14 mm, $p > 0.05$). With a duration of T2DM from 1 to 5 years, IMT was 1.25 ± 0.17 mm, from 6 to 10 years – 1.27 ± 0.15



mm, and the highest IMT values up to 1.29 ± 0.18 mm was recorded in patients with duration of T2DM more than 10 years ($p > 0.05$). To assess the nature of remodeling of large-caliber arteries and the state of the mechanical properties of the vascular wall, the tensile index of the CCA was studied in comparison with those in patients with hypertension comparable in clinical data. There were no intergroup differences in the mean values of carotid IMT, since the mean values of the CCA diameter and the median values of the CCA wall extensibility index in patients in the AH+DM group were significantly lower than in patients in the AH group. This is a consequence of the fact that in patients with hypertension associated with diabetes mellitus, the elastic properties

of the vascular wall are disrupted earlier than in patients with hypertension without carbohydrate metabolism disorders, which causes a relatively lower degree of passive stretching of the vessel during its remodeling in diabetics patients.

Conclusions

1. In patients with diabetes in combination with hypertension, atherosclerotic changes in the CCA are more pronounced compared to patients with only hypertension.

2. In patients with diabetes mellitus and arterial hypertension, a decrease in diastolic linear blood flow velocity and an increase in peripheral resistance were found, which increase with the duration of the disease.

LITERATURE

1. Арнопольская Д.И., Руми Л.Р. Характеристика интима-медиа комплекса сонных артерий у больных артериальной гипертензией. Кардиология Узбекистана, №1-2, 2012.
2. Рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии. Российские рекомендации (второй пересмотр). Кардиоваск тер профил 2008; 4 (Приложение).
3. Touboul P.-J., Hennerici M.G., Meairs S. et al. Mannheim carotid intima-media thickness consensus (2004–2006). An update on behalf of the Advisory Board of the 3rd and 4th Watching the Risk Symposium 13th and 15th European Stroke Conferences, Mannheim, Germany, 2004, and Brussels, Belgium, 2006 // Cerebrovasc. Dis. 2007. 23. 75–80.



УДК:616.314.17-02-07

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ВОСПАЛЕНИЕ ПАРОДОНТА, ВЫЗВАННОГО МИКРОБНЫМИ ЛИПОПОЛИСАХАРИДАМИ

Шадиева Шодия Шухратовна

Бухарский государственный медицинский институт

АННОТАЦИЯ

Постоянные микроорганизмы в полости рта часто ассоциированы с двумя главными заболеваниями - кариесом и воспалительными заболеваниями тканей пародонта. Важными факторами вирулентности этих микробов являются эндотоксины, являющиеся по своему химическому составу липополисахаридами, которые взаимодействуют с иммуноглобулинами А, G и M и различными компонентами комплемента.

Ключивые слова. Пародонт, липополисахарид, микроорганизм, эндотоксин, иммуноглобулинами А, G и M.

ANNOTATSIYA.

Og'iz bo'shlig'idagi doimiy mikroorganizmlar ko'pincha ikkita asosiy kasallik - karies va periodontal to'qimalarning yallig'lanish kasalliklari bilan bog'liq. Ushbu mikroblar uchun muhim virulentlik omillari endotoksinlar bo'lib, ular kimyoviy tarkibida A, G va M immunoglobulinlari va turli xil komplement komponentlari bilan o'zaro ta'sir qiluvchi lipopolisaxaridlardir.

Kalit so'zlar. Periodontal kasallik, lipopolisaxarid, mikroorganizm, endotoksin, A, G va M immunoglobulinlari.

ANNOTATION

Persistent microorganisms in the oral cavity are often associated with two main diseases - caries and inflammatory diseases of periodontal tissue. Important virulence factors for these microbes are endotoxins, which in their chemical composition are lipopolysaccharides that interact with immunoglobulins A, G and M and various complement components.

Key words. Periodontal disease, lipopolysaccharide, microorganism, endotoxin, immunoglobulins A, G and M.

Противоинфекционная защита слизистых оболочек, наряду с эпителиальным барьером, включает клеточное звено противоинфекционной защиты, гуморальные факторы иммунитета и нормальную микрофлору ротовой полости, существующую в виде биопленок на поверхности эпителия или в планктонной форме в свободной ротовой жидкости. Для оценки функциональной активности нейтрофилов свободной ротовой жидкости изучали спонтанное и индуцированное латексом восстановление НСТ в диформаза, определяли способность нейтрофилов к фагоцитозу частиц латекса.

Таблица 1.1

Показатели НСТ-теста нейтрофилов ротовой жидкости у больных воспалительным заболеванием пародонта липополисахаридной этиологии

Показатель		Свободная ротовая жидкость пациентов ХВЗП	Группа Сравнения
НСТ спонтанный	Активность, %	9,02±0,403***	20,0±0,46
	Интенсивность усл.ед	0,12±0,008***	0,26±0,008
НСТ индуцированный	Активность, %	8,0±0,402***	25,7±0,78
	Интенсивность, усл.ед	0,075±0,003***	0,23±0,004

Примечание: * - различия относительно данных группы сравнения значимы (***) - $P < 0,001$

Как видно из представленных результатов исследований, показатели НСТ-теста нейтрофилов ротовой жидкости у больных воспалительным заболеванием пародонта липополисахаридного тпа имели своеобразный характер. Так, при спонтанном тесте активность нейтрофилов повышалось в 2,25 раза, тогда как при индуцированной повышению НСТ активности нейтрофилов повысилось в 3,21 раза, ука-

зывая тем самым на высокую активность фагоцитарной активности нейтрофилов. Одну из главных ролей в процессе фагоцитоза играют также моноциты, которые, придя в очаг воспаления, превращаются в макрофаги, тканевые фагоцитирующие клетки. Фагоциты, взаимодействуя с комплексами антиген-антитело, бактериями, активируются, их мембрана становится «липкой», в цитоплазме накапливаются гранулы,

Показатель		Свободная ротовая жидкость пациентов ХВЗП	Группа сравнения
Фагоцитоз	Активность, %	48,4±2,0	46,7±1,48
	Интенсивность, усл.ед	1,03±0,05***	1,29±0,023
	Фагоцитарное число	2,46±0,191	2,68±0,057

наполненные мощными протеазами. Возрастают поглощение кислорода и генерация активных форм кислорода (кислородный взрыв), включая перекись водорода и гипохлорит, а также окись азота. В дополнение к перечисленным признакам активации, макрофаги начинают выделять в среду мощные медиаторы воспаления (Fokkema SJ et al., 2002; Smeltz RB et al., 2002). Нейтрофилы обязательно гибнут при фагоцитозе, являясь клетками «одноразового применения», продукты их гибели привлекают макрофаги, а те в свою очередь, как АПК, активируют лимфоциты. Участие макрофагов в процессе воспаления не ограничивается фагоцитозом. Они могут менять «репертуар» вырабатываемых медиаторов, влиять на течение воспаления, участвуют в процессах пролиферации, контролируя их и активируя клетки непосредственные исполнители регенераторных событий. Возможно, этим объясняется увеличение их абсолютного и относительного количества.

Различные воспалительные стимулы, такие, как бактериальные липополисахариды (ЛПС) и провоспалительные цитокины, включая и иммунные комплексы, вызывают универсальную индукцию синтеза жирных кислот (ЖК) в печени и развитие триглицеридемии. Развитие ЛПС - воспаления характеризуются также ростом уровня триглицеридов (ТГ), липопротеинов очень низкой плотности (ЛПОНП) и тенденцией к снижению уровня липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) крови. Физиологический смысл роста ЛПОНП, вероятно, заключается в создании первого барьера защиты от бактериальной и вирусной инвазии. Это утверждение основано на способности ЛПОНП эффективно связывать и инактивировать бактерии и вирусы [Belibasakis GN et al., 2005]. Считается, что катаболизм белков и жиров обеспечивает энергию, поддерживающую острофазовый ответ в печени, для более эффективной детоксикации организма. Однако существует и другой аспект этого сложного процесса. В крови обнаруживается высокий уровень триглицеридов вследствие повышенной секреции печенью липопротеинов, обогащенных триглицеридами, и ингибирования активности липопротеинлипазы, расщепляющей жиры. Развитие ЛПС-зависимого воспаления характеризуется гипоальбуминемией на всех исследуемых этапах. Представляется важным отметить однотипный характер изменений альбумина, что в соединении с вышеотмеченными изменениями липидного спектра может

рассматриваться как комплексный метаболический ответ организма на воспалительный процесс.

Одним из важных показателей течения воспалительного процесса является интенсивность подвижности фагоцитов (хемотаксис). Именно подвижность макрофагов является одним из механизмов, обуславливающих количество клеток - фагоцитов в очаге воспаления и определяющее в конечном итоге эффективность фагоцитарного процесса. Механизмы этого явления представляют для нас существенный интерес, поскольку, как показали наши исследования, при развитии микробного воспаления в тканях пародонта наблюдается значительное усиление интенсивности хемотаксиса фагоцитирующих клеток. Полученные данные, характеризуя объединённую функцию воспалительных клеток при развитии липополисахаридного воспаления пародонта, можно рассматривать как ограничение избыточного скопления лейкоцитов в очаге воспаления. Подобная динамика отмечается не только при исследовании интенсивности хемотаксиса, но и при исследовании образования активных форм кислорода (АФК) макрофагами.

Фагоцитарная активность нейтрофилов свободной ротовой жидкости изучалась на модели поглощения частиц полистирольного латекса. При анализе фагоцитоза рассчитывали активность, интенсивность фагоцитоза и фагоцитарное число. Результаты представлены в таблице. Значительных изменений показателей фагоцитарной функции в сравниваемых группах выявлено не было.

Таким образом, нами установлено, что функциональный статус жизнеспособных нейтрофилов остаётся стабильным и не отличается от состояния нейтрофилов свободной ротовой жидкости.

В гранулах нейтрофилов содержится большое количество растворимых молекул, рецепторы к фрагментам комплемента, иммуноглобулинам, компонентам внеклеточного матрикса. Нейтрофилы образуют широкий спектр цитокинов, лимфоцит- и фагоцитоз стимулирующие факторы, тканевой тромбопластин, активатор плазминогена, низкомолекулярные (в том числе и опиоидные) пептиды, метаболиты липидов и другие соединения. Благодаря этим продуктам, нейтрофилы эмиграция осуществляют разнообразные и разнонаправленные регуляторные эффекты. Для всесторонней оценки антимикробного потенциала свободной ротовой жидкости нами было изучено содержание антимикробных пептидов (IgA, лактоферрин)

Таблица 1.3

Интенсивность фагоцитоза, хемотаксиса макрофагов в динамике воспаления пародонта, вызванного микробными липополисахаридами

Показатели	Контроль группа	Больные с ХВЗП
Интенсивность фагоцитоза макрофагов (имп/мин/ мг белка)	9424±156	13892±231***
Интенсивность хемотаксиса макрофагов (мг белка/мл)	0.05±0.001	0.08±0.001***

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы (***) - $P < 0,001$

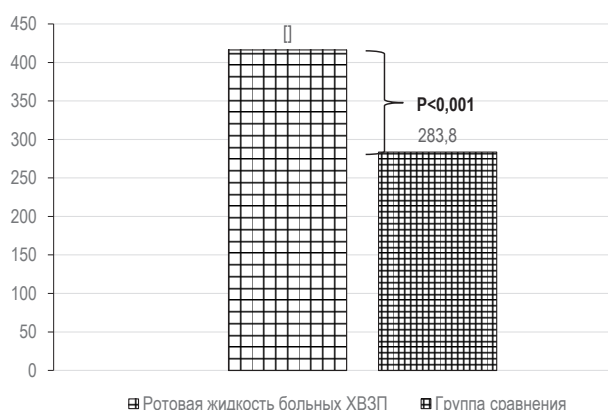


Рис. 1.1. Уровень секреторного IgA в ротовой жидкости лиц с воспалительным заболеванием пародонта липополисахаридной этиологии

проводили с помощью иммуноферментного анализа.

В результате проведенных исследований было обнаружено значительное увеличение содержания IgA в исследуемой группе (табл. 1.3).

Как известно, IgA осуществляет различные защитные функции посредством взаимодействия с различными рецепторами иммунной системы, что предохраняет слизистые поверхности тела от проникновения микроорганизмов в ткани. sIgA может связывать токсины и вместе с лизоцимом проявляет бактерицидную и противовирусную активность. Он действует как агглютинатор микроорганизмов и нейтрализатор токсинов, ингибируя связывание вирусов и бактерий с поверхностью слизистых оболочек, и таким образом ингибируя репликацию,

В результате проведенных исследований также выявлено увеличение уровня лактоферрина в ротовой жидкости в среднем в 12 раз при сравнение с группой контроля.

В дальнейшем указанное течение патологического процесса качественно модифицировалось аналогично описанной выше динамики изменении апоптоза нейтрофилов и активации выработки ими активных кислородных радикалов.

Прогрессирующее повышение интенсивности фагоцитоза макрофагов обеспечивает механизмы обратного развития (ограничения) воспалительной реакции. Одним из важных показателей течения воспалительного процесса является интенсивность подвижности фагоцитов (хемотаксис). Именно подвижность макрофагов является одним из механизмов,

обуславливающих количество клеток - фагоцитов в очаге воспаления и определяющее в конечном итоге эффективность фагоцитарного процесса.

Исследованиями показано, что число фагоцитирующих клеток, поступающих в ткани пародонта, увеличивается при развитии воспалительного процесса. Механизмы этого явления представляют для нас существенный интерес, поскольку, как показали наши исследования, при развитии микробного воспаления в тканях пародонта наблюдается значительное усиление интенсивности хемотаксиса фагоцитирующих клеток. Однако изменения хемотаксиса по скорости развития несколько отстают от усиления фагоцитарного ответа макрофагов. Полученные данные, характеризуя объединенную функцию воспалительных клеток при развитии липополисахаридного вос-

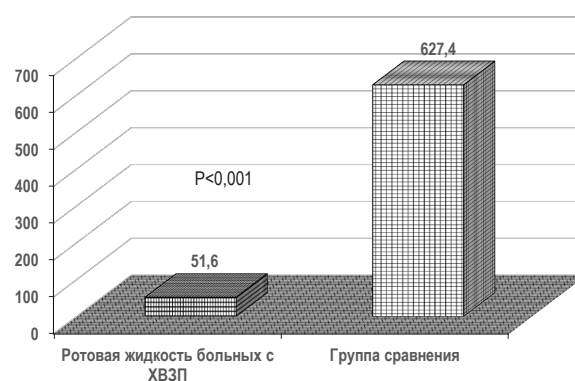


Рис. 1.2. Уровень лактоферрина в ротовой жидкости у обследуемых лиц



паления пародонта, можно рассматривать как ограничение избыточного скопления лейкоцитов в очаге воспаления. Таким образом, у больных с пародонтитом в тканях пародонта обнаружили выраженный абсолютный лейкоцитоз, что свидетельствует о сохранении признаков локального воспаления, а относительное количество клеток крови распределялось в пользу лимфоцитов 40,73% и моноцитов 17,87%, что логично для хронического воспаления. Итак, при развитии воспалительной реакции в пародонте, вызванной микробными липополисахаридами, активно участвуют гранулоциты, или полиморфноядерные лейкоциты. Эти клетки составляют первую линию неспецифической противомикробной защиты. Они первыми мобилизуются и направляются в очаг воспаления или инфекции и от возрастания их фагоцитарной активности зависит элиминация возбудителей.

Первичное повреждение тканей пародонта, вызванного микробными липополисахаридами отмечается небольшое количество полиморфно ядерных нейтрофильных лейкоцитов, моноцитов в смешанной слюне. На этом этапе патологический процесс может существовать довольно длительное время, не вызывая деструктивных изменений пародонта. Со временем зона повреждения начинает постепенно увеличиваться. При последующем развитии пародонтита воспалительный процесс распространяется от десны к альвеолярной кости по периодонту, сосудисто-нервным пучкам. В местах выхода сосудов из альвеолярной кости начинается воспалительный процесс костной ткани. Клеточные составляющие включают эндотоксины, поверхностные компоненты бактерий, капсулярные компоненты. Эндотоксины являются липополисахаридными комплексами, которые являются частью всех грамотрицательных бактерий и освобождаются при их разрушении. Эндотоксины, выделенные из микроорганизмов пародонтальных карманов (зубной бляшки), являются высокотоксичными продуктами. Помимо эндотоксинов эти бактерии вырабатывают много токсических конечных продуктов обмена — жирные и органические кислоты, амины, индол, аммиак, гликаны и многие другие.

Среди ферментов, продуцируемых бактериями и способных разрушать ткани пародонта, важное место занимает гиалуронидаза. Разрушение коллагена

и других компонентов тканей пародонта, наблюдаемое при его заболеваниях, является результатом действия таких ферментов, как тканевые и бактериальные коллагеназы, аминопептидазы, фосфатазы, фосфолипазы. В результате повреждения тканевых компонентов выделяются просерин эстераза, тромбин, кинин, фибриноген, а также активированные фракции комплемента. Эти вещества играют роль хемотоксических факторов. Нарушения структуры и функции элементов соединительной ткани сопровождаются резко выраженной вазомоторной реакцией, продолжительным расширением кровеносных сосудов пародонта. Стойкая гиперемия развивается с нарушениями проницаемости стенок кровеносных сосудов, миграцией в межклеточные пространства полиморфноядерных лейкоцитов и макрофагов. Многие зарубежные исследователи считают, что развитие воспалительного процесса в пародонте обусловлено непосредственным действием энзиматических бактериальных систем на сосудистые и соединительнотканые компоненты десны и других тканей пародонта. Возникновение воспаления в тканях пародонта связывают с первичным поражением барьерного эпителия в результате воздействия продуктов микробного метаболизма, токсинов и ферментов зубного налета. Под влиянием микроорганизмов зубного налета и продуктов их метаболизма развиваются изменения в микроциркуляторной системе десны и других тканях пародонта. В целом развитие воспалительного процесса связано с размножением различных условно-патогенных микроорганизмов и повышением их агрессивных свойств.

Воспалительный процесс в пародонте не может протекать независимо от реакции всего организма. Воспалительные заболевания в тканях пародонта — это многофакторная патология, обусловленная неблагоприятным воздействием общих и местных факторов, а также факторов внешней среды. Несмотря на то, что общепризнанным этиологическим фактором воспалительных заболеваний пародонта является микрофлора зубной бляшки, у больных с воспалительными заболеваниями пародонта кроме нарушений микробиотоза полости рта, определяются изменения гуморальных, клеточных неспецифических факторов иммунитета на местном и системном уровнях, а также повышаются процессы активации протеолиза.



Литература

- Shodiya Shukhratovna Shadieva, Lobar Yagmurovna Kamolova Preventive Measures To Prevent Dental Caries In Young Children // Journal of Humanities and Natural Sciences - 2023- T. 4. – №. 2 P. 68-70
- Shodiya Shukhratovna Shadieva, Lobar Yagmurovna Kamolova Preventive Measures To Prevent Dental Caries In Young Children // Journal of Humanities and Natural Sciences - 2023- T. 4. – №. 2 P. 68-70
- Radjabova A.F. PHYSIOLOGY-THE SCIENCE OF LIFE PROCESSES // International scientific journal "Modern Science and Research" – 2023. – Volume 2 / ISSUE 5 / UIF:8.2 / MODERNSCIENCE.UZ – P. 275-278.
- Раджабова А.Ф. физиология — наука о процессах жизнедеятельности // international scientific journal "modern science and research" – 2023. – volume 2 / issue 5 / uif:8.2 / modernscience.uz – p. 275-278.
- Раджабова А.Ф. Физиологические основы голода и насыщения //scientific progress. – 2023. — volume 4 / issue 5 / issn: 2181-1601 – p. 75-80.
- Шадиева Ш.Ш. Результаты комплексного лечения больных с воспалительными заболеваниями пародонта и функциональной диспепсией // Тиббиётда янги кун - Бухоро - 2022 №5 (43) 314-322 бетлар (14.00.00. №22)
- Шадиева Ш.Ш. Роль иммунных механизмов у больных с воспалительной патологией пародонта // Тиббиётда янги кун - Бухоро - 2020 №4 (32) - 314-322 бетлар (14.00.00. №22)
- Shadieva Sh.Sh. Changes in the microflora of the oral cavity before and after treatment in patients with inflammatory periodontal diseases and functional dyspepsia // Art of medicine – AQSH - 2022 - Vol. 2. 2022. P. 412-416 (14.00.00. №3)
- Шадиева Ш.Ш. Изменение стоматологического статуса и качества жизни у пациентов с Helicobacter Pylori – ассоциированной функциональной диспепсией // Gospodarka i innowacje – Польша -2022 - №21 – 283-284 бетлар (IF– 8,01)
- Giyazova M. M. Specificity of the Course and Improvement of Treatment of Diseases of the Oral Mucosa and Periodontal Cavity under the Influence of Covid 19 //” ONLINE-CONFERENCES” PLATFORM. – 2021. – C. 116-117.
- Giyazova M. M., Sh O. S. CHANGES IN THE ORAL CAVITY IN PATIENTS WITH COVID 19 DISEASES // Journal For Innovative Development in Pharmaceutical and Technical Science (JIDPTS). – 2021. – T. 4. – №. 5. C. 79-81.
- Muxamadovna G. M. OG'IZ BO'SHLIG'I SHILLIQ QAVATINING SURUNKALI KASALLIKLARINI ERTA TASHXISLASH VA DAVOLASHGA ZAMONAVIY



FEATURES OF THERAPY OF ISCHEMIC HEART DISEASE WITH HYPERTENSION

D.M Nuraliyeva., Muhkamedova M.G., Azizova F.F.

Center for the development of professional qualifications of medical workers

SUMMARY

The article presents data on the treatment of patients suffering from coronary heart disease and AH. The main principles of treatment of patients with IHD in combination with AH remain adequate control over the level of blood pressure, the appointment of antiplatelet agents and statins. To achieve the target level of blood pressure, b-blockers are used (it is necessary to choose metabolically neutral preparations of this class) and calcium antagonists, the latter demonstrating high efficiency in the combination of IHD and AH; ACE inhibitors and APA not only can reliably control blood pressure level, but also have additional beneficial effects, in addition to reducing the blood pressure

РЕЗЮМЕ

В статье представлены данные о лечении больных, страдающих одновременно ИБС и АГ. Основными принципами лечения больных ИБС в сочетании с АГ остаются адекватный контроль за уровнем АД, назначение антиагрегантов и статинов. Для достижения целевого уровня АД используются как б-адреноблокаторы (необходимо выбирать метаболически нейтральные препараты этого класса), так и антагонисты кальция, причем последние демонстрируют высокую эффективность при сочетании ИБС и АГ; ингибиторы АПФ и АРА не только позволяют надежно контролировать уровень АД, но и имеют дополнительные благоприятные эффекты, помимо снижающего АД действия.

XULOSA

Мақолада юрак ишемик касалиги ва артериал гипертензияга чалинган беморларни даволаш бўйича маълумотлар келтирилган. Юрак ишемик касалиги ва артериал гипертензия билан оғриган беморлар учун даволаш усулларнинг асосий принциплари қон босими даражасини назорат қилиш, антиагрегант ва статинларни тайинлаш билан мақсадли қон босим даражасини туширишга бета-блокаторлар ишлатилади. (метаболик нейтрал шу синф дорилари танланган бўлиши керак.) ва шунингдек кальций антагонисти, АПФ ингибитори, сартанлар (АРА) ЮИҚ ва АГ билан кечувчи касаликда нафакат ишонарли АБ даражасини назорат қилишда балки қўшимча ижобий самарадорлиги бор.

Cardiovascular diseases (CVD) currently occupy a leading place among the causes of mortality, morbidity and disability almost throughout the world [9, 30]. According to WHO estimates, more than 17 million people die from cardiovascular diseases every year worldwide. The most common and of great social importance among this group of diseases are arterial hypertension (AH) and coronary heart disease (CHD). Moreover, the course of these diseases among the male and female populations of humanity differs and has its own characteristic differences [12, 16]. The most common cause of death for older women in the US and Europe is cardiovascular disease, which annually causes the death of 250 thousand American and 76 thousand English women.

In the United States, cardiovascular disease is the cause of death in 43% of women over 50 years of age. In the structure of mortality in Europe, cardiovascular diseases account for 55% in women and 43% in men. In postmenopausal women, the risk of death from coronary heart disease is 10 times greater than the risk of a hip fracture or breast cancer. IHD in the overall mortality structure of the female population of Europe is 23%.

High blood pressure (BP) is one of the main independent risk factors for the development of atherosclerosis and coronary artery disease, as well as heart failure [2,5]. The results of the large-scale MRFIT study indicate that systolic and diastolic blood pressure levels are closely correlated with mortality from coronary heart disease. At the same time, a decrease in elevated blood pressure leads to a decrease in morbidity and mortality from coronary artery disease [8]. All studies note a high incidence of detection of coronary artery disease in patients with hypertension [4].

Elevated blood pressure is one of the main damaging factors for the integrity of the endothelial layer of arteries [9]. Currently, endothelial dysfunction is considered as the initial stage of atherogenesis [9]. The main goal of treating patients with hypertension is to achieve maximum reduction in the risk of cardiovascular morbidity and mortality [1, 11].

The modern strategy in patients with coronary artery disease for the purpose of preventing cardiovascular complications involves the mandatory prescription of antiplatelet drugs (aspirin/aspirin cardio 75-150 mg or clopidogrel 75 mg), lipid-lowering drugs (statins to achieve the required level of low-density lipoprotein cholesterol - LDL cholesterol) and b - adrenergic blockers for persons who have previously suffered an MI [2]. The addition of angiotensin-converting enzyme inhibitors - ACE (perindopril 8 mg or ramipril 10 mg) to all patients with stable coronary artery disease, including those without signs of heart failure, guarantees a reduction in the risk of developing myocardial infarction, which will significantly improve the prognosis in this category of patients.



The prescription of antiplatelet agents to patients with coronary artery disease in combination with hypertension has its own characteristics. With high uncontrolled hypertension (BP >180/100 mm Hg), temporary withdrawal of antiplatelet agents is required due to the risk of hemorrhagic strokes. Once blood pressure has stabilized at the desired level, antiplatelet therapy is safe and can be started or resumed [5, 11].

Among lipid-lowering drugs, statins are effective treatments for patients with various forms of coronary artery disease, and when the target LDL cholesterol level is below 2.5 mmol/l or 100 mg/dl [2], and according to the latest data [10, 15], below 2.0 mmol/l or 75 mg/dl, long-term outcome of the disease significantly improves. At the same time, it has recently been shown that in patients with hypertension in combination with risk factors and moderate hypercholesterolemia, the addition of statins significantly reduces the risk of cardiovascular events.

The drugs of choice for hypertension against the background of coronary artery disease are b-blockers and calcium antagonists, since, along with antihypertensive drugs, these classes of drugs also have anti-ischemic properties [1, 11]. Moreover, several clinical studies and meta-analyses have shown that beta-blockers reduce mortality and the risk of recurrent myocardial infarction by 20-25% in patients after a previous myocardial infarction. It should be recalled that beta-blockers were among the first antihypertensive drugs that, according to placebo-controlled studies, demonstrated a beneficial effect on long-term prognosis in patients with hypertension [8]. In clinical practice, atenolol, metoprolol, bisoprolol, carvedilol and other drugs are used. However, the advisability of using a b-blocker such as atenolol in this situation has been called into question following the recently presented preliminary results of the ASCOT study [4].

Table No. 1

Drugs	Daily dose mg/day	Frequency of administration per day
	Cardiose- lective	
Atenolol	25-100	1-2
Betaxolol	5-20	1
Bisoprolol	2,5-10	1
Metoprolol	50-200	2
Nebivolol	2,-10	1
	Noncardiose- lective	
Propranolol	20-240	2-3
Oxyprenolol	20-160	2-3
Carvedilol	12,5-50	1-2
Labetalol	200-1200	2

Among drugs that lower blood pressure, calcium antagonists occupy a leading position. After the completion of studies such as STOP-2 [13], NORDIL [12], INSIGHT [6], ALLHAT [23], INVEST [19] and VALUE [14], evidence was obtained of the complete safety of various representatives of the class of calcium antagonists (nifedipine in the new dosage form - GITS, amlodipine, verapamil, diltiazem) and effectiveness in improving the prognosis in patients with hypertension in comparison with diuretics, beta-blockers, ACE inhibitors and angiotensin receptor blockers with good tolerability in terms of metabolic disorders.

Table №2

Drugs	Daily dose mg/day	
Verapamil	240-480	8-12
Diltiazem	180-360	6-8
Nifedipine	30-60	8-12
Amlodipine	5-10	24-48
Isradipin	5-15	8-12
Lacipidine	2-4	24-28
Felodipin	5-20	18-25

One of the first well-organized clinical studies to study the effectiveness and safety of calcium antagonists in patients with hypertension was the international INSIGHT study [6]. In it, the effect of the calcium antagonist nifedipine GITS and the diuretic co-amilofide was studied in 6321 patients with hypertension and concomitant risk factors for cardiovascular complications. Against the background of monotherapy with nifedipine, GITS was able to achieve the target blood pressure level in 70% of cases, which confirms the pronounced blood pressure-lowering effect of calcium antagonists.

As noted earlier, β -blockers and calcium antagonists, in accordance with modern recommendations, are the drugs of choice in the treatment of patients with hypertension in combination with coronary artery disease [1, 11]. The INVEST study [19] studied two strategies for the management of patients with hypertension in combination with coronary artery disease - based on calcium antagonists and beta-blockers. The 22,576 patients with hypertension and coronary artery disease included in the study received either verapamil sustained release at a dose of 240 mg with the addition of the ACE inhibitor trandolapril and the diuretic hydrochlorothiazide to achieve the target blood pressure level, or atenolol with the addition of hydrochlorothiazide, and then prescribing trandolapril if necessary. After an average of 2.7 years of treatment with the same blood pressure control, a total of 2269 patients achieved the primary endpoint without significant differences between groups (9.93% in the calcium antagonist group and 10.17% in the beta-blocker group; relative risk 0.98; 95% confidence interval 0.90-1.06).



Thus, calcium antagonists (verapamil sustained release) are not inferior in effectiveness to β -blockers (atenolol) in the treatment of patients with hypertension in combination with coronary artery disease.

The CAMELOT study [17], which ended recently, examined the effect of antihypertensive drugs (amlodipine 10 mg and enalapril 20 mg) and placebo on the prognosis of patients with stable coronary artery disease with baseline normal blood pressure, and also assessed the progression of coronary atherosclerosis using intravascular ultrasound. Along with a favorable effect on the prognosis in the calcium antagonist group compared with the placebo group, according to the results of intravascular ultrasound, there was no increase in the volume of coronary atheroma ($p = 0.31$). At the same time, in patients randomized to the placebo group, a significant progression of atherosclerotic lesions was revealed compared with the initial state ($p < 0.001$) and a tendency towards progression of atherosclerosis was noted in patients on the background of an ACE inhibitor ($p = 0.08$).

Atherosclerosis, as has recently been shown, is clearly associated with disturbances in the renin-angiotensin-aldosterone system [9], therefore, inhibition of ACE activity, preventing the production of angiotensin II and increasing bradykinin levels, may become a promising direction in the treatment of coronary artery disease.

Table №3

Drugs	Daily dose mg/day	
Benazepril	2.5 up to 5-10	2.5 up to 5-10
Captopril	18.75 (in 3 doses) up to 50-75 (in 3 doses)	18.75 (in 3 doses) up to 50-75 (in 3 doses)

Enalapril	2.5 up to 10-20 (in 2 doses)	2.5 up to 10-20 (in 2 doses)
Lisinopril	2.5 up to 5-20 (once a day)	2.5 up to 5-20 (once a day)
Quinapril	2.5-5 up to 10-20 (in 2 doses)	2.5-5 up to 10-20 (in 2 doses)
Perindopril	2 4	2 4
Ramipril	1.25-2.5 2.5-5	1.25-2.5 2.5-5

The results of the HOPE and EUROPA studies proved the advisability of prescribing ACE inhibitors at a set effective dose to patients with atherosclerotic coronary artery disease (CAD), regardless of the functional state of the left ventricle, despite the lack of positive results in studies such as QUIET [20], PEACE [18], CAMELOT [17].

Thus, the treatment of patients suffering from both coronary artery disease and hypertension requires an integrated approach, that is, simultaneous action on both conditions. The basic principles of treatment of patients with coronary artery disease in combination with hypertension remain adequate control over blood pressure levels, the prescription of antiplatelet agents and statins. To achieve the target blood pressure level, both β -blockers (it is necessary to choose metabolically neutral drugs of this class) and calcium antagonists are used, and the latter demonstrate high efficiency in the combination of coronary artery disease and hypertension; ACE inhibitors and ARBs not only allow reliable control of blood pressure levels, but also have additional beneficial effects in addition to their blood pressure-lowering effect.

Literature:

Всероссийское научное общество кардиологов (ВНОК). Национальные рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертонии. М 2004.

Комитет экспертов ВНОК. Диагностика и лечение стабильной стенокардии. Российские рекомендации. Кардиоваскулярная терапия и профилактика (приложение) 2004.

Сыркин А.Л. Лечение стабильной стенокардии. Consilium medicum. 2000; 2:470–477.

ASCOT study investigators, 2005. <http://www.ascotstudy.org/home>. Htm.

Armstrong P.W. Stable ischemic syndromes. In: Textbook of cardiovascular medicine. Ed. E.J. Topol. Philadelphia PA: Lippincott Williams & Wilkins-Raven 1998;333-364.

Brown M.J., Palmer C.R., Castaigne A. et al. Morbidity and mortality in patients randomized to double-blind treatment with a long-acting calcium-channel blocker or diuretic in the International Nifedipine GITS study: INSIGHT. Lancet 2000;356:366-372.

Chobanian A.V., Bakris G.L., Black H.R., et al. The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high pressure: The JNC 7 report. JAMA 2003; 289:2560–2572.

Collins R., Peto R., MacMahon S. et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 2: Short-term reductions in blood pressure: Overview of randomised drug trials in their epidemiological context. Lancet 1990;335:827-838.



Dzau V., Bernstein K., Celermaier D. et al. The relevance of tissue angiotensin-converting enzyme: manifestations in mechanistic and endpoint data. *Am J Cardiol* 2001;88:Suppl L:L1-L20.

Grundy S.M., Cleeman A., Merz C.N.B. Implications of Recent Clinical Trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. *Circulation* 2004;110:227-239.

Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension - European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2003;21:1011-1053.

Hansson L., Hedner T., Lund-Johansen P. et al. Randomised trial of effects of calcium antagonists compared with diuretics and beta-blockers on cardiovascular morbidity and mortality in hypertension: the Nordic Diltiazem (NORDIL) study. *Lancet* 2000;356:359-365.

Hansson L., Lindholm L., Ekblom T. et al. Randomised trial of old and new antihypertensive drugs in elderly patients: cardiovascular morbidity and mortality the Swedish Trial in Old Patients with Hypertension-2 study. *Lancet* 1999;354:1751-1756.

Julius S., Kjeldsen S.E., Weber M. et al. Outcomes in hypertensive patients at high cardiovascular risk treated with regimens based on valsartan or amlodipin: the VALUE randomised trial. *Lancet* 2004;363:2021-2031.

La Rosa J.C., Grundy S.M., Waters D.D. et al. Intensive lipid lowering with atorvastatin in patients with stable coronary disease. *N Engl J Med* 2005;352:1425-1435.

Neaton J.D., Wentworth D. for the Multiple Risk Factor Intervention Trial Group. Serum cholesterol, blood pressure, cigarette smoking, and death from coronary heart disease: overall findings and differences by age for 316,099 white men. *Arch Intern Med* 1992;152:56-64.

Nissen S.E., Tuscus E.M., Libby P. et al. Effect of antihypertensive agents on cardiovascular events in patients with coronary artery disease and normal blood pressure. The CAMELOT study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004;292:2217-2226.

PEACE Trial investigators. Angiotensin-converting-enzyme inhibition in stable coronary artery disease. *N Engl J Med* 2004;351:2058-2068.

Pepine C., Handberg E.M., Cooper-deHoff R.M. et al. A calcium antagonist vs a non-calcium antagonist hypertension treatment strategy for patients with coronary artery disease. The International Verapamil-Trandolapril Study (INVEST): a randomized controlled trial. *JAMA* 2003;290:2805-2816.

Pitt B., O'Neill B., Feldman R. et al. The Quinapril Ischemic Event Trial (QUIET): evaluation of chronic ACE inhibitor therapy in patients with ischemic heart disease and preserved left ventricular function. *Am J Cardiol* 2001;87:1058-1063.



ЎЗБЕКИСТОН ШАРОИТИДА МУДДАТЛИ ҲАРБИЙ ХИЗМАТЧИЛАРИ ОРАСИДА НАФАС АЪЗОЛАРИНИНГ ЎТКИР КАСАЛЛИКЛАРИДА НУТРИТИВ ҲОЛАТНИ ВА МЕТАБОЛИЗМНИ БАҲОЛАШ.

Шоназаров А.А., Убайдуллаева Н.Н., Рустамов С.С.
Ўзбекистон Республикаси Мудофаа вазирлиги ҳузуридаги
Марказий ҳарбий клиник госпитал

Мақсад: Ўзбекистон шароитида муддатли ҳарбий хизматчилар орасида нафас аъзоларининг ўткир касалликларида нутритив ҳолатни ва метаболизмни баҳолаш бўйича таклиф ва тавсиялар ишлаб чиқишдан иборат.

Материаллар ва усуллар: ЎР МВ Марказий ҳарбий клиник госпиталида нафас аъзоларининг ўткир касалликлари, яъни зотилжам касаллиги билан госпитализация қилинган муддатли ҳарбий хизматчиларнинг нутритив статуси индекси ва кўрсаткичларини ҳамда организмнинг касалликларга чидамлигини иммунологик меъзонлари баҳоланди. Нутритив статус индекси калипирометрия (Калипер асбоби) ва антропометрия усули орқали, иммунологик меъзонлар эса қон таҳлилидаги лейкоцит ва лимфоцитлар кўрсаткичлари билан баҳоланди. Текширувга 50 нафар “зотилжам” касаллиги билан госпитализация қилинган муддатли ҳарбий хизматчилар жалб қилинди.

Натижа: Текширув натижасида 18 нафар бемор антропометрия кўрсаткичида ТВИ (тана вазни индекси) $-18,6\text{кг}/\text{м}^2$ ни, ушбу беморларда тери бурмалари қалинлиги $8,5\text{мм}$ (Калипирометрия жадвалига асосан) ни ташкил этади. Қон таҳлилида лейкоцитлар $-10-12 \cdot 10^9/\text{л}$ ни, лимфоцитлар -19% кўрсаткичда эканлиги аниқланди. 23 нафар беморда ТВИ $-19-20\text{кг}/\text{м}^2$ ни, тери бурмалари қалинлиги $-10-12\text{мм}$ ни ташкил этади. Қон таҳлилида лейкоцитлар $-9-10-11 \cdot 10^9/\text{л}$ ни, лимфоцитлар -25% кўрсаткичда эканлиги аниқланди. 9 нафар беморда ТВИ $-22-25\text{кг}/\text{м}^2$ ни, тери бурмалари қалинлиги $-16-18\text{мм}$ ни ташкил этади. Қон таҳлилида лейкоцитлар $-9-10 \cdot 10^9/\text{л}$ ни, лимфоцитлар $-30-35\%$ кўрсаткичда эканлиги аниқланди.

Хулоса: Ушбу кўрсаткичлар натижасида 36% беморларда тана вазни камайиши, тери бурмалари қалинлиги кўрсаткичи пастлиги ва иммунологик меъзонларнинг (лейкоцит кўрсаткичи ошганлиги, лимфоцитлар миқдори камайган) пастлигини кўрсатди.



SHAXSIY TARKIB ORASIDA CHOV CHURRASINING ASORATLARI PROFILAKTIKASI

B.Abdulaxatov, A.Urayimjonov.

O'zbekiston Respublikasi Qurolli Kuchlari Harbiy tibbiyot akademiyasi harbiy tibbiyot ilmiy-tadqiqot instituti

Maqsad: Shaxsiy tarkib orasida chov churrasining asoratlari profilaktikasini baholash bo'yicha taklif va tavsiyalar ishlab chiqishdan iborat

Material va usullar: O'R MV Markaziy harbiy klinik gospitalida chov churrasi kasalligi bilan gospitalizatsiya qilingan harbiy xizmatchilarning kasallik asoratlari baholandi. Churrani aniqlash uchun obektiv ko'ruv (ko'zdan kechirish, palpatsiya) va instrumental (UTT) tekshiruvdan foydalanildi.. Tekshiruvga 17 nafar "Chov churrasi" kasalligi bilan gospitalizatsiya qilingan harbiy xizmatchilar jalb qilindi.

Chov churrasi bo'yicha ma'lumotlar

Shakli bo'yicha		Kelib chiqishi bo'yicha		Asoratlar mavjudligi bo'yicha	
To'g'ri	Qiyshiq	Tug'ma	Orttirilgan	Bor	Yo'q
8	7	0	17	0	17

Joylashuvi bo'yicha

Boshlang'ich	Kanal ichida	Chov-yorgoqda
0 % (0 ta)	59 % (10 ta)	41 % (7 ta)

Natija: Tekshiruv natijasida barcha bemorlarda churra voyaga yetganidan so'ng paydo bo'lgan. Bemorlar kasallikning paydo bo'lish sabablarini asosan og'ir jismoniy yuklamalar bilan bog'laydi. 4 nafar bemor esa qo'shimchasiga semizlikdan qutulish maqsadida birdaniga vazn tashlashni ham qo'shimcha qilgan. Bemorlarning 8 nafarida to'g'ri shakldagi chov churrasi, 7 nafarida esa qiyshiq shakldagi chov churrasi aniqlangan. Shuningdek, kasallikning o'ng tomonlama ko'proq uchrashi kuzatildi (sababi - o'ng moyak chapiga nisbatan keyinroq yorg'oqqa migratsiya qiladi). Orttirilgan qiyshiq chov churrasi bilan murojaat qilganlarning 10 nafarida kanal ichi churrasini tashkil qilsa, 7 nafarida chov-yorgoq shaklini tashlik qilgan.

Xulosa: Ushbu ko'rsatkichlardan ko'rinadiki, bemorlarda churra kasalliklari asosan jismoniy yuklamalar natijasida, shuningdek, tana vaznini me'yorlashtirish maqsadida birdaniga ozishi natijasida mushaklarning gipotrofiyaga uchrashi, anatomik teshiklarning kengayishi oqibatida kelib chiqadi.

ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ COVID-19.

¹Мухаммедова М.Г., ¹Эшбеков М.Э., ²Расулов У.А.,

³Худенов Хусен Ю., ³Худенов Хасан Ю.

¹Научно-исследовательский институт военной медицины Военно-медицинской академии Вооруженных Сил Республики Узбекистан

²Центральный военный клинический госпиталь при Министерстве обороны Республики Узбекистан

³Многопрофильная больница Ташкентской области

Появление коронавируса в декабре 2019 года уже вошло в историю как чрезвычайная ситуация международного значения [1,15]. Человечество столкнулось с инфекцией, вызванной новым штаммом коронавируса человека (SARS-CoV-2), характеризующейся разнообразными клиническими проявлениями заболевания, отсутствием этиотропной терапии, значимым ухудшением течения сопутствующей патологии, довольно высокой летальностью, которая по данным разных исследований колеблется в широких пределах (от 0,5% до 15%) [3, 6, 9, 10, 3, 12].

Начальным этапом заражения является проникновение SARS-CoV-2 в клетки-мишени эпителия верхних дыхательных путей, имеющие рецепторы ангиотензин-превращающего фермента II типа (ACE2). Однако основной и быстро достижимой мишенью являются альвеолярные клетки II типа (AT2) легких, что определяет развитие пневмонии [4, 13, 11]. Также обсуждается роль CD147 в проникновении SARS-CoV-2 в клетки [8, 5, 14, 7]. При COVID-19 может развиваться катаральный гастроэнтероколит, так как вирус поражает клетки эпителия желудка, тонкой и толстой кишки, имеющие рецепторы ACE2 [8,5]. Есть данные о возможности поражения почек, центральной нервной системы, сосудов эндотелия [1,13].

В доступной литературе по диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции COVID-19 подробно излагаются методы лабораторной и инструментальной диагностики COVID-19, современные подходы к дифференцированному лечению различных групп больных. В разделе, посвященном клиническим проявлениям COVID-19, упор делается на клинические симптомы, характерные для поражения легких, определяющего в большинстве случаев прогноз заболевания. Между тем при COVID 19 могут поражаться и другие органы и системы организма, в том числе и органы пищеварения. Желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) наравне с респираторным трактом может служить начальными «входными воротами инфекции» [10,9,14].

Специалисты английской Королевской университетской больницы Ливерпуля пришли к выводам, что коронавирусная инфекция может протекать в виде острого панкреатита с специфическими и не-

обычными симптомами панкреатита, в том числе с высоким содержанием сахара и жира в крови. Об этом они сообщили в статье, опубликованном в журнале Gastroenterology [8,13,9,7]. Своевременное обнаружение таких симптомов позволит сразу же провести диагностику и начать лечение еще на ранних стадиях.

В практике отмечалось тяжелое течение клиники коронавирусной инфекции у пациентов с сахарным диабетом, а также у некоторых больных при COVID-19 развивается клиника характерная сахарному диабету. Можно предположить, что эти две патологии потенцирует друг друга. Специалисты международной группы ученых из Великобритании, Австралии, Франции и ряда других стран в рамках научного проекта CoviDiabRegistry заявили, что коронавирус может приводить к развитию сахарного диабета, и это может быть совершенно новый, не изученный ранее тип данного заболевания. Механизмы возникновения гипергликемии или диабета после заражения COVID-19 неизвестны.

Целенаправленное обследование функции поджелудочной железы при COVID-19 даст возможности установить правильный диагноз, и возможно, изменит тактику лечения больных. Учитывая вышеизложенное, мы провели обследование больных с коронавирусной инфекцией для выяснения возможной причины возникновения временной гипергликемии или диабета.

Цель исследования – изучить характер патологических изменений (поражения) поджелудочной железы при COVID-19 и установить причину развития нарушений углеводного обмена.

Материал и методы исследования: В центре ходе работы по лечению больных с ковид-инфекцией проведено ультразвуковое исследование поджелудочной железы 1958 больным с подтвержденной ковид-инфекцией с интерстициальной пневмонией. Выявлено у 78% больных поражение поджелудочной железы в виде уплотнения, типа «гашенной извести» без изменения её контуров и размера. У этих же больных при поступлении до назначения лечения взяты биохимические анализы крови (сахар крови, инсулин крови, амилаза крови, АЛТ, АСТ).



У 100 больных, госпитализированных для лечения в клинику МО РУ «Узэкспомарказ» с диагнозом: «коронавирусная инфекция COVID-19 (подтвержденная), внебольничная интерстициальная пневмония, которые ранее сахарным диабетом не страдали, и никакого лечения по поводу ковид-инфекции « не получали, при поступлении в стационар на УЗИ выявлено уплотнение поджелудочной железы. Из них 51 мужчин, 49 женщин. Средний возраст больных составил $59 \pm 1,34$ лет.

Из них 93 больных болезнь проявлялась респираторными нарушениями в виде кашля, одышки, болей в груди. У 7% больных болезнь начиналась с болями в животе и диспептическими расстройствами.

Всем больным проведено УЗИ исследование поджелудочной железы, у всех больных при поступлении взяты биохимические анализы крови (глюкоза, инсулин, диастаза крови).

Единицами измерения при биохимических анализах крови являлись: инсулин мкЕд/мл (норма 4,03 - 23,46 мкЕд/мл), сахар крови: ммоль/л (норма 4,2-6,4 ммоль/л), диастаза крови: Ед/л (норма 30-90 Ед/л).

Результаты исследования: в биохимических анализах крови у 43% больных выявлено отклонение от нормы: у 18%-гипергликемия, у 2%-гипогликемия, у 15%-гиперинсулинемия, у 1%-гипоинсулинемия, у 3%-гипергликемия и гиперинсулинемия, у 4%-повышение диастазы крови.

Лабораторные данные	гипергликемия	гипогликемия	гиперинсулинемия	гипоинсулинемия	гипергликемия и гиперинсулинемия	повышение диастазы крови
	18%	2%	15%	1%	3%	4%

У этих больных в периоде лечения уровень инсулина нормализовался параллельно с улучшением УЗИ картины поджелудочной железы на 5-7 сутки, а уровень сахара крови нормализовался в более поздние сроки. У некоторых больных, у которых отмечалось повышение сахара крови после инъекции инсулина сахар крови быстро нормализовался.

В настоящее время проводится дальнейшее наблюдение за больным в динамике более поздние сроки.

Выводы: Больных при УЗИ ковид-инфекцией происходит уплотнения поджелудочной железы;

При поражении поджелудочной железы при ковид-инфекции имеется нарушение его эндокринной и экзокринной функции;

Данное состояние нуждается более детальном исследовании в специализированных центрах.

Исследование функции поджелудочной железы является обязательным, которое необходимо для полноценного обследования и лечения больных с ковид-инфекцией.

Литература:

1. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)». URL: rosminzdrav.ru/ministry/med_covid19.

2. Актуальные проблемы медицины. 2020. Том 43, № 3 (424–430) Challenges in modern medicine. 2020. Volume 43, № 3 (424–430) 424 ХИРУРГИЯ SURGERY УДК 614.2: 617.5:616-036.21: 578.834.1 DOI: 10.18413/2687-0940-2020-43-3-424-430 Тактика работы хирургического стационара в условиях пандемии коронавирусной инфекции А.Д. Лашин 1, Д.Г. Сидоров 1, О.Н. Тарасов 1, П.М. Назаренко 2, Д.П. Назаренко 2, Я.В. Маслова 2, Д.И. Колмыков 2 1 Курский государственный медицинский университет, Россия, 305041, г. Курск, ул. К. Маркса, д. 3 2 Городская клиническая больница № 4 г. Курска, Россия, 305026, г. Курск, 2-й Промышленный переулок, 13 E-mail: maslovayv1984@gmail.com.

3. Пшеничная Н.Ю. COVID-19 – Новая глобальная угроза человечеству //Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы – 2020. – №1. – С. 6–13

4. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Зольникова О.Ю., Охлобыстин А.В., Полуэктова Е.А., Трухманов А.С., Широкова Е.Н., Гоник М.И., Трофимовская Н.И. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) и система органов пищеварения. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020;30(3):7–13. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-3-7>

5. Xu Z., Shi L., Wang Y., Zhang J., Huang L., Zhang C., et al. Pathological findings of COVID-19 associated with acute respiratory distress syndrome. Lancet Respir Med. 2020; 8(4):420–2. DOI: 10.1016/S2213-2600(20)30076-X

6. Chen N., Zhou M., Dong X., Qu J., Gong F., Han Y., et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. Lancet. 2020; 395(10223): 507–13. DOI:10.1016/S0140-6736(20)30211-7

7. Jin X., Lian J.-S., Hu J.-H., Gao J., Zheng L., Zhang Y.-M., et al. Epidemiological, clinical and virological characteristics of 74 cases of coronavirus-infected disease 2019 (COVID-19) with gastrointestinal symptoms. Gut. 2020;69(6):1002–09. DOI:10.1136/gutjnl-2020-320926

8. Albillos A., Lario M., Álvarez-Mon M. Cirrhosis-associated immune dysfunction: Distinctive features and clinical relevance. J. Hepatol. 2014;61(6):1385–96. DOI:10.1016/j.jhep.2014.08.010



- 9.Fan Z., Chen L., Li J., Tian C., Zhang Y., Huang S., Liu Z., Cheng J. Clinical Features of COVID-19-Related Liver Damage. 2020. Available at SSRN 3546077.DOI:10.2139/ssrn.3546077
- 10.Mao R., Liang J., Shen J., Ghosh S., Zhu L.-R., Yang H., et al. Implications of COVID-19 for patients with pre-existing digestive diseases. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2020;5(5):425–27. DOI: 10.1016/S2468-1253(20)30076-5
- 11.Xu Z., Shi L., Wang Y., Zhang J., Huang L., Zhang C., et al. Pathological findings of COVID-19 associated with acute respiratory distress syndrome. *Lancet Respir Med.* 2020; 8(4):420–2. DOI: 10.1016/S2213-2600(20)30076-X
- 12.Xiao F., Tang M., Zheng X. Liu Y., Li X., Shan H. Evidence for gastrointestinal infection of SARS-CoV-2. *Gastroenterology.* 2020; 158(6):1831–33. DOI:10.1053/j.gastro.2020.02.055
- 13.Boettler T., Newsome P.N., Mondelli M.U., Matitic M., Cordeo E., Cornberg M., et al. Care of patients with liver disease during the COVID-19 pandemic: EASL-ESCMID position paper. *JHEP Rep.* 2020;2(3):100-113. DOI:10.1016/j.jhepr.2020.100113
- 14.Hormati A., Shahhamzeh A, Afifan M, Khodadust F, Ahmadpour S. Can COVID19 present unusual GI symptoms? *J Microbiol Immunol Infect.* 2020. DOI:10.1016/j.jmii.2020.03.020



SURUNKALI VIRUSLI GEPATIT KASALLIKLARIDA GEPATOTSELLYULAR KARSINOMA ANIQLASHDA ZAMONAVIY TEXNOLOGIYALARNING ROLI

Azimov Abduvohid Vahabjanovich
Shirinboyev Narzullo Shukurboyevich
Meliboyev Mahkam Qurbonboyevich

Kirish: Jigar to'qimasidagi gepatotsellyulyar karsinoma aniqlash va uni differensial diagnostikasi ko'p yillar davomida muammoli holat bo'lib kelgan. Diagnostika uskunalarining hozirgi darajasi shundan iboratki, jigar to'qimalarida hosilali o'zgarishlarni aniqlash qiyin emas, ammo bu o'zgarishlarni talqin qilishda qiyinchiliklar qolmoqda. Tekshirishlar natijasida 80% dan 85% gacha jigarda tasodifiy aniqlangan hosilalar gepatotsellyulyar karsinoma hisobiga to'g'ri keladi. Hozirgi vaqtda gepatotsellyulyar karsinoma diagnostikasi muammosini to'liq hal qilingan, deb hisoblash mumkin emas, chunki o'sma ko'pincha kechki bosqichlarda aniqlanadi. Sababi qorin bo'shlig'i ultratovush tekshiruvida o'xshash kasalliklarning katta doirasi mavjud bo'ladi. Gepatotsellyulyar karsinoma tashhisi haqida gapirganda, ushbu kasallikni o'z vaqtida aniqlash asosan bemorni tekshirish algoritmini to'g'ri tanlashga bog'liqligini tushunish kerak.

Ilmiy tekshiruv xulosalariga qaraganda gepatotsellyulyar karsinoma jigarning asosiy o'smasi bo'lib, jigarning birlamchi o'simtasining 90% dan ortig'ini tashkil qiladi. Jigar sirrozi tashxisi qo'yilgan bemorlarning taxminan 85 foizida gepatotsellyulyar karsinoma uchraydi. Gepatotsellyulyar karsinoma hozirda butun dunyo bo'ylab saraton kasalligining beshinchi eng keng tarqalgan sababidir. Eraklarda o'pka saratonidan keyin saraton o'limining ikkinchi asosiy sababi gepatotsellyulyar karsinomadir. 2018 yilda deyarli 841 000 yangi gepatotsellyulyar karsinoma holatlari aniqlangan va 780 000 o'lim sabab bo'lgan. Gepatotsellyulyar karsinoma eraklarda ayollarga qaraganda uch baravar ko'p. Gepatotsellyulyar karsinomaning besh yillik omon qolish darajasi 18% ni tashkil qiladi va oshqozon osti bezi saratonidan keyin ikkinchi o'rinda turadi. Gepatotsellular karsinoma uchun muhim xavf omillari orasida virusli gepatit (gepatit B va gepatit C), alkogolli jigar kasalligi va alkogolsiz jigar steatogepatiti / alkogolsiz yog'li jigar kasalligi kiradi. Gepatotsellyulyar karsinoma jigar sirozli bemorlarning 80-90% da uchraydi. Jigar siroz bilan og'rigan bemorlarda yillik gepatotsellyulyar karsinoma bilan kasallanish 2-4% ni tashkil qiladi.

Gepatit B virusi bilan butun dunyo bo'ylab 250 milliondan ortiq odamga kasallangan. Gepatotsellyulyar karsinoma gepatit B virusi infeksiyasi bilan kasallangan bemorlarda jigar siroz bo'lmasa ham aniqlangan holatlar kuzatilgan. Gepatit B virusi bilan kasalligidan keyin jigar sirozi kuzatilgan bemorlarning 80%da gepatotsellyulyar karsinoma aniqlangan. Gepatit B virusi bilan kasallangan bemorlarda virusning miqdori yuqori (10 000 E/ml ga teng yoki undan ko'p) bo'lganlarda gepatotsellyulyar

karsinoma paydo bo'lish xavf yuqori hisoblanadi. Gepatit B virusi miqdori kam, lekin gepatit B yuza antigenining (HBsAg) yuqori darajasi 1000 E/ml dan yuqori bo'lgan bemorlarda ham gepatotsellyulyar karsinoma aniqlangan holatlar ko'p uchragan.

Gepatit C virusi surunkali yallig'lanish, keyinchalik fibroz, nekroz va regeneratsiya bilan gepatotsellyulyar karsinoma rivojlanishiga yordam beradi. Gepatit C virusi bilan bog'liq gepatotsellyulyar karsinoma asosan jigar siroz yoki fibrozning ilg'or bosqichlari bo'lgan bemorlarda uchraydi. Dunyo bo'ylab gepatotsellyulyar karsinoma tashxis qo'yilgan holatlarining 20% gepatit C virusi sabab bo'lgan. Gepatit B virusi bilan virusli koinfektsiya Gepatotsellyulyar karsinoma ko'proq aniqlangan.

Material: Biz 2022-2023 yil davomida MHKG yuqumli kasalliklar bo'limiga surunkali virusli gepatit va jigar sirozi tashxisi bilan murojaat qilib kelgan harbiy xizmatchilar hamda fuqarolarning 20 nafarida tekshiruv xulosalari bilan tanishib chiqdi. Tahlil qilingan bemorlarda qorin bo'lig'i a'zolarini Magnit rezonans tamografiya bilan kontrast tekshiruv, qorin bo'shlig'i Ultratovush tekshirivi, qonda Alfa – feto protein tahlili va qon biokimyoviy tahlil natijalarini kuzatildi.

Olingan natija: Magnit rezonans tamografiya bilan kontrast tekshiruvdan o'tgan bemorlarning 15 % da gepatotsellyulyar karsinomaning 7-10 sm kattalikda va 3% 5 smgacha kattalikda aniqlandi. Bemorlarning tahlillarida AFP miqdori 10 barobardan yuqori va biokimyoviy tahlillari normadan 3-4 barobar yuqoriligi aniqlandi. Kasallanganlar sonining ko'payishiga sabab surunkali virusli gepatit nafaol turi boe bemorlar doimiy tibbiy ko'rikdan o'tmayotganligi sababli kasallik kechki bosqichda aniqlanib jahon tibbiyot hamjamiyatiga bir qator muammolarni keltirib chiqardi, ulardan biri bu kasallikka chalingan bemorlarni kuzatish va reabilitatsiya qilishdir. Gepatotsellyulyar karsinoma bilan kasallangan bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatish usullari bo'yicha biz ushbu tadqiqotda amalga oshirayotgan multidisiplinar yondashuvning muhimligini ta'kidlashimiz mumkin. Shuni ham alohida ta'kidlash mumkinki, harbiy kontingent tinch aholidan bir qancha jihatlari (yoshi, jinsi, kasallanishidan avvalgi salomatlik holati kabilar) bilan farq qilishini qayd etish lozim bo'ladi.

Xulosa: Fuqarolar va harbiy xizmatchilarga gepatotsellyulyar karsinoma asorat sifatida namoyon bo'ldi. Bunda shuni ko'rish mumkinki surunkali virusli gepatit bor bemorlar doimiy dizpanser nazoratida tutib qorin bo'lig'i a'zolarini Magnit rezonans tamografiya tekshiruv, qorin bo'shlig'i Ultratovush tekshirivi, qonda Alfa – feto protein tahlili va qon biokimyoviy tahlillini yiliga o'tkazish talab etiladi.



ADABIYOTLAR:

Щеголев А.И., 1 Туманова У.Н., 2 Мишнёв О.Д. Факторы риска развития гепатоцеллюлярной карциномы. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований г.2019 №9. Ст 164-169.

Мазалова З.С.¹, Кривенцов М.А. Гепатоцеллюлярная карцинома. Научно-методический электронный журнал «концепт». г 2017. №Т42, Ст 185-188.

Баатаркхуу О., Малов С.И., Расулов Р.И., Дворниченко В.В., Савилов Э.Д., Малов И.В., Юшчук Н.Д. Гепатоцеллюлярная карцинома, ассоциированная с гепатитами В и С, у монголоидов и европеоидов Северо-Восточной Азии. Infectious Diseases: News, Views, Education. 2021. Т. 10. № 4 (39). С. 38-44.

Serikuly E., Smailova D.S., Ten I.A., Ilyasova B.S., Nurbakytzy A., Baimakhanov Zh.B., Skakbaev A.S., Kaniev Sh.A., Doskhanov M.O., Seisembaev M.A., Baimakhanov B.B. Clinical features of hepatocellular carcinoma. Science & Healthcare. 2022. Т. 24. № 3. С. 36-41.

Hepatocellular Carcinoma - StatPearls - NCBI Bookshelf (nih.gov)

Hepatocellular Carcinoma EASL Guidelines - EASL-The Home of Hepatology.

EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma - Journal of Hepatology (journal-of-hepatology.eu)



TCCC (TACTICAL COMBAT CASUALTY CARE – TAKTIK BO'G'INDA JAROHATLANGANLARGA TIBBIY YORDAM KO'RSATISH) DASTURINING MAZMUNI VA IJOBIY TARAFLARINI QUROLI KUCHLARIMIZGA TADBIQ ETISH BO'YICHA TAKLIFLAR

Mirboboyev D. N., Nasriddinov A. N., Chub V. L.,
Qurolli Kuchlar harbiy tibbiyot akademiyasi

ANNOTATSIYA

Maqolada TCCC dasturining mazmun-mohiyati va ijobiy taraflarini Qurolli Kuchlarimizga tadbiq etish bo'yicha takliflar ilgari surilgan.

Kalit so'zlar: Taktik bo'g'inda jarohatlanganlarga tibbiy yordam ko'rsatish, o'q yomg'irlari ostida tibbiy yordam, jangovar vaziyatda taktik maydonda tibbiy yordam ko'rsatish, – taktik evakuatsiya bosqichida tibbiy yordam ko'rsatish, massiv qon ketishi, nafas yo'larini tiklash, nafas olishini tiklash, qon aylanishini tiklash

ANNOTATION

In the article, the essence of the content and positive aspects of the TCCC program are proposed to be applied to our Armed Forces.

Key words: Tactical combat casualty care, Care under fire, Tactical Field Care, Tactical Evacuation Care, Massive hemorrhage, Airway, Respiration, Circulation

Kirish. Taktik bo'g'inda jarohatlanganlarga tibbiy yordam ko'rsatish bo'yicha, hozirgi kunda qo'shinlar tibbiyot xizmatida mavjud muammolar asosida biz, tanlangan mavzu bo'yicha tadqiqot olib bordik. Bunda, milliy ma'lumotlar balzalari, shuningdek, turli xalqaro manbalarda keltilgan, zamonaviy jang sharoitida taktik bo'g'inda jarohatlanganlarga tibbiy yordam ko'rsatishda yuzaga kelayotgan muammolar, ularni yechish yo'llari, jumladan, NATOga a'zo bo'lgan davlatlar armiyalarida qo'llanilayotgan va ayni vaqtda samarador hisoblangan TCCC dasturi doirasidagi protokollarni, yangi usullarni amaliyotga tadbiq qilish borasida to'qnash kelinayotgan muammolarga bag'ishlangan tadqiqotlar natijalari, rasmiy ommaviy axborot vositalar ma'lumotlarini o'rgandik.

Tadqiqot usullari. Ushbu ilmiy maqolada, zamonaviy qurolli to'qnashuvlarda qo'llanilayotgan taktik bo'g'inda jarohatlanganlarga tibbiy yordam ko'rsatish usullari, jumladan, TCCC dasturi doirasidagi protokollari qo'llanilganda qo'shinlar tarkibida yuzaga kelayotgan sanitar yo'qotishlar hajmi, strukturasidagi o'zgarishlarni deduktiv, aksiomatik yondashuv, tahlil, sintez kabi nazariy va kuzatish, taqqoslash kabi empirik usulda o'rganish orqali, TCCC dasturi doirasidagi, zamonaviy jang sharoitida taktik bo'g'inda jarohatlanganlarga tibbiy yordam ko'rsatish usullarini milliy armiyamizga moslashtirish, amaliyotga tadbiq qilish imkoniyatlari hamda yuzaga kelishi mumkin bo'lgan muammolar va ularni samarali yechimlari ko'rib chiqildi.

Natijalar. Bugungi kunda Mudofaa vazirligi qo'shinlarini takomillashtirish, harbiy salohiyatni oshirishda bir qator ishlar amalga oshirilmoqda. Bunda harbiy hamkorlik, o'zaro tajriba almashish, rivojlangan davlatlar Qurolli Kuchlarini o'rganish muxim sanaladi.

Shu maqsadda mudofaa vazirligi tibbiy ta'minot boshqarmasi tomonidan Janubiy Koreya Respublikasi Mudofaa vazirligi harbiy tibbiyot maktabida TCCC dasturi bo'yicha qisqa o'quv kurslarida tahsil olish uchun

xizmat safarida bo'ldilar.

Taktik bo'g'indagi yarador va bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatish bilim va ko'nikmalarni almashish, ularning amaliy ko'nikmalarini o'rganish, O'zbekiston Respublikasi tibbiyot xizmati vakillarining taktik bo'g'inda tibbiy yordam ko'rsatish bilimlarini mukammallashtirish hamda ular foydalanayotgan pedagogik o'qitish usullarini afzal tomonlarini va foydalanayotgan tabelli-tibbiy vositlarni Qurolli Kuchlarimizga tadbiq etish asosiy maqsad qilib belgilangan.

O'quv kurslarini tibbiyot maktabining TCCC instruktorlari tomonidan olib borildi. Dastlab TCCC o'quv dasturi, uning tarkibiy qismlari, vazifalari haqida atroflicha ma'lumot berildi. Bunda TCCC tizimi 3 ta tarkibiy qismdan (bosqichdan) iboratligi tushintirildi:

1. CUF – Care under fire (“qizil zona”) – “o'q yomg'irlari ostida tibbiy yordam” ko'rsatish (vaziyatning yuzaga kelgan sharoitlaridan kelib chiqib - shoshilinch tadbirlarni ko'rsatish va xavfsiz (pana) joyga olib chiqish.

2. TFC – Tactical Field Care (“sariq zona”) – jangovar vaziyatda taktik maydonda tibbiy yordam ko'rsatish (yordam ko'rsatish, ahvolni turg'unlashtirish/stabilizatsiya/, evakuatsiyaga tayyorlash).

3. TEC – Tactical Evacuation Care (“yashil zona”) – taktik evakuatsiya bosqichida tibbiy yordam ko'rsatish (transportdagi tibbiy xodim va tegishli tibbiy jihozlar).

Mashg'ulot rahbari tomonidan tinglovchilarga yuqoridagi TCCCning tarkibiy qismlari bo'yicha real holatlarda sodir bo'lgan voqealarga asoslangan vaziyatli masalalar topshiriq qilib berildi.

Afg'oniston, Vetnam, Iroq davlatlaridagi harbiy mojarolar, AQSH davlatidagi teraktda tibbiy yordam tashkillashtirish va ko'rsatish davomida yo'l qo'yilgan kamchiliklar natijalari tahlil qilinib, shu vaziyatda to'g'ri tibbiy yordam ko'rsatish harakatlar algoritmi haqida ma'lumotlar berildi.

Mashg'ulot davomida TCCC bosqichlarida yordam



ko'rsatish MARCH tizimi bo'yicha amalga oshirilishi haqida aytib o'tildi:

Massive hemorrhage – massiv qon ketishini nazorat qilish.

Airway – yarador nafas olish yo'lini tozalash va ochish.

Respiration – nafas olishini tiklash.

Circulation – v/i yoki s/i suyuqlik quyish orqali shokni davolash.

Head injury/Hypothermia – bosh miya jarohatlarida gipotenziya yoki gipotermiyani davolash.

Barcha olib borilgan mashg'ulotlar yuqoridagi MARCH bo'yicha olib borildi.

Barcha mashg'ulotlar yakunida guruhlariga taqsimlangan xolda mavzuga doir amaliy ko'nikmalar bajarildi.

Mashg'ulotlarning so'ngi kuni TCCC dasturidan olgan bilimlar bo'yicha amaliy topshiriqlar bajarildi. 2 ta kichik guruh tuzildi. 2 ta ssenariy bo'yicha amalga oshirildi.

1 - ssenariy bo'yicha kunduzi jang maydonidan 3 nafar yaradorlarni jang maydonidan qidirib topish, dushman hujumini bartaraf etish, xavfsiz joyga olib o'tish, ularga vrachgacha bo'lgan tibbiy yordam ko'rsatish amaliyoti bajarildi. Yaradorlarni umumiy maqsadlarda foydalaniladigan avtomobilga evakuatsiya qilindi.

2 - ssenariy tungi vaqtda jang maydonidagi havfsiz hududda yaradorlarga vrachgacha bo'lgan tibbiy yordam ko'rsatish va jangovar vertolyotga evakuatsiya qilish mashg'uloti bajarildi. Ssenariy bo'yicha guruhlariga berilgan vaziyatli topshiriqlar bevosita harbiy tibbiyot maktabining hududida joylashgan taktik tibbiy maydonda o'quv jarayonidan ajralmagan holda o'tkazildi.

Har ikkala ssenariy bo'yicha amaliy mashg'ulotlar bajarilgandan so'ng mashg'ulot yakunida tinglovchilar va instruktorlar tomonidan tahlil o'tkazildi. Tahlil davomida tinglovchilarga kamchiliklar yetkazildi.

Takliflar:

1. TCCC tizimida bajariladigan barcha harakatlarni aniq ketma-ketlikdagi algoritmi yaratilgan va bu yaradorlarga tibbiy evakuatsiya bosqichlari yordam ko'rsatilishini tartibga soladi. O'R QK tizimida davolash - evakuatsiya ta'minotini aniq, sodda, qulay o'quv qo'llanma ishlab chiqish.

2. O'zbekistonda mustakillikka erishilgandan sung sodir bulgan terakt, ommaviy tartibsizliklar va lokal mojarolarda tibbiy ta'minotni tashkillashtirganlik darajasini retrospektiv ilmiy tahlil va xulosa chiqarib, kelajakda kafolatlangan va sifatli tibbiy ta'minotni to'g'ri va sifatli tashkillashtirish bo'yicha yaradorlarga algoritmi ishlab chiqish.

3. O'R QK da gospitalgacha bo'lgan bosqichda harbiy xizmatchilarga ishlatiladigan qon to'xtatuvchi vositalarni ko'rib chiqish, Traneksam kislotasi bilan taqqoslash, xulosaga ko'ra eng samarali qon ketishini to'xtatuvchi vositani tanlash.

4. Hozirda O'R QK tibbiyot xizmati tizimida chanoqson bo'g'imidan travmatik amputatsiya sodir bo'lganda qon ketishini to'xtatish uchun maxsus turniketlar

(junctional tourniquets) mavjud emas. Maxsus turniketlar yuqoridagi xolatlarda qon to'xtatishning samarali vositasi bo'lganligi uchun Qurolli kuchlarimizga tadbiq qilish.

O'R QK tibbiyot xizmati tizimida mavjud bo'lmagan tos suyaklari singanda ularni immobilizatsiya qilish uchun tabelli tibbiy vositalar ishlab chiqarishni mahalliyashtirish.

5. Hozirgi kunda harbiy xizmatchilar jangovar vaziyatlarda foydalanish uchun berilgan turniketlardan mashg'ulotlar vaqtida foydalanilmoqdalar, jumladan rivojlangan horijiy davlatlaridan olingan tajribaga ko'ra yuqoridagi holatlar turniketlarning qon to'xtatish sifatini pasayishiga olib kelishi aniqlangan. Turniketlarni sifatini saqlash maqsadida o'quv mashg'ulotlar va inspektorlik tekshiruvlar davomida me'yorlar topshirilishida berilgan turniketlardan foydalanmaslik hamda bu maqsadlar uchun alohida tibbiy vositalar zaxirasini bosqichma-bosqich yaratish.

6. Mashg'ulotlar o'tish sifati, tinglovchilarning o'zlashtirish ko'rsatkichini aniqlash maqsadida HTAda ham yo'nalishlar bo'yicha har bir kurs boshlanishida va yakunida kirish va chiqish testlarini tadbiq qilish maqsadga muvofiq.

7. Mashg'ulotlarini olib borishda har bir mavzu, o'tkazilayotgan amaliy ko'nikmalarni alohida o'qituvchi tomonidan olib borilishi (hozirgi kunda akademiyada bir guruhga kun davomidagi barcha mashg'ulotlar bir o'qituvchi tomonidan olib boriladi).

8. Harbiy tibbiyot akademiyasi va okrug gospitalar hududida shartli tibbiy taktik maydon yaratib, mashg'ulotlarni TCCC tizimining ilg'or tajribasi asosida tashkillashtirish uchun quyidagi vositalar bilan simulyatsiya markazini hamda taktik medik tayyorlanayotgan okrug gospitalarini ta'minlash (20 nafar tinglovchiga yetarli ravishda kaska, bronejilet, quyma plastmassa qurol (avtomat va pistalet), shaxsiy tibbiy jamlanma komplekti, taktik medik, feldsher, vrach tibbiy sumkalari 5 donadan, sun'iy qon vositasi, robot-manekenlar uchun harbiy dala kiyimi, tibbiy sumkalar tarkibiga kiruvchi sarflanuvchi tibbiy vositalar, shartli to'siqlar uchun kerakli jihozlar, tutun shashkachalari, avtonom ishlaydigan portativ ovoz karnaklari, kichik diapozonli ratsiya va b).

9. Janubiy Koreya Respublikasi harbiy tibbiyot maktabiga xizmat safariga borgan o'rta tibbiyot hodimlarini o'zlarining harbiy qismlarida TCCC o'quv kursida olgan bilimlari asosida shaxsiy tarkibga harbiy-tibbiy tayyorgarlik, maxsus-taktik tayyorgarlik mashg'ulotlarini tashkillashtirish bo'yicha ko'rsatma berish hamda joriy yilning noyabr – dekabr oylarida grafik asosida tekshiruv monitoringini o'tkazish.

10. Okrug gospitalari tasarrufidagi taktik tibbiyot o'quv bo'linmalari oy davomida 21 kun mashg'ulotlar bilan band bo'ladi. Oyning qolgan kunlari mashg'ulotlarga tayyorgarlik kunlari sifatida belgilangan. Okrug tasarrufidagi harbiy qismlarni mashg'ulotga tayyorgarlik kunlarining xisobidan ikki yoki uch kunini grafik asosida harbiy qismlarning harbiy tibbiy tayyorgarlik darajasini normativlarni olgan holda tekshirish va monitoringini olib borish.



FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:

Tccc-cmc-01-01 «combat medic/corpsman tactical combat casualty care» (learning objectives) cotccc naemt usa 2022 year.

Naemtaf&mr&tc «tactical combat casualty care medical personal course» (armed forces medical readiness & training school) / naemtaf&mr&tc republic of korea daejeon 2023 year.

Nurullayev a. J. «Motoo'qchi (tank) qo'shilmasi tibbiyot xizmati, uning vazifalari va tuzilishi» (amaliy mashg'ulotlar mazmuni) / a. J. Nurullayev toshkent 2015 yil.

Nurullayev a. J. «Davolash-evakuatsiya tadbirlarini tashkillashtirish» (o'quv qo'llanmasi) / a. J. Nurullayev toshkent 2017 yil.

УДК: 614 212 362 147 3553

Обоснование показателей оценки эффективности диспансеризации у военнослужащих Республики Узбекистан

Миррахимова С.Ш.¹; Ганиев Б.С.²¹ Научно-исследовательский институт Военно-медицинской академии Вооружённых Сил Республики Узбекистан.² Научно-исследовательский институт Военно-медицинской академии Вооружённых Сил Республики Узбекистан.

Показатели эффективности диспансерного наблюдения.

Эффективность диспансерного наблюдения зависит от усилий и квалификации врача, уровня организации диспансерного наблюдения, качества лечебно-оздоровительных мероприятий, от самого пациента, его материально-бытовых условий, условий труда, социально-экономических и экологических факторов.

Оценить показатели оценки эффективности диспансеризации можно на основе изучения полноты обследования, регулярности наблюдения, проведения комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий и его результатов. Это требует углублённого анализа данных, содержащихся в «Медицинской картах военнослужащих Республики Узбекистан» (ф.025/у) и «Контрольной карте диспансерного наблюдения военнослужащих Республики Узбекистан» (ф.030/у).

Оценку показателей эффективности диспансеризации следует проводить отдельно по группам:

- 1) здоровые;
- 2) военнослужащие, перенёсшие острые заболевания;
- 3) военнослужащие хроническими заболеваниями.

Удельный вес военнослужащих Республики Узбекистан, снятых с «Д» -учёта в связи с выздоровлением:

число военнослужащих, снятых с «Д» -учёта в связи с выздоровлением? 100 / число военнослужащих, состоящих на «Д» -учёте.

Удельный вес рецидивов военнослужащих Республики Узбекистан в диспансерной группе:

число обострений (рецидивов) в диспансерной группе? 100 / число военнослужащих с данным заболеванием, проходящих курс лечения.

Удельный вес военнослужащих, состоящих на «Д» -наблюдении, не имевших в течение года временной утраты военной пригодности (ВУВП):

число военнослужащих диспансерной группы, не имевших в течение года ВУВП? 100 / число работающих военнослужащих диспансерной группы.

Удельный вес вновь взятых на «Д» -учёт среди состоящих под наблюдением:

число вновь взятых военнослужащих на «Д» -учёт с данным заболеванием? 100 / число военнослужащих, состоящих на «Д» -учёте на начало года + вновь взятые военнослужащие в данном году.

Заболеваемость с временной утратой военной пригодности (ВУВП) в случаях и днях по конкретным заболеваниям, по поводу которых военнослужащие взяты на «Д» -учёт (на 100 диспансеризируемых):

число случаев (дней) заболеваемости с ВУВП при данном заболевании у диспансеризованных в данном году? 100 / число диспансеризованных с данным заболеванием.

Показатель первичной инвалидности состоящих на «Д» -учёте за год (на 10 000 диспансеризируемых): признаны впервые инвалидами в данном году по данному заболеванию из состоящих на «Д» -учёте? 1000 / число состоящих на «Д» -учёте в течение года по данному заболеванию. Летальность среди военнослужащих, состоящих на «Д» -учёте (на 100 диспансеризируемых): число умерших из состоящих на «Д» -учёте? 1000 / общее число военнослужащих, состоящих на «Д» -учёте.

Под показателями оценки эффективности диспансерного наблюдения у военнослужащих Республики Узбекистан следует понимать показатели, оценивающие достижение поставленной цели диспансеризации, конечных результатов. К показателям эффективности диспансеризации можно отнести динамика заболеваемости и болезненности по данным ЗВУВП для военнослужащих; общей заболеваемости по основной и сопутствующей патологии; госпитализированной заболеваемости; инвалидизация, в том числе первичная; летальность; исходы диспансеризации по данным годовых эпикризов выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение.

Оценку эффективности диспансеризации следует проводить отдельно по группам:

здоровые, военнослужащие военнотружующиеа, перенёсшие острые заболевания;

военнослужащие хроническими заболеваниями.

Критерием эффективности диспансеризации здоровых (I группа диспансерного наблюдения) является отсутствие заболеваний, сохранение здоровья и военной пригодности (отсутствие перевода в группу военнотружующих).

Критерием эффективности диспансеризации военнотружующие, перенёсших острые заболевания (II группа диспансерного наблюдения), является полное выздоровление и перевод в группу здоровых.

Критерием эффективности диспансеризации военнотружующие, страдающих хронической патологией



Название показателя	Способ вычисления	Исходные формы стат. документов	показателей оценки	
Эффективности диспансеризации	=	Число военнослужащих, состоящих на диспансерном учёте по поводу данного заболевания с улучшением (переведен в группу практически здоровых) [ухудшением, без изменения состояния] на конец отчётного года	x 100	ф. 030/у-04, ф. 12
Общее число военнослужащих, состоящих на диспансерном учёте по поводу данного заболевания на конец отчётного года				
Число случаев (дней) временной военной пригодности (на 100 работающих, состоящих на диспансерном учёте)	=	Число случаев (дней) временной военной пригодности у работающих, состоящих на диспансерном учёте	x 100	ф. 025-12/у
Общее число работающих, состоящих на диспансерном учёте				
Доля военнослужащих, состоявших на диспансерном учёте, переведённых на инвалидность	=	Число военнослужащих, состоявших на диспансерном учёте, переведённых на инвалидность	x 100	ф. 030/у-04, ф. 12
Показатель первичной инвалидности диспансеризуемых за год (на 100 диспансеризуемых)	=	Число военнослужащих, состоявших на диспансерном учёте, впервые признанных инвалидами в данном году по данному заболеванию	x 100	ф. 030/у-04, ф. 12
Общее число военнослужащих, состоявших на диспансерном учёте в течение года по данному заболеванию				
Доля военнослужащих, состояние которых улучшилось в течение года (%)	=	Число военнослужащих, у которых улучшилось состояние здоровья за год	x 100	ф. 030/у-04, ф. 12
Общее число хронических военнослужащих, состоявших на диспансерном учёте (III группа)				
Смертность военнослужащие, находящиеся на диспансерном учёте (на 1000 диспансеризованных)	=	Число умерших из состоявших на диспансерном учёте	x 1000	ф. 030/у-04, ф. 12
Общее число военнослужащих, состоявших на диспансерном учёте				



(III группа диспансерного наблюдения) является стойкая ремиссия (отсутствие обострений заболевания).

Кроме этого показателей оценки эффективности диспансеризации подтверждается показателем заболеваемости с временной утратой военной пригодности (с случаях и днях) по конкретным нозологическим формам, по поводу которых военнослужащие были взяты на диспансерное наблюдение, если наблюдается его снижение. Показатель сравнивают с показателем за предыдущий год или за несколько лет (наиболее полное представление об эффективности диспансеризации даёт сравнение за 3 - 5 лет); показатель первичной инвалидности диспансеризируемых; показатель доли военнослужащих, состояние которых улучшилось в течение года (III группа диспансерного наблюдения); показатель смертности военнослужащих, находящихся на диспансерном учёте (на 1000 диспансеризованных);

Первичная военномедико-санитарная помощь (ВПМСП) - является первым уровнем контакта военнослужащими с системой здравоохранения; она максимально приближена к месту жительства и работы людей и представляет собой первый этап непрерывного процесса охраны их здоровья.

Организация деятельности ВАПУ (военной амбулаторно-поликлинических учреждений) базируется на 4 основных принципах:

1. Участковость – закрепление за поликлиникой определённого участка.
2. Преемственность и этапность в лечении (поликлиника – первый этап, в стационар пациенты попадают по направлению врача.)
3. Профилактическая направленность, реализуется с помощью комплекса мер, направленных на предупреждение заболевания (диспансеризация, школы здоровья, прививки и т.п.)
4. Доступность – т.е. в неё можно в любой момент беспрепятственно попасть. Центральная клиническая диагностическая поликлиника – многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, призванное оказывать медицинскую помощь военнослужащим в возрасте от 18 лет и старше на до госпитального этапе и осуществлять мероприятия по оздоровлению прикреплённого контингента. По организационному принципу ЦКДП делятся на объединённые со стационаром и не объединённые со стационаром.

По мощности ЦКДП делятся на 5 категорий в зависимости от числа посещений в смену или числа обслуживаемого военнослужащих:

Режим работы ЦКДП устанавливает Главное Военно Медицинское Управление, на территории которого располагается медицинское учреждение, при этом исходят из возможности военнослужащих посещать ЦКДП в свободное от работы время, а также при необходимости. Наиболее рациональным графиком работы ЦКДП следует считать работу учреждения в будние дни с 8: 00 до 17:00 часов, а в субботние, воскресные и праздничные дни с 9:00 до 16:00 часов. Предпочти-

тельным для ЦКДП является режим шестидневной рабочей недели, который создаёт более благоприятные условия для равномерного распределения посещаемости по дням недели. В субботние дни приём военнослужащих в ЦКДП осуществляется дежурным терапевтом, врачами-специалистами и вспомогательной лечебной и диагностической службой.

Основные задачи ЦКДП:

Оказание квалифицированной и специализированной медицинской помощи в ЦКДП.

Организация и проведение профилактических мероприятий – диспансеризация населения, санитарно-просветительная работа, пропаганда здорового образа жизни, противоэпидемические мероприятия. Качественное проведение клинико-экспертной работы - экспертиза временной и выявление признаков стойкой военной пригодности. Своевременная госпитализация военнослужащих, нуждающихся в стационарном лечении, с предварительным максимальным обследованием. Соблюдение преемственных связей с другими военной медицинскими учреждениями. Осуществляя эти задачи, центральная клиническая диагностическая поликлиника оказывает первую и неотложную медицинскую помощь военнослужащим при острых и внезапных заболеваниях, травмах, отравлениях и других несчастных случаях; оказывает квалифицированную врачебную помощь, систематическом наблюдении врача или госпитализации; проводит раннее выявление заболеваний (квалифицированное и полное обследование обратившихся в ЦКДП); оказывает своевременную и квалифицированную врачебную помощь военнослужащим (на амбулаторном приёме): своевременно госпитализирует военнослужащих, нуждающихся в стационарном лечении, максимально полно обследуя их предварительно в соответствии с профилем заболевания; проводит восстановительное лечение военнослужащих, все виды профилактических осмотров, диспансеризацию, в т. ч. отбор военнослужащих (здоровых и военнослужащих), подлежащих динамическому наблюдению; осуществляет динамическое наблюдение за состоянием здоровья учащихся средних специальных и студентов высших военной учебных заведений, комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий. Совместно с ЦВСЭН проводит комплекс противоэпидемических мероприятий (вакцинация, раннее выявление военнослужащих инфекционными болезнями, динамическое наблюдение за военнослужащими, бывшими в контакте с такими военнослужащими, реконвалесцентами и др.). Проводит экспертизу временной и стойкой военной пригодности (выдача и продление листка военной пригодности, рекомендации по рациональному осуществлению службы и др.), а также направляет в пригодности военной медицинскую экспертизу для определения служащих с признаками стойкой утраты.

Структура ЦКДП включает:

- блок управления
- Кабинет главного врача



- Кабинет заместителя главного врача
- Кабинет главной медсестры
- регистратура
- лечебно-профилактический блок
- Каб участковых терапевтов
- Каб участковых хирургов
- Каб разных специалистов
- Манипуляционные, процедурные
- Прививочный каб
- Каб инфекционных заболеваний
- Диспансерное отделение
- лабораторно-диагностический блок Лаборатория, УЗИ, ЭКГ и т.п.

• вспомогательный блок
• Аптека,
• ЦСО
Административно-хозяйственный блок
Бухгалтерия,
канцелярия,
обслуживающий персонал,
склады если поликлиника объединена со стационаром,

то руководит не главный врач, а зам. главного врача по ЦКДП.

Лечебно-профилактическая часть ЦКДП начинается с

регистратуры. В регистратуре организуется предварительная и неотложная запись военнослужащих на приём к врачам как при непосредственном обращении в ЦКДП, так и по телефону, обеспечивается регулирование потока обращающихся за квалифицированную медицинскую помощью с целью создания равномерной нагрузки врачей.

Осуществляется своевременная подборка и доставка

медицинских карт в кабинеты врачей, правильная раскладка медицинских карт в картохранилище (архиве). Регистраторы заполняют лицевую часть медицинских карт, следят за их эстетическим видом. Ведётся книга записи вызовов для консультации узких специалистов, контролируется своевременность взятия вызовов врачами. В регистратуре пациенты ЦКДП получают информацию о времени приёма врачей всех специальностей, о порядке работы ЦКДП, о порядке предварительной записи на приём к врачам, о правилах подготовки к исследованиям, о времени и месте приёма военнослужащих главным врачом и его заместителями; адреса аптек, ЦКДП и госпиталей, оказывающих экстренную врачебную помощь военнослужащим в вечернее и ночное время. Основным и в большинстве случаев первым врачом в ЦКДП, к кому обращается пациент, является участковый врач-терапевт. На должность врача-терапевта участкового назначаются специалисты, имеющие высшее медицинское образование по специальности «Врач общей практики»; «Лечебное дело» или «Педиатрия» и сертификат специалиста по специальности «Терапия». Врач-терапевт участковый осуществляет свою деятельность по оказанию первичной медико-санитарной помощи военнослужащим в медицинских организациях преимущественно ведомственных системы здравоохранения: ЦКДП; амбулаториях; госпитально-поликлинических учреждениях ведомственной системы здравоохранения; других лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих первичную профессиональную квалифицированную медико-санитарную помощь военнослужащим.

ЛИТЕРАТУРА:

1. <https://eventnew.ru/kriterii-kachestva-i-effektivnosti-dispanserizatsii-pokazateli-effektivnosti/>
2. <https://www.kck.ru/solutions/otsenka-effektivnosti-proekta>
3. <https://www.sechenov.ru/upload/iblock/e6d/Dissertatsiya-Koshevoy-N.V..pdf>
4. <https://medical-diss.com/medicina/sovershenstvovanie-sistemy-dispanserizatsii-voennosluzhaschih-s-ispolzovaniem-metodov-donozologicheskoy-dagnostiki-fizic-1>
5. <https://www.disscat.com/content/sovershenstvovanie-sistemy-dispanserizatsii-voennosluzhashchikh-s-ispolzovaniem-metodov-dono>
6. <https://rmmk05.ru/wp-content/uploads/2020/04/PMSP-Lektsiya-21.04.pdf>



НАЗОРАТЛАНМАГАН АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯДА АРТЕРИОСКЛЕРОЗ РИВОЖЛАНИШИ БИЛАН БОҒЛИҚ ХАВФ ОМИЛЛАРИ

Шукурова Д.Ю., Хамидуллаева Г.А., Абдуллаева Г.Ж.,
Юсупова Х.Ф., Файзуллаева Ш.С., Сафаров Ж.Б.

Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази

АННОТАЦИЯ

Артериал гипертония (АГ) патогенезида ўзгарувчан ва ўзгармайдиган хавф омилларининг аҳамияти катта бўлиб, нишон аъзоларнинг субклиник шикастланишига ва артериосклероз ривожланишига олиб келиши асосланган.

Ишнинг мақсади: Назоратланмаган АГли беморларда кенг тарқалган хавф омилларининг артериялар шикастланиши – артериосклероз ривожланишига таъсирини ўрганиш.

Материал ва усуллар: Тадқиқотимизга 143 нафар 1-3 даражали АГ билан беморлар киритилди. Барча иштирокчиларнинг ўртача ёши 63.1 ± 8.9 ёшни ташкил этди. Клиник протокол бўйича систолик ва диастолик артериал қон босими (САБ ва ДАБ), тамаки чекиш, тана вазни индекси кўрсаткичи (тана вазни индекси ТВИ=вазн (кг) / бўй² (м²)), қондаги липидлар спектри, қон зардобидида глюкоза миқдори, микроальбуминурия (МАУ) биохимик усулда аниқланди, ош тузига таъм сезувчанлик синамаси ўтказилди. Функционал текширувлардан: эхокардиографияда чап қоринча миокарди массаси индекси (ЧҚММИ) ва диастолик функцияси; ультратовуш орқали уйқу артерияси интима-медиа комплекси (ИМК) қалинлиги аниқланди. Артериосклероз жараёни пульс тўлкини тезлиги (ПТТ) орқали “Сфигмакор” ускунасида аппланацион тонометрия усулида баҳоланди.

Натижалар: Тадқиқотимиз натижалари назоратланмаган АГ билан беморларнинг ўртача 68.5% да ўзгарувчан хавф омиллари кенг тарқалганлиги, ўртача 65% да чап қоринча гипертрофияси ва диастолик дисфункцияси, уйқу артерияси ИМК қалинлашиши ва микроальбуминурия каби нишон аъзолар шикастланиши борлигини кўрсатди. Бу эса ўз навбатида назоратланмаган АГли беморларда юрак-қон томир хавфи - юқори ва жуда юқори даражада деб баҳоланди. Кенг тарқалган ўзгарувчан хавф омиллар: тамаки чекиш, САБ, нахорги глюкоза сатҳи, ҳамда ИМК қалинлиги, МАУ кўрсаткичларини артериосклероз жараёнига таъсири ПТТ >10м/с кўрсаткичи билан тўғри корреляцион ишончли боғлиқликда аниқланди.

Хулоса. Назоратланмаган АГли беморларда артериосклероз жараёнини ривожланиши ва жадаллашувида ўзгарувчан хавф омилларининг тўғридан тўғри боғлиқлиги кўрсатилди. Натижаларимиз, ўзгарувчан хавф омилларини оптимал медикаментоз ва номедикаментоз даволаш орқали назорат қилиб, артериосклероз жараёнига ижобий таъсир ўтказиш мумкинлигини англатди.

Калит сўзлар: Назоратланмаган артериал гипертония, хавф омиллар, артериосклероз, нишон аъзоларнинг шикастланиши.

АННОТАЦИЯ

Значимость модифицируемых и немодифицируемых факторов риска в патогенезе артериальной гипертензии (АГ) основана на том, что они вызывают субклиническое поражение органов-мишеней и развитие атеросклероза.

Цель работы: изучить влияние общих факторов риска на развитие поражения артерий - атеросклероза у больных неконтролируемой АГ.

Материал и методы. В исследование включены 143 пациента с АГ 1-3 степени. Средний возраст всех участников составил $63,1 \pm 8,9$ года. По клиническому протоколу определяют систолическое и диастолическое артериальное давление (САД и ДАВ), курение, показатель индекса массы тела (индекс массы тела ТВИ=вес (кг)/рост² (м²)), липидный спектр крови, уровень глюкозы в крови, микроальбуминурию. (МАУ) определяли биохимическим методом, проводили тест на вкусовую чувствительность к поваренной соли.

Функциональные исследования: индекс массы миокарда левого желудочка (ИМЛЖ) и диастолическая функция при эхокардиографии; толщину комплекса интима-медиа сонной артерии (ИМК) определяли с помощью УЗИ. Процесс атеросклероза оценивали по скорости пульсовой волны (ЧТВ) с помощью аппланационной тонометрии на аппарате «Сфигмакор».

Результаты. Результаты нашего исследования показали преобладание модифицируемых факторов риска у 68,5% пациентов с неконтролируемой ФП и поражение органов-мишеней, таких как гипертрофия и диастолическая дисфункция левого желудочка, утолщение ИМК сонной артерии и микроальбуминурия - у 65%. Это, в свою очередь, оценивается как высокий или очень высокий сердечно-сосудистый риск у пациентов с неконтролируемой СН. Общие модифицируемые факторы риска: табакокурение, САБ, на тощак уровень глюкозы,

а также толщина ИМ, влияние показателей МАУ на артериосклеротический процесс определялись в достоверной корреляции с ЧТВ >10 м/с.

Содержание. Показана прямая корреляция переменных факторов риска в развитии и ускорении процесса атеросклероза у больных неконтролируемой АГ. Наши результаты показывают, что контроль модифицируемых факторов риска посредством оптимального медикаментозного и немедикаментозного лечения может положительно влиять на процесс атеросклероза.

Ключевые слова: неконтролируемая артериальная гипертензия, факторы риска, атеросклероз, поражение органов-мишеней.

ANNOTATION

The importance of modifiable and non-modifiable risk factors in the pathogenesis of arterial hypertension (AH) is because they cause subclinical damage of target organs and the development of arteriosclerosis.

The purpose of the study: the influence of common risk factors on the development of arterial damage - arteriosclerosis in uncontrolled AG patients.

Materials and methods: Our study included 143 patients with I-III AH degree. The average age of patients was 63.1 ± 8.9 years. According to the clinical protocol, systolic and diastolic blood pressure (SBP, DBP), body mass index, blood lipid spectrum, blood glucose level, microalbuminuria (MAU) was determined by a biochemical method, a taste sensitivity test to table salt was conducted. Left ventricular myocardial mass index (LVMI) and diastolic function in echocardiography; the thickness of the carotid artery intima-media complex (IMC) was determined by ultrasound. The process of arteriosclerosis was assessed by pulse wave velocity (PWV) using applanation tonometry on Sphygmocor device.

Results: The results of our study showed the prevalence of modifiable risk factors in 68.5% of patients with uncontrolled AH, and target organ damage such as left ventricular hypertrophy and diastolic dysfunction, carotid artery IMC thickening, and microalbuminuria in 65%. This, has been assessed as high to very high cardiovascular risk in patients with uncontrolled AH. Common modifiable risk factors: tobacco smoking, postprandial glucose level, as well as IMC thickness, the effect of MAU indicators on the arteriosclerosis process were determined in a reliable correlation with $PWV > 10$ m/s.

Conclusion. A direct correlation of variable risk factors in the development and acceleration of the arteriosclerosis process in uncontrolled AH patients was shown. Our results suggest that controlling modifiable risk factors through optimal drug and non-drug treatment can positively influence the arteriosclerosis process.

Key words: Uncontrolled arterial hypertension, risk factors, arteriosclerosis, target organs damage.

Маълумки, артериал гипертензия (АГ) патогенезида ва нишон аъзолар шикастланишида ўзгарувчан ва ўзгармайдиган хавф омилларининг аҳамияти катта. Жумладан, ўзгармайдиган хавф омилларидан жинс ва ёшни оладиган бўлсак, АГли эркаклар орасида юрак-кон томир (ЮКТ) касалликлар ва асоратларнинг аёлларга нисбатан эрта пайдо бўлиши тадқиқотларда асосланган. Ёш улғайиши билан нафақат артериялар, балки юрак, бош мия, буйраклар ва кўз тубидаги ўзгаришлар физиологик жараён ҳисобланади, аммо бу жараёнга ўзгарувчан хавф омиллар кўшилганда, нишон аъзоларнинг субклиник шикастланишига олиб келиши асосланган [1]. Шу билан бирга ЮКТ касалликларини ривожланишидаги ўзгарувчан хавф омиллари – ортикча вазн ва семизликни бартараф қилиш, мева ва сабзавотлар истеъмоли, ош тузи ортикча истеъмолини ЖССТ тавсия қилган <5 г/сут гача чеклаш, жисмоний фаол бўлиш, тамаки маҳсулотлар истеъмолини чеклаш, алкоголь истеъмолини камайтириш каби соғлом турмуш ва немедикаментоз даволаш орқали артериал босимни (АБ)ни пасайтириш ва хавф даражасини камайтириши тадқиқотларда ўз исботини топган [2].

Хавф омилларидан семизлик ва айниқса абдоминал семизлик кенг тарқалган ва метаболик синдром

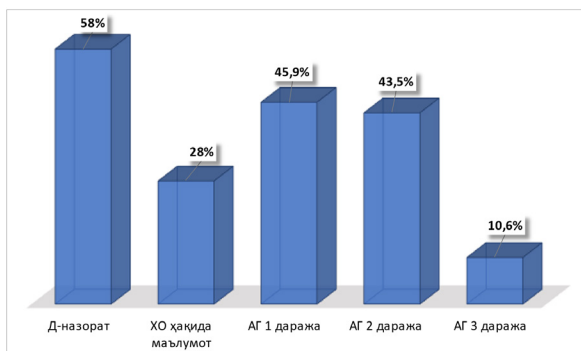
компонентларидан ҳисобланади. Семизликда симпатoadrenal ва ренин-ангиотензин тизимлари фаоллиги, инсулинга резистентликнинг ривожланиши ва гиперинсулинизм нафақат АБни кўтарилишига, балки нишон аъзолар шикастланишига, жумладан артерияларда артериосклероз ривожланишига олиб келади [3]. Метаболик синдромнинг яна бир компоненти – гипертриглицеридемия нафақат артериосклероз, балки ЮКТ хавфини оширувчи омил сифатида белгиланди [4]. Юқоридагилардан келиб чиқиб, илмий иш мақсади назоратланмаган АГли беморларда кенг тарқалган хавф омилларининг артериялар шикастланиши – артериосклероз ривожланишига таъсирини ўрганиш, деб белгиланди.

Тадқиқот материали ва услублар. Бизнинг тадқиқотимизга 143 нафар 1-3 даражали назоратланмаган АГ билан беморлар киритилди. Барча иштирокчиларнинг ўртача ёши 63.1 ± 8.9 ёшни ташкил этди. Тадқиқотга киритилганлар илмий иш протоколи бўйича физикал, функционал ва лаборатор текширувлардан ўтказилди. Клиник ҳолатни баҳолаш учун қуйидаги ЮКТ касалликлари хавф омиллари ўрганилди: систолик ва диастолик артериал кон босими (САБ ва ДАБ), тамаки чекиш,



тана вазни индекси кўрсаткичи (тана вазни индекси $TBI = \text{вазн (кг)} / \text{бўй}^2 \text{ (м}^2\text{)}$), қондаги липидлар спектри, жумладан умумий холестерин (УХ), триглицеридлар (ТГ), юқори зичликдаги липопротеид холестерини (ЮЗЛП ХС), паст зичликдаги липопротеид холестерини (ПЗЛП ХС), қон зардобдаги глюкоза миқдори, тузга таъм сезувчанлик синамаси, сийдикдаги электролитлар (Na, K, Cl) сатҳи ва микроальбуминурия (МАУ) биохимик усулда аниқланди. Функционал текширувлардан: электрокардиограмма, эхокардиография, брахиоцефал артериялар ультратовуш текширувида уйқу артерияси интима-медиа комплекси (ИМК) қалинлиги аниқланди. Юрак чап қоринчаси гипертрофияси (ЧҚГ) чап қоринча миокард массасини тана майдонига нисбатан индексланган кўрсаткич бўйича ташхисланди. Артериосклероз жараёни пульс тўлқини тезлиги (ПТТ) орқали “Сфигмакор” ускунасида аппланацион тонометрия усулида баҳоланди. Беморлар ва соғломларда ош тузига таъм сезгирлик бўсағаси Хенкен синамасида аниқланди.

Истисно қилиш мезонлари. Тадқиқотга юрак ишемик касаллиги, сурункали юрак етишмовчилиги, юрак ритмининг мураккаб бузилиши, периферик артериялар касаллиги, цереброваскуляр асоратлар (ўтказилган транзитор ишемик хуруж, бош мия қон айланишни ўтқир бўзилишлари), қандли диабет ва оғир ёндош касалликлари бор беморлар киритилмади.



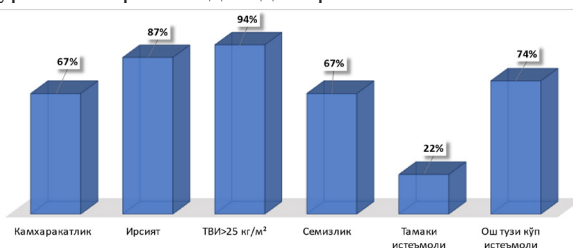
1-расм. Беморларнинг АГ даражаси, Д-назоратда туриши ва хавф омиллари (ХО) ҳақида маълумоти борлиги

Статистик таҳлил. Натижаларни статистик қайта ишлаш Microsoft Office Excel-2007 ва Windows учун Statistics 6.0 дастурлари ёрдамида амалга оширилди. χ^2 тести сифат хусусиятлари ўртасидаги фарқларнинг аҳамиятини таҳлил қилиш учун ишлатилди. Боғлиқликларни ишонччилик даражаси Спирмен корреляцион таҳлилда текширилди. Таҳлилнинг барча турлари учун $p < 0,05$ қийматлари статистик жиҳатдан аҳамиятли ҳисобланади.

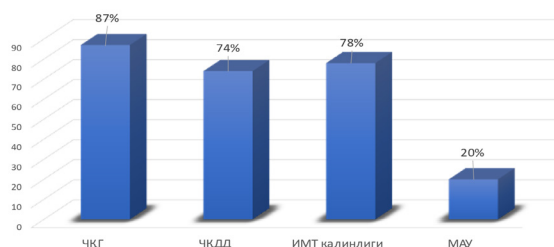
Олинган натижалар. АГли беморларни скрининг ва физикал кўрик натижасида 42% бемор турар жой поликлиникасида назоратда турмаслиги ва антигипертензив дори воситалари қабул қилмаслиги, сўровдан ўтганлардан 28% ЮҚТ хавф омилларидан хабари борлиги, 87% ЮҚТ касалликларига ирсий

мойиллик борлиги, 67% беморда камҳаракатлик, деярли барча АГли беморда ортиқча вазн ($TBI > 25 \text{ кг/м}^2$), ва шулардан 67% да семизлик аниқланди. Ош тузига таъм сезиш бўсағаси деярли $\frac{3}{4}$ беморда юқори бўлди ва скрининг қилинган АГли беморларни тузга-сезувчан АГ мойиллигидан далолат берди (1,2-расмлар).

Аниқланган нишон аъзолари шикастланиши бўйича текширувга киритилган беморлар ЮҚТ касалликларининг юқори хавф стратификациясида деб баҳоланди ва соғлом турмуш тарзи ҳамда медикаментоз антигипертензив дори воситаларни комбинацияли даволаш тавсия этилди. Беморлардан 70% дан кўп ҳолатларда гипертензив юракка хос эхокардиографик ўзгаришлар - ЧҚГ ва чап қоринча диастолик дисфункцияси (ЧҚДД), уйқу артерияси ремоделланиши - ИМК қатламининг мейёридан ортиқ қалинлашиши аниқланди. Гипертоник нефросклероз омили бўлган МАУ 20% беморда ташхисланди (3-расм). Текширувга киритилган беморларнинг клиник кўрсаткичлари 1-жадвалда берилган.



2-расм. АГли беморларда аниқланган хавф омилларининг учраши



3-расм. АГли беморларда нишон аъзолар шикастланишининг учраши

Изоҳ: ЧҚГ – чап қоринча гипертрофияси, ЧҚДД – чап қоринча диастолик дисфункцияси, ИМК – уйқу артериясининг интима-медиа тизими, МАУ – микроальбуминурия

Хавф омиллари ва нишон аъзолар шикастланишининг артериосклероз жараёни билан боғлиқлигини ўрганиш натижасида қон томир эрта қариши кўрсаткичи ПТТ ошишига дахлдор хавф омиллари ва нишон аъзолар шикастланиш маркёрлари таҳлил қилиниди.

Тадқиқотимизда 143 нафар АГ билан беморларнинг хавф омиллари ва қон томир қариши предиктори бўлган ПТТ орасида маълум

I-жадвал.

**Текширувга киритилган беморларнинг
клиник, функционал ва биохимик
кўрсаткичлари**

Кўрсаткичлар	АГ билан беморлар n=143
	M±SD (Me [Q1; Q3])
Бемор ёши, й.	55.68±9.8 (49 [58;73])
АГ давомийлиги, й	10.7±6.6 (5 [10;44])
АГ даражаси, %:	
1-даража	45.9%
2-даража	43.5%
3-даража	10.6%
ТВИ (кг/м ²)	32.3±5.07 (22.8 [32;46])
САБ (мм с.у.)	171.06±17.7 (160 [170;240])
ДАБ (мм с.у.)	100.06±8.7 (100 [100;140])
Ўртача АБ (мм с.у.)	122.9±9.9 (120 [123;173])
ПТТ >10 м/с	10.9±2.4 (9.4 [10.8;22.8])
ЧҚММИ, г/м ²	136.3±34.1 (133.0 [113.3;276.2])
ИМК, мм	1.027±0.19 (1 [0.9;1.5])
Глюкоза, ммоль/л	6.14±2.29 (5 [5.4;16.5])
Креатинин, мкмоль/л	94.5±22.2 (79 [92;207])
КФТ<60 мл/мин/1,73 м ²	70.25±17.1 (57.15 [67.4;120.68])
Сийдик кислотаси, мг/дл	6.25±1.65 (5.1 [6.2;11.2])
Умумий холестерин, мг/дл	205±47.8 (169 [205;364])
ТГ, мг/дл	166.8±83.2 (105.25 [151;407])
ПЗЛП ХС, мг/дл	122.02±43.6 (100 [123;274])
ЮЗЛП ХС, мг/дл	44.26±11.1 (37 [43;97])
МАУ	38.08±42.9(9.02 [22.8;251.2])

Изоҳ: АГ – артериал гипертония, ТВИ – тана вазни индекси, САБ – систолик артериал босим, ДАБ – диастолик артериал босим, ПТТ – пульс тўлқини тезлиги, ЧҚММИ – чап қоринча миокарди массасининг индекси, ИМК – интима-медиа қалинлиги, КФТ – коптокчалар филтрацияси тезлиги, ТГ - триглицеридлар, ПЗЛП ХС – паст зичликдаги липопротеинлар холестерини, ЮЗЛП ХС – юқори зичликдаги липопротеинлар холестерини, МАУ – микроальбуминурия.

корреляциялар аниқланди. Жумладан, бемор ёши ($r=0.383$, $p=0.0001$), тамаки чекиш ($r=0.44$, $p=0.021$), САБ ($r=0.15$, $p=0.046$), қон зардобдаги глюкоза миқдори ($r=0.2$, $p=0.008$), уйқу артериясининг ИМК қалинлиги ($r=0.3$, $p=0.0001$) ва МАУ ($r=0.4$, $p=0.034$) билан ўрта даражада ишончли корреляцион боғлиқликлар намоён бўлди.

Муҳокама. Артерияларнинг, жумладан энг эластик артерия - аортанинг қаттиқлиги феноменида ПТТни катта аҳамиятга эга. Пульс тўлқини - икки тўлқинларнинг – тўғри (аортадан куйи қисмларга йўналтирилган) ва аксланган (аортанинг бифуркациясидан аксланиб, тўғри тўлқинга қарама-қарши йўналган) тўлқинларнинг йиғиндисидан келиб чиқади. **Аорта, юқори эластиклик хусусиятлари туфайли зарб ҳажмини сўндириб, юрак қисқариши энергиясининг маълум қисмини диастола даврига ўтказа олади.** Бу эса аортада систолик босимнинг пасайишига ва диастолик босимнинг кўтарилишига, шу билан бирга пульс тўлқинининг бош мия, юрак ва буйраклар қон томирларига шикастлантирувчи таъсирини камайишига ва қон билан таъминлашнинг яхшиланишига олиб келади [5]. ЮҚТ касалликларида ривожланувчи аортанинг қаттиқлиги феноменида пульс тўлқини аортанинг бифуркациясига урилиб, сусаймайди, кучайган аксланувчи тўлқин асосий пульс тўлқинининг устига қўшилади. Бунда аортадаги систолик босим кўтарилади, марказий систолик ва диастолик босимлар фарқи, ЮҚТ касалликлари асоратларининг предиктори бўлган – марказий пульс босими ошади.

Артериялар қаттиқлиги ноинвазив усулда ПТТни ўлчашга асосланган аппланацион тонометрия усулидир. Бунда аниқ масофада (Д) жойлашган магистрал томирларнинг турли бўлимлардаги иккита пульс тўлқинини ва улар орасидаги транзит вақтини, яъни биринчи тўлқин кўтарилишидан бошлаб (уйқу артерияларда) ундан дистал жойлашган иккинчи тўлқин (сон артерияларида) кўтарилишигача ўтган вақт асосида ўлчанадиган тезлик – каротид-феморал пульс тўлқинининг тезлигидир. ПТТни ўлчаш клиник шароитда қўлланадиган енгил, такрорланувчи усул бўлиб, аортанинг қаттиқлигини аниқловчи «олтин стандарт» усули ҳисобланади. Аппланацион тонометрия текширувида ПТТ >10 м/с дан юқори кўрсаткичи артериялар шикастланиши, артериосклероз ривожланишидан далолат беради [6].

Айтиб ўтилганидек, эластик артериялар эрта қариши, яъни артериосклероз АГнинг нишон аъзоси - қон-томирлар шикастланишидан далолат беради, бунда САБ, пульс босими, бир қатор хавф омиллари, нишон аъзолар шикастланиши билан чамбарчас боғлиқлиги илмий адабиётлардан маълум [7].

Қон-томирининг АГ таъсирида эрта қаришини ва артериосклерозни ифодаловчи кўрсаткичларни аниқлашга мўлжалланган аппланацион тонометрия



усули билан ташхислаш асосан йирик эксперт марказларида ўтказилади. Кундалик амалиётда қон-томирлар ёшини аниқлаш, томир ремоделинги, унинг даволашга боғлиқ ўзгаришлари, нишон-аъзо шикастланиш даражаси шифокорлар учун юқори диагностик маълумот бўлсада, соғлиқни сақлаш тизимининг бошланғич босқичларида – оилавий ва кўптармоқли поликлиникаларда ўтказиш учун рутин текширувлар қаторига киритилмаган. Бундан келиб чиқиб, ҳозирги вақтда бирламчи бўғим шифокорлари учун барча гипертонияли беморларни хавф стратификациясини ўтказиш, 3 ва ундан ортиқ хавф омиллари ҳамда нишон аъзолар шикастланиши аниқланганда ЮҚТ касалликлари ва асоратининг юқори ва жуда юқори хавфини белгилаб, артериялар шикастланиши артериосклероз жараёни ривожланишини назарда тутган ҳолда вазопротекция (қон-томир протекцияси) самарасини берувчи антигипертензив

дориларни қўллаш тавсия этилади. Бунда ўзгарувчан хавф омилларини медикаментоз ва номедикаментоз назорат қилиш орқали артериосклероз жараёнига таъсир кўрсата олиш мумкинлиги олинган натижаларимиздаги узвий боғлиқликларда акс эттирилган.

Тадқиқотимиз натижалари, 1-3 даражали назоратланмаган АГ билан 143 нафар беморда ўзгарувчан хавф омиллари ва нишон аъзолар шикастланишининг кенг тарқалганлигини кўрсатди. Демак, ўзгармайдиган хавф омили - бемор ёшига таъсир кўрсата олмасакда, ўзгарувчи хавф омиллар: тамаки чекиш, САБ кўрсаткичлари, наҳорги глюкоза сатҳи ҳамда нишон аъзолар ИМК қалинлиги ва МАУ кўрсаткичларини, соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиб, комбинацияланган антигипертензив терапия билан артериал босимни мақсадли даражагача назоратлаш орқали артериосклероз жараёнига таъсир кўрсатиш мумкин.

ҚЎЛЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Курбанов Р.Д., Хамидуллаева Г.А. Артериал гипертония. Монография. Тошкент 2017 й. 356 б.
2. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*. 2018;39(33):3021– 104. DOI: 10.1093/eurheartj/ehy339.
3. Курбанов Р.Д., Срождинова Н.З. Метаболический синдром. Методическое пособие. Ташкент 2016г.
4. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison, Himmelfarb C et al. 2017 ACC/AHA/ AAPA/ABC/ACPM/AGS/, APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*. 2018;71(6):1269–324.
5. Tursunova NB, Nizamov UI, Kurbanov RD, Khamidullaeva GA, Abdullaeva GJ, Shek AB. //The relationship between the parameters of blood pressure variability and arterial wall stiffness in patients with arterial hypertension. *International Journal of Biomedicine* 2019, V 9, Issue 3: 197-201
6. Lu Y, Pechlaner R, Cai J, Yuan H, Huang Z, Yang G, et al. Trajectories of Age-Related Arterial Stiffness in Chinese Men and Women. *J Am Coll Cardiol* 2020; 75:870–880
7. Agbaje AO, Barker AR, Tuomainen TP. Effects of arterial stiffness and carotid intima-media thickness progression on the risk of overweight/obesity and elevated blood pressure/hypertension: a cross-lagged cohort study. *Hypertension (Dallas, Tex: 1979)* 2022; 79:159–169



MUNDARIJA

Алламбергенова Н.Г., Д.М.Н., Анварова Л.У., К.М.Н., Мухамедалиева Н.М. Здоровье сотрудников внутренних дел – основа безопасности в чрезвычайных ситуациях и эпидемиях	2
Kodirov D. A., Xudayberganov A.S., Israilova G.M. O'zbekistonda kattalar uchun o'rtacha kunlik ovqatlanish ratsionida o'simlik bo'yog'qlari iste'molini baholash	5
Мухамедова М.Г., Мирсаликова Р.А. Анализ влияния сердечно сосудистых заболеваний на распространенность воинской непригодности среди военнослужащих	8
Тулабоева Г.М., Талипова ю.Ш., Сагатов Х.М., Абдукадирова Н.М. Хусанов А.А., Адилова И.Г., Атаханова Л.Э. Изучение приверженности к антигипертензивной терапии у женщин климактерического возраста	11
Абдуллаева Д.Г., Икромов Н.И. Факторы риска ожирения.	18
Бабаханова Д.М., Абдуллаев Ш.Р., Максудова Л.М., Нурматов Ш.Ш. Современные подходы к диагностике и лечению Блефароконъюнктивитов демодекозной этиологии	24
Sotimov G.B., Tillaboyev A.B., Kadirova D.E., Zuvaydullayev B.J. Allium motor o'simligininig yer ustki qismidan quruq ekstraksiya olish texnologiyasi va	
Atamuradov. Sh.I. Cho'l va issiq iqlim hududlarida qo'shinlarning ovqatlanishini tashkil qilish	29
Рустамов И.Х., Атамуратов Ш.И. Тошкент шаҳридаги фармацевтика корхоналари ампула цехида меҳнат шароитларининг гигиеник таҳлили	33
Атамуратов Ш.И., М.Т.Кариева, Н.А.Раджабова Возможности применения персонализированного обучения при преподавании в высшем учебном заведении	38
Хамидов Р. У., Ш.И.Атамуратов, В.С.Касимова Значение и влияние физической подготовки на воспитание психологических качеств военнослужащих	41
Atamuradov Sh.I., Kasimova V.S. Gimnastika va suv sporti turlarining uyg'unligidan foydalanish.. . . .	44
Ибрагимов Д.Д., Гаффаров У. Б., Урунова Д.Х. Профилактика местных осложнений после удаления зуба у больных с сахарным диабетом.	47
Юсупова С.А., Ашуев Ж.А., Гаффаров У.Б., Ибрагимов Д.Д. Распространенность предраковых болезней губ в Республике Дагестан.	49
Ашуев Ж.А., Гаффаров У.Б., Ибрагимов Д.Д. Предраковые болезни губ у населения в различных климатогеографических зонах Республики Дагестан	56



Nuraliyeva.D.M, Muhkamedova.M.G., Azizova F.F. Features of therapy of ischemic heart disease with hypertension	62
Эшбеков М.Э., Абдусаматов Ж.М., Атамурадов Ш.И., Рахимов А.Ф. Helicobacter pylori: фикрлар, фактлар, гипотезалар.	66
Halimov B.X., Qutliyev J.A., Harbiy xizmatchilarning dispanserizatsiya ishlarini rejalashtirishda ularning hayot sifati ko'rsatkichlarini maxsus standartlashtirilgan sf-36 so'rovnoma yordamida baholashning ahamiyati	72
Burxanov T.M., Ibragimov Sh.F. Harbiy xizmatchilarda ma'naviy-madaniy fazilatlar orqali jangovar ruhni yuksaltirish omillari	76
Эшбеков М.Э., Абдусаматов Ж.М., Рахимов А.Ф. Определение и классификация язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.	79
Нажмутдинова Д.К., Кузиева М.М., Базарова С.А. Қандли диабет 2 тури билан касалланган беморларда липидлар алмашинувидаги ўзгаришларни баҳолаш.82	
В.Н.Юлдашев Қадимги рим империяси ва буюк саркарда амир темур қўшинларидаги тиббий таъминотни ривожланишдаги ўхшашликлар	86
Мухамедова М.Г., Арнопольская Д.И Электрокардиографические паттерны кардиоваскулярного риска у молодых мужчин.	90
Назирова М.Х., Базарова С.А. Динамика лабораторных показателей при применении моноклональных антител при COVID-19.	95
Нурмухамедов Х.Д., Базарова С.А. Буйрак шикастланиши билан кечадиган рабдомиолизда клиник ва лаборатор маълумотларнинг хусусиятлари.....	100
Расулов У.А. Современные организационные проблемы системы медицинского обеспечения войск.	103
Halimov B.X., Qutliyev J.A. Harbiy xizmatchilar salomatligiga ta'sir etuvchi xizmat sharoiti omillari va profilatika muammolariga zamonaviy qarashlar	106
Базарова С.А., Тураева Ф.Б Актуальность проблемы диагностики реактивного артрита у лиц молодого возраста	112
Fayziyeva D.B Merganlar ko'rish o'tkirligiga ta'sir qiluvchi omillar tahlili.	117
Очилова Х.Р., Муратов Ф.Х. Ибрагимова Н.Х. Ҳарбий хизматчиларда вегетатив дистония синдроми клиник-нейрофизиологик хусусиятлари.	123
Шоназаров А.А., Убайдуллаева Н.Н., Рустамов С.С. Ўзбекистон шароитида муддатли ҳарбий хизматчилари орасида нафас аъзоларининг ўткир касалликларида нутритив ҳолати ва метаболизмни баҳолаш.	127
Мухамедова М.Г., Мирварисова Л.Т., Эрматов З.Ш., Шейхаметов Ф.Д Мирворисова З.Ш. Развитие новой модели функционирования в рамках пилотного проекта между фондом государственного медицинского страхования и медицинскими организациями Сырдарьинской области.	130

**Urazbayev I.R.**

O'zbekiston Respublikasi qurolli kuchlari harbiy xizmatchilariga kardiojarrohlik yordamining tahlili va rivojlanish istiqbollari 136

Мухамедова М.Г., Мирварисова Л.Т., Эрматов З.Ш., Шейхаметов Ф.Д., Мирворисова З.Ш.

Организация медицинской помощи и характеристики модели центральной районной больницы в рамках системы государственного медицинского страхования. 141

Nurullayev A. J., Chub V. L., Mirboboyev D.N.

Davolash-evakuatsiya tadbirlarini takomillashtirishda GPS (glonass) yo'ldosh navigatsion tizimidan foydalanish istiqbollari 146

Болтабаев М.У.

Клинико-эпидемиологические особенности течения гепатита "а" в Ферганской области 150

Raximov A.N.

Yosh rahbar kadrlarni boshqaruv salohiyatini rivojlantirishda trening ta'lim texnologiyasi 153

Кучкоров Ш.Ш., Гадаев А.Г.

Сурункали юрак етишмовчилиги буйраклар дисфункцияси билан кечганда электролитлар бузилиши ва уларга комплекс муолажалар таъсирини баҳолаш 156

Qulmirzayev X.E.

"Teletibbiyot yo'nalishida ishlab chiqilgan adabiyotlar sharhi" 161

Қодиров О.Ў.

Истеъмол қилинаётган сувнинг инсон организмига таъсири. 164

Qosimova Z.M.

Gipertoniya kasalligiga sabab bo'luvchi etiologik faktorlar va unga qarshi kurash chora-tadbirlari. 167

Abdullayev Sh.R., Rasulova N.R

Miopiya va sport 172

Sharapov I.K.

Bolalar tug'ma yurak nuqsonlari 174

Холматова Я.Н.

Причины и осложнения ретинопатии у больных сахарным диабетом 177

Yuldasheva M.T., Abdulazizova Sh.A., Nishanov Y.N.

Pathomorphological changes of nasal mucosa under the influence of pesticides. 180

Azimov A.V., Xolmatov O'T., Karimov Z.A.,

O'tkir respirator virusli infeksiyalarni harbiy xizmatchilar orasida kechish xususiyatlari. 184

Алимова И.А., Рузибоев М.Н., Анварова З.К., Абдуллаев С.С.,

Социализация и реабилитация детей с синдромом дауна. 185

Болтабоева Д.И.

Социальной адаптации детей. 185

Voxobov N.G'.

Harbiy xizmatchilarni oliy ta'lim tizimida innovatsion faoliyatni axborot texnologiyalari asosida takomillashtirish yo'llari. 194

Красненкова М.Б., Исабеков Б.



Структура летальных исходов пациентов с тяжелыми черепно-мозговыми травмами	198
Каримова Н.Ю. Совершенствование лечения стоматологических заболеваний у детей с диабетической полиневропатией.	202
Маматкулова М.Т Значение вакцинации при НВВ инфекции.	206
Shadiyeva sh.Sh., Ochilova d.A., Kamolova I.Y., Radjabova a.F Frequency of h. Pylori infection in patients with functional dyspepsia and chronic generalized periodontitis	209
Тураев И.Э., Худайбергенов А.С. Спорт диетологиясини такомиллаштириш асослари	213
Очилова Д.А., Даун синдроми мавжуд ўсмирлик даврида бўлган болаларда антропометрик кўрсаткичларнинг қиёсий тавсифи	215
Раджабова А.Ф. Ошқозон-ичак яра касаллиги фонидаги сурункали тарқалган пародонтит мавжуд беморларда даволашдан олдин ва даволашдан кейинги иммунологик тадқиқотлар натижалари.	219
Валиев Э.Ю., Тилияков х.А., Валиев о.Э., Абдусаматов Д.М. Современные методы оценки и результаты оперативного лечения пострадавших с сочетанными повреждениями костей таза и бедра	227
Саидов Ш.Б., Хамрабаева Ф.И. Роль цинка в поддержании здоровья слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта: обзор научных исследований.	234
Салохитдинов Э.Ш. Причины, виды и лечебные мероприятия почечнокаменной болезни	237
Sattorov N.P. Yuksak salohiyatli pedagog kadrlarni tayyorlash professional harbiy xizmatchilarni tayyorlashning asoslaridan biri sifatida	239
Ибрагимов Д.Д., Гаффаров У.Б., Ахмедов А.Н., Шукурова З.С Юз – жағ соҳаси қўшма жароҳатларида беморларнинг клиник иммунологик хусусиятлари.	242
Тожибоев Т.А. Диагностика и лечения поражения миокарда у больных ковид-19	244
Karimova O.E. O‘smirlik davri muammolarini bartaraf etishda mashg‘ulotlarda psixologik treninglardan foydalanish.	248
Сапаров Б.Х. Теоретико–исторические корни патриотических и националистических идей Начальник цикла специальной подготовки учебного центра военной подготовки национального университета Узбекистана	249
Алиева Р.Б., Мухаммедова М.Г. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и женский пол.	252
Найдаров И.Т., Krasnenkova M.B., Mahmudov H.O. Analysis of the clinical course of illness in patients with combined brain injury	268



Shadiyeva Sh.Sh., Nasimova S.Y.

Role of helicobacter infection in the development of functional dyspepsia and inflammatory periodontal diseases 271

Шадиева Ш.Ш.

Функционал диспепсия мўтадил ва кучли ифодаланган беморларда пародонтни юмшоқ
тўқималарининг қиёсий цитологик тавсифи 275

Эшонкулов Ж.О.

Ер ости сувлари истеъмоли натижасида юракда кечадиган морфо-функционал ўзгаришлар 282

Мухитдинова И.Р., Насимов Ш.Н., Байжанов А.К.

Ҳарбий хизматчиларда covid-19дан кейинги дегенератив-дистрофик ўзгаришларда
организмнинг антиоксидант ҳимоя фаолияти 285

Ibodulloyev M.S.

Qandli diabet bilan kasallangan bemorlarda yurak qon tomir kasalliklari xavfini kamaytirish choralari 288

Azimov A.V., Karimov Z.A., Xolmatov O.T.

Qizamiq kasalligi va uni oldini olish 289

Tursunbayev A.K.,

The state of the thickness of the intima-media complex of the carotid arteries of patients with arterial
hypertension and diabetes mellitus department of internal medicine, nephrology and hemodialysis 290

Шадиева Ш.Ш.

Особенности показателей ротовой жидкости при воспалении пародонта, вызванного микробными
Липополисахаридами 293

D.M Nuraliyeva., Muhkamedova M.G., Azizova F.F.

Features of therapy of ischemic heart disease with hypertension. 298

Шоназаров А.А., Убайдуллаева Н.Н., Рустамов С.С.

Ўзбекистон шароитида муддатли ҳарбий хизматчилари орасида нафас аъзоларининг ўткир
касалликларидан нутритив ҳолати ва метаболизмни баҳолаш. 302

Abdulaxatov B., Urayimjonov A.

Shaxsiy tarkib orasida chov churrasining asoratlari profilaktikasi 303

Мухаммедова М.Г., Эшбеков М.Э., Расулов У.А., Худенов Х.Ю.

Изменение функции поджелудочной железы при COVID-19. 304

Azimov A.V., Shirinboyev N.Sh., Meliboyev M.Q.

Surunkali virusli hepatit kasalliklarida gepatotsellyulyar karsinoma aniqlashda zamonaviy
texnologiyalarning roli 307

Mirboboyev D.N., Nasriddinov A.N., Chub V.L.,

TCCC (tactical combat casualty care—taktik bo'g'inda jarohatlanganlarga tibbiy yordam ko'rsatish)
dasturining mazmuni va ijobiy taraflarini qurolli kuchlarimizga tadbiq etish bo'yicha takliflar 309

Миррахимова С.Ш., Ганиев Б.С.

Обоснование показателей оценки эффективности диспансеризации у военнослужащих
Республики Узбекистан 312

Шукурова Д.Ю., Хамидуллаева Г.А., Абдуллаева Г.Ж., Юсупова Х.Ф.,

Файзуллаева Ш.С., Сафаров Ж.Б.
Назоратланмаган артериал гипертонияда артериосклероз ривожланиши билан боғлиқ
хавф омиллари 316