



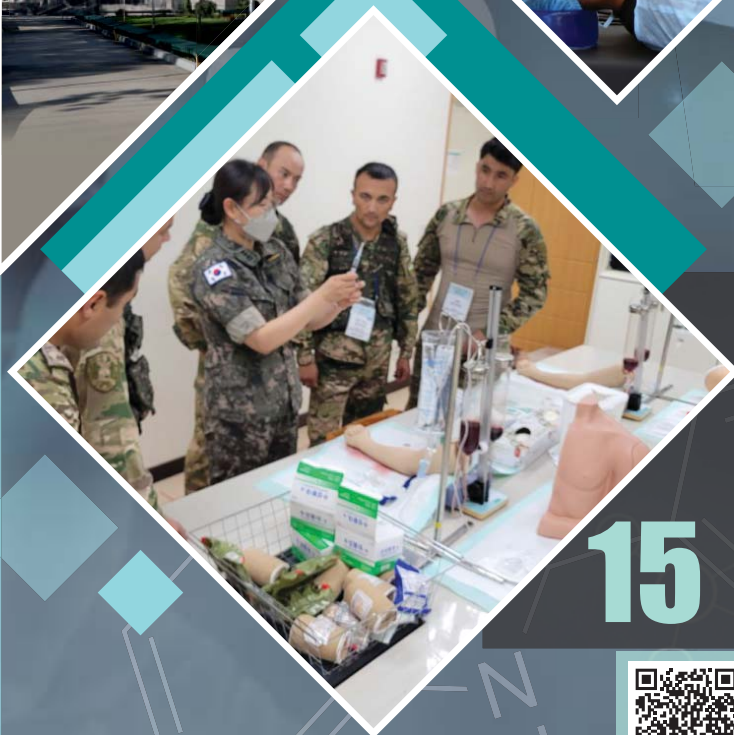
TIBBIYOTI

O'ZBEKISTON HARBIY

2022•AVGUST•1-son

12

**O'ZBEKISTON HARBIY
TIBBIYOTI**



**O'ZBEKISTON
HARBIY
TIBBIYOTI**

**O'ZBEKISTON HARBIY
TIBBIYOTI HARBIY
O'ZBEKISTON HARBIY
TIBBIYOTI HARBIY
O'ZBEKISTON HARBIY**

15



QR-кодни
telefon orqali
skaner qiling.

Муассис:
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ҚУРОЛЛИ КУЧЛАРИ
ҲАРБИЙ ТИББИЁТ
АКАДЕМИЯСИ

Бош муҳаррир:
Т/х полковниги, PhD
Баходир Шарифжонович АБДУЛАХАТОВ
Бош муҳаррир ўринбосари:
Т/х полковниги
Икромжон Рахимович УСМАНОВ
Масъул котиб:
Т/х майори, PhD Беруний
Акбарович ЧОРИЕВ

Таҳрир хайъати:
Академик Назиров Ф.Г.
Т.ф.д., проф. Каримов Х.Я
Т.ф.д., проф. Асадов Д.А.
Т.ф.д., проф. Турсунов Х.З.
Т.ф.д., проф. Маматкулов И.Х.
Т.ф.д., проф. Худайберганов А.С.
Т.ф.д., доцент Азизова Ф.Л.
Т.ф.д., Суяров А.А.
Т/х., полковниги, PhD Расулов У.А.
Т.ф.н., доцент Бахриев И.И.
Т.ф.н., Хатамов Х.М.
PhD., Файзиева Д.Б.
Т.ф.н., Рахимов А.Ф.
доцент Маматов И.И.
Т.ф.н., Атамуродов Ш.И.
Т/х полковниги Халимов Б.Х.
Т/х полковниги Фозилов Н.Х.
Т/х подполковниги Қутлиев Ж.А.
Т/х полковниги Шакаров А.Д.
Т/х полковниги Нуруллаев А.Ж.
Т/х полковниги Ярашев С.С.

Дизайнер:
Фахриддин РАҲИМОВ

Ўзбекистон ҳарбий тиббиёти илмий-амалий журнали
Ўзбекистон Республикаси Президенти Администрацияси ҳузуридаги Ахборот ва оммавий коммуникациялар агентлигида 2022 йил 5 августдаги 1691-сонли гувоҳнома билан рўйхатга олинган.

Таҳририят манзили:
Тошкет шаҳар, Зиёлилар кўчаси, 4-уй
Телефонлар:
(71) 262-42-41

Журнал 2022 йилда босмахонага топширилди.
Қоғоз бичими 60x84 1/8. Офсет усулида босилди.
Шартли 6,75 босма табоқ. Буюртма № ???, Адади ???.

“???” МЧЖ босмахонасида чоп этилди.
Тошкент шаҳри, ???, ??? кўчаси, ???-уй.

МУНДАРИЖА

Мудофаа вазирининг табриги.....	2
Абдулахатов Б.Ш. “Ўзбекистон ҳарбий тиббиёти” илмий амалий журнали ва ҳарбий тиббиёт концепцияси	3
Усманов И.Р. Ҳарбий тиббиётда янги саҳифалар	8
Усманов И.Р., Чориев Б.А., Юлдашев А.Х. Ҳарбий тиббиётнинг истиқболли режаси.....	8
Абдулахатов Б.Ш., Усманов И.Р. ва бош. Ўзбекистон Республикаси Қуролли Кучларида тактик тиббиётнинг ривожланиш истиқболлари.....	10
Рахимов А.Ф. НАТО давлатлари бирлашган Қуролли Кучлари тиббий таъминоти.....	16
Ярашев С.С., Юлдашев А.Х., Эшқувватов К.Р. Замонавий ўчоқли урушларда тиббий таъминот тизимини ташкиллаштиришнинг таҳлили.....	21
Мирзаев Д.А., Фозилов Н.Х. ва бош. Оммавий жараҳатларда тезкор диагностиканинг ўзига хос хусусиятлари	26
Холмаматова Л.Х., Жуманиязов М.К. Трофобластик касалликлар орасида елбўғоз касалигининг оқибати ва репродуктив функциясининг тикланиш муаммолари.....	31
Агзамов Н.Н., Ибрагимов З.А., Бобоев Қ.Т. К вопросу о диагностике и лечения множественной миеомы.....	34
Хатамов Х.М., Суяров А.А., Киреев В.В. Маҳаллий хомашёдан олинган янги суртма дори воситасининг аллергияга қарши таъсири.....	40
Mirjuraev E.M., Djabbarov A.M. Non specific back pain in emergency military servicemen: approaches to therapy.....	45
Қутлиев Х.О., Садиков М.О. Узоқ парвоз вақтида учувчилардаги оғрик синдромининг ривожланиш патогенези ва уни олдини олиш тадбирлари.....	48
Азимов А.В., Мусабаев Е.И. и др. Сравнительная характеристика клинического течения и исхода Ковид-19 у гражданской и военной Когорт.....	52
Худайберганов А.С., Тураев И.Э. и др. Организация диетическо-профилактического питания в пансионатах для ветеранов войны и труда.....	56
Қутлиев Ж.А., Ахатов А. Ҳарбий спортчиларнинг мусобақалардан кейинги даврда уй шароитидаги мутлоқ (фактик) овқатланишини баҳолаш.....	62
Давронов Ў.Р., Қутлиев Ж.А. Қувват берувчи ичимликлар истеъмолининг тиббий-ижтимоий таъсирига замонавий қарашлар.....	67
Шакиров Ж.К., Эшқобилов Т.Г., Бекқамов Э.Ш. Мудофаа вазирлиги қўшинларида “Covid-19” коронавирус инфекцияси пандемиясининг иккинчи тўлкини даврида ўтказилган эмлаш ишларининг таҳлили	72
Чориев Б.А., Турсунов Х.З. ва бош. Ўзбекистон Республикаси Қуролли кучлари ҳарбий хизматчилари орасида тўсатдан ўлим муаммолари	76
Хужманов У.М., Чориев Б.А. ва бош. Ҳарбий хизматчиларга тиббий ёрдам кўрсатишда йўл қўйилган тиббий нуқсонларда суд-тиббий экспертиза.....	80
Юлдашев А.Х. Ҳарбий тиббиёт соҳасида амалга оширилган ишлар ва истиқболдаги режалар.....	84
Қўлзмани тайёрлаш қоидалари.....	87

ҲУРМАТЛИ СОҒЛИГИМИЗ ПОСБОНЛАРИ!



Авваломбор барчангизни яқинлашиб келаётган Ватанимиз мустақиллигининг 31 йиллиги муносабати билан чин қалбимдан муборақбод этаман.

Мана шундай улуғ айём арафасида тарих зарварақларидан ўрин олиб, ilk бор чоп этилиб нашрдан чиққан “Ўзбекистон Ҳарбий тиббиёти” журналининг тиббиёт мутахассислари ва оммага ҳавола этилаётганидан беҳад хурсандман.

Фурсатдан фойдаланиб, Сизларни қўшалок байрам билан табриклайман. Барчангизга мустаҳкам соғлиқ, тинчлик хотиржамлик тилаган ҳолда “Ҳарбий тиббиёт журналининг” тақдирини очик деб эълон қиламан.

Президентимизнинг 2020 йил 2 октябрдаги “Ҳарбий тиббиёт соҳасида кадрларни тайёрлашнинг сифат жиҳатидан янги тизимини ташкил этиш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПҚ-4870-сон Қарорида Олий Бош қўмондонимиз томонидан ҳарбий тиббиёт соҳасида илм-фанни ривожлантириш бўйича бир қатор вазифалар белгилаб берилган. Ушбу вазифалар билан бир қаторда “Ўзбекистон ҳарбий тиббиёти” илмий-амалий журналининг таъсис этиш ва бу орқали илм эгаларининг илмий мақолалари ва изланишлари, инновацион янгиликларни мазкур соҳа вакиллари ва оммага етказиш ҳам назарда тутилган.

Мудофаа вазирлиги Тиббий таъминот бошқармаси раҳбарлиги остида ilk бора “Ўзбекистон ҳарбий тиббиёти” илмий-амалий журналининг таъсис этилди.

“Ўзбекистон ҳарбий тиббиёти” илмий-амалий журналининг таъсис этишдан асосий мақсад Ўзбекистон Республикаси ва хорижий давлатлар ҳарбий тиббиёт соҳасидаги мутахассисларнинг илмий фаолияти

тини бирлаштириш, соҳадаги муаммоларни аниқлаш, ушбу муаммоларни атрофлича ўрганиб, уларни ҳал қилишнинг самарали механизмини ишлаб чиқиш, соҳанинг барқарор ривожланишини таъминлаш, Ўзбекистон Республикасининг халқаро ҳарбий тиббиёт муҳитидаги ўрнини яратиш, мамлакатимизда ҳарбий тиббиётнинг янги илмий механизмларини ишлаб чиқиш ва уларни қўллаб-қувватлаш, халқаро тиббиёт амалиётида қўлланиладиган замон талабларига жавоб берадиган имкониятларни Ўзбекистон ҳарбий тиббиётида қўллаш, мавжуд салоҳиятни сақлаш ва янада ривожлантириш, замонавий усуллардан фойдаланган ҳолда ҳарбий тиббиётнинг илмий асосланган ишончли натижаларини олиш пировардида Ўзбекистон Республикаси ҳарбий тиббиёт соҳасини юқори чўққиларга олиб чиқишдан иборат.

Янги таъсис этилаётган журналда соҳанинг етакчи олимлари ва мутахассисларининг илмий мақолаларини нашр этиш орқали халқаро илғор тажрибалари ҳавола қилинади, шунингдек, мамлакатимиз ҳарбий тиббиётининг илмий ва илмий-амалий тадқиқотлари натижаларини нашр этиш имконияти яратилади.

Ишончимиз комилки, мазкур журнал ҳарбий тиббиёт соҳасида ягона бўлганлиги сабабли, мақсадли профессионал мунозара ва таҳлиллар учун янги ва қизиқарли илмий майдонга айланади. Шундай экан, Сиз ҳарбий тиббиёт вакиллари янада самарали изланишлар олиб бориб илмий мулоқотлар, янги ғоялар ва тадқиқот натижалари, шунингдек, ҳарбий тиббиёт йўналишларининг амалий фаолиятига рационализиаторлик илмий ишланмаларни киритасизлар.

Бир сўз билан айтганда, шонли тарихдан буюк келажак сари қадамлар қўйилмоқда. Бу соҳанинг ривожини учун ҳар бир ҳарбий тиббиёт муассасасида фаолият юритаётган ходим ушбу соҳага ўзининг муносиб ҳиссасини қўшиши ва энг асосийси, бу хизматлари ортида доимо инсон манфаатлари ётишини чуқур ҳис қилмоғи даркор.

Умид қиламанки, “Ўзбекистон ҳарбий тиббиёти” илмий журналининг қисқа вақт ичида Ўзбекистонда ҳам, халқаро илмий доираларда ҳам кенг эътирофга сазовор бўлади ва энг юқори рейтингга эга бўлган илмий журналлар қаторидан ўрин олади.

Барчангизни яна бир бор мазкур журналнинг тарихий биринчи нашри чоп этилганлиги муносабати билан чин қалбимдан табриклайман.

**Мудофаа вазири
генерал-лейтенант Б.КУРБАНОВ**

“ЎЗБЕКИСТОН ҲАРБИЙ ТИББИЁТИ” ИЛМИЙ АМАЛИЙ ЖУРНАЛИ ВА ҲАРБИЙ ТИББИЁТ КОНЦЕПЦИЯСИ



Абдулахатов Б.Ш.

*Мудофаа вазирлиги Тиббий таъминот бошқармаси
бошлиги, т/х полковниги, тиббиёт фанлари бўйича
фалсафа доктори (PhD)*

Мамлакатимизда аҳоли соғлиғини сақлаш ва яхшилашни таъминлайдиган самарали соғлиқни сақлаш тизимини яратиш, соғлом авлодни тарбиялаш учун зарур шарт-шароитларни шакллантириш давлат сиёсатининг устувор йўналиши ҳисобланади. Тиббиёт соҳасида амалга оширилаётган кенг қўламли ислохотлар доирасида босқичма-босқич миллий тиббий таълимни модернизациялаш, мазкур соҳага халқаро таълим стандартлари ва илғор ахборот-коммуникация технологияларини татбиқ этиш, ҳарбий хизматчиларимизнинг соғлиғини сақлашнинг долзарб муаммолари юзасидан илмий тадқиқотларни ўтказиш бўйича комплекс чора-тадбирлар амалга ошириш йўлга қўйилмоқда. Ўтган қисқа давр мобайнида эришган ютуқларимиз барчамизни танлаган йўлимиздан оғишмай, янада ғайрат-шижоат билан олға интилишга ундамоқда. Бажаришга улгуролмаган ишларимиз, кун тартибидан тушмаган долзарб масалалар, ечимини кутаётган муаммолар эса зиммамиздаги масъулиятни чуқур ҳис этиб, бунданда таъсирчан чора-тадбирларни ҳаётга татбиқ этишни тақозо этади. Изланиш-юксалиш гарови. Бугун ҳарбий тиббиёт ходимлари ана шу ҳикматга амал қилишлари шарт. Негаки оддий эътироф ҳам инсонга

куч-ғайрат, азму шижоат бағишлашга қодир. Президентимиз ҳар йили тиббиёт ходимлари кунини арафасида ҳарбий тиббиёт мутахассисларини алоҳида эҳтиром билан юксак давлат мукофотларига лойиқ кўриб, уларнинг фидокорона меҳнатларини қадрлайдилар. Юртбошимиз таъбири билан айтганда, дунёда икки соҳа вакиллари ўз касбига садоқат борасида қасамёд қабул қилади: булар-Ватан ҳимоячилари бўлган ҳарбийлар ва инсон саломатлигига масъул бўлган шифокорлардир.

Шундай экан ҳарбий тиббиётда илм-фан ва илмий-тадқиқот ишларини ривожлантириш мамлакатимиз ҳарбий тиббиёт соҳасида илмий фаолиятни ривожлантиришнинг яқин ва узоқ муддатли истиқболли режаси ҳисобланади.

Ҳарбий тиббиётда илм фан ва инновацияларни ривожлантириш, илм эгаларини кенг оммага таништириш ва уларнинг илмий изланишларини рағбатлантириб бориш, етакчи олимлар билан қўшма ҳамкорликни ўрнатиш мақсадида “Ўзбекистон Ҳарбий тиббиёти” илмий амалий журнаlining таъсис этилиши ҳам бу тарихий қадам ҳисобланади.

Мазкур сонда “Ўзбекистон ҳарбий тиббиёти” журнаlining концепцияси тақлиф қилиниб, у ўзининг эълон қилинган мазмунидан (илмий-назарий, инновацион, ахборот-таҳлилий, услубий ва илмий-амалий нашр) асосланади. Журнал тузилмаси ҳарбий тиббиётнинг фан сифатидаги асосий йўналишларини тўлиқ акс эттиришдан ташқари, уларни амалий, илмий-амалий, илмий-услубий, илмий-инновацион ва илмий-назарий соҳаларда амалга ошириш режалари ва айрим жиҳатларини ҳисобга олади.

Тахририят ва нашрга тақдим этилаётган материал муаллифлари ўртасидаги ўзаро муносабатлар учун энг қулай шарт-шароитларни яратиш мақсадида тахририят томонидан муаллифларга “техник кўмак” ташкил этиш орқали имкон қадар мажбурий талаб ва қоидаларни енгиллаштиришга кўмаклашади.

Мазкур журналда Қуролли Кучлар ҳарбий тиббиёт хизматини илмий-инновацион ривожлантиришнинг асосий йўналишлари белгилаб берилган бўлиб, улар маҳаллий ҳарбий тиббиётнинг юзи сифатида журнал саҳифаларида изчил ёритиб борилади.

“Ўзбекистон ҳарбий тиббиёти” (ЎХТ) журналинини яратиш ташаббускорларининг фикрича, ушбу журнал Қуролли Кучлар тиббиёт хизматининг ўзига хос юзига айланиши керак. Нафақат ҳарбий шифо-

корлар, балки тиббиёт ходимлари ва илмий жамоатчилик орасида ҳам кенг ўқувчилар оммасига эга бўлмоғи лозим.

Илмий-назарий, инновацион, ахборот-таҳлилий, услубий ва илмий-амалий нашр сифатида эълон қилинган журнал, шубҳасиз, ўз мазмуни билан буни асослаб бериши керак. Бунинг учун журнал раҳбарияти ўзининг биринчи сониданоқ нашр этилган материаллар сифатига юқори талабларни қўйиши керак. Шу билан бирга, бизнинг фикримизча, нашрда нафақат ҳарбий тиббиёт соҳасида мавжуд бўлган табиий муаммо ва қарама-қаршиликлар ўз аксини топмоғи, балки энг муҳими, уларни танқидий қайта кўриб чиқиш ва уларни самарали ҳал этишда конструктив ёндашувни таклиф этиш зарур. Таклиф этилаётган ечимлар тизимли ёндашувга, илмий ва инновацион тамойилларга, муаллифлик ҳуқуқи ва касбий ахлоқий меъёрларга қатъий риоя қилишга асосланган бўлиши керак. Бундай қарорлар қабул қилишда ҳарбий фаолият соҳасининг ўзига хос хусусиятларини ҳисобга олиши жуда муҳимдир.

Таҳририят аъзоларининг таклифи билан биз ушбу босма ва электрон нашрларнинг аксариятига хос бўлган ишни ташкил этишнинг анъанавий шаклларида воз кечяпмиз. Бундай инновацияларнинг хусусиятлари “Ўзбекистон ҳарбий тиббиёти” журналида материалларни тайёрлаш, тақдим этиш, кўриб чиқиш ва чоп этиш қоидалари”да батафсил ёритилган бўлиб, биз умид қиламизки, ушбу нашрлар ўртасида малакали муҳаррирлар ва муаллифлар ўзаро ҳамкорликда ҳисса қўшади. Бундай ислохотлар, нашр этилган материаллар сифатини ошириш, бир хиллик (стандартлаштириш) тамойилларини оқилона қўллаш, ахборотнинг тарқалишини чеклаш талабларига жавоб берадиган юқори ахборот мазмуни зарурлиги билан асослангандир. Шу билан бирга, илмий ва инновацион фаолият соҳасидаги глобал рақобатнинг янги шартлари, корпоратив хавфсизлик, ахборотни ҳимоя қилиш қоидаларига мажбурий қатъий риоя қилишни талаб қилишини ҳисобга олиш керак. Шу муносабат билан, тўлиқ масъулият билан айтиш мумкинки, илмий ва инновацион фаолият соҳасида юқори рақобатбардошликни таъминлайдиган энг қулай муҳит айнан ҳарбий тиббиётда яратилган бўлиб, унинг тўлиқ қўлланилиши учун бу ерда зарур инфратузилма ва ташкилий имкониятлар аллақачон мавжуд.

ЖУРНАЛНИНГ ТАВСИЯ ЭТИЛГАН ТУЗИЛИШИ

Журналнинг тузилиши ҳарбий тиббиётнинг асосий йўналишларини ифодаловчи учта фаолият даражасини - стратегик, тактик ва оперативни акс эттириши керак:

1. Таҳририят бўлими:

1.1. Журнал концепцияси (ишлаб чиқиладиган ва тўлдириладиган);

1.2. Қоидалар (муаллифлик ҳуқуқи, касбий этикага риоя қилиш, нашрлар дизайни, материалларни чоп этиш тартиби ва бошқалар);

1.3. Тавсиялар (тузилиши, мазмуни ва терминологияси);

1.4. Ташқи рецензиялар (мамлакатнинг етакчи олимлари ва экспертлари);

1.5. Ички рецензиялар (таҳририят хайъати аъзолари);

1.6. Нашрларни танқидий баҳолаш ва объектив баҳолаш тизими;

1.7. Эълонлар, табриклар ва танловлар.

2. Илмий-назарий бўлим:

2.1. Ғоялар ва қарашлар;

2.2. Принциплар ва таснифлар;

2.3. Тушунчалар ва назариялар.

3. Илмий ва ахборот бўлими:

3.1. Ахборот ва таҳлилий бюллетенлар;

3.2. Шарҳ-тематик нашрлар;

3.3. Тиббиётда фан ва технология янгиликлари.

4. Илмий-услубий бўлим:

4.1. Маҳаллий ва Халқаро стандартлар;

4.2. Идоравий стандартлар;

4.3. Илмий-тиббий ва тиббий-иқтисодий асослашлар;

4.4. Кўрсатмалар;

4.5. Тадқиқот ишлари технологиялари, ахборотни таҳлил қилиш, моделлаштириш ва прогнозлаш.

5. Илмий-инновацион бўлим:

5.1. Илмий ва инновацион фаолиятни ташкил этиш;

5.2. Инновацион ғояларни яратиш ва ихтирочилик муаммоларини ҳал қилиш технологиялари;

5.3. Кадрларни касбий психологик танлаш ва синовдан ўтказиш, ўқитиш, тайёрлаш ва танлаш учун инновацион технологиялар;

5.4. Инновацион бошқарув технологиялари;

5.5. Инновацион лойиҳалар.

6. Илмий-амалий бўлим:

6.1. Тизимли тиббиёт, телемедицина ва замонавий ИТ технологиялари;

6.2. Эпидемиология ва гигиена;

6.3. Жарроҳлик (шу жумладан травматология ва жарроҳлик йўналишининг бошқа соҳалари);

6.4. Терапия (шу жумладан кардиология, неврология, эндокринология ва бошқа терапевтик йўналишлар);

6.5. Радиология, токсикология ва фармакология;

6.6. Профилактика, диагностика, даволаш ва реабилитация;

6.7. Педагогика, психология ва психофизиология.

7. ХДФ иловаси:

7.1. Журналнинг электрон шакли;

7.2. Маърузалар, авторефератлар, диссертациялар ва монографиялар;

7.3. Инновацион лойиҳалар;

7.4. Кўрсатмалар ва тавсиялар;

7.5. Ахборот ва таҳлилий материаллар, моделлар ва прогнозлар;

7.6. Тиббий хизматнинг куч ва воситаларини бошқариш тизимларининг тавсифи, жараёнларнинг дискретлиги, механизмларнинг ишончилиги, тизим ва унинг элементларининг заиф нукталари;

7.7. Нисбий кўрсаткичларнинг куч ва воситалари, профилактика, эпидемияга қарши ва бошқа чора-тадбирлар, касалланиш, ногиронлик ва ўлим ҳолатлари тавсифи ва таҳлили.

Мавжуд анъанага кўра, журнализмнинг ҳар бир бўлимида нашр этилган материаллар қуйидаги йўналишлар бўйича тақдим этилади:

1. Тиббий хизмат тактикасини (ОТМС) ташкил этиш;

2. Ҳарбий тиббиёт;

3. Клиник тиббиёт;

4. Профилактик тиббиёт;

5. Экспериментал тиббиёт;

6. Шошилиш тиббий ёрдам:

6.1. Фавқулудда жарроҳлик

6.2. Фавқулудда терапия

6.3. Санитария-эпидемиологик ёрдам

6.4. Логистика ёрдами

6.5. Экстремал вазиятлар психологияси ва психиатрияси

7. Бошқа барча фанлараро соҳалар.

Шу билан бир қаторда, биз ҳарбий тиббиётнинг барча соҳаларини илмий фан сифатида ифодаловчи журнал бўлимларини шундай тизимлаштиришимиз мумкин:

1. Ҳарбий тиббиётни бошқариш тизими;

2. Ҳарбий тиббиёт иқтисодиёти ва менежменти;

3. Ҳарбий тиббиёт тарихи;

4. Ҳарбий тиббий географияси;

5. Авиация тиббиёти;

6. Ҳарбий тиббий таъминот;

7. Қўшинларни тиббий таъминотини ташкил этиш;

8. Ҳарбий тиббий статистика;

9. Ҳарбий дала жарроҳлиги;

10. Ҳарбий дала терапияси;

11. Ҳарбий эпидемиология;

12. Ҳарбий гигиена ва ҳарбий меҳнат физиологияси;

13. Оммавий киргін қурулларидан тиббий ҳимоя;

14. Ҳарбий токсикология;

15. Ҳарбий радиология;

16. Ҳарбий тиббий психология;

17. Телемедицина ва замонавий технологиялар.

Журнал ҳақиқатда ҳарбий тиббиёт хизматининг интеллектуал салоҳиятининг мавжуд, юзага келадиган, ҳатто келажакдаги муаммоларни аниқлаш ва самарали ҳал қилишга йўналтиради. Шу ўринда, Мудофаа вазирлиги раҳбариятининг доимий эътибо-

рида бўлган, илмий-инновацион асосда кенг қўлани, айнан жадал ривожлантиришни талаб қиладиган долзарб йўналишларни алоҳида таъкидлаш лозим:

1. Тиббий хизмат куч ва воситаларини бошқариш тизимини оптималлаштириш.

Мақсад – Ўзбекистон Республикаси Қурулли Кучларининг асосий мақсадларига тўлиқ мос келадиган, тўлақонли ахборот ва маълумотлар асосида қарорлар қабул қилишда аналитик, моделлаштириш, прогнозлаш ва сунъий интеллект тизимларидан фойдаланган ҳолда тезкорлик даражаси юқори бўлган замонавий бошқарув тизимини яратишдан иборат. Бу тинчлик даврида, шунингдек, турли хил фавқулудда вазиятларда ва алоҳида даврда самарали ишлаш механизмлари ва жараёнларини тўлиқ рақамлаштириш ва автоматлаштириш учун зарурдир.

Бунда, менежментнинг стратегик даражасини кенгайтириш, чуқурлаштириш, шу билан бирга тактик даражадаги режаларни тузатиш самарадорлигини ошириш ва операцион даражаларда ишлаш автономиясини мустаҳкамлаш.

Тиббий ёрдамнинг госпиталгача бўлган босқичини, шунингдек, жароҳатланганларни (касалларни, жароҳатланганларни ва ярадорларни) шошилиш эвакуация қилиш тизимини ишлаб чиқиш ва такомиллаштириш.

Бундан кўзланган мақсад – ягона услубий, дастурий-техник асосда амалга ошириладиган ҳарбий хизматчиларнинг саломатлик ҳолати ва психофизиологик кўрсаткичларини узлуксиз, ноинвазив (реал вақт режимида) ёки доимий масофавий телемедицина мониторингининг замонавий тизимини яратиш. Бундай тизим амалда чекланмаган контингентнинг ҳолатини сонли қувват бўйича самарали мониторингини таъминлаши, шунингдек, динамикани кузатиш ва давом этаётган профилактика ва самарадорликни баҳолаш қобилятига эга бўлган фавқулудда чоралар комплекси учун тезкор ечимларни таклиф қилиши лозим (шу жумладан терапевтик) чоралар. Бу тиббий ёрдамнинг барча босқичлари учун диагностика ва прогностик салоҳиятдаги фарқларни амалда тўғирлаш, турли физиологик ва патологик ҳолатлар учун тузатиш схемаларини индивидуаллаштириши даркор. Бу, биринчи навбатда, доимий тиббий ёрдам самарадорлигини кескин оширишга ёрдам беради ва нохуш оқибатлар хавфини камайтиради.

2. Шахсий таркиб ва ҳарбий хизматчиларнинг оила аъзоларига йўналтирилган, шунингдек, соғлиқни сақлаш тизимида уйғун интеграциялашган Ягона профилактик платформани ишлаб чиқиш ва яратиш.

Профилактиканинг асосий схемаларини ишлаб чиқиш ва касалликларнинг ривожланиш хавфини баҳолаш, пренатологик шароитларни эрта аниқлаш ва фаол индивидуал реабилитация асосида касалликларнинг олдини олишга қаратилган профилактик мониторинг тизимини яратиш;

тиббиётнинг “классик” назарияси ва профи-

лактик тадбирларни ташкил этиш амалиёти ўртасидаги мавжуд қарама-қаршиликларни бартараф этиш.

3. Ҳарбий хизматчилар ва уларнинг оила аъзолари, ҳатто мамлакат тинч аҳолиси саломатлигини кафолатланган юқори даражадаги тиббий-ижтимоий ҳимоя қилишни таъминлайдиган Тиббий суғурта тизимини яратиш ва такомиллаштириш;

бюджет маблағлари таннарини камайитириш, улардан янада самарали фойдаланиш, тўғри тақсимлаш, шунингдек, тиббий хизматлар кўрсатиш учун жалб қилинадиган бюджетдан ташқари маблағлар ҳажмини орттириш.

4. Давлат ва хусусий тиббиёт муассасалари билан муваффақиятли рақобатлашиш имконини берувчи тиббий хизмат харажатларини ҳисобга олиш тизимини такомиллаштириш.

Бундан кўзланган мақсад, даволаш-диагностика жараёнини оқилона ташкил этиш (бизнес интеллект ва самарали бошқарув муаммоларини ҳал қилиш учун компьютер таҳлилий платформаларини жорий этиш) ҳисобига юқори даражадаги рақобатбардошликка эга бўлган пуллик хизматлар кўрсатишнинг юқори рентабелли тизимини яратишдан иборат. Тиббий ёрдам кўрсатиш амалиётига тиббий суғурта элементлари ва замонавий ахборот технологиялари (IT), дастурий таъминот ва телетиббиётга оид илғор илмий ва инновацион ишланмаларни жорий этиш.

5. Мутахассислар меҳнатини моддий рағбатлантириш учун қулай шарт-шароитлар яратиш, моддий-техника базасини ривожлантириш ва истиқболли лойиҳа ечимларини ўз-ўзини молиялаштириш ҳисобига илмий-инновацион фаолиятни кенгайтириш;

6. Тинчлик ва махсус давр шароитларини инобатга олган ҳолда, шошилиш тиббий ёрдамнинг биринчи бўғинлари учун қўшинларда тиббий ёрдам кўрсатишни алгоритмлаш бўйича идоравий стандартларни ишлаб чиқиш. Бунда, Фавқулудда вазиятларда ўз-ўзини ва ўзаро ёрдамни амалга оширишда юқори даражадаги автономияни таъминловчи асосий дастурий тизимлардан оқилона фойдаланиш ва автоматлаштирилган воситаларни яратиш ва ушбу тизимни клиник амалиёт ва ҳарбий дала тиббиётининг реал шароитида синовдан ўтказиш.

Телетиббиёт (ТТ) ва телехирургия (ТХ) комплексларини ишлаб чиқиш ва яратиш. Бундан кўзланган мақсад, шошилиш тиббий ёрдам заруратида шароитларида малакали тиббий ёрдам кўрсатиш вақтини қисқартириш.



ХУЛОСА

Ўзбекистон Республикаси Қуролли Кучлари Ҳарбий тиббиётини ривожлантиришнинг илмий ва инновацион ёндашувни талаб қилувчи глобал йўналишлари қаторида қуйидагиларни ажратиб кўрсатиш таклиф этилади:

1. Ўзбекистон Республикаси Қуролли Кучлари Ҳарбий тиббиётини бошқаришни марказлаштириш – Қуролли Кучларнинг мақсад ва вазифаларига энг тўлиқ мос келадиган ҳамда замонавий талабларга жавоб берадиган тиббий таъминотнинг ягона тизимини яратиш;

2. Ўзбекистон Республикаси Қуролли Кучлари Ҳарбий тиббиётининг барча бўғинлари ва бўлинмалари учун юқори малакали кадрлар тайёрлаш тизимини оптималлаштириш, шунингдек, асосий йўналишларда илғор илмий мактабларни яратиш учун илмий-педагогик кадрларни танлаш;

3. Профилактик вазифаларни тизимли равишда интеграциялаш имконини берувчи ягона илмий-назарий, илмий-инновацион, илмий-услубий, илмий-амалий ёндашувлар ва дастурий-техник воситалар асосида даволаш-диагностика (шу жумладан прогнозлаш, реабилитация) Миллий ҳарбий тиббиёт платформасини ишлаб чиқиш ва яратиш;

4. Ўзбекистон Республикаси Қуролли Кучлари Ҳарбий тиббиётининг Қўшма ахборот-таҳлил марказини ташкил этиш;

5. Ўзбекистон Республикаси Қуролли Кучлари Ҳарбий тиббиётнинг Илмий-инновацион маркази фаолиятини ташкил этиш, бунда илмий ва инновацион фаолиятни мувофиқлаштириш ва ҳарбий тиббиётни ривожлантиришнинг энг муҳим муаммолари ва йўналишлари бўйича илғор инновацион ғояларни амалга ошириш;

7. Ҳарбий тиббий мақсадлар учун техник намуналар ва дастурий-техник воситалар билан таъминладиган илмий-инновацион ишлаб чиқариш базасини (кластер) ташкил этиш.

ХАРБИЙ ТИББИЁТДА ЯНГИ САҲИФАЛАР



**Қуролли Кучлар ҳарбий тиббиёт
Академияси бошлиғи
т/х полковниги Усманов И.Р.**

Сизнинг эътиборингизга ҳавола этилаётган “Ўзбекистон ҳарбий тиббиёти” илмий-амалий журнали Республикамиз миқёсида тиббиёт соҳасида чоп этиб борилаётган илмий-амалий журналлардан камида икки жиҳати билан фарқ қилади. Биринчидан, ушбу журнал махсус журнал бўлиб, умумий тиббиётнинг бир бўлаги бўлган ҳарбий тиббиётдаги муаммолар, илмий изланишлар, янгиликлар ва соҳа мутахассисларининг тадқиқот натижаларини эълон қилиб боришга ихтисослашган бўлса, иккинчидан ушбу илмий-амалий журналга ҳарбий тиббиёт соҳасидаги маҳаллий ва халқаро ҳамкорларимиз билан биргаликда илмий тадқиқот натижалари эълон қилиниб борилади.

Журнални таъсис этиш, илмий изланиш натижаларини жамлаш ва нашрга тайёрлашгача бўлган даврда, журнал таҳририяти томонидан олиб бориладиган тинимсиз изланишлар ва меҳнат самараси ўлароқ, бугун Сизнинг эътиборингизга журналнинг 1-сонини тақдим этиб турганимиздан бағоятда миннатдормиз.

Шуни алоҳида таъкидлаб ўтмоқчиманки, Ўзбекистон Республикаси Давлат мустақиллигига эришганидан 31 йил ўтиб, ҳарбий тиббиёт соҳасида бундай илмий нашрни чоп этишнинг бошланиши, Республика раҳбарияти, хусусан, Ўзбекистон Республикаси Президенти Қуролли Кучлар Олий Бош Қўмондони Ш.М.Мирзиёевнинг ҳарбий тиббиёт соҳасини тубдан такомиллаштириш бўйича олиб бораётган оқилона сиёсати намунаси дейишимиз мумкин.

Бунга мисол тариқасида Марказий Осиёда ягона бўлган Ўзбекистон Республикаси Қуролли Кучлари Ҳарбий тиббиёт академиясининг ташкил этилиши ҳамда Ватанимиз Мустақиллигининг 31 йиллиги байрами арафасида ушбу таълим даргоҳини муваффақиятли яқунлаган ҳарбий шифокорларимиз академиянинг биринчи қалдирғочлари бўлган тиббиёт хизмати ёш лейтенантлари аллақачон ўз хизмат жой-

ларига етиб бориб, шахсий таркибнинг саломатлигини сақлаш йўлидаги муқаддас бурчларини адо этишга киришишди.

Хабарингиз бор охириги йилларда тиббиёт соҳасида ҳам туб ўзгаришлар ва янгиланишлар даври бошланган бўлиб, мамлакатимизда аҳоли соғлигини сақлаш ва яхшилашни таъминлайдиган самарали соғлиқни сақлаш тизимини яратиш, соғлом авлодни тарбиялаш учун зарур шарт-шароитларни шакллантириш давлат сиёсатининг устувор йўналишларидан бири ҳисобланади. Тиббиёт соҳасида амалга оширилаётган кенг қўламли ислохотлар доирасида босқичма-босқич миллий тиббий таълимни модернизациялаш, мазкур соҳага халқаро таълим стандартлари ва илғор ахборот-коммуникация технологияларини татбиқ этиш, аҳоли соғлигини сақлашнинг долзарб муаммолари юзасидан илмий тадқиқотларни ўтказиш бўйича комплекс чора-тадбирлар амалга оширилмоқда.

Ушбу илмий-амалий журналнинг таъсис этилиши аниқ мақсадга йўналтирилган бўлиб, журнал нуфузини ошириш ва унинг нафақат Республикамиз балки, импакт фактори юқори бўлган нуфузли журналлар қаторига қўшиш Бизнинг истикболдаги режаларимизга киритилган. Бу борада нафақат Ҳарбий тиббиёт академияси профессор-ўқитувчилари ва тадқиқотчилари, балки Қуролли Кучлар таркибига кирувчи барча ташкилотларнинг олим ва мустақил изланувчилари, даволаш-профилактика муассасалари мутахассислари ўзаро манфаатли ҳамкорликда иш олиб боришлари талаб этилади.

Юксак ишонч билан айтишим мумкинки, 2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегиясини амалга ошириш бўйича Давлат дастури доирасида ҳарбий тиббиётни янги босқичга олиб чиқиш йўналишидаги бундай сатъ-ҳаракатларимиз соҳада олиб борилаётган изчил ислохотлар, шунингдек, ҳарбий тиббиётни ривожлантириш бўйича ҳамкорликда амалга ошираётган чора-тадбирларимиз албатта ўз натижасини беради ва яқин келажакда замонавий миллий ҳарбий тиббиётимизда ҳам ўз даврининг улуғ мутафаккири, тиб илмининг султони бўлган бобомиз Абу Али Ибн Сино каби олим ва тадқиқотчиларимиз, ҳаттоки, Нобель мукофоти совриндорлари етишиб чиқишига иймоним комил.

Сўзимнинг якунида юқорида таъкидлаб ўтилганларни инобатга олган ҳолда ушбу илмий-амалий журнал келгусида ҳарбий тиббиётда тадқиқотлар олиб бораётган илм аҳли, олимлар, мустақил изланувчи ва амалиётчи шифокорларимиз учун ўз тадқиқотларини соҳа мутахассислари эътиборига ҳавола этиш имконини берувчи кенг маънодаги соғлом рақобат, илмий муҳокамалар, ўзаро фикр алмашиш ва илмий баҳслашувлар саҳнаси бўлади деб умид қиламан.

ҲАРБИЙ ТИББИЁТНИНГ ИСТИҚБОЛЛИ РЕЖАСИ

Чориев Б.А.¹, Юлдашев А.Х.²

¹Қуролли Кучлар суд тиббий экспертиза маркази эксперти, тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD), т/х майори

²Мудофаа вазирлиги Тиббий таъминот бошқармаси бошлиги ўринбосари, т/х полковниги

Бугунги кунда ҳарбий тиббиёт давлат соғлиқни сақлаш тизимининг таркибий қисми ҳисобланиб, асосий вазифаси ҳарбий хизматчиларнинг соғлиғини сақлаш ва уларга сифатли тиббий ёрдам кўрсатиш, мамлакатимиз ҳарбий тиббиёт соҳасини янада ривожлантириш, замон талаблари даражасидаги даволаш-диагностика усуллари мазкур соҳага жорий қилиш устувор вазифалардан биридир.

Ҳарбий тиббиётнинг ривожланиши тиббий ёрдам назарияси ва амалиётини интеграциялаш йўлидан бориши зарур.

Ҳарбий тиббиётни янги босқичга олиб чиқишда кадрлар салоҳиятини ошириш, тиббиёт муассасаларига замонавий фикрлайдиган ҳарбий тиббиёт мутахассисларини жалб қилиш, уларнинг замон талабларига мос моддий техник базасини яратиш, замонавий асбоб-ускуналар ва воситалар билан таъминлаш, илмга ва далилий тиббиётга асосланган тиббиётни шакллантириш муҳим зарурат бўлиб ҳисобланади. Бунда ҳарбий тиббиётни ривожлантириш концепцияси ҳамда йўл харитасини ишлаб чиқиб, йўл харитада белгиланган вазифаларни ўз вақтида бажариш ҳарбий тиббиётни янги босқичга қўтаришга замин яратади. Бундан ташқари, ҳарбий тиббиёт мутахассисларининг янги ютуқларини рағбатлантириш мезони ҳам муҳим амал бўлиб ҳисобланади.

Бугунги глобаллашув замонда халқаро тажриба ва уларга қўйилган талабларни ҳисобга олган ҳолда тиббиётнинг жадал ривожланиши ва ҳарбий технологиялар соҳасидаги ютуқлар билан бир қаторда ҳарбий тиббиётда янги билимлар ва янги технологиялар кесишмасининг марказига айланиши, ҳарбий тиббиётда инновациялар яратиш, барқарор ва илмий талабга жавоб берадиган етук ҳарбий тиббий кадрларни тизимли равишда тайёрлаб бориш, ҳарбий тиббиёт тизимини шакллантиришнинг асосий муҳим жиҳат ҳисобланади.

Бугунги таҳликали замонда глобализациянинг кенг тарқалиши туфайли инсон касалликлари спектрида чуқур ўзгаришлар рўй бермоқда. Шунингдек, атроф-муҳит ва иқлимнинг ўзгариши, аҳоли зичлигининг ошиши, юқори миграция фаоллиги ва бо-

шқа омиллар бутун дунё бўйлаб инсон омили билан боғлиқ турли янги инфекцияларнинг пайдо бўлиши ва тарқалишига олиб келмоқда. Янги юқумли ва соматик касалликлар инсон саломатлиги учун тобора катта таҳдидга айланмоқда. Бутун инсониятга хавф солган вабо, ўлат, тиф касалликлари ва XX асрдаги яна бир қатор касалликлар нисбатан ортга чекиниб, турли янги вирусли касалликлар (ОИТС, коронавирлар, маймун чечаги ва ҳоказолар) пайдо бўлиб, бутун дунёга тарқала бошлади.

Ҳозирги кунда ҳарбий хизматчиларнинг саломатлигини мустаҳкамлаш, касалликларни олдини олиш ва беморларни даволашга қаратилган амалий ҳаракатлар, шунингдек, ҳарбий тиббиётнинг илмий билимлар тизимини янги босқичга олиб чиқиш Мудофаа вазирлиги раҳбарияти томонидан тизимли равишда олиб борилмоқда. Сўнгги йиллардаги юқумли касалликларнинг пайдо бўлиши шундан далolat берадики, даволаш-диагностика усуллари етарли эмаслиги, мазкур усуллари такомиллаштириш зарурлигини кўрсатди.

Ривожланган мамлакатлар жанговар салоҳиятининг жадал ўсиши нафақат ўқ отар қуроллар, балки кимёвий, бактериологик ва оммавий қирғин қуролларнинг бошқа турлари ҳарбий тиббий ёрдам сифатини оширишни тақозо этмоқда.

Шунга ўхшаш глобал хавфлар республика ҳарбий тиббиётида салмоқли тажрибага эга маҳаллий ва хорижий ҳамкорлар иштирокидаги илмий изланишлар олиб бориш заруриятини талаб этмоқда.

Жаҳонда телемедицина, илғор технологик тадқиқотлар ва замонавий технология ютуқларини жорий қилиш орқали шифокорлар ва беморлар ўртасида масофавий мулоқотнинг ўрнатилиши янгича тиббий ёрдам сифат даражасини ошишига сабаб бўлмоқда. Айрим олимлар телекоммуникация ютуқлари орқали беморларни руҳий саломатлик ҳолатини яхшилашга қаратилган изланишлар олиб бормоқдалар. Шунингдек, улар робототехника ва бошқа технологиялардан фойдаланиб, жанговар ҳаракатларда жабрланганларга масофадан тиббий ёрдам кўрсатишни ҳам такомиллаштириш бўйича янгича ёндашувларни амалга оширмоқдалар.

Демак, ҳарбий тиббиётга телемедицинани татбиқ қилиш орқали замонавий тиббий таъхислаш, даволаш ва тиббий ёрдам сифатини янги босқичга олиб чиқиш зарур.

ХУЛОСА:

Ҳарбий тиббиётни ривожлантиришнинг 5 йилга мўлжалланган концепциясини ишлаб чиқиш:

КОНЦЕПЦИЯДА:

- ҳарбий тиббиёт тизимининг жорий ҳолати ва соҳадаги барча йўналишлардаги мавжуд муаммолар, уларнинг ечими бўйича таклифлар;
- ҳарбий тиббиёт соҳасида илмий-тадқиқот ва замонавий амалий илғор технологияларни ўзлаштириш ва ривожлантириш, жумладан услубиёт ва инновацион ғояларни такомиллаштирган ҳолда соҳага фан ва техникани замонавий ютуқларини жорий этиш;
- ҳарбий тиббиёт соҳасида кадрлар салоҳиятини ошириш ҳамда ҳарбий шифокорлар тайёрлашнинг самарали тизимини яратиш;
- соҳада халқаро ҳамкорликни ривожлантириш ва моддий-техник базани жаҳон стандарти талабларига мослаштириш;
- шахсий таркиб соғлиғини сақлаш бўйича тиббий ёрдам кўрсатиш стандартларини ишлаб чиқиш;
- тиббий профилактик ёрдам кўрсатиш чора-тадбирларини тизимли **такомиллаштириш**.

ЎР ҚҚ тизимида телемедицина тармоғини ривожлантириш:

- ҳарбий тиббиётни ривожлантириш йўлида соғлиқни сақлаш салоҳиятидан фойдаланиб технологик базани узлуксиз такомиллаштириш;
- соғлиқни сақлаш тасарруфидаги тиббиёт муассасалари ўртасида интерактив видеоконференциялар ва электрон тасвир (консультациялар) узатишни таъминлаш;
- ҳарбий тиббиётни телемедицина тармоғи орқали Олий тиббий таълим муассасалари (тиббиёт университетлари) нинг тармоғи билан ҳамкорликни ўрнатиш;

- юқори тезликдаги маълумотлар алмашинуви орқали электрон ҳисобга олиш ва тасвирларни қайта ишлашга асосланган тиббий диагностика тизимини йўлга қўйиш;

- округ ҳарбий-тиббий муассасаларини телекоммуникация ва ахборот ресурсларини телемедицинаси орқали марказлар билан бирлаштириш;

- тармоқ ресурсларидан фойдаланган ҳолда жаҳон миқёсида телемедицина маслаҳатлашувларни амалга ошириш.

Ҳарбий тиббиёт мутахассисларини рағбатлантириш:

- “Ўзбекистон Республикаси ҳарбий тиббиёти аълочили” кўкрак нишонини таъсис этиш;

- ҳарбий тиббиётда долзарб илмий муаммоларни ўрганишга иштиёқи бўлган, илм-фан соҳасида муваффақият қозонишга интиладиган, ҳарбий тиббиёт илми ва амалиёти билан шуғулланиб юқори натижаларга эришган ҳамда шу соҳага ўз ҳиссасини қўшган ходимларни рағбатлантириш мезонларини ишлаб чиқиш.

Мутахассис кадрлар бўйича:

- кадрлар заҳирасини яратиш, ҳарбий тиббиётда устоз-шогирд анъаналарини йўлга қўйиш, рақобат муҳитини шакллантириш мақсадида бош тиббий мутахассисларни йиллик режаси бўйича қилинган ишлари юзасидан ҳисоботини тинглаш орқали уларга баҳо бериб бориш, комиссиянинг якуний хулосасига асосланиб Бош тиббий мутахассисларни алмаштириш механизмининг жорий қилиш;

- чет тилларини яхши ўзлаштирган ёки тил ўрганишга иштиёқи бўлган, илмга чанқоқ ёш ҳарбий шифокорларни ривожланган давлатлар ҳарбий-тиббий муассасалари билан ўқув ва малака-тажриба алмашишга юбориш орқали кадрлар заҳирасини шакллантириш, келгусида ушбу кадрларни мамлакатимиз ҳарбий тиббиётига ўз ҳиссаларини қўшишлари бўйича дастур ишлаб чиқиш ва унга амал қилиш.



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ҚУРОЛЛИ КУЧЛАРИДА ТАКТИК ТИББИЁТНИНГ РИВОЖЛАНИШ ИСТИҚБОЛЛАРИ

Абдулахатов Б.Ш.¹, Усманов И.Р.², Юлдашев А.Х.¹, Нуруллаев А.Ж.², Халимов Б.Х.²

¹ЎР МВ Тиббий таъминот бошқармаси

²ЎР ҚҚ Ҳарбий тиббиёт академияси

РЕЗЮМЕ

Тактик тиббиёт-ҳозирги даврда кенг тарқалган ва таниш атама. Мустақил давлатлар ҳамдўстлигига аъзо кўплаб давлатларда ушбу фан бўйича ўқув ва услубий қўлланмалар нашр қилинмоқда, конференциялар ўтказилмоқда. Чет эл тажрибасини ўрганиш жанг майдонида ҳалок бўладиган 90% ярадорларнинг ҳаётини сақлаб қолиш йўллари кидириш, госпиталгача тиббий ёрдам кўрсатишнинг ягона тизими сифатида ўзини оқлаб келаётган, замонавий технологияларга асосланган «тактик тиббиёт»га ўтиш давр талаби эканлигини кўрсатмоқда. Мақолада ЎР ҚҚ ушбу йўналишдаги ҳолати таҳлили ва уни ривожлантириш йўналишлари бўйича фикрлар баён этилган.

Калит сўзлар: тактик тиббиёт, ҳарбий тиббий тайёргарлик, НАТО, ТССС, МОК, тиббий ёрдам.

РЕЗЮМЕ

¹Управления Медицинского обеспечения МО РУ

²Военно-медицинская академия ВС РУ

Тактическая медицина – распространённый и знакомый термин. В странах СНГ проводят конференции, выпускают методические пособия и учебники по данному предмету. Итоги изучения опыта практики зарубежных стран показывает, что переход на «Тактическую медицину» основанный на современных технологиях является требованием времени, который в свою очередь, на поле боя даст возможность сохранить жизнь более 90 % раненных. В статье изложены результаты анализа и мысли (суждения) по развитию данного направления в ВС РУ.

Ключевые слова: тактическая медицина, военно-медицинская подготовка, НАТО, ТССС, медицинская помощь.

RESUME

¹Department of Medical Support of the Ministry of Defense of the Republic of Uzbekistan

²Military Medical Academy of the Armed Forces of the Republic of Uzbekistan Tactical medicine is now a common and familiar term.

Conferences are held in the CIS countries, methodological manuals and textbooks on this subject are published. The results of studying the experience of the practice of foreign countries show that the transition to «Tactical Medicine» based on modern technologies is a requirement of the time, which, in turn, on the battlefield will make it possible to save the lives of more than 90% of the wounded. The article presents the results of the analysis and thoughts (judgments) on the development of the bottom direction in the Armed Forces of the Republic of Uzbekistan.

Keywords: tactical medicine, military medical training, NATO, TSSS, medical care.



Замонавий ҳарбий ҳаракатлар театрида жанговар ҳаракатлар тиббий таъминоти хусусиятларини ўрганишда “тактик тиббиёт” тушунчаси тез-тез учраб туради. Бу тушунча ўзида бевосита жанг майдонида кўрсатиладиган, ҳаётни сақлаб қолиш ва ҳаёт учун хавфли ҳолатларни бартараф этиш ҳамда ногиронликка олиб келувчи оқибатларни бартараф этишга йўналтирилган тадбирларни жамлайди [1].

Охирги йилларда “жангда ярадорларга тактик тиббий ёрдам” тизими кенг муҳокама қилмоқда (Tactical Combat Casualty Care, жанг майдонида тиббий ёрдам кўрсатиш стандартлари -ТССС). Бевосита “тактик тиббиёт” атамаси жанговар бўлинмаларга ТСССнинг қисқартмаси кўринишида кириб келди [2,6].

2009-2013 йиллар даврида ТСССни қўллаш ушбу қўлланмадан фойдаланиш ва уни мослаштириш ҳарбий-тиббий тайёргарликнинг кейинги ривожланишига олиб келиши аён бўла бошлади. 2014-2017 йиллар даврида постсовет бўшлиғидаги қўлаб мамлакатларда ҳарбий-тиббий тайёргарлик фани бўйича ТССС қўлланмасига мослаштирилган жуда кўп ўқув адабиётлар чоп этилди. Бунга эҳтиёж НАТО тизимида қўлланиладиган тиббий мол-мулк намуналарининг кириб келиши билан пайдо бўлди. Ушбу намуналарни қўллаш учун ўзига хос таълим материалларига эҳтиёж туғилди. НАТОга аъзо давлатларда ўзини оқлаган ТССС қўлланмаси - жанг майдонида тиббий ёрдам кўрсатиш тактикаси - худди шу материал ҳисобланади [3,4].

Украина армиясида ҳам тиббий таъминот НАТО тизимига ўтиши билан 2015 йилдан ушбу атама кириб келди. Болтиқ бўйи республикалари ва Грузия эса бу тизимга 2000 йилда ўтган.

“Тактик тиббиёт” атамаси Ўзбекистон Республикаси Куролли Кучларида 2021-2022 йилларда кириб кела бошлади. Ўзбекистон Республикаси Мудофаа вазири генерал-лейтенант Курбанов Б. Н. қўшинлар тиббий таъминотини, айниқса бирламчи бўғин тиббиёт хизматини такомиллаштириш йўналишига алоҳида эътибор бериб келмоқда. Уларнинг ташаббуслари билан “Ҳарбий тиббий тайёргарлик” фани “Тактик тиббий тайёргарлик” деб қайта номланди. Ушбу фан учун ТСССга мослаштирилган янги ўқув дастури ишлаб чиқилди. Ҳарбий хизматчининг индивидуал тиббий жамланмаси таркиби такомиллаштирилиб, амалга киритилди. Тегишли ўқув маркази тузиш ишлари йўлга қўйилмоқда.

Бунда жанговар ҳаракатларда тинимсиз қатнашиб келаётган давлатлар армияси тиббий таъминоти тажрибасини ўрганиш, ривожланган давлатлар ҳарбий тиббиёт мутахассислари билан тажриба алмашиш, 2009-2019 йиллар давомида ТСССни шу давргача амалда бўлган “Ҳарбий тиббий тайёргарлик” ўқув дастури ва ўқув қўлланмалари билан тахлилий таққослаш орқали эришилди. Тактик тиббиётга ўтишга қуйидаги омиллар туртки бўлди.

1. ЎР ҚҚ қўшинларида, айниқса махсус операциялар бўлинмаларида жанговар тайёргарлик даражасининг ўсиши.

2. Ҳарбий қисмларда хизматини бошлаган ҳарбий врачларнинг иррегуляр жанговар ҳаракатлар тиббий таъминотини ташкиллаштириш бўйича билимларининг камлиги, қатор жанговар тайёргарлик фанлари (умумий тактика, отиш тайёргарлиги, бўлинмаларни бошқариш, умумий ва махсус техника, топография, муҳандислик тайёргарлиги, алоқа) бўйича билим даражаларининг мукамал эмаслиги.

3. Ҳарбий-тиббий тайёргарлик дастурининг махсус бўлинмалар вазифаларига мос эмаслиги.

4. Узоқ йиллар давомида тиббий ва ҳарбий-тиббий таълим муассасалари томонидан госпиталгача бўғинда тиббий ёрдам кўрсатишнинг илғор усуллари ва замонавий воситаларини инкор этилганлиги, пировард натижада тиббий ёрдам кўрсатиш тизимининг тактик бўғини йўналишида ҳарбий врачларда билим ва кўникмаларнинг пастлиги.

Юқорида кўрсатилган омиллар йиғиндисидан битирувчи врачлар тайёргарлик даражасининг жанговар бўлинмалар талабларига мос келмаслик муаммоси ҳамда бўлинмалар шахсий таркибининг яраланиш ва жароҳатларда биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича билим ва кўникмаларига эътиборни ошириш масаласини кўриб чиқиш вақти келганлиги аён бўлди. Пастки бўғин бўлинмалари (взвод) штатига врач лавозимини киритиш ёки махсус операцияларда взводни врач билан кучайтириш бўйича Россия Федерацияси тажрибаси бу йўналишнинг тўғри эмаслигини кўрсатди. Тактик тайёргарлик (ҳарбий тактика) бўйича врачлар билимларининг етишмаслиги шуни кўрсатдики, махсус бўлинмалар шахсий таркибини 1-2 кун давомида қўшимча тайёрлаш (аввалги тиббий билимлар пойдеворида) 7-8 йил ўқиган врачдан кўра жанг майдонида ёрдам кўрсатишда кўпроқ самара берар экан [5,7,9]. Чунки, бу жангчилар жанг майдонида ҳаркатланиши, ўзини тутиши, жойнинг никобловчи ва ҳимояловчи хусусиятларидан тўғри фойдаланиш тажрибаси ва кўникмалари бўйича врачга нисбатан сезиларли устунликка эгадир.

Шуни таъкидлаш керакки, чет эл қўлланмаларида кўпроқ тарқалган далилли тиббиёт нуқтаи назаридан жанговар вазиятларда айнан ТСССга ишонч даражаси анча юқори [8]. Чет эл тажрибаси ва қўлланмаларига турлича муносабат билдириш мумкин, бироқ ҳақиқат ҳақиқатлигича қолади - ТССС асосида ўқув ва услубий қўлланмалар, ўқув дастурлари тузилган, тузилмоқда ва бундан кейин ҳам такомиллаштирилиб борилади. Ўзбекистонда ҳам ҳарбий тиббиётнинг ривожланишини шу йўналиш асосида олиб бориш фақатгина фойдали бўлади.

Демак, ТССС қўлланмасини ЎР ҚҚ жанговар бўлинмаларининг замонавий ҳолатига мослаштириш ва қўллаш тактик тиббиётнинг мазмуни ҳисобланади.

Шундай экан, энди бирламчи манбаларнинг тур-

ли тахрирдаги ТССС мослаштирилиши ва қўлланилишини кўриб чиқамиз.

Қўлланма тамойиллари дастлаб 1996 йил «Military Medicine» журналида чоп этилган. «Tactical Combat Casualty Care in Special Operations» номли мақола муаллифлари АҚШ Махсус операция кучлари (МОК) ҳарбий врачлари ҳисобланади (Captain Frank K., Butler Jr., MC, USN Lieutenant Colonel John Haymann, MC USA Ensign E. George Butler.). Ушбу мақолада муаллифлар махсус операцияларда ёрдам кўрсатиш тактикасидаги муаммолар очиб берилган. ATLS (Advanced trauma life support – шикастланишларда ҳаётни сақлаб қолувчи ёрдам, касалхона ва госпитал тиббий ходимларини тайёрлаш дастури) қўлланмаси тамойилларини жанг майдонида қўллаш ва ATLS асосида АҚШ махсус операция кучлари учун госпиталгача босқичда ёрдам кўрсатиш бўйича қўлланма яратиш тадқиқотнинг асосий моҳияти бўлган.

ТССС нинг 1996 йилдаги илк нашрининг эътиборли томонлари:

- таҳлил ва ҳулосалар АҚШ МОК махсус бўлинмаларига нисбатан амалга оширилган;
- жанг майдонида ATLSни қўллашни мураккаблаштирувчи омилар батафсил ишлаб чиқилган:

Душман ўт очиши, жанговар вазифани бажариш даврида АҚШ МОК бўлинмаларида тиббий мол-мулк бўйича имкониятларнинг чекланганлиги, тиббий эвакуация вақтининг турлича ўзгариши, ҳар хил транспорт турларида эвакуация қилишнинг хусусиятлари, тунги вақтда ёрдам кўрсатишдаги муаммолар (тунги кўриш мосламаси бор - йўқлигидан қатъий назар);

- ATLS дастурининг АҚШ МОК тактик бўғин (жанговар бўлинмалар) тиббиёт ходимлари учун мос келмаслик муаммоси батафсил ёритилган;

- АҚШ МОК тиббиёт ходимларининг кўникмаларини шакллантириш ва сақлаш муаммолари ва тиббий эвакуацияни самарали амалга ошириш учун уларнинг малакаси етишмаслиги кўрсатиб ўтилган, уларни ҳал этиш йўллари баён этилган;

- тадқиқотлар натижасида душман томонидан келтириладиган хавфлар даражасига қараб, госпиталгача бўлган босқични учта зонага бўлиш таклиф этилган (1-расм);

- авиаэвакуация давомида ЎСВ (ўпка сунъий вентилляцияси) самардорлигини баҳолаш учун сатурация (SpO_2) ва капнограмма (CO_2) мониторинги қанчалик зарурлиги кўрсатиб ўтилган;

Ўқ ёмғирлари остида тиббий ёрдам (қизил зона) Ярадор ва қутқарувчи ҳали-ҳануз душманнинг тўғридан тўғри ўқ ёмғирлари остида (бевосита хавф); Ёрдам кўрсатиш учун вақт жуда кам; Фақат чекланган воситалар мавжуд (чўнтакларда ва ҳ.к.); Мақсад – ярадорни бевосита хавфли жойдан олиб чиқиш.	
Жанговар вазиятда тиббий ёрдам (сарик зона) Бу ёрдам ярадор ва қутқарувчи душманнинг бевосита ўқ ёмғирлари остида бўлмаганда кўрсатилади. Тиббий ёрдам жангга бевосита яқин жойда кўрсатилади (вазият ёмонлашуви хавфи доимо мавжуд ва “ўқ ёмғирлари остида тиббий ёрдам” босқичига қайтиш эҳтимоли бор). <i>Жангдан ташқаридаги тиббий ёрдам (йўл-транспорт ҳодисалари, йиқилиб тушиши ва б.).</i>	
Эвакуация давомида тиббий ёрдам (яшил зона) Эвакуация ва ундан кейинги тиббий ёрдам. Қўшимча ходимлар ва тиббий воситалар сўралиши мумкин ва бунинг имконияти бор.	 

1-расм. Тиббий ёрдам кўрсатиш босқичлари

- бўлинма тиббиёт ходимлари кучлари билан эвакуация қилиш муаммолари баён этилган;

- ўқ отар куроллардан яраланишларда ЮЎР (юрак-ўпка реанимацияси) самарадорлигининг пастлиги сабаблари кўрсатилган (ТССС нинг замонавий версиясида ЮЎР тадбирлар кетма кетлигининг 18-навбатига қўйилган);

- зоналарга бўлишни ҳисобга олиб ҳаётга хавф солувчи вазиятларни бартараф этиш бўйича алгоритм таклиф этилган;

- АТЛСнинг айрим муолажаларини қўллаш принциплари қайта кўриб чиқилган (трахея интубацияси, умуртқанинг бўйин қисмини иммобилизация қилиш ва б.);

- госпиталгача босқичда инфузион-трансфузион терапия алгоритми тузилган;

- ТСССни қўллаш бўйича кўникмаларни муштаҳкамлаш учун реал воқеяликка яқин сценарийлар асосида ўқув машқларини режалаштириш таклиф этилган.

ТССС қўлланмаси биринчи таҳрирининг асосий тамойиллари сақлаб қолинган бўлиб янада ривожлантирилган ва бугунги кунда долзарблигича қолмоқда.

Ҳозирги кунда ТССС НАТО блоки мамалакатларида ва қатор бошқа давлатларда самарали қўлланилмоқда.

ТСССнинг замонавий таҳрирлари ва ЎР ҚҚда қўллаш истиқболлари

ТСССнинг замонавий таҳрирлари жанг майдонида тиббий ёрдам кўрсатиш концепцияси доирасида олди олиниши мумкин бўлган ўлим ҳолатларини статистик таҳлил қилиш асосида яратилган. Маълумки, жанговар ҳаракатлар даврида содир бўладиган қайтмас йўқотишларнинг 90% жанг майдонида ҳалок бўлганлар ҳисобига тўғри келади. Ўрганишлар шуни кўрсатмоқдаки, жанговар ҳаракатлар давомида ҳарбий хизматчиларнинг ўлимини ўз вақтида кўрсатилган тиббий ёрдам орқали сақлаб қолса бўлади (2-расм).

Уларнинг ҳаётини сақлаб қолиш йўллари кидириш бўйича тадқиқотлар биринчи тиббий ёрдамнинг содда усуллари (боғлам, жгут, оғриқсизлантириш, юқори нафас йўллари ўтказувчанлигини тиклаш) фойдаланган ҳолда госпиталгача ёрдамнинг ягона тизими сифатида “тактик тиббиёт”га ўтиш зарурияти мавжудлигини кўрсатади. Тактик тиббиёт ярадорлар ҳаётини сақлаб қолиш мақсадида барча ҳарбий хизматчиларга биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш амалларини мукамал ўргатиш орқали улар томонидан жанг тактикасини тиббий ёрдам кўрсатишнинг замонавий технологиялари билан бирга қўллашни кўзда тутати [10,11].

ТСССнинг бирламчи алгоритмларига шошилиш ҳолатларда реаниматологиянинг таянч тамойиллари (MARCH протоколи) асосидаги синдромлар бўйича ёрдам кўрсатиш элементлари киритилган. ТСССнинг якуний хусусияти шундаки, жанг майдонида ёрдам кўрсатиш бўйича ҳаракатларнинг батафсил алгорит-

ми ва госпиталгача босқичнинг аниқ зоналаштирилиши (ўқ ёмғирлари остида ёрдам, жанг майдонида “пана жойда” ёрдам, тактик эвакуация).



2-расм.

Жанг майдонида ўлимга олиб келувчи сабаблар

ТСССда жанг майдонидаги реал воқеяликка мос ҳолатлар кўриб чиқилади. Ёрдам кўрсатиш алгоритмларида синдромлар бўйича терапевтик элементлар қўлланилади: ташқи қон кетишни тўхтатиш, геморагик шок билан курашиш (шу жумладан гемотрансфузия), нафас етишмовчилигини бартараф этиш (шу жумладан ЎСВ), коагулопатия профилактикаси, оғриқ синдромида ёрдам кўрсатишга дифференциал ёндашув (наркотикли ва наркотик бўлмаган анальгетиклар, морфин дозаси ошиб кетганда антидотлар қўллаш ва бошқ.), антибиотикопрофилактика ва бошқалар.

ТССС – госпиталгача бўғимда энг муҳим қўлланма бўлиб, у мунтазам янгиланиб ва нашр этиб турилади. Таркибан ТССС икки қимдан иборат: биринчи қисм – барча ҳарбий хизматчилар учун, иккинчи қисм – тиббий ходимлар учун.

Тактик ва даволаш диагностика алгоритмларига иловада қўлланиладиган ашёлар, тиббий тўплам ва жамланмаларнинг тўлиқ рўйхати келтирилган. ТССС иловасида ўқитиш услубиёти ҳам мавжуд (кўп микдордаги чизмалар ва видеоматериаллар билан).

ТСССнинг асосий ижобий томонлари

Амалий йўналтирилганлик, реал воқеяликка мослиги, зарур тиббий мол-мулкнинг тўлиқ рўйхати, ўқитишнинг батафсил услубиёти мавжудлиги, полтравмада ёрдам кўрсатиш концепцияси доирасида даволаш-диагностика алгоритмларининг стандартлаштирилганлиги, адаптациялаштириш ва қўллашнинг енгиллиги ТСССнинг асосий ижобий томонларидир.

ЎР ҚҚ шароитларида қўллаш нуқтан назаридан ТСССнинг салбий омиллари:

- ТССС қўлланмаси ёрдам кўрсатиш соғлиқни сақлаш тизими юқори даражада бўлганлар учун яратилган. Ўзбекистонда ёрдам кўрсатиш стандартларида ТССС алгоритмларини врач-анестезиолог-реаниматологи ва врач-трансфузиолог кўникмаларига эга врач қўллаш олади;

- AQSH va mamlakatimiz tibbiy ходимлар тоифаларининг билим ва кўникмалари даражасидаги номутаносиблик;

- TCCC аслида AQSH МОК ва Армияси хусусиятлари доирасида яратилган. Бу куйидаги хусусиятлардир: AQSH ҳарбий хизматчилари контрактнинг нисбатан қисқа муддатлиги; tibbiy ходимларнинг жанговар тайёргарлиги тизимида узлуксиз таълим элементлари мавжудлиги; кўплаб tibbiy ҳарбий-хисоб мутахассислиги вакилларида tibbiy маълумотнинг йўқлиги; ўрта tibbiёт ходимлари турли тоифаларининг мавжудлиги; врач касбининг улуғланиши.

- салбий омиллар батафсил кўрсатилган бўлиб, бу омиллар TCCCни тўлақонли қўллашга катта тўсиқ ҳисобланади.

TCCCни ЎР ҚҚ шароитларига мослаштириш муаммолари

ЎР ҚҚ учун TCCC прогрессив қўлланма бўлиб, уни амалга ошириш имкониятлари мавжуд. Шу билан бирга уни ЎР ҚҚ шароитларида қўллашда қатор муаммолар келиб чиқиши мумкин:

1. TCCC дастурларининг кўпгина таҳрирларида ўқувчилар тоифасига врачлар таркибининг киритилмаганлиги.

2. Ҳаракатлар алгоритми доирасида кўрсатилган ёрдам даражасининг юқори эканлиги, бу алгоритмлар Ўзбекистонда фақат врач-анестезиолог-реаниматологлар ваколатига тааллуқли эканлиги.

3. Кўникмаларга тўла эга бўлиш учун tibbiёт ходимларини клиник базаларда амалий ўқитиш зарурияти мавжуд (AQSHда энг идеал манекенларда ўқитилган парамедикларнинг фақат 42% трахея интубацияни тўғри бажара олган).

4. AQSH ва ЎР tibbiy ходимлар тоифалари тизимидаги фарқлар.

5. ЎР ҚҚда tibbiy мол-мулк ва дори-дармонлар таъминот меъёрларидаги муаммолари масалалар. TCCCда келтирилган номенклатурадаги мол-мулк ва дори-дармонларнинг айримлари Ўзбекистонда ишлаб чиқарилмайди, аммо уларни маҳаллийлаштириш имкониятлари мавжуд.

Қатор давлатлар ҳарбий tibbiёти тизимида TCCC қўлланмасини муваффақиятли мослаштириш мисолларини келтириш мумкин: Англия, Франция, Исроил, Польша, Грузия, Украина. Россия Федерациясида ушбу йўналишда ишлар олиб боримокда. Таъкидлаш жоизки, Исроил, Россия Федерацияси армиясида ва ЎР ҚҚда tibbiёт ходимларининг тоифалари ўхшаш.

Хулоса

Тактик tibbiёт-тез ривожланаётган йўналиш. Ҳарбий хизматчилар, ўрта ва кичик tibbiy ходимлар таркибини тактик tibbiёт услугиёти бўйича тайёр-

лаш энг яқин муддатларда ҳал қилиниши зурур масаладир.

ЎР ҚҚда тактик tibbiётни жорий этиш ва ривожлантириш бўйича асосий мантикий саволлар куйидагилар бўлиши мумкин: TCCC адаптацияси (мослаштирилиши) ва уни қўллашнинг ривожланиши тизимида tibbiy ёрдам кўрсатиш стандартлари ва политравмада ёрдам кўрсатиш концепцияси доирасида бўладими? Ёки тактик tibbiёт tibbiётнинг алоҳида бўлими кўринишида ривожланадими?

Политравмада ёрдам кўрсатиш элементи Республика шoshiлнч tibbiy ёрдам илмий-амалий маркази, унинг филиаллари, травматология маркази ва шoshiлнч tibbiy ёрдам кўрсатиш станциялари тизимида қўлланилмокда ва ривожланмокда.

TCCC концепцияси доирасида илғор реанимацион-жарроҳлик бригадаларини госпиталгача бўғинда қўллаш чет эл ҳарбий tibbiёти манбаларида белгиланган. Илғор реанимацион-жарроҳлик бригадалари госпиталгача бўғинни кучайтириш учун мўлжалланган бўлиб, чекланган вақт давомида конкрет вазифаларни бажариш мақсадида қўлланилади. Францияда илғор жарроҳлик гуруҳи (Forward surgical teams (FST) ва илғор жарроҳлик элементи (Forward surgical element - FSE), Россияда илғор реанимацион-жарроҳлик бригадаси, Украинада илғор жарроҳлик гуруҳи шундай бўлинмалар ҳисобланади [11, 12].

Илғор жарроҳлик гуруҳи (FST) Францияда иккинчи жаҳон уруши тугаши билан тузилган бўлиб, Ҳиндихитойдаги ва Алжирдаги исёнчилар билан тўқнашувлар давомида қўлланилган ва ўзини оқлаган. Ўша даврлардан буён дунёнинг француз қўшинлари юборилган ҳар қандай қисмида FST ёйилмасдан қолинмаган. Rol 2 нинг вазифаси энг яқин жойда ярадорга жарроҳлик ёрдамини кўрсатиш ва Rol 3 ёки Rol 4 га эвакуация қилингунга қадар ҳаёт учун хавфни бартараф этишдан иборат [13, 14].

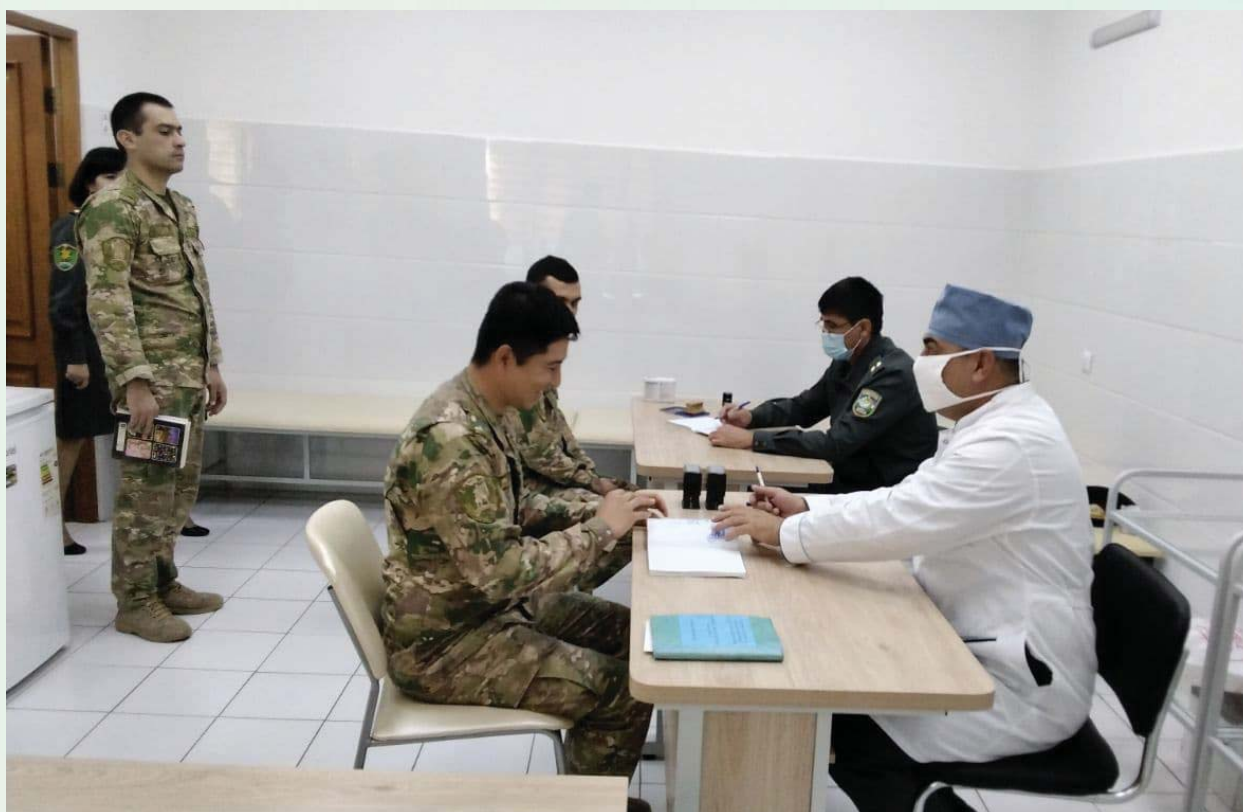
Чет мамлакатлар ҳарбий tibbiёти тажрибаларини ўрганишдан келиб чиқиб, куйидаги йўналишлар бўйича штат бирликларини киритиш ва мутахассислар тайёрлаш долзарб ҳисобланади:

1. Махсус операциялар бўлинмаси врач: врач-офицер бевосита махсус бўлинма жанговар тартибда ёрдам кўрсатади, шу жумладан тактик tibbiy тайёргарлик бўйича йўриқчи вазифасини бажаради.

2. Госпиталгача бўғин бирламчи tibbiёт пункти врач: жанговар ҳаракатларда жанг майдонидан олиб чиқилган ярадорга ёрдам кўрсатади, ушлаб туради ва эвакуацияга тайёрлайди.

3. Тактик эвакуация бўғини врач: автомобил/бронетехника/вертолёт базасидаги реанимацион-эвакуацион модул врач-оператори.

4. Қидирув-кутқарув гуруҳи врач.



Адабиётлар

1. Бартош А.А. Смыслы гибридной войны // Вестн. Акад. воен. наук. – 2017. – Т. 59. – №2. – С. 165–172.
2. Герасимов В.В. Организация обороны Российской Федерации в условиях применения противником «традиционных» и «гибридных» методов ведения войны // Вестн. Акад. воен. Наук. – 2016. – Т.55. – № 2. – С. 19–23.
3. Катулин АН., Зайцев Д.В., Ашмарин Д.В., Лунина Д.В. Основы тактической медицины: Учеб.-метод. пособие по воен. мед. подготовке. М.: Товарищ. науч. изд. КМК. – 2018. – 177 с.
4. Крайнюков П. Е. Тактическая медицины-новая концепция для войн “Нового типа” / П.Е. Крайнюков, И.М. Самохвалов, В.А. Рева // Военно-медицинский журнал. – 2021. – № 5. – С. 4–17.
5. Кратц В.А. Особенности медицинского обеспечения вооруженных сил США / В.А. Кратц, Е.А. Солдатов, Е.Е. Редкин // Известия Российской военно-медицинской Академии. – 2019. – №4. – С. 43–49.
6. Митин А. Организация медицинского обеспечения военнослужащих сухопутных войск Франции в боевых условиях // Зарубеж. воен. обозр. – 2011. – № 8. – С. 40–44.
7. Проскуренок А. Военно-медицинская подготовка, тактическая медицина, медицина спецопераций в боевых подразделениях / А.Проскуренок // Зарубежное военное обозрение. – 2021. – №8. – С. 15–18.
8. Самохвалов И.М., Рева В.А. Догоспитальная помощь раненым в военных конфликтах: состояние и перспективы // Воен.-мед. журн. – 2015. – Т. 336. – № 10. – С. 15–26.
9. Смирнов А.А. Тактическая медицина. – Псков: Стерх. – 2020. – 64 с.
10. Фисун А.Я., Самохвалов И.М., Гончаров А.В., Рева В.А., Каниболоцкий М.Н. и др. Пути снижения летальности в современной гибридной войне: раненого к хирургу или хирургию к раненому? // Воен.-мед. журн. – 2020. – Т. 341. – №1. – С. 20–29.
11. Benavides J.M., Benavides L.C., Hale D.F., Lundy J.B. The Golden Hour Offset Surgical Treatment Team operational concept: experience of the 102nd Forward Surgical Team in Operation Freedom's Sentinel 2015–2016 // J. Spec. Oper. Med. – 2017. – Vol. 17. – N 3. – P. 46–50.
12. Eliassen H.S., Aandstad A., Bjerkvig C. et al. Making whole blood available in austere medical environments: donor performance and safety // Transfusion. – 2016. – Vol. 56, Suppl. 2. – P. 166–172.
13. Remick K.N. The Surgical Resuscitation Team: surgical trauma support for U.S. Army Special Operations Forces // J. Spec. Oper. Med. – 2009. – Vol. 9. – N4. – P. 20–25.
14. Shackelford S.A., del Junco D.J., Powell—Dunford N. et al. Association of prehospital blood product transfusion during medical evacuation of combat casualties in Afghanistan with acute and 30-day survival // JAMA. – 2017. – Vol. 318. – N16. – P. 1581–1591.

НАТО ДАВЛАТЛАРИ БИРЛАШГАН ҚУРОЛЛИ КУЧЛАРИ ТИББИЙ ТАЪМИНОТИ

Рахимов А.Ф.

Ўзбекистон Республикаси Қуролли Кучлари Ҳарбий тиббиёт академияси ҳарбий дала жарроҳлиги кафедраси катта ўқитувчиси, тиббиёт фанлари номзоди

РЕЗЮМЕ

Мақолада НАТО давлатлари Бирлашган Қуролли Кучларини тиббий таъминлаш тоифалари, қуруқликдаги қўшинларнинг куч ва воситалари, уларни эшелонлаштириш, ушбу эшелонларнинг вазифалари, ярадорлар гуруҳлари, тинчликпарварлик операцияларни тиббий таъминлаш ҳақида маълумотлар берилган.

Калим сўзлар: тиббий ёрдам тоифалари, тиббий хизмат кучлари ва воситалари, эшелонлаштириш, ярадорлар гуруҳлари, тинчликпарварлик операцияларини тиббий таъминлаш.

РЕЗЮМЕ

В статье приведены сведения о категориях медицинского обеспечения Объединенных Вооруженных Сил стран НАТО, силах и средствах сухопутных войск, их эшелонировании, задачах этих эшелонов,

группах раненых, медицинском обеспечении миротворческих операций.

Ключевые слова: категории медицинского обеспечения, силы

и средства медицинской службы, эшелонирование, группы раненых, медицинское обеспечение миротворческих операций.

RESUME

The article provides information about the categories of medical provision of the Joint Armed Forces of the NATO countries, forces and equipment of the ground forces, their echeloning, the tasks of these echelons, groups of the wounded, medical support for peacekeeping operations.

Keywords: categories of medical support, forces and means of the medical service, echelonnement, groups of the wounded, medical support for peacekeeping operations.



НАТО давлатларининг Бирлашган Куролли Кучларида (БҚК/ОВС) тиббий таъминот икки тоифага бўлинган [1, 4, 11, 13]:

- 1) жанг майдонида тиббий ёрдам;
- 2) тиббий хизмат кўрсатиш.

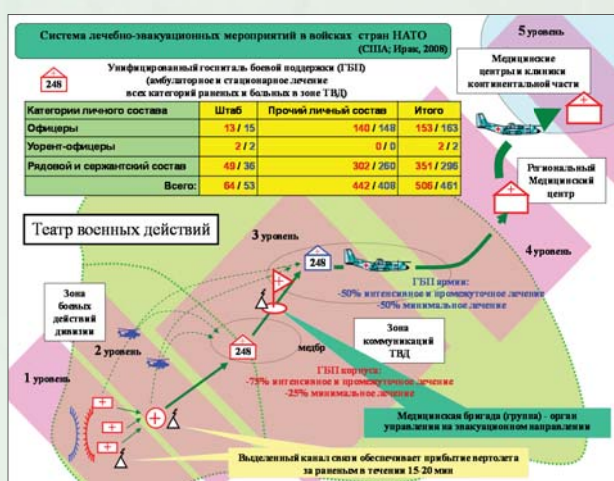
1. Жанг майдонида тиббий ёрдам армия корпуслари, дивизиялар, бригадалар, полклар, батальонлар ва уларга тенглаштирилган куруқликдаги қўшинлар (кучлар), ҳарбий ҳаво кучлари ва ҳарбий денгиз флотининг қўшилмалари, қисмлари ва бўлинмаларидаги мунтазам тиббий бўлинмалар ва қисмлар томонидан кўрсатилади.

2. Тиббий хизмат кўрсатиш дала армиялари, армия гуруҳлари, қўшма авиация ва денгиз қўмондонликларига тезкор бўйсунадиган тиббиёт органлари томонидан амалга оширилади. Куруқликдаги қўшинлар (кучлар) тиббий хизматининг куч ва воситалари ҳарбий ҳаракатлар театрида (ХХТ/ТВД) тузилган гуруҳлар (группировкалар)га мувофиқ жойлаштирилади ва тўртта эшелонни ўз ичига олади:

батальонларнинг тиббий воситалари (1-эшелон); дивизияларнинг тиббий хизматлари (2-эшелон); армиялар корпусларининг тиббий хизматлари (3-эшелон);

шунингдек, алоқалар (коммуникациялар) зонасидаги тиббий хизмат куч ва воситалари (4-эшелон).

НАТО қўшинларининг Ироқдаги контингентиди қўшинлардаги тиббий ва эвакуация тадбирларининг 5 даражали тизими (бешинчи эшелоннинг ролини ҳарбий ҳаракатлар театридан узокда жойлашган континентал) тиббиёт муассасаларида амалга оширилган. Шунингдек, лозимки, тиббиёт хизмати тиббий маълумотлар алмашинуви тиббиёт хизматининг бирламчи бўғинидан токи континентал Америка Қўшма Штатларидаги маслаҳат марказларигача таъминлайдиган махсус мустақил алоқа каналига эга бўлган [2, 5, 7, 9].



1-расм. НАТО давлатлари қўшинларида даволаш-эвакуация тадбирлари схемаси

Бунинг натижасида кафолатланган ҳаводаги устунлик туфайли “олтин соат” мобайнида ярадор



2-расм. НАТО БҚК ҳарбий хизматчиларини Ландитюлдаги Армия регионал тиббиёт марказига эвакуация қилиш

жанговар ёрдам госпиталида операция столида ҳозир бўлган. Ушбу жанговар ёрдам госпиталлари ягона ташкилий-штат тузилмасига эга бўлган (корпус, армия) мобил госпиталлар бўлиб, улар замонавий жиҳозланган ва юқори даражада ўтиш имкониятига эга бўлган транспорт базасида далада жойлаштириш воситаларига эга.

Бу ерда шошилиш жарроҳлик амалиёти ўтказилади ва зарур даражадаги анестезиология ва реанимация ёрдами кўрсатилади. Ярадорларни тўлиқ даволаш учун 4-эшелон ёки 5-даражали (континентал тиббиёт марказлари ва клиникалари) тиббиёт марказларига, одатда ҳаво транспорти орқали етказилади [3, 6, 8].

Тиббий таъминотнинг биринчи эшелонини касалликларни олдини олиш, беморларни аниқлаш, ярадорларни кидириш ва йиғиш, биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш ва кейинги боскичларга эвакуация учун тайёрлаш бўйича чора-тадбирлар кўриладиган бўлинмаларнинг тиббиёт пунктлари ташкил этади.

Иккинчи эшелон дивизиянинг тиббий хизмати билан ифодаланади.

Ушбу эшелоннинг асосий вазифаси ярадорларни, касаллар ва оммавий қирғин қуроллари (ОҚК/ОМП) билан жабрланганларни

бўлинмаларнинг тиббиёт пунктларидан эвакуация қилиш ҳамда дивизиянинг саралаш ва эвакуация пунктларида малакали тиббий ёрдам кўрсатиш, шунингдек, уларни армия корпусининг фронт ортига эвакуация қилишга тайёрлашдан иборат.

Учинчи эшелонга армия корпуси тиббий хизмати кучлари ва

воситалари киради. Унинг асосий вазифалари ярадорларни, касаллар ва ОҚК билан жабрланганларни иккинчи эшелон саралаш ва эвакуация пунктларидан эвакуация қилиш, ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш, қиска муддатли даволанишдан кейин (15 кунгача) хизматга қайтарилиши мумкин бўлган ярадорлар ва беморларни даволаш, шунингдек, уларни кейинги эвакуацияга тайёрлашдан иборат.

Тўртинчи эшелон алоқа зонасидаги тиббий хизмат куч ва воситаларидан иборат. Унинг вазифаларига ярадорларни, касалларни ва ОҚҚларидан жабрланганларни армия корпусидан эвакуация қилиш, ҳарбий ҳаракатлар театрида стационар госпиталларда малакали даволанишни амалга ошириш (30-60 кунгача) ва алоқа зонаси доирасида ҳудудий принцип бўйича тиббий хизмат кўрсатиш киради.



4-расм. Ландштюль Армияси ҳудудий тиббиёт маркази (Landstuhl Regional Medical Center, Germany)

НАТО экспертларининг фикрига кўра, барча эшелонларда ярадорлар оммавий тушган тақдирда тиббий саралаш самарали тиббий хизмат кўрсатиш учун асос бўлиб ҳисобланади. У ярадорларни ва жабрланганларни жароҳатлар тури ва унинг оғирлик даражасига қараб таснифлаш, имкон қадар кўпроқ ярадорларга ва ОҚҚларидан жабрланганларга тиббий ёрдам кўрсатиш мақсадида ярадорларнинг тирик қолиш эҳтимолини аниқлаш ҳамда даволаш ва эвакуация қилиш тартибини белгилашдан иборат [10, 13].

Зарур тиббий ёрдам даражаси (ҳажмига) ва омон қолиш имкониятларига кўра ярадорлар ва ОҚҚдан жабрланганлар (қўпчилик НАТО мамлакатлари қуролли кучларида) тўрт гуруҳга бўлинган:

биринчи гуруҳ-ярадорлар ва ОҚҚларидан жабрланганлар, уларни даволаш минимал тиббий ёрдам кўрсатиш билан чекланиши мумкин ва улар ҳарбий қисмларга қайтариладилар. Бу гуруҳ ярадор ва жароҳатланганлар умумий сонининг 40% ни ташкил қилиши мумкин;

иккинчи гуруҳ-шошилиш тиббий ёрдам кўрсатишга муҳтож бўлган ярадорлар ва ОҚҚларидан жабрланганлар. Бу гуруҳ барча ярадорлар ва жабрланганларнинг 20%ни ташкил қилиши мумкин;

учинчи гуруҳ-жарроҳлик ёрдамини кўрсатиш кечиктирилиши мумкин бўлган ярадорлар ва ОҚҚларидан жабрланганлар. Бу гуруҳ тиббий ёрдамга муҳтожларнинг умумий сонининг тахминан - 20% ни ташкил қилиши мумкин;

1-жадвал

Шимолий-Ғарбий Европа ва Жанубий Европа ҳарбий ҳаракатлар театри учун шахсий таркибнинг санитар йўқотиш кўрсаткичлари

Ҳарбий ҳаракатлар театри	Санитар йўқотишлар %да, суткасига	
	Анъанавий қуроллардан	ОҚҚдан
Шимоли-ғарбий Европа	8%	12%
Жанубий Европа	8%	12%
Марказий Европа	11%	16%

тўртинчи гуруҳ-тиббий ёрдам кўрсатиш катта вақт ва куч сарфлашни талаб қиладиган ярадорлар ва ОҚҚларидан жабрланганлар.

Кўрсатилган гуруҳлар бўйича саралаш асосида, ярадорларни ва ОҚҚларидан жабрланганларни бундан кейинги эвакуация қилиш жараёни ётади.

Қўшинларни (кучларни) тиббий таъминлашнинг умумий режаларини ишлаб чиқишда НАТО қўмондонлиги жанговар ҳаракатлар пайтида жанговар йўқотишлар қуйидагича бўлиши мумкинлигидан келиб чиқади: йўқотишларнинг умумий сонидан ҳалок бўлганлар-20%, бедарак йўқолганлар-10%, ярадорлар-70% (тиббий ёрдам кўрсатиш ва даволашга эҳтиёжи бор санитария йўқотишлар) ни ташкил қилиши мумкин. Ҳозирги амалдаги прогнозларга кўра, ярадорларнинг 30 фоизи 30 кун ичида хизматга қайтарилиши мумкин.

Шунга асосланиб, зарур бўлган госпиталлардаги ётоқлар сони ҳисобланади, бу эса анъанавий воситалардан фойдаланган ҳолда шикаст етказилганда Шимоли-ғарбий Европа (ШҒЕ) ва Жанубий Европа (ЖЕ) ҳарбий ҳаракатлар театри учун шахсий таркибнинг



5-расм. Олдинги позициядаги тиббиёт пунктлари ва госпиталларнинг тиббий контейнерлар билан жиҳозланиши



6-расм. Модуль типидagi ҳимояланган прицеп и контейнерлар

8% ва Марказий Европа (МЕ) ҳарбий ҳаракатлар театри учун 11%; ОКҚ қўлланилганда мос равишда-12% ва 16%. Денгиздаги кемалар учун бу кўрсаткичлар 4% ва 5% ни ташкил қилади.

НАТО давлатларининг тиббий хизматлари миллий соғлиқни сақлаш режаларини ишлаб чиқишда ушбу нормативлардан фойдаланади ва НАТО БҚКларининг штаблари эса бу режаларни ажратилган тиббий хизмат куч ва воситаларининг етарлилигини текшириш учун ишлатади.

Тинчликпарварлик операцияларида тиббий ёрдам кўрсатишни тиббий куч ва воситаларни ягона тузилмага бирлаштириш орқали ҳам миллий контингентларга тиббий ёрдам кўрсатиш учун масъулиятни ушбу куч ва воситаларни ажратувчи мамлакатлар зиммасига юклаш орқали ҳам амалга оширилиши кўзда тутилади. Тиббий хизматлар фаолиятини мувофиқлаштириш масалалари билан НАТО БҚК қўмондонликларида бири шуғулланади.

Одатда, тиббий таъминотнинг асосий вазифалари (ярадорлар ва жароҳатланганларни эвакуация қилиш ва касалхонага ётқизиш, тиббиёт муассасаларининг моддий-техник таъминоти, ветеринария назорати, профилактик тиббий чоралар) операция бошланишидан олдин режалаштирилади.

Бунда маҳаллий аҳолига тиббий ёрдам кўрсатиш ва тинчликпарварлик кучлари жойлашган мамлакат

ресурсларидан фойдаланиш имкониятлари ҳам ҳисобга олинади.

Қўшинлар тиббий таъминоти сифатини яхшилаш мақсадида кейинги пайтларда НАТО блоки БҚКларида ҳажм жиҳатидан салмоқли (кенг қўламдаги) тадбирлар амалга оширилган.

Чунончи:

1. Биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш воситалари кучайтирилган. НАТО нинг қўлаб мамлакатларида ярадорларни жанг майдонидан олиб чиқиш учун тиббий бўлинмалар штатлари юқори даражада ўтиш имкониятига эга бўлган тез тиббий ёрдам машиналари билан бир қаторда санитария зирхли транспорт воситалар билан таъминланган.

2. Барча тиббиёт эшелонларида эвакуация воситаларининг сиғими оширилган.

3. Тиббиёт қисмлари ва бўлинмаларининг ҳаракатчанлиги оширилган.

Батальон тиббиёт пунктлари зирхли транспорт воситалари асосида яратилган мобил боғлов хоналари билан жиҳозланган.

Қатор мамлакатлар ҳар бири 60 ўринли етарли жиҳозланган кўчма жарроҳлик госпиталлари ва ҳар бирида 40-60 ўринли 18-26 тиркамалари (трейлеры) бўлган санитар автопоездлар билан жиҳозланган.

4. Дала тиббиёт муассасаларининг техник жиҳозланиши такомиллаштирилган.

ўртача 30 кунлик ҳарбий ҳаракатлар учун мўлжалланган.

5. Қўшилма ва бирлашмаларда керакли ётоқ сиғими яратилган ва у блок мутахассисларининг фикрига кўра уруш даврида дивизияларда шахсий таркибнинг 5-7%, армия корпусларида 8-12% миқдорида бўлиши мумкин.

Қўшинларга бевосита тиббий ёрдам кўрсатиш куйидаги тартибда амалга оширилади: батальон ва полкларда-тиббий взводлар, бригадаларда-тиббий батальонлар (роталар), дивизияларда-тиббий полклар (батальонлар, роталар), армия корпусларида-тиббий бригадалар (батальонлар, роталар). НАТО мамлакатлари Қуролли Кучларидаги тиббиёт қисмлари ва бўлинмаларининг тузилиши ва имкониятлари турлича.

НАТОнинг етакчи мамлакатларида тиббий ва санитария қўшинлари Қуролли Кучларнинг алоҳида турига ажратилган ва мақсадли мўлжалланганлигига кўра фронт орти қўшинларига тегишли. Ташкилий жиҳатдан тиббий-санитария қисмлари ва бўлинмалари Қуролли Кучлар ва барча қўшин турлари бирлашмалари, қўшилмалари ва қисмларига киради.

Шундай қилиб, турли давлатларнинг Қуролли Кучларида тиббий ёрдамни ташкиллаштиришнинг мавжуд фаолияти шуни кўрсатмоқдаки, фронт ортига интеграциялашнинг умумий тенденциялари билан бир қаторда, тиббий таъминот ўзига хос (махсус) таъминот сифатида ажралиб туради ва ҳар бир давлатда характерли хусусиятга эга.



**7-расм. 200 ўринли қўп таомоқли
ҳарбий-дала госпитали**



**8-расм. НАТО БҚКнинг Афғонистондаги
ҳарбий-дала госпитали**

Адабиётлар:

1. Анкина Л. Н., Коржа А. А., Корнилова Н. В., Краснова А. Ф., Bryant R., Feliciano D. V., Knecht Dzh. M. Kellman K., R., Letarte P., Mattox K. M., Moore E. E., Pepe P. E., Weiman D. S. Уровни системы военной медицинской помощи США. Организация. Доступен по: https://meduniver.com/Medical/travmi/organizacia_voennoi_medicinskoi_pomochi.html. (дата обращения 05.11.2019).
2. Антонов А.А., Медведев В.Р., Мурашов Н.В. К вопросу создания и применения медицинских средств развертывания палаточного типа // Сборник конференции СМК, Москва. – 2008. – 79 с.
3. Белевитин А.Б., Шелепов А.М., Савченко И.Ф. Госпиталь сил быстрого реагирования Бундесвера // Сборник конференции СМК, Москва. – 2008. – 224 с.
4. Главная цель США – Афганистан. Независимое военное обозрение. М.: Воениздат. – 2001. – №35. – 145 с.
5. Корнюшко И.Г., Бояринцев В.В., Минаев Д.Ю. Медицинское обеспечение военнослужащих Бундесвера // Воен.мед.журн. – 2008. – №1. – 90–94.
6. Петровский Г.В., Гамалий В.Н. Бронированные медицинские машины зарубежных стран // Воен.мед.журн. – 2009. – №2. – С. 50–56.
7. Печоров С. Сухопутные войска НАТО на Южно-европейском ТВД. – 2008. – №4. – С. 125–132.
8. Пантюхов А. П. Прогнозирование санитарных потерь в современной войне. Военная медицина. – 2007. – №3(4). – С. 112–116.
9. Шелепов А.М. Новые возможности в медицинском обеспечении дивизии США // Воен.мед.журн. – 2003. – №7. – С. 69–74.
10. Шелепов А.М., Корнюшко И.Г. Задачи медицинские силы и средства ВС Турции // Сборник трудов ИВ НПК врачей ПУрВО. – Ориенбург. – 2003. – 39 с.
11. Шелепов А.М., Корнюшко И.Г. Модульная система медицинского обеспечения в ВС Нидерландов // Сборник трудов ИВ НПК врачей ПУрВО. – Ориенбург. – 2003. – 46 с.
12. Шмаков И. Г. Тыловое обеспечение сухопутных войск США. Зарубежное военное обозрение. М.: Воениздат. – 1995. – №10. – 231 с.
13. Kaiser E. Expeditionary medicine in Africa – The French experience / E. Kaiser [et al.] // Mil. med. – 2007. – Vol. 172, № 7. – P. 708–712.

ЗАМОНАВИЙ ЎЧОҚЛИ УРУШЛАРДА ТИББИЙ ТАЪМИНОТ ТИЗИМИНИ ТАШКИЛЛАШТИРИШНИНГ ТАҲЛИЛИ

Ярашев С.С.¹, Юлдашев А.Х.², Эшқувватов К.Р.²

¹Қуrolли Кучлар Ҳарбий тиббиёт академияси

²Мудофаа вазирлиги Тиббий таъминот бошқармаси

Ушбу мақолада ҳарбий врачларга чет давлатлар армияларининг турли даврларда рўй берган ўчоқли урушлардаги санитар йўқотиш кўрсаткичлари ва уларнинг структураси, қўлланилган қуrol, қўшинларни жанг олиб бориш тактикаси ва ҳар бир ўчоқли урушни фақатгина унгагина хос бўлган хусусиятларига боғлиқлиги, қўшинлар тиббий таъминотини ташкиллаштиришдаги кейинги йилларда орттирган тажрибалар юзасидан фикр юритилади.

Калит сўзлар: ўчоқли уруш, санитар йўқотишлар, ҳарбий операция, тиббий таъминот, жанговар ҳаракатлар, биринчи ёрдам, тиббий ёрдам, даволаш-эвакуация тадбирлари.

АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ ОЧАГОВЫХ ВОЙНАХ

В данной статье приводятся данные сравнительного анализа санитарных потерь армий государств, участвовавших в вооруженных столкновениях и очаговых боевых действиях во второй половине двадцатого столетия, их причинной связи с учетом видов применяемого вооружения, тактики ведения боевых действий войск и особенностей каждой отдельно взятой очаговой войны, а также изучения опыта организации в них медицинского обеспечения войск.

Ключевые слова: очаговая война, санитарные потери, военная операция, медицинское обеспечение, боевые действия, первая помощь, медицинская помощь, лечебно-эвакуационные мероприятия.

This article provides data of a comparative analysis of the sanitary losses of the armies of the states participating in armed clashes and local hostilities in the second half of the twentieth century, their causal relationship with the type of weapons used, tactics of military operations and the peculiarity of each individual local war, and also studying their experience in organizing medical support for troops during these hostilities.

Key words: local war, sanitary losses, military operation, medical support, combat operations, first aid, medical aid, medical and evacuation phases.

Иккинчи Жаҳон урушидан кейинги даврда дунёда 150 дан ортиқ қуrolли можаролар, шу жумладан, ўчоқли ва ҳудудий урушлар рўй берди. Уларнинг

ҳар бири кенг камровли ҳарбий, географик, ижтимоий-иқтисодий, сиёсий, диний ва бошқа омиллар таъсирига асосланган, фақатгина уларнинг ўзигагина хос бўлган хусусиятларга эга бўлди [1]. Ҳарбий врач сифатида бизни мақсадимиз, шу ўчоқли урушлар давомида вужудга келган санитар йўқотиш кўрсаткичларини қиёсий таҳлил қилиш ва тўғри хулоса чиқара олишдир. Жанг қилаётган томонлар тарафидан замонавий урушларда (можароларда) қанақа турдаги қуrolлар қўлланилаётгани, санитар йўқотишларни ўсиши қайси тамойилларга хос ривожланаётгани ва яқин келажакда қанақа бўлиши эҳтимолларни ўрганишимиз лозим [8]. Агар ўтган давр урушлари умумий ва санитар йўқотишларини қиёсласак: Халхин-Гол дарёси бўйидаги жангларда (1939) қўшинларнинг ойлик ўртача йўқотишлари яраланишлар натижасида 5,5%, ҳалок бўлганлар-2,5% (2,2:1 нисбатда) бўлган бўлса, Шимолий Кавказда рўй берган охириги урушларда эса ярадор/ўлганлар нисбати – 3,0-4,6:1 анча паст кўрсаткичларга эга эканлигини қўрамиз [1]. Форс кўрфазини ҳудудидagi “Чўлдаги бўрон” ҳарбий операцияси бошидаёқ қуrolлар ва кучлар нисбати бўйича катта устунлик КМК томонида эди [9]. Урушаётган томонлар санитар йўқотишлари кўрсаткичларида кучлар нисбати катта аҳамиятга эга. Махсус адабиётлардан олинган маълумотлар ва РФ нинг Чеченистон Республикасида рўй берган ҳарбий можароларда ҳам бу ҳолат ўз аксини топган бўлиб, энг кўп санитар йўқотишлар РФ федерал қўшинлари томонидан 1995 йилнинг январь-февраль ойининг бошида ва 2000 йилда Грозний шаҳрини эгаллаш даврига тўғри келган (1-жадвал) [1].

Биринчи ҳарбий можарода жанговар жароҳатлар устунлик қилган бўлса (43%), иккинчисида-жанговар бўлмаган жароҳатлар (17,1%) ва касалликлар (57,1%) устунлик қилаётганига эътибор қаратдик [3].

Чеченистон Республикасида бўлган қуrolли можароларда федерал қўшинларнинг санитар йўқотишлари (2-жадвал).

Чет давлатлар Қуrolли Кучлари санитар йўқотишлари ҳақидаги маълумотларини таҳлил қилганимизда, РФ федерал қўшинларидан фарқли ўлароқ, уларни пайдо бўлиши шарт-шароитларни турли-туман

Урушлар ва жанговар ҳаракатлар даврида юзага келган санитар йўқотишларнинг қиёсий жадвали

Харбий можаролар	Санитар йўқотишлар		Ярадор/ўлганлар нисбати
	Ярадорлар, шикастлан- ганлар	Жанговар бўлма- ган шикастланиш- лардан ўлганлар	
Халхин-Гол дарёси бўйидаги жанговар ҳаракатлар (11.05-15.09.1939 йй.)	5,5	2,5	2,2:1
Совет-Фин. уруши (30.11.1939-13. 03.1940 йй.)	6,4	2,4	2,6:1
II Жаҳон уруши (22.06.1941-9.05.1945 йй.)	5,7	2,0	2,9:1
Жанговар ҳаракатлар: Чечен Республикасида (01.1995-08.1996 йй.)	1,2	0,8	3,0:1
Жанговар ҳаракатлар: Доғистон ва Чечен Республикасида (08.1999-01.2000 йй.)	1,4	2,1	4,6:1

**Чеченистон Республикасида бўлган қуролли можароларда
федерал қўшинларнинг санитар йўқотишлари**

Қуролли можаро даври	Яраланиш ва жароҳатлар		Жанговар бўлмаган жароҳатлар		Касалликлар		Жами	
	Мутлоқ сонларда	Шахсий таркиб сонидан % ҳисобида	Мутлоқ сонларда	Шахсий таркиб сонидан % ҳисобида	Мутлоқ сонларда	Шахсий таркиб сонидан % ҳисобида	Мутлоқ сонларда	Шахсий таркиб сонидан % ҳисобида
12.1995- 0.5 1996	100-2350 (400)	0.25-5.9 (1.0)	20-160 (90)	0.05-0.4 (0.3)	200-750 (440)	0.5-1.9 (1.1)	320-3250 (930)	0.8-8.1 (2.3)
08.1999- 0.4.2000	100--1290 (450)	0.2-2.6 (0.9)	55-480 (300)	0.1-1.0 (0.5)	100-1500 (1000)	0.2-3.0 (2.0)	255-3198 (1750)	0.5-6.5 (3.5)

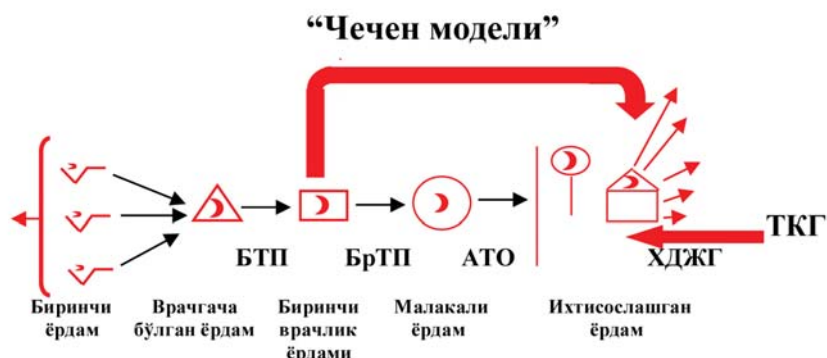
эканлиги, ярадор ва беморларнинг тахминий сонлари нисбатини башорат қилиш бутунлай бошқача эканлигини кўрамиз. Масалан, 1945 йилнинг апрель-июнь ойларида Окинавадаги жанговар ҳаракатларда Америка қўшинларининг ярадорлар сифатидаги санитар йўқотишлари бир кунга ўртача 0,7% ни ташкил қилган (фарқ 0 дан 3,2 % гача). Жанубий Кореяда 1951 йилнинг февраль-июнь ойида - 0,3% (баъзи кунлари ярадорлар сони 7,4% гача етган). Вьетнамда 1968 йилнинг май-август оралиғида - 0,25% (баъзан 1,4%). Фолкленд (Мальвин) оролларида 1982 йилнинг май-июнь ойларида - 0,2% (энг кўпи билан 1,5%) [5]. РФ федерал кучларининг санитар йўқотишлари билан таққосласак: Грозный шаҳри учун 1995 йилнинг январь-февраль ойининг бошларида ва 2000 йилда кечган жангларда ўртача кунлик санитар йўқотишлар, жанговар бўлмаган йўқотишларни ҳам қўшиб ҳисоблаганда тегишли равишда 0,3 ва 0,2% ни ташкил қилди, алоҳида кунларда эса икки баробар

кўп бўлди. Шундай қилиб, юқорида таҳлил қилинган ҳарбий можароларда ўртача санитар йўқотишлар кўрсаткичи 0,2-0,7% ни ташкил қилди.

Барча урушлардаги санитар йўқотиш кўрсаткичларининг катта қисми юқумли касалликлардан юзага келганлиги таҳлил қилинди [2]. II жаҳон уруши йилларида Америка армияси юқумли касалликлардан меҳнатга лаёқатсизлик кўрсаткичи 286 млн. бўлса, яраланишлар эса - 72 миллионни ташкил қилди. Бирмага 1943 йилда киритилган инглиз қўшинларида битта яраланган жангчига 120 та номаълум иситма туфайли сафдан чиққан ҳарбий тўғри келган. АҚШнинг Корея ва Вьетнамдаги уруши даврида қўшинлар орасида юқумли касалликлар билан касалланиш кўрсаткичи кескин қўпайиб кетган. Масалан, Америка қўшинларининг Кореядаги жанговар ҳаракатлари даврида 1000 та госпитализация қилингандан 749 тасини юқумли касаллик билан оғриганлар ташкил қилган бўлса, Вьетнамда 1969 йилда юқумли касал-



1-расм. Кучайтирувчи тиббий гуруҳ (КТГ)ларини қўлланилиши



2-расм. Кучайтирувчи тиббий гуруҳ (КТГ) ларнинг қўлланилиши



3-расм. Кучайтирувчи тиббий гуруҳ (КТГ)ларни қўлланилиши

ликлар туфайли госпиталга ётқизилганлар сони жанговар жароҳатлардан ётқизилганлар сонидан 5 марта кўп бўлган. Афғонистондаги уруш даврида қўшинлардаги санитар йўқотишларда асосий ўринни юқумли касалликлардан юз берган санитар йўқотишлар, барча турдаги санитар йўқотишларни - 63,5%ни ташкил қилган бўлса, 72,04% касаллик туфайли юз берган. 1980 йилда юқумли касалликлар кўрсаткичи умумий санитар йўқотишлар таркибининг 53,2% дан 1983 йилда 68,7% гача фарқ қилган. Юқумли касалликлар туфайли юз берган санитар йўқотишлар ўзининг энг юқори чўққисига чиққанлиги қайд этилган йиллар бўлиб 1984 йилда - 39253 нафар, 1985 йилда - 40089 нафар ва 1986 йили 42077 нафарни ташкил қилган [8]. Форс кўрфази худудида 1991 йил ўтказил-

ган “Чўлдаги бўрон” операциясида Америка матбуотининг маълумотларига кўра 15 дан ортиқ ярадор ва беморларнинг фақатгина 3%и жанговар жароҳат олганлар бўлган [2]. Юқоридагиларга кўра қуйидаги хулосаларни шакллантиришимиз мумкин.

Тиббиёт хизматининг куч ва воситаларини аниқлаш турли хилдаги санитар йўқотишлар ҳақидаги таҳлилий маълумотлар ва маълум ҳарбий воқеаларни ривожланишини олдиндан кўра билишимизга асосланиши лозим.

Чегара олди ҳудудларида ҳарбий можаролар рўй берган вақтларда тиббиёт хизматининг 70% дан кам бўлмаган куч ва воситалари, тиббиёт хизматининг (чегарада жойлашган ҳарбий округининг) ҳудудий тузулмалари ҳисобидан ёйилиши ва кучайтирилиши

кўзда тутилиши керак.

Ўз ҳудудида чегарадан анча олис масофада (200-250 км дан кўп) жанговар ҳаракатлар олиб борилганида бевосита жанговар ҳаракатлар ҳудудида тиббиёт хизматининг етарлича кучга эга бўлган госпиталларнинг умумий ётоқ ўринлари ҳажмини 40-50 %га мувофиқ келадиган куч ва воситалар гуруҳи ёйилган бўлиши лозим [5]. Даволаш-эвакуация тизими-га яхлит қаралганда, у ташкилий жиҳатдан босқичма-босқич эвакуациянинг мумтоз қирраларини ҳануз ўзида сақлаб қолмоқда. Бунда албатта унинг ҳаракатчанлик (мобиль) талабларини кучайтиришимиз, босқичлар сонини мумкин қадар қискартиришимиз (вертолёт авиацияси кўмагида), турли манёврларни қўллаш имкониятларимиздан кенг фойдаланишимиз лозим бўлади [5].

Қўшинлар тиббий таъминоти замонавий ҳарбий можароларда тажрибаси таҳлилига бағишланган замонавий тиббий адабиётларда, даволаш-эвакуация тизими тадбирлари ривожининг икки диаметриал қарама-қарши концептуал ёндашувига дуч келамиз: биринчидан - ярадор (бемор) ни иложи борица тезроқ ҳарбий госпиталга эвакуация қилиш, ушбу жараёнда унинг ҳолатини мўтадил ушлаб туришга қаратилган тиббий ёрдамни кўрсатиб бориш концепцияси; иккинчидан, илғор қисмлар ҳудудини “тиббийлаштириш” концепцияси, унга кўра барча шошилиш тиббий ёрдам турлари госпиталга жўнатишдан олдин шу ҳудудни ўзида тегишли мутахассислар томонидан кўрсатилиши лозим [5]. Чет мамлакатларнинг ўчоқли урушлардаги тажрибаларидан кўриш мумкинки, авиа ва санитар транспортга мўлжалланган эвакуациясини ташкиллаштиришнинг мутлоқо идеал модели фақатгина назарий жиҳатдан мавжуд экан ҳолос. ЧР да жанговар операцияларни 1994-1996 йилларда ўтказиш даврида ярадор ва беморларни фақатгина Владикавказ ва Моздокда жойлашган ҳарбий госпиталларга эвакуация қилишган [4].

Сўнгги йиллардаги адабиётларда даволаш-эвакуация тадбирлари тизимини тиббий эвакуация босқичлари сонига кўра аниқлайдиган “икки босқичли, уч босқичли, кўп босқичли” деган терминлар пайдо бўлди. Муаллифлар босқичлар сони даволаш-эвакуация тизими тавсифини белгиловчи бош омил деб урғу беришмоқда. Бу албатта тўғри эмас, ваҳоланки, босқичма-босқичлик шароитнинг ўзига хос хусусиятинигина ўзида акс эттиради, айнан шунга мувофиқ тиббиёт хизматининг куч ва воситаларни эшелонлаштириш бўйича қарор қабул қилинади. Форс кўр-фази ҳудудида бўлган ҳарбий можароларда ярадор ва беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш 5 босқичда ташкиллаштирилган ва бу ўз ижобий самарасини берган. РФнинг Суриядаги қўшинлари ХХТ нинг узоқлиги шароитидан келиб чиқиб, шунга мос қарор қабул

қилишган, бунда алоҳида тиббий отрядлар Марказ мутахассислари ҳисобига кучайтирилган ва ихтисослаштирилган тиббий ёрдам элементлари шу ерни ўзида ярадорга кўрсатилган. Ярадорнинг аҳволи мўтадил ҳолатга келтирилганидан сўнг уни Марказ тиббиёт муассасаларига эвакуация қилишган [7].

Ҳарбий ҳаракатлар театрида тиббий куч ва воситалар гуруҳининг таркиби ва эшелонлашуви ўта мураккаб ва танг вазият ривожини олдиндан илмий башорат қилган ҳолда амалга оширилиши лозим. Бу билан тиббий таъминот тизимининг мустаҳкамлиги ва ишончилиги заҳираси яратилади. Бугунги кунда мумтоз яъни кўп босқичли даволаш-эвакуация тизими ҳам сақланиб қолган. Аммо биз тизимни энг ноқулай шароитларда ҳам фаолият юрита олиш имкониятларини доимо назарда тутишимиз лозим. Шунинг учун қўшинлар тиббий таъминоти замонавий тизимини янада такомиллаштириш мақсадида, ярадор ва беморларни тезкор эвакуация қилиш ва фронтнинг олдинги жабҳаларини “тиббийлаштириш” каби сўнгги чора концепцияларига урғу бермасдан, балки унинг эгилувчанлиги, ҳаракатчанлиги ва алоҳида бўлинмаларни мустақил ҳаракатлана олишини ҳар томонлама оширишимиз лозим бўлади. Ярадор ва беморларни ҳаво транспорти ёрдамида эвакуация қилиш кейинги вақтларда кенг қўлланилиб келинмоқда, албатта биз ҳам буни инобатга олишимиз лозим. Жараён шартли равишда икки даврга бўлинган яъни, учиш олди ва учиш давларига: учиш олди - бу ярадорни ҳаво транспортида эвакуация қилиш тайинланиши билан бошланиб, уни самолётга жойлаштириш билан тугайди. Учиш даврида эвакуация қилинадиган ярадор (бемор) ларни самолёт бортига қабул қилиш билан бошланиб, белгиланган масканда уни бортдан тушириш билан тугайди [6]. Тиббий ёрдам босқичлари камрови қанча кўп бўлса тиббий ёрдам кўрсатишдан кейинги асоратлар ҳам ошиб бориши эътибордан четда қолмаслиги лозим бўлиб, бунда икки босқичда - 28%, уч босқичда - 76%; тўрт босқичда - 92% ярадорларда турли асоратлар ривожланганлиги кўрсатилган. Асоратларнинг ривожланишининг асосий сабабаларидан бири, жароҳатни олиш вақти ва зарур бўлган яқунловчи даво чораларини қўллашни бошланиш вақти ўртасидаги фарқ (олтин соат даври) эканлиги яққол кўриниб турибди. АҚШ Қуролли Кучлари тиббиёт хизмати охириги 40 йил давомида “кучайтирилган олдинги чизик” “forward cage” концепциясини муваффақиятли қўллаб келмоқда. Унга кўра, энг яхши тиббий куч ва воситаларни етарли ҳажмда ва ўз вақтида ихтисослаштирилган тиббий ёрдамни ярадорларга кўрсатишлари учун фронт олдинги чизиғининг 50 км дан узоқ бўлмаган масофасида жамлаган маъқул. Тиббий гуруҳнинг катта-кичиклиги эса тиббий вазият тақазосига кўра белгиланади [4].

ХУЛОСАЛАР

Юқорида баён қилинган таҳлилимиздан келиб чиқиб, куйидаги бир қатор долзарб қарашлар шакллантирилди:

Қўшин (куч) ларни жанг (операция) да қўллаш стратегияси ва тактикасини тиббий таъминотни ташкиллаштириш тизимининг асосий белгиловчи омили сифатида қараш (тизимни белгиланган вазифаларга, таркибий тузилишга, қўшинлар ҳаракати стратегияси ва тактикасига мувофиқ келиши тамойили);

замонавий ҳарбий можароларнинг ўзига хос хусусиятларидан келиб чиқиб, тиббий ёрдамни ярадорга имкон даражасида яқинлаштириш. Куролли Кучлар Ҳарбий тиббиёт академияси базасида жанговар медиклар (парамедиклар) тайёрлаш Марказини барпо этиш;

тиббиёт хизматининг штатдаги функционал бўлинмаларини қулайлаштириш ва таркиби бўйича мувозанатни сақлаган ҳолда қайта кўриб чиқиш, уларни юқори малакага эга бўлган мутахассислар билан (тизим элементларини қамровчанлиги ва бутлиги тамойили) бутлаш;

юқори сифатли автомобиллар базасида функционал модулларни яратиш (тиббиёт муассасаларини қисқа фурсатларда ёйилишини таъминлаш) ва қўшинлар санитар автомобиллар паркини шу тамойилга кўра янгилаш, ҳарбий госпиталлар ҳудудида вер-

толётлар учиш-қўниш майдончаларини барпо этиш; куролли можаролар, тинчликпарварлик операциялар, табиий ва техноген офатлар оқибатларини бартараф этиш ва бошқа ҳолатларда иштирок этиши учун тиббиёт хизматининг доимий шайлиқдаги махсус куч ва воситалар “Жанговар тиббий бўлини”ни (тизим таркибини ўзига хослиги тамойили) шакллантириш;

ҳарбий округлар бошқарув аппарати тиббиёт хизмати таркиби ва вазифаларини тиббий таъминот тизимини уруш ва тинчлик даврига максимал мувофиқлаштириш учун қайта кўриб чиқиш (тизим таркибини ҳудудий маъсуллиги тамойили);

тиббий таъминот тизими бошқарувини қатъий бўйсунув поғонаси ва марказга бўйсунуви (идоралараро бўлиниш ва ҳар қимни ўз билганича иш юритиш мойиллигини бартараф этиш) га кўра, фаолият йўналишини белгилаш, самарали ҳамкорлик ва нисбий мустақил иш юритиш асосида йўлга қўйиш, бошқарувни максимал даражада автоматлаштириш [8].

Шундай қилиб, қўшинлар тиббий таъминотининг ташкилий шакллари тезкор ривожланиши кўплаб ярадор ва беморларнинг ҳаётини сақлаб қолиш учун қулай шароитлар вужудга келишига, шунингдек, ҳар қандай жадалликдаги замонавий куролли можароларда уларнинг жанговарлик ва меҳнат қобилиятини тезда тикланишига имконият яратади [2].

Адабиётлар:

1. Биков И.Ю., Синопальников И.Б. и соавторы. Опыт по организации медицинского обеспечения советских войск в Афганистане в период с 1979 по 1989 год. // – 2016. – II том. – С. 45–92. Чиж И.М. Военная медицина в период II-Мировой войны. Чиж И.М. [и другие.] // Военно-медицинский журнал. – 2000. – №4. – С. 5–8.
2. Гуманенко Е.К., Самохвалов И.М. Хирургическая помощь раненым в контртеррористических операциях на Северном Кавказе в отдельных медицинских батальонах дивизии. Гуманенко Е.К., Самохвалов И.М. // Военно-медицинский журнал. – 2005. – №9. – С. 5–6.
3. Ефименко Н.А., Енин В.М. Особенности медицинской эвакуации раненых специальным авиатранспортом из районов вооруженных конфликтов, Ефименко Н.А., Енин В.М. // Военно-медицинский журнал. – 2017. – №1. – С. 5–9.
4. Самохвалов И.М. Современные тенденции в организации оказания хирургической помощи раненым в военных конфликтах. Самохвалов И.М. // Военно-медицинский журнал. – 2015. – №9. – С. 7–16.
5. Чиж И.М. Некоторые итоги и выводы из опыта медицинского обеспечения войск в вооруженных конфликтах. Чиж И.М. [и другие.] // Военно-медицинский журнал. – 2000. – №6. – С. 6–9.
6. Шелепов А.М. О моделировании лечебно-эвакуационного обеспечения войск в зоне вооруженного конфликта. Шелепов А.М. и другие. Военно-медицинский журнал. – 2014. – С. 5–11.
7. Ярашев С.С. Ҳарбий тиббиёт тарихи. Ўқув дарслиги. ЎРҚК ҲТА. – 2021. – 231 Б.

ОММАВИЙ ЖАРОҲАТЛАРДА ТЕЗКОР ДИАГНОСТИКАНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Мирзаев Д.А., Фозилов Н.Х., Абдусаматов Д.М., Рахимов А.Ф.
Ўзбекистон Республикаси Қуролли қучлари Ҳарбий тиббиёт академияси

РЕЗЮМЕ

Илмий текширувнинг мақсади оммавий жароҳатланиш ҳолатларида жароҳатланганларга зудлик билан ташхис қўйишда FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) баённомасидан амалий фойдаланиш. Ультрасонографик текширувлар Mindray ва SONO SITE портатив ультратовуш аппаратлари ёрдамида ўтказилди. Чизикли 2,5-5 МГц датчикдан фойдаланилди. Текширувларни ўтказиш учун 100 та механик омил оқибатида келиб чиққан жароҳат олган беморлар кўриб чиқилди. FAST баённомасини қўллаш натижасида, беморлар келиб тушган вақтида қўшимча текширувларга сарфланган вақтни тежаш ва ихтисослаштирилган ёрдамни кечиктирмай кўрсатишга ва натижада беморларни касалхонада ётоқ кунларини ҳам қисқартиришга эришилди.

Калит сўзлар: FAST, ультратовуш, диагностика, жароҳатлар.

РЕЗЮМЕ

Целью научной работы является практическое применение FAST протокола для экстренной диагностики при массовых повреждениях. Ультрасонографические исследования проводились на портативных ультразвуковых аппаратах Mindray и SONO SITE. Использовали линейные датчики 2,5-5 МГц. Для проведения исследования отобрали 100 больных с различными травмами пострадавших в результате различных механических факторов. В результате применения FAST протокола удалось сократить время на другие диагностические исследования и своевременно оказать специализированной помощи пострадавшим, также удалось сократить койка дней в лечебных учреждениях.

Ключевые слова: FAST, ультразвук, диагностика, повреждения.

RESUME

The aim of the scientific work is the practical application of the FAST protocol for emergency diagnostics in case of mass injuries. Ultrasonographic examinations were carried out on Mindray and SONO SITE portable ultrasound machines. We used linear sensors 2,5-5 MHz. For the study, 100 patients with polytrauma were selected as a result of various mechanical factors. As a result of the application of the FAST protocol, it was possible to save time for other diagnostic studies and provide timely specialized assistance to the victims, and it was also possible to reduce bed days in medical institutions.

Key words: FAST, ultrasound, diagnostics, injuries.

КИРИШ

Бахтсиз ҳодисалар оқибатида олинган жароҳатлар кўп ҳолатларда оғир асоратларга олиб келади. Жароҳатланганларни фақатгина клиник кўрикдан ўтказиш қорин ва кўкрак қафаси аъзоларининг жароҳатлари тўғрисида тўлиқ маълумот бермайди. Шунинг учун жароҳатлар характери, жароҳат механизмига асосланади ва визуализация усуллари билан тасдиқланади. Бундай усуллардан бири FAST баённомаси ҳисобланади.

FAST – чегараланган ультратовуш текшируви бўлиб, плеврал, қорин, перикардиял бўшлиқларда эркин суюқликни ва бундан ташқари пневмотораксни аниқлаш учун йўналтирилган.

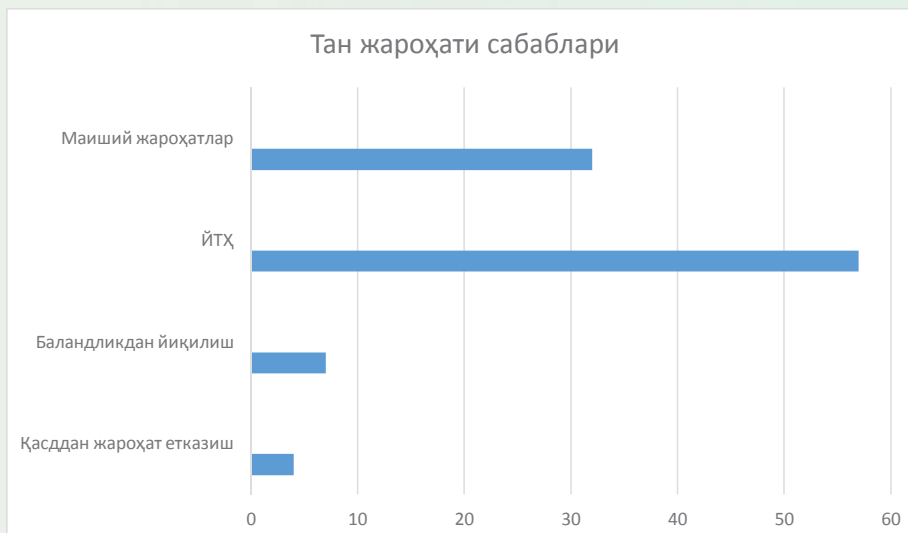
Кўплаб ўтказилган текширувлар натижаси шуни кўрсатмоқдаки, ультрасонография (УС) усул сифатида паренхиматоз аъзолар жароҳатида сезувчанлик паст (41%) кўрсаткичга эга. УСдан фарқли ўлароқ компьютер томография (КТ) юқори сезувчанликка эга. Операциягача бўлган даврда КТ контраст усули қўлланилиши жароҳат соҳани ва қон кетаётган манбани аниқ белгилаб олиш имконини беради. Шунга қарамай УС плеврал бўшлиқда (гемоторакс) ва қорин бўшлиғида (гемоперитонеум) эркин суюқликни аниқлашда юқори сезгирлик ва хусусийликка эга усул ҳисобланади [1,7].

УСни ижобий томонларидан бири, кўп шифохоналарда бу усул кенг тарқалган ва УТТ аппаратлари билан таъминланганлигидир. Текширувни ҳар қандай УТТ аппарати ёрдамида амалга ошириш мумкин [9].

Қўшимча афзалликларидан бири, ушбу текширув беморнинг ётган, ўтирган ва турган ҳолатларида ҳам ўтказилиши мумкин. Портатив УТТ аппарати ёрдамида беморни ётоқ ўрнида ҳам текширув ўтказилиши мумкин. Шу билан бирга плеврал бўшлиқни УТТ усули ёрдамида пункция қилишда суюқлик энг кўп тўпланган соҳани аниқ кўрсатиб бериш имконияти пайдо бўлади [3].

FAST усули ноинвазив усул ҳисобланиб, жароҳат олган беморларда, ҳомиладор аёллар ва ҳатто болаларда ҳам қўлланилиши мумкин [8]. Бундан ташқари бирламчи ва иккиламчи FAST текшируви беморни радиология бўлимига кўчирмасдан тезкор ўтказилиши мумкин, бунда FAST усули ташхис қўйишни тезлаштиришга имкон беради [10].

Радиографик усул билан аниқланадиган плеврал бўшлиқ суюқлиги ҳажмининг минимал миқдори 150



1-расм. Беморларда тан-жароҳатининг келиб чиқиш хусусиятига кўра гуруҳларга ажратилиши.

мл.ни ташкил қилади. Плеврал бўшлиқ суюқлиги ҳажмини аниқлашда УСнинг радиографиядан афзаллиги УС усули ёрдамида аниқланадиган суюқлик ҳажми 5 мл.дан бошланади [4,5,6].

Текширув мақсади

Оммавий жароҳатланиш ҳолатларида жароҳатланганларга зудлик билан ташхис қўйишда FAST баённомасидан амалий фойдаланиб, тезкор ташхис қўйишдаги аҳамиятини ўрганиш.

Материаллар ва усуллар

Проспектив (кўндаланг кесишма) текширувлар ўтказиш давомида механик омиллар оқибатида жароҳат олган 100 та бемор ўрганиб чиқилди. Текширувлар беморларнинг ҳаётий муҳим аъзолари фаолиятини баҳолаш

ва назорат қилиш билан биргаликда олиб борилди. Беморлардан 90 нафарини Тошкент тиббиёт академияси (ТТА) биринчи клиникаси шошилишч хирургия қабулхонасига, 10 нафарини Мудофаа вазирлиги Марказий ҳарбий клиник госпитали (МХКГ) қабул-эвакуация бўлимига келган беморлар бўлиб, уларнинг ўртача ёши 45 ёшни ташкил қилди.

Жароҳат олган беморлар етказилган тан-жароҳатларнинг таснифига кўра 4 гуруҳга ажратилди: (1-расм).

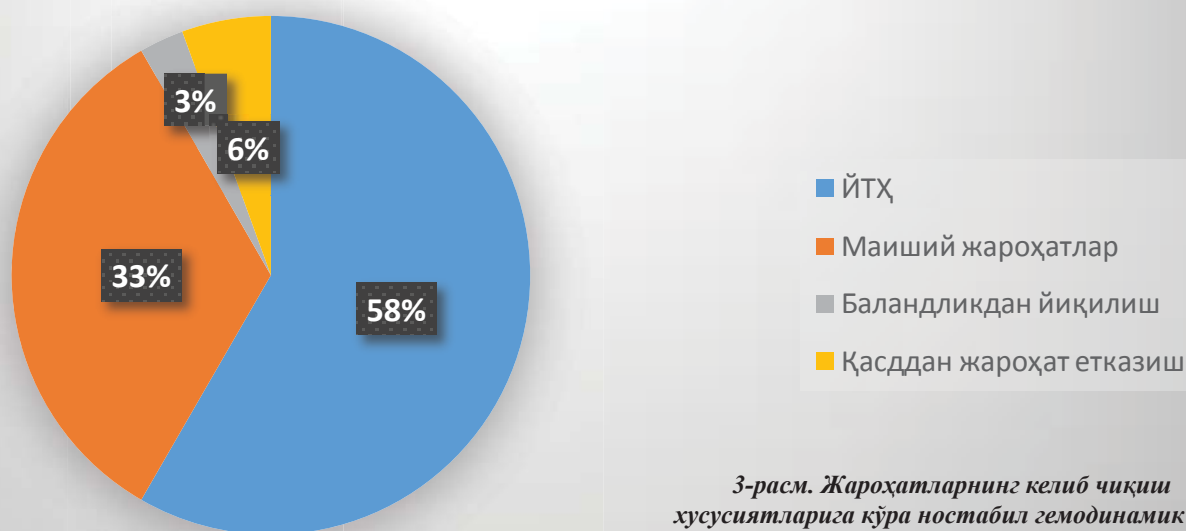
Маиший жароҳатлар - 32 та
Йўл-транспорт ҳодисалари (ЙТХ) - 57 та
Баландликдан йиқилиш - 7 та
Қасддан жароҳат етказиш - 4 та
Ультрасонографик текширувлар ТМА клиника-

СГД беморлар (n=64)



2-расм. Жароҳатларнинг келиб чиқиш хусусиятларига кўра стабил гемодинамик кўрсаткичга эга бўлган беморлар.

НГД беморлар (n=36)



3-расм. Жароҳатларнинг келиб чиқиш хусусиятларига кўра ностабил гемодинамик кўрсаткичга эга бўлган беморлар.

сидаги Mindray ва МХКГ SONO SITE портатив аппаратлари ёрдамида ўтказилди. Чизикли 2,5-5 Мгц. датчигидан фойдаланилди. Текширувлар учун кетган вақт 3-3,5 дақиқани ташкил қилди.

FAST усулида 8 та стандарт нукталар қўлланилди:

Юкори ўнг квадрантда - гепаторенал халта (Морисон халтаси) ва ўнг плевра бўшлиғи. Чап юкори квадрантда - спленоренал халта ва чап плевра бўшлиғи. Чанок бўшлиғидаги суюқликни аниқлаш учун ков усти соҳаси, перикардда суюқликни аниқлаш учун тўш суяги ханжарсимон ўсиғи соҳаси, пневмотораксни аниқлаш учун кўкрак кафаси юкори қисми (ўнг ва чап томонлама) текширилди.

Ўнг плеврал бўшлиқдаги суюқликни аниқлаш: ўнг томонлама гемотораксни аниқлаш учун датчик Морисон халтаси проекциясидан бироз юкориға (сирпантириб) қўйилди. Чап юкори квадрантда текширув ўтказиш: талок олди бўшлиғи ва чап плевра бўшлиғидаги суюқликни аниқлаш учун қўлланилди. Датчик орқа қўлтик ости чизиги бўйлаб VIII-XI когурғалар оралиғиға қўйилди. Ковурғалардан тушган соя кўришни қийинлаштирган ҳолатларда, датчик соат стрелкаси бўйича айлантирилиб когурға равоғи бўйлаб қўйилди. Меъда ва ичаклардаги хаво кўришни қийинлаштирган ҳолатларда, датчикни орқароқ соҳада жойлаштириш усулидан фойдаланиб кўриш энгиллаштирилди.

Текширув давомида спленоренал халтадаги суюқликни аниқлашга алоҳида эътибор қаратилди. Шу билан бирга субдиафрагмал бўшлиқ (талок билан диафрагма оралиғи) соҳасиға эътибор берилди, чунки мазкур соҳа суюқлик тўпланадиган бўшлиқ ҳисобланади. Бунинг учун датчик спленоренал халта

позициясидан когурғалараро бўйлаб эгри чизик кўринишиға келтирилиб, ультратовуш нурлари юкори ва орқа соҳаларға йўналтирилди, шу билан бирга чап плевра бўшлиғини кўриш имконияти туғилди. Чап плеврал бўшлиқдаги суюқликни аниқлаш: чап томонлама гемотораксни аниқлаш учун датчик эгри ҳолатдан олд тарафға ётқизилди, ультратовуш нурлари юкориға (бошға қараб) йўналтирилди ёки датчикни спленоренал халта проекциясидан бироз юкориға жойлаштирилди. Ультрасонографик текширув давомида нормада диафрагма устида талокни акс сураи артефакт сифатида намоён бўлади. Гемотораксда артефакт йўқолиб, ўрниға чап плеврал бўшлиқда қондан ҳосил бўлган анэхоген бўшлиқ кўринади.

НАТИЖА ВА МУҲОКАМА

Текширилган беморлар гемодинамик кўрсаткичлари бўйича икки гуруҳға бўлинди: Стабил гемодинамик кўрсаткичлари - (СГД) билан (систолик босим ≥ 90 мм.сим.уст.) – 64 нафар бемор; улардан, маиший жароҳат олганлар 20 нафар бемор (31%), ЙТХ жароҳатларида 36 нафар (56%), баландликдан йиқилиш 6 нафар (10%) ва қасддан жароҳат етказиш 2 нафар (3%) ни ташкил қилди (2-расм).

Ностабил гемодинамик кўрсаткич - (НГД) билан (систолик босим ≤ 90 мм.сим.уст.) - 36 нафар бемор; шундан, маиший жароҳат олганлар 12 нафар (33%), ЙТХ жароҳатларидан 21 нафар (58%), баландликдан йиқилиш 1 нафар (3%) ва қасддан жароҳат етказиш 2 нафар (6%)ни ташкил қилди (3-расм).

Стабил гемодинамик кўрсаткичға (n=64) эга бўлган беморлардан 13 нафарида (20%) пневмоторакс, 38 нафарида (59%) гидроторакс, 8 нафарида (13%)

гемоперикардиум, 5 нафарида (8%) гемоперитониум аниқланди.

Ностабил гемодинамик кўрсаткичга ($n=36$) эга бўлган беморлардан 7 нафарида (19%) пневмоторакс, 23 нафарида (64%) гидроторакс, 4 нафарида (11%) гемоперикардиум, 2 нафарида (6%) гемоперитониум аниқланди (4-расм).

Муаллифларнинг фикрига кўра, вақт - энг муҳим кўрсаткич ҳисобланади. Адабиёт маълумотларига кўра, қўшма оғир жароҳатланишлардан 2 соат ўтиб ўлим 50%, 6 соатдан кейин 30% ташкил қилади [2]. Шунинг учун госпитализация вақтини камайтириш муҳим аҳамиятга эга.

Ностабил гемодинамика қайд қилинган FAST мусбат 36 та беморлар зудлик билан жарроҳлик амалиётини ўтказиш (қон кетиш манбаини аниқлаш ва бартараф қилиш) учун операция хонасига йўналтирилган. Уларга қисқа муддат ичида тезкорлик билан жарроҳлик ёрдами кўрсатилиб, гемодинамика стабиллашгандан сўнг жарроҳлик бўлимига ўтказилган.

Шундай қилиб, ушбу беморларга даволаш муассасасига олиб келинган вақтида тезкор диагностика усулини қўллаш туфайли қўшимча текширувларга кетган вақтни тежаш ва ихтисослаштирилган ёрдамни кечиктирмай кўрсатишга, натижада беморларни касалхонада ётоқ кунларини қисқартиришга имконият пайдо бўлди.

Аналогик беморларни касаллик тарихи

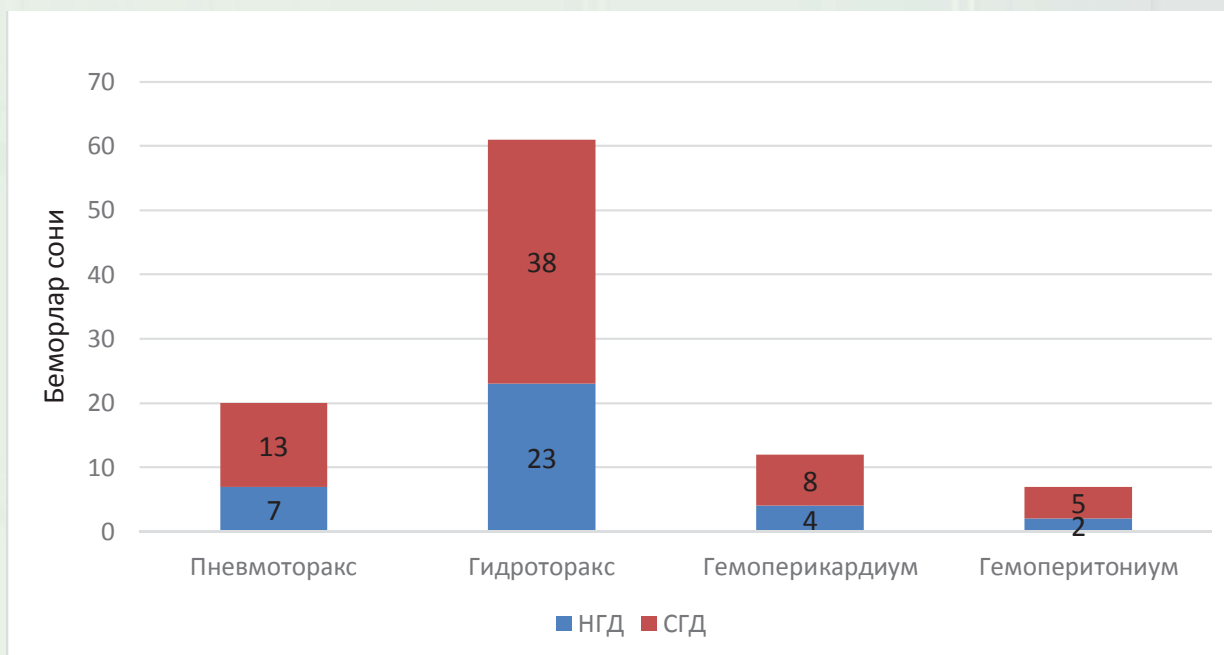
ретроспектив ўрганиб чиқилганда, диагностикада FAST баённомасини қўллаш гемотораксда ётоқ кунларни 19 кундан 17 кунгача, пневмотораксда 17 кундан 12 кунгача қисқарганини кўрсатди.

Стабил гемодинамика қайд қилинган, FAST манфий ёки ижобий бўлган беморлар ҳолати қўшимча текширувлар ўтказиш имкониятини берган. Ушбу беморлар барча текширувлардан ўтказилиб, кўрсатмалар бўйича жарроҳлик амалиёти ўтказиш учун операция хоналарига ёки консерватив даво олиш учун жарроҳлик бўлимига ётқизилган.

Текширувдаги механик жароҳат олган барча беморларда УС текширувларда FAST сезувчанлиги 100%, аниқлилиги 96%ни ташкил қилди.

ХУЛОСА

Қорин бўшлиғи ва қўкрак қафасида эркин суюқликни аниқлашда FAST баённомаси юқори сезувчанлик ва аниқликка эга. Қўшма жароҳатларда FAST баённомасини қўллаш диагностика сифатини оширади ва бемор ҳаётини сақлаб қолиш учун жарроҳлик амалиётини эрта бажаришга имкон беради. FAST бўйича УС текширувлар бир беморда қўп марта ўтказилиши мумкин, текширувларга сарфланган вақт 2-3 дақиқани ташкил қилади ва беморлар учун хавфсиз ҳисобланади.



4-расм. Жароҳатланган беморларнинг асоратлари бўйича гемодинамик кўрсаткич гуруҳлари.

Адабиётлар

1. Гасымзаде Г. Ш. Экстренная ультразвукография при травме. Вісник проблем біології і медицини. – 2017. – №4. – Том3. – С. 141–148.
2. Коробушкин Г.В. и авт. Анализ причин смерти в выборке пациентов с политравмой в Москве // Политравма/politrauma. – 2020. – №2. – С. 47–53.
3. Науменко Ж.К., Неклюдова Г.В.. Ультразвуковые исследования в пульмонологии. Пульмонология и аллергология. – 2012. – №3. – С. 56–61.
4. Сафонов Д.В., Шахов Б.Е. Ультразвуковая диагностика воспалительных заболеваний легких: Учеб. пособие. Москва. – 2011. – 120 с.
5. Сафонов Д.В., Шахов Б.Е. Ультразвуковая диагностика плевральных выпотов: Учеб. пособие. Москва. – 2011. – 104 с.
6. Сторожакова Г.И., Шахова Б.Е. Ультразвуковая визуализация воспалительных легочно-плевральных процессов: Метод. рек. для врачей // – М. – 2011. – 40 с.
7. Файзулина Р.Р., Нузова О.Б. Эффективность FAST-исследования в диагностике тупой травмы живота // Оренбургский медицинский вестник. – 2017. – №3. – Том 5. – С. 32–34.
8. Kirkpatrick AW, Sirois M, Laupland KB, Liu D, Rowan K, Ball CG, Hameed SM, Brown R, Simons R, Dulchavsky SA, Hamiltion DR, Nicolaou S: Hand-held thoracic sonography for detecting post - traumatic pneumothoraces: the extended Focused Assessment with Sonography for Trauma (EFAST). – J Trauma. – 2004. – Vol. 57. – P. 95–101.
9. Jeffrey G., Denise B. Aeromedical Ultrasound: The evaluation of point – of – care ultrasound during helicopter transport. Air medical journal. – 2017. – Vol. 36. – P. 110–115.
10. Youssriah Y. Sabri at all. Evaluating the role of ultrasound in chest trauma: Common complications and computed tomography comparative evaluation. The Egyption Journal of Radiology and Nuclear Medicine. – 2018. – Vol. 49. – P. 986– 992.



ТРОФОБЛАСТИК КАСАЛЛИКЛАР ОРАСИДА ЕЛБЎҒОЗ КАСАЛИГИНИНГ ОҚИБАТИ ВА РЕПРАДУКТИВ ФУНКЦИЯСИНИНГ ТИКЛАНИШ МУАММОЛАРИ

Холмаматова Л.Х., Жуманиязов М.К.

Мудофаа вазирлиги Марказий ҳарбий клиник госпитали

РЕЗЮМЕ

Трофобластик касаллик тушунчаси трофобластининг патологик ҳолатининг бир неча боғлиқ шакллари умулштиради ва трофобластик ўсимтани ўз ичига олади. Трофобластик касалликнинг пайдо бўлиши ҳар қандай ҳомиладорлик билан бўлиши мумкин, аммо унинг хавфи ўсма шакллари кўпинча елбўғоз (ёлғон ҳомиладорлик)дан кейин кузатилади. Японияда 1000 та ҳомиладорликдан 2 таси, бу Европа ва Шимолий Америкадагидан 3 баробар юқори. Ушбу патология учун хавф омиллари озиқ-овқатдаги каротин ва А витамин етишмовчилиги билан боғланади. Кўпинча ЁХ 20-24 ёшда пайдо бўлади, кейин унинг частотаси ёш ўтиши билан ортиб боради. 35 ёшдан ошган аёлларда хавф 2 баробар, 45 ёшдан кейин - 7,5 баробар ортади, яъни бу патологиянинг чўққиси 40-49 ёш оралиғига тўғри келади.

Калит сўзлар: Елбўғоз, ҳомиладорлик, репродуктив, трофобласт, каротин

РЕЗЮМЕ

Понятие трофобластическая болезнь обобщает несколько родственных форм патологического состояния трофобласта и включает трофобластическую опухоль. Появление трофобластической болезни может произойти при любой беременности, но ее злокачественные опухолевые формы часто наблюдаются после невынашивания беременности (ложная беременность). 2 на 1000 беременностей в Японии, что в 3 раза выше, чем в Европе и Северной Америке. Факторы риска данной патологии связаны с дефицитом каротина и витамина А в продуктах питания. Чаще всего ИОГ появляется в возрасте 20-24 лет, затем частота ее увеличивается с возрастом. У женщин старше 35 лет риск увеличивается в 2 раза, после 45 - в 7,5 раз, то есть пик данной патологии соответствует возрастному диапазону 40-49 лет.

Ключевые слова: ложная беременность, беременность, репродуктив, трофобласт, каротин.

RESUME

The concept of trophoblastic disease generalizes several related forms of the pathological condition of the trophoblast and includes a trophoblastic tumor.

The appearance of trophoblastic disease can occur with any pregnancy, but its malignant tumor forms are often observed after miscarriage (false pregnancy). 2 per 1000 pregnancies in Japan, which is 3 times higher than in Europe and North America. Risk factors for this pathology are associated with a deficiency of carotene and vitamin A in food. Most often, IOH appears at the age of 20-24 years, then its frequency increases with age. In women over 35, the risk increases by 2 times, after 45 - by 7.5 times, that is, the peak of this pathology corresponds to the age range of 40-49 years.

Key words: false pregnancy, pregnancy, reproductive, trophoblast, carotene

Елбўғоз (ёлғон ҳомиладорлик) трофобластик касаллик бўлиб, хавфсиз ўсма деб ҳам юритилади, чунки баъзан айрим беморларда елбўғоз метастази кузатилади. Елбўғоз (ЁХ) ўсиши ҳомила тухумининг илк муддатларида содир бўлиб, бунда хорион ворсинкалари узум шингилига ўхшаш пуфакчалар тўпламига айланади. Ҳомила тухуми бутунлай ЁХ пуфакчаларига айланиши ёки айрим ҳолларда эмбрион сақланиб, плацентага айланиши кузатилади. Баъзан елбўғоз пуфакчалари бачадоннинг мускул (миометрий) қаватига ҳам ўсиб киради ва бачадон деворининг сиртига, шунингдек, атрофидаги тўқималарга ҳам ўтиши (деструкцион елбўғоз) мумкин. Елбўғоз дастлаб худди ҳомиладорликдай кечсада, тезда қон кета бошлаб, узлуксиз давом этади [1, 3, 7, 11].

Ҳозирги кунда трофобластик касалликлар репродуктив ёшдаги аёлларда кўп учраганлиги сабабли аёлларда бепуштлиққа, ногиронлиққа, руҳий зўриқишга, ҳаттоки ўлимга сабаб бўлмоқда. Айнан шу ёшдаги аёллар орасида фарзанд кўриш хоҳиши кучли бўлади. Шу сабабли бу тиббий муаммо бўлиб, оила ва жамият иқтисодиётига зиён етказмоқда. Статистик маълумотларга кўра, трофобластик касалликларнинг учраш даражаси секин-аста ошиб бормоқда [2, 4].

Елбўғознинг учраши турли мамлакатларда бир-биридан фарқ қилади. Японияда 1000 та ҳомиладорликдан 2 тасида учраб, бу Европа ва Шимолий Америкадагидан 3 баробар юқори.

Ушбу патология учун хавф омиллари (Италия, АҚШда) озиқ-овқатда каротин ва А витамин етиш-

мовчилиги. Кўпинча елбўғоз 20-24 ёшда пайдо бўлади, сўнгра унинг частотаси ёш ўтиши билан ортади. 35 ёшдан ошган аёлларда хавф 2 баробар, 45 ёшдан кейин - 7,5 баробар ортади, яъни бу патологиянинг чўққиси 40-49 ёш оралиғида бўлади [5, 6, 7, 11].

Дунёда трофобластик касалликлар 2010 йил маълумотларига кўра онкогинекологик касалликлар ичида 3,6% ни ташкил этади.

Трофобластик касалликларнинг 80% ни оддий елбўғоз, 15% ни инвазив елбўғоз, 5%ини хорионкарцинома ташкил этади. Ҳозирги кунда касаллик ёшариб бормоқда [9, 10].

Мақсад: Трофобластик касалликлар орасидан елбўғоз касаллигининг ривожланишига олиб келувчи омилларни ўрганиб чиқиб, репродуктив фаолият тикланишини таҳлил қилиш.

Материаллар ва усуллари: Марказий ҳарбий клиник госпитали гинекология бўлими, Самарқанд вилояти онкология диспансерида охириги йилларда елбўғоз касаллиги билан махсус даво олган 40 та беморларнинг касаллик тарихи ва амбулатор картасидаги маълумотларга асосан олиб борилди. Бизнинг таҳлилимиз нисбий олиб борилди, чунки трофобластик касалликлар билан беморлар Марказий ҳарбий клиник госпитали ва онкология диспансерларига 100% мурожаат қилишмайди, чунки улар бошқа туғруқ марказларида даволанган бўлиши ҳам мумкин. Елбўғоз касаллиги билан касалланган беморларнинг ёши, касаллик бошланганидан сўнг беморларнинг мурожаат қилган вақти, аёллар репродуктив функцияси фаолияти, елбўғоз касаллиги билан махсус даво ўтказган ва махсус даво ўтказилмаган беморлар кўрсаткичлари таҳлили ўтказилди.

Текширув натижалари ва унинг таҳлили.

Елбўғоз касаллиги билан кузатувдаги 40 нафар

беморларнинг ёши бўйича учраши: 17-19 ёшда 5 та беморда, 20-25 ёшда 14 та беморда, 26-30 ёшда 16 та беморда, 31-35 ёшда 3 та беморда, 36-40 ёшда 2 та беморда, 41 ёшдан юқорида (-). Таҳлил натижасига кўра, энг юқори кўрсаткичлар 20-30 ёшдаги беморларга тўғри келади. Бундан кўриниб турибдики, елбўғоз касаллиги билан касалланиш аҳоли орасида ёшариб бораётганлигини кўрсатади.

Беморлар анамнезига асосан елбўғоз касаллиги ривожланишига сабаб бўлган ҳолатлар таҳлили: касаллик ривожланишини бирор бир сабаб-омил билан боғламаган беморларда (ноъмалум этиологияси) 10%ни, бачадондан ташқари ҳомиладорлик 10%, туғруқдан кейин ривожланган елбўғоз 20%, бола тушиш билан боғлаган беморлар 30%ни, абортдан кейин ривожланган елбўғоз 30% беморларда учраган. Бу беморларда ҳомилани бир неча бор тушиши ҳамда қайта-қайта тиббий абортлар ўтказиш билан боғлаш мумкин.

Таҳлилимиздан кўриниб турибдики, абортдан кейин ва бола тушишидан кейин ривожланган елбўғоз касаллиги юқори кўрсаткичга эга бўлди. Касаллик бошлангандан сўнг беморларнинг мурожаат қилган вақти: 1 ойгача -7 нафар, 2-3 ойгача 22 нафар, 4-6 ойгача 9 нафар, 7-12 ойгача 2 нафар, 12 ойдан сўнг йўқ.

Бизнинг таҳлилимизда елбўғоз касаллиги билан кузатувдаги 40 нафар беморлардан 11-12 ёшда 6 нафар, 13-14 ёшда 19 нафар, 15-16 ёшда 12 нафар, 17-18 ёшда эса 3 нафарида ҳайз цикли бўлгани кузатилди.

Жинсий ҳаёт бошланишига кўра: 17-19 ёшда 17 нафар, 20-22 ёшда 14 нафар, 23-25 ёшда 7 нафар, 26-28 ёшда 2 нафар, 30 ёшдан юқори кузатилмаган. Кузатувдаги 40 нафар бемордан деярли ярмида эрта жинсий ҳаёт бошланган.



Елбўғоз касаллиги ҳомиладорликка боғлиқлик кўрсаткичи: умуман ҳомиладор бўлмаган 3 нафар, биринчи ҳомиладорлик 25 нафар, иккинчи ҳомиладорлик 12 нафар беморда елбўғоз касаллиги билан касалланиш кузатилди.

Беморларнинг асосий қисми биринчи ҳомиладорликка тўғри келиб, елбўғоз касаллигининг ривожланишида бу омилларнинг аҳамияти катта эканлигидан далолат беради.

Кузатувдаги 40 та беморлардан 38 таси махсус даво қабул қилган ва репродуктив функцияси тўлиқ тикланган, 2 нафар бемор махсус даво қабул қилмаган ва репродуктив функцияси бузилиши, яъни иккиламчи бепуштлиқ кузатилган. Ҳозирги кунда трофобластик касалликлар билан касалланган беморларда хи-

миотерапия муолажаси ўтказилган беморларда 100% соғайиш кузатилмоқда.

ХУЛОСА

Елбўғоз касаллигининг ривожланишида асосан беморларнинг ёши, эрта ҳомиладорлик, беморларни бирламчи мурожаати ҳамда репродуктив ҳолати муҳим аҳамият касб этиши муҳимлиги аниқланди. Шунинг таъкидлаш лозимки, бемор шифокорга касаллигининг эрта муддатларида мурожаат қилса, аёлларнинг репродуктив фаолияти сақланиб қолади. Касаллигининг асоратланиши ва репродуктив функциясининг йўқолишига қисман беморларнинг ўзлари сабабчи бўлмоқда. Улар мутахассисларга ўз вақтида мурожаат қилишмайди, чунки улар касаллик тўғрисида маълумотга эга бўлмайдилар.

Адабиётлар:

1. Бахидзе Е.В. Эпидемиология трофобластической болезни. Классификация и прогностические факторы. Принципы диагностики // *Практ. онкология*. – 2008. – №9 (3): – С. 137–144.
2. Быстрицкая Д.А., Тихоновская М.Н., Мещерякова Л.А. и др. Трофобластические опухоли: к вопросу о классификации (часть I) // *Рос. онкол. журн.* – 2014. – №1. – С. 54–60.
3. Мещерякова, Л.А., Мещерякова Л.А., Кузнецов В.В. и др. Частичный пузырный занос и беременность. Мат-лы конф. «Актуальные вопросы женского здоровья», Москва, 28–29 октября 2014 г. – М. – 2014. – с. 23.
4. Маркина И.В., Махова Е.Е., Толокнов Б.О. и др. Особенности ведения пациенток, перенесших пузырный занос. Мат-лы XXIV Междунар. конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний» / М. – 2011. – с. 228.
5. Толокнов Б.О., Махова Е.Е., Лактионов К.Т., и др. Иммунный статус у пациенток с трофобластической болезнью // *Опухоли женской репродуктивной системы*. – 2009. – №1–2. – С. 63–70.
6. Altieri A, Franceschi S, Ferlay J et al. Epidemiology and aetiology of gestational trophoblastic diseases. *Lancet Oncol* 2003; 4: 670.
7. Braga A, Moraes V, Maestá I et al. Changing Trends in the Clinical Presentation and Management of Complete Hydatidiform Mole Among Brazilian Women. *Int J Gynecol Cancer* 2016; 26: 984.
8. Kozachenko V.P. and dr. Questions oncology. – 2012. – N 5. – P. 97-103.
9. Mejdunarodnaya statisticheskaya klassifikatsiya bolezney i problem, svyazannyx so zdorovem (МКБЮ), 10-peresmotr: v Zt.-Geneva-M. .VOZ- Medicine, 2015.
10. Melamed A, Gockley AA, Joseph NT et al. Effect of race/ethnicity on risk of complete and partial molar pregnancy after adjustment for age. *Gynecol Oncol* 2016; 143: 73.
11. Vargas R, Barroilhet LM, Esselen K et al. Subsequent pregnancy outcomes after complete and partial molar pregnancy, recurrent molar pregnancy, and gestational trophoblastic neoplasia: an update from the New England Trophoblastic Disease Center. *J Reprod Med* 2014; 59: 188.

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Агзамов Н.Н.¹, Ибрагимов З.А.¹, Бобоев Қ.Т.²

¹Центральный военный клинический госпиталь Министерства обороны Республики Узбекистан

²Научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови МЗ РУз.

РЕЗЮМЕ

В последнее время в гастроэнтерологическое отделение ЦВКГ поступают больные с заболеваниями крови, при обследовании которых нередко диагностируются случаи гемобластозов. Зачастую, миеломная болезнь (МБ) протекает бессимптомно, сопровождаясь лишь увеличением СОЭ в общем анализе крови, поражением костей, нарушением функции иммунитета, анемии, повышением вязкости крови. В статье описывается случай миеломной болезни под маской анемии с диагнозом «Анемия тяжелой степени». Решающее значение в постановке диагноза множественной миеломы имеет лабораторно-инструментальная диагностика. Терапия миеломы, в основном зависит от распространенности процесса. В полихимиотерапии наиболее эффективными к настоящему времени признаны протоколы химиотерапии по схемам VAD и VBCMP. Как правило, в течение полугода после диагностирования миеломной болезни проводят около 3-х курсов полихимиотерапии (ПХТ).

Ключевые слова: Миеломная болезнь (МБ), множественная миелома (ММ), анемия, лабораторно-инструментальная диагностика, полихимиотерапия (ПХТ).

РЕЗЮМЕ

Сўнги вақтларда қон касалликлари билан оғриган беморлар МХКГ нинг гастроэнтерологик бўлимига ётқизилган ва текширув вақтида гемобластоз ҳолатлари тез-тез ташхисланган. Кўпинча, кўп миелом (КМ) асимптоматик бўлиб, фақат умумий қон таҳлилида ЭЎК кўпайиши, суякларнинг шикастланиши, иммунитетнинг бузилиши, анемия ва қон ивишининг ошиши билан бирга келади. Мақолада оғир анемия ташхиси билан анемия сифатида яширинган кўп сонли миелом касаллиги тасвирланган. Кўп сонли миеломни ташхислашда лаборатория ва инструментал диагностика ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Миелома терапияси асосан жараённинг тарқалишига боғлиқ. Полихимиотерапияда VAD ва VBCMP режимларига мувофиқ химиятерапия

протоколлари ҳозирда энг самарали деб тан олинган. Одатда кўп миелома ташхиси қўйилганидан кейин олти ой ичида тахминан 3 та полихимиотерапия (ПХТ) курси ўтказилади.

Калит сўзлар: Миелома касаллиги (МК), кўп сонли миелома (КМ), анемия, лабораторно-инструментал диагностика, полихимиотерапия (ПХТ).

RESUME

Recently, patients with blood diseases have been admitted to the gastroenterological department of CVCG, during the examination of which cases of hemablastoses are often diagnosed. Often, myeloma is asymptomatic, accompanied only by an increase in ESR in the general blood test, bone damage, impaired immunity, anemia, and an increase in blood viscosity. The article describes a case of myeloma under the guise of anemia with a diagnosis of severe anemia. Of crucial importance in the diagnosis of multiple myeloma is laboratory-instrumental diagnostics. The treatment of myeloma mainly depends on the prevalence of the process. To date, chemotherapy protocols according to the VAD and VBCMP schemes have been recognized as the most effective in polychemotherapy. As a rule, about six courses of polychemotherapy (PCT) are carried out within six months after the diagnosis of myeloma.

Key words: Myeloma disease (MB), multiple myeloma (MM), anemia, laboratory and instrumental diagnostics, polychemotherapy (PCT)



В последнее время в гастроэнтерологическое отделение ЦВКГ МО РУ поступают больные с заболеваниями крови, при обследовании которых нередко (2-3 в год) диагностируются случаи гемобластозов.

В нашей практике 15 апреля 2019 года в ЦВКГ в экстренном порядке поступила больная, военнослужащая по контракту 42 года с диагнозом: Анемия неясной этиологии. Жалобы при поступлении: на головные боли, головокружение, общую слабость. Из анамнеза: при расспросе об истории её заболевания был выявлен догоспитальный дефект.

Причина дефекта: Со слов больного и представленных медицинских документов считает себя больной с конца марта 2019 года, когда начали беспокоить вышеперечисленные жалобы, массивные месячные. По поводу чего 4 апреля 2019 года обследовалась в Центральной поликлинике МО РУ, где по анализам крови отмечалась анемия, лейкоцитоз и тромбоцитопения: гемоглобин 79 г/л, лейкоциты $16,5 \times 10^9/\text{л}$, тромбоциты $160 \times 10^9/\text{л}$. Однако больная, получив результаты анализа 12 апреля, к врачам не обращалась. 13 апреля отмечает резкое ухудшение в виде тошноты, рвоты, головокружения, в связи с чем 15 апреля экстренно доставлена в ЦВКГ МО РУ, где осмотрена хирургом, гинекологом, в анализах крови: гемоглобин 69 г/л, лейкоцит $26,5 \times 10^9/\text{л}$, тромбоцит $70 \times 10^9/\text{л}$, данные за кровотечение исключено. Больная с диагнозом Анемия тяжелой степени. Симптоматическая тромбоцитопения. Системное заболевание крови (О. Лейкоз)? госпитализирована в отделение интенсивной терапии ЦВКГ.

Суть дефекта:

Поздняя диагностика основного заболевания;

Поздняя госпитализация.

В ходе комплексного инструментального обследования 17.04.2019 года установлен окончательный клинический диагноз: Миеломная болезнь. Диффузно-очаговая форма (по МКБ 10 – С 90). Сопутствующее заболевание: Хронический вирусный гепатит «В», без нарушения функции печени.

Краткая справка:

Миеломная болезнь (множественная миелома - ММ) составляет не более 1,0 % от всех злокачественных опухолей или около 10 - 15% всех случаев онкогематологических заболеваний, однако, у 4-5 человек на каждые 100 000 населения, ежегодно развивается ММ. Наряду с этим, показатели смертности при ММ остаются стабильно высокими, а пятилетняя выживаемость много лет держится на уровне не более 28,0 %. Во многом это обусловлено трудностью диагностики, как следствие, чрезвычайной вариабельностью клинических проявлений и значительной активностью патологического процесса, однако, и лечение ММ, несмотря на

достижения современной онкогематологии, остается крайне сложной проблемой [15].

Миеломная болезнь протекает бессимптомно, сопровождаясь лишь увеличением СОЭ в общем анализе крови, поражением костей, нарушением функции иммунитета, анемии, повышением вязкости крови [3, 5].

В начальной стадии болезни изменения крови могут отсутствовать, но с развитием процесса у 70 % больных развивается нарастающая анемия, связанная с замещением костного мозга опухолевыми клетками и угнетением кроветворения опухолевыми факторами. Иногда анемия является начальным и основным проявлением заболевания [15].

Классическим признаком миеломной болезни является также резкое и стабильное увеличение СОЭ, порой до 80–90 мм/ч. Количество лейкоцитов и лейкоцитарная формула весьма варьируют, при развернутой картине заболевания возможно уменьшение количества лейкоцитов (нейтрофилов), иногда в крови можно выявить миеломные клетки [1, 2].

Боли в костях являются наиболее частым признаком миеломы и отмечаются почти у 70% больных. Боли локализуются в позвоночнике и ребрах, возникают главным образом при движении [3]. Разрушение кости при миеломе обусловлено разрастанием опухолевого клона, что приводит к мобилизации кальция из костей и развитию осложнений (тошнота, рвота, сонливость, кома). Оседание позвонков обуславливает появление признаков сдавления спинного мозга. На рентгенограммах выявляют очаги разрушения костной ткани и остеопороз [4, 6, 9].

Повышенная вязкость крови приводит к неврологической симптоматике (головную боль, усталость, нарушение зрения, поражение сетчатки глаз, отмечаются чувство “мурашек”, онемения, покалывания в кистях рук и стопах).

Стадии множественной миеломы по В.Г.М. Durie, S.E. Salmon (1975).

Стадия Критерии Опухолевая масса ($\times 10^{12}$ кл/м²);

Совокупность следующих признаков: <0,6 (низкая):

Уровень гемоглобина более 100 г/л, гематокрит более 32%; уровень кальция в сыворотке крови не более 2,88 ммоль/л (нормальный); отсутствие остеолитических или только один солитарный очаг костной деструкции; низкий уровень продукции М-компонента: а) 1,0 при О-миеломе менее 50 г/л; б) А при А-миеломе менее 30 г/л; в) легкие цепи (белок Бенс-Джонса) в моче менее 4 г/сут.

Совокупность следующих признаков: 0,6-1,2 (средняя):

Уровень гемоглобина - 85-100 г/л, гематокрит 25-32%; уровень кальция в сыворотке крови 2,88

ммоль/л; наличие остеолиза; средний уровень продукции М-компонента: а) да 50-70 г/л; б) А 30-50 г/л; с) легкие цепи (белок Бенс-Джонса) в моче 4-12г/сут.

Стадия Критерии Опухолевая масса ($\times 10^{12}$ кл/м²):

Наличие одного или более из следующих признаков: >1,2 (высокая);

уровень гемоглобина менее 85 г/л, гематокрит менее 25%; уровень кальция в сыворотке крови более 2,88 ммоль/л (выше нормы); выраженный остеолитический, множественные очаги деструкции в костях скелета; высокий уровень продукции М-компонента: а) 180 при О-миеломе более 70 г/л; б) А при А-миеломе более 50 г/л; с) легкие цепи (белок Бенс-Джонса) в моче более 12 г/сут [8, 12].

Дополнительным признаком, определяющим подстадию заболевания, является нарушение почечной функции. Выделяют А и Б подстадии: нормальная почечная функция - А, функция почек нарушена - подстадия Б.

По течению заболевания принято выделять: тлеющую ММ (без признаков прогрессирования в течение многих месяцев или лет), медленно прогрессирующую или индолентную, агрессивную-быстро прогрессирующую (ММ-саркома, плазмобластный лейкоз) [2, 7].

При постановке диагноза множественной миеломы руководствуются следующими диагностическими критериями [7, 9]:

1. Плазмоклеточная инфильтрация костного мозга-выявление более 10% опухолевых плазматических клеток [15].

2. Обнаружение моноклонального иммуноглобулина при иммуноэлектрофоретическом исследовании (пик моноклонального IgG более 3,5 г/100 мл, IgA более 2,0 г/100 мл или экскреция легких цепей с мочой более 1,0 г за 24 часа).

3. Обнаружение в костях очагов деструкции, патологических переломов или генерализованного остеопороза [9].

Несмотря на достаточную изученность патогенеза, клинических проявлений множественной миеломы по-прежнему лечение этого патологического процесса остается сложной задачей (Менделеева Л. П. 2009; Переводчикова Н. И. 2009) [13]. Помимо этого одним из наиболее важных витальных осложнений заболевания является нарушения иммунной системы, определяющие продолжительность и качество жизни пациентов [3, 7, 10].

Иммунные нарушения у больных множественной миеломой могут быть индуцированы самим заболеванием и быть проявлением синдрома иммуноглобулиновой недостаточности, а также – иммунодефицита, вызванного цитостатической терапией. Эти нарушения приводят к высокой смертности больных, ранней инвалидизации, значительно снижают качество жизни. До недавнего време-

ни полные длительные ремиссии наблюдались крайне редко. Без лечения средняя продолжительность жизни больных составляет 6 месяцев [12]. В Европе только около 35% пациентов с ММ проживают пять лет после установления диагноза. Частыми причинами летальных исходов являются вторичные иммунодефицита, цитопении. В связи с этим поиск оптимизации выбора тактики медикаментозной терапии, улучшающих иммунную реактивность таких больных делает актуальным изучение влияния принципиально новой цитостатической терапии на показатели иммунного статуса больных множественной миеломой [9, 10, 11].

Основными критериями эффективности лечения множественной миеломы являются [19]:

1. Полная ремиссия: отрицательный результат иммунофиксации сыворотки и мочи; исчезновение любых мягкотканых плазмочитом; менее 5% плазматических клеток в костном мозге [14];

2. Истинная полная ремиссия: полная ремиссия в сочетании: нормальное соотношение легких цепей; отсутствие клональных клеток в костном мозге по данным иммуногистохимического или иммунофлуоресцентного исследования;

3. Очень хорошая частичная ремиссия: парапротеин в сыворотке и моче не определяется при электрофорезе, только - при иммунофиксации; снижение уровня парапротеина в сыворотке минимум на 90%;

4) Частичная ремиссия: парапротеин в сыворотке и моче уменьшился на 50% и более; снижение уровня плазматических клеток в костном мозге более чем на 50%; уменьшение размеров мягкотканых плазмочитом более чем на 50%;

5) Стабилизация: улучшение, но не соответствие выше указанным критериям;

6) Прогрессировать: повышение более чем на 25% по сравнению с достигнутым уровнем: парапротеинов сыворотки и мочи; процент плазматических клеток в костном мозге более 10%; возникновение новых костных и мягкотканых плазмочитом или увеличение существующих; развитие гиперкальциемии.

Терапия миеломы, в основном зависят от распространенности процесса [10]. Так, у 10% пациентов с миеломой наблюдают относительно медленное прогрессирование заболевания на протяжении длительных сроков - около нескольких лет [11]. В таких случаях зачастую не возникает необходимости в проведении противоопухолевой терапии и эффективна лучевая локальная терапия, особенно у пациентов с солитарной плазмочитомой и экстрамедуллярной миеломой [8, 19]. При этом, у больных с 1А и 11А стадиями рекомендуется выжидательная терапия, так, как у части из них возможна медленно развивающаяся форма заболевания.

Появление признаков нарастания опухолевой массы является первым сигналом к назначению

Таблица 1.

Препараты, применяемые в полихимиотерапии миеломной болезни и их действие

Препараты	Механизм лечебного действия	Способ применения
Винкристин	Препарат блокирует белок, необходимый для постройки внутриклеточного скелета (микротрубочек) миеломных клеток. Они воздействуют на мембраны клеток, угнетают синтез нуклеиновых кислот (ДНК) несущих наследственную информацию. Останавливает деление клеток.	По 0,4 мг/день 1-4 дня. Препарат вводят постоянно внутривенно на протяжении суток.
Адриамицин (доксорубицин)	Подавляет рост и размножение клеток. При его применении образуются свободные радикалы.	Вводят внутривенно из расчета 9 мг/м ² поверхности тела в день. Курс лечения 1-4 дня в виде постоянной капельницы.
Дексаметазон	Назначается в качестве профилактики побочных эффектов при химиотерапии	Принимают внутрь или внутривенно по 40 мг/день. Дни приема: 1-4-й, 9-12-й, 17-20-й.

цитостатической терапии. Обычно стандартная терапия включает назначение мельфалана (8мг/м²), циклофосфида (200 мг/м² в день), хлорбутина (8мг/м² в день) в сочетании с преднизолоном (25-60 мг/м² в день) на протяжении 4-7 дней каждые 4-6 недель (табл. 1) [5, 7, 16].

При применении вышеуказанных препаратов наблюдается сопоставимый эффект и возможно развитие перекрестной резистентности [6]. При наличии ответа на терапию пациенты обычно отмечают уменьшение болей в костях, в результатах биохимического исследования сыворотки крови можно наблюдать снижение сывороточного кальция, также через 4-6 недель можно отметить понижение уровня сывороточного М-компонента, пропорционально коррелирующее с уменьшением опухолевой массы. При наличии эффективности лечение продолжают, как правило, на протяжении от 1 года до 2-х лет.

Еще одним необходимым компонентом комплексной терапии можно считать лечение, направленное на предотвращение развития осложнений. Снижение и профилактику повышенного содержания кальция осуществляют применением глюкокортикоидов в сочетании с обильным питьем. Для уменьшения проявлений остеопороза назначают препараты витамина D, кальций, мужские половые гормоны [8]. Профилактику нарушения почечных функций проводят назначением аллопуринола с достаточным количеством питья, а в случае развития острой почечной недостаточности прибегают к плазмаферезу и гемодиализу. Плазмаферез как правило является средством выбора при синдроме повышенной вязкости крови.

Современное лечение способно продлить жизнь больных в среднем сроком до 4-х лет, в то время как без лечения этот период сокращается до 1-2-х лет [20]. Продолжительность периода выживаемости зависит от чувствительности к проводимой терапии. При этом при наличии первичной резистентности средняя выживаемость может составлять менее

года [17, 19]. Длительное лечение цитостатиками может сопровождаться учащением случаев развития острых лейкозов, которые редко возникают у нелеченных пациентов.

В зависимости от стадии, на которой диагностирована опухоль во многом зависит продолжительность жизни пациентов. К причинам приводящим к летальному исходу следует отнести прогрессирование миеломы, почечная недостаточность, септические осложнения, сердечно-сосудистые осложнения (инфаркт миокарда, инсульты и др.).

В полихимиотерапии наиболее эффективными к настоящему времени признаны протоколы химиотерапии по схемам VAD и VBCMP. Как правило, в течение полугодия после диагностирования миеломной болезни проводят около 3-х курсов полихимиотерапии (ПХТ).

Из-за отсутствия гематологического отделения в ЦВКГ МО РУ на обследование и лечения больная была переведена на дальнейшее лечение в специализированное лечебное учреждение МЗ РУ - в НИИ Гематологии и переливания крови.

Больная успешно получила 3 курса химиотерапии ПХТ по протоколу VCD: 1) 1 курс - водно-солевая нагрузка 2000 мл/сут. Дексаметазон 16 мг 1-4 и 8-11 день Омезондра 20 мг в/в стр 1-5 день. Бортезомид 2,0 пк 1,4,8,11. Циклофосфан 400 мг в/в кап 1-5 в день, метролин 100 мл в/в 1-5 день, фунгозид 200 мг 1-5 день в/в. Перелита 1 доза тромбоконцентрата, 2 дозы отмытой эритроцитарной массы.

В гемограмме при выписке на 20 июля 2019 года: гемоглобин 93 г/л, эритроциты 3,08 млн, тромбоциты 69 тыс., лейкоциты 2,9 тыс., с/я 68 %, лимф. 23 %, мон. 2 %, СОЭ 5 мм/ч.

В ходе ПХТ после 3 курсов при обследовании в ЦВКГ диагностированы фоновые заболевания и осложнения: Множественная миелома, диффузно-очаговая форма, осложненная множественными деструктивными изменениями плоских костей таза

и поясничного отдела позвоночника, миеломной нефропатией, перикардитом, анемией легкой степени. (С 90). Стадия IIIВ. Состояние после 3 курса VCD.

Церебральный атеросклероз. Дисциркуляторная энцефалопатия I стадия. Хроническая ревматическая болезнь сердца. Недостаточность аортального клапана. Хронический вирусный гепатит «В» (HB-sAg-положительный) с незначительным нарушением функции печени. Спленомегалия. Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит, ремиссия. Межпозвоночный остеохондроз всех отделов позвоночника, протрузии дисков четвертым и пятым поясничными, пятым поясничным и первым крестцовым первым крестцовым позвонками, без нарушения функции. Хронический гастродуоденит, ремиссия. Хронический аднексит, ремиссия. Пременопауза. Сложный близорукий астигматизм 0,75д с максимальным меридианом 0,75д каждого глаза при остроте зрения с коррекцией 1,0/1,0.

В ходе лечения для бесперебойного обеспечения компонентами и препаратами крови со стороны ЦЗК ЦВКГ МО РУ в НИИ Г и ПК организовано донорство из числа военнослужащих доноров, а также пациентке было доставлено эритроцитарная масса, свежезамороженная плазма (СЗП) и раствор 10% альбумина в потребном количестве.

Повторная госпитализация на 20 июля 2019 года, в связи с этим после улучшения состояния здоровья направлена на 4 курс ПХТ.

26 июля 2019 года во время лечения в НИИ Г и ПК состояния больной ухудшилось: у больной около 12:00 часов 26.07.2019 года появились боли по всему животу, жидкий стул, тошнота, повышения температуры тела и общая слабость, проведена водно-солевая инфузионная терапия и антибиотикотерапия широкого спектра, в динамике 27.07.2019г. состояние ухудшалось, установлен диагноз: динамическая кишечная непроходимость. Сепсис. Септический шок. Гемодинамика с тенденцией к снижению, нестабильная. Подключены вазопрессоры. После совместного осмотра кардиолога, хирурга и анестезиолога, установлен диагноз: Сепсис. Септический шок. Для дальнейшего лечения больная переведена в реанимационное отделение ЦВКГ.

По жизненным показаниям больной проведена операция от 27 июля 2019года, выполнен лапароцентез и дренирование брюшной полости.

Состояние больной, несмотря на проводимую оперативное лечение и интенсивную терапию прогрессивно ухудшалось. В 21:50 отмечалось остановка сердечной деятельности, 22:10 констатирована биологическая смерть.

Посмертный диагноз: **Острая кишечная непроходимость. Острый тромбоз мезентериальных сосудов? Синдром полиорганной недостаточности в стадии декомпенсации. Острая почечная недостаточность, ренальная форма. Острая надпочечная недостаточность, острая дыхательная недостаточность III стадия. Синдром кишечной недостаточности III стадия. Синдром иммунной депрессии. ДВС синдром III стадии, декомпенсированная форма. ОРДС синдром. Состояние после операции лапароцентеза, дренирование брюшной полости (от 27.07.2019 года). Множественная миелома, диффузно-очаговая форма. Стадия III В. Состояние после 3 курса VCD / 1 неоконченного курса ПХТ. Осложнения: Множественные деструктивные изменения плоских костей таза и поясничного отдела позвоночника. Анемия средней степени тяжести. Энтеропатия. Сепсис. Септический шок. Сопутствующие патологии: ревматическая болезнь сердца, недостаточность митрального клапана H1, вирусный гепатит В.**

Причина смерти: острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность на фоне полиорганной недостаточности в виде острой надпочечниковой недостаточности, острой почечной и печеночной недостаточности, отек головного мозга и отека легких.

Заключение:

Бессимптомное, латентное и маскированное течение требует проведения своевременной, высокотехнологичной дифференцированной диагностики, которая может позволить начать своевременное лечение, способное увеличить выживаемость пациентов.

Литературы:

Бессмельцев С. С. и др. Лечение пожилых пациентов с множественной миеломой на современном этапе // Онкогематология. – 2010. – №.4. – С. 112–116.

Бессмельцев С., Абдулкадыров К. Множественная миелома. Руководство для врачей. – Litres. – 2019. – 265 с.

Васильев В. И. и др. Клинические проявления васкулита в дебюте множественной миеломы // Научно-практическая ревматология. – 2010. – №. 1. – С. 45–49.

Войцеховский В. В. и др. Множественная миелома, современные принципы диагностики и лечения // Минздравсоцразвития РФ, ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия. – 2012. – С. 74–77.

Войцеховский В. В. и др. Нарушение эндобронхиальной микрогемоциркуляции у больных множественной миеломой // Дальневосточный медицинский журнал. – 2010. – №. 2. – С. 54–61.

Мостовой В. П., Ильясов Р. К., Муравская Ю. В. Проблемы диагностики и лечения несекретирующей формы множественной миеломы // Крымский терапевтический журнал. – 2013. – №. 2. – С. 203–206.

Мясников Р. П. и др. Амилоидоз сердца: современные аспекты диагностики и лечения (клиническое наблюдение) // Клиническая и экспериментальная хирургия. – 2014. – №. 4 (6). – С. 74–79.

Мясников Роман Петрович, Андреев Е.Ю., Кушунина Д.В., Максимова О.Б., Береговская С.А., Мершина Е.А., Сеницын В.Е., Бойцов С.А. Амилоидоз сердца: современные аспекты диагностики и лечения (клиническое наблюдение) // Клиническая и экспериментальная хирургия. – 2014. – №4 (6). – С. 61–65.

Пташников Д. А., Михайлов И. М., Засульский Ф. Ю. Травматолого-ортопедические аспекты в комплексной терапии больных множественной миеломой (лекция) // Вестник гематологии. – 2014. – Т. 10. – №. 3.

Ребров Б. А. и др. Современные подходы к лечению миеломной нефропатии (обзор литературы) // Украинский журнал нефрології та діалізу. – 2010. – №. 1. – С. 57–63.

Рехтина И. Г., Менделеева Л. П. Современные подходы к лечению больных множественной миеломой с почечной недостаточностью: вопросы и доказательства // Терапевтический архив (архив до 2018 г.). – 2017. – Т. 89. – №. 7. – С. 112–117.

Рехтина И. Множественная миелома: диагностика, принципы терапии // Врач. – 2010. – №. 4. – С. 13–16.

Энгельхард М. Миеломная болезнь-успех в лечении или новые препараты? // Медицинский совет. – 2011. – №. 1–2.

Якимович Оксана Юрьевна, Вотякова О.М., Любимова Н.В., Тупицын Н.Н. Клиническое значение иммунофенотипирования клеток костного мозга при множественной миеломе // Клиническая онкогематология. – 2016. – №3. – С. 38–43.

Brigle K, Rogers B. Pathobiology and Diagnosis of Multiple Myeloma // Semin Oncol Nurs. 2017 Aug;33(3):225–236. doi: 10.1016/j.soncn.2017.05.012. Epub 2017 Jul 5.

CAR T cell therapy for multiple myeloma: where are we now and where are we headed? Leuk Lymphoma. 2018 Sep;59(9):2056–2067. doi: 10.1080/10428194.2017.1393668. Epub 2017 Nov 6.

Darwish WM, Bayoumi NA, El-Shershaby HM, Allahloubi NM. Targeted photoimmunotherapy based on photosensitizer-antibody conjugates for multiple myeloma treatment. J PhotochemPhotobiol B. 2020 Jan 7;203:111777. doi: 10.1016/j.jphotobiol.2020.111777.

Darwish WM1, Bayoumi NA2, El-Shershaby HM2, Allahloubi NM3. Targeted photoimmunotherapy based on photosensitizer-antibody conjugates for multiple myeloma treatment. // J PhotochemPhotobiol B. 2020 Jan 7;203:111777. doi: 10.1016/j.jphotobiol.2020.111777.]

Dingli D, Ailawadhi S, Bergsagel PL, Buadi FK, Dispenzieri A, Fonseca R, Gertz MA, Gonsalves WI, Hayman SR, Kapoor P, Kourelis T, KumarSK, KyleRA, LacyMQ, LeungN, LinY, LustJA, MikhaelJR3, ReederCB, RoyV, RussellSJ, SherT, StewartAK, Warsame R, Zeldenrust SR, Rajkumar SV, Chanan Khan AA. Therapy for Relapsed Multiple Myeloma: Guidelines From the Mayo Stratification for Myeloma and Risk-Adapted Therapy. Mayo Clin Proc. 2017 Apr;92(4):578–598. doi: 10.1016/j.mayocp.2017.01.003. Epub 2017 Mar 11.

Elhammali A1, Amini B2, Ludmir EB1, Gunther JR1, Milgrom SA3, Pinnix CC1, Andraos T1, Yoder A1, Weber D4, Orlowski R4, Manasanch E4, Patel K4, Strati P4, Nair R4, Lee HC4, Thomas S4, Iyer S4, Kaufmann G4, Garg N5, Dabaja BS6. New Paradigm for Radiation in Multiple Myeloma: lower yet effective dose to avoid radiation toxicity. // Haematologica. 2020 Jan 9. pii: haematol.2019.235804. doi: 10.3324/haematol.2019.235804.

МАҲАЛЛИЙ ХОМАШЁДАН ОЛИНГАН ЯНГИ СУРТМА ДОРИ ВОСИТАСИНИНГ АЛЛЕРГИЯГА ҚАРШИ ТАЪСИРИ

Хатамов Х.М., Суяров А.А., Киреев В.В.

ЎзР ФА Иммунология ва инсон геномикаси институти

РЕЗЮМЕ

Ушбу мақолада маҳаллий хомашёдан янги 10% ли комбинацияланган малҳам - 5% 2,4 динитрохлорбензолни (2:1) қўллаш натижасида келиб чиққан аллергиялик контакт дерматитли ҳайвонларда ўтказилган тажрибада гидрофобик асосда қизилмия илдизининг қуруқ экстракти спирт-ацетон эритмасида псило-балзам ва целестодерм В билан 2 кун давомида солиштирилди. 10% комбинацияланган малҳам псило-балзам ва целестодерм В га қараганда аллергиялик яллиғланишни самаралироқ камайтириши аниқланди.

Калит сўзлар: контактли-аллергияк дерматит, 2,4 динитрохлорбензол, малҳам, череда экстракти, қизилмия илдизи қуруқ экстракти, псило-балзам, целестодерм В

РЕЗЮМЕ

В данной статье изучена новая 10% комбинированная мазь из местного сырья-густого экстракта череды и сухого экстракта корня солодки на гидрофобной основе в эксперименте на животных с контактным аллергическим дерматитом, вызванных

апликацией 5% 2,4 динитрохлорбензолом (2:1) в спирто-ацетоновом растворе в течение 2 дней по сравнению с псило-бальзамом и целестодермом В. Выявлено, что 10% комбинированная мазь более эффективно снижает аллергическое воспаление, чем псило-бальзам и целестодерм В.

Ключевые слова: контактный аллергический дерматит, 2,4 динитрохлорбензол, мазь, густой экстракт череды, сухой экстракт корня солодки, псило-бальзам, целестодерм В

RESUME

In this article, a new 10% combined ointment from local raw materials - thick extract of a series and dry extract of licorice root on a hydrophobic basis was studied in an experiment on animals with contact allergic dermatitis caused by the application of 5% 2,4 dinitrochlorobenzene (2:1) in an alcohol-acetone solution for 2 days compared with psilo-balm and celestoderm B. It was revealed that 10% combined ointment more effectively reduces allergic inflammation than psilo-balm and celestoderm B.

Keywords: contact allergic dermatitis, 2,4 dinitrochlorobenzene, ointment, thick extract of a series, dry extract of licorice root, psilo-balm, celestoderm B/



Ҳозирги кунга келиб, ер шари аҳолисининг ўртача 10%и алергик касалликлар билан оғрийди [5, 7, 8]. Ушбу кўрсаткич қатор мамлакатларда турлича бўлиб, 1% дан 50% гачани ташкил этади. Алергик касалликлар ичида атопик дерматит билан оғриган беморлар сони 20% ни ташкил қилиб, яқин йилларда ушбу кўрсаткични 40% гача кўтарилиши башорат қилинмоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига қараганда, алергик касалликлар учраши туберкулёз, онкологик ва ревматологик касалликлардан билан оғриган беморлардан бирмунча кўпроқдир [1, 2].

Аллергияни даволашда қўлланиладиган дориларининг асосий қисми республикаимизга хориждан валюта ҳисобига олиб келинади. Тавсия этилаётган препарат юқори самарадорликка эга бўлиши билан бирга, ножўя таъсирлари кам ҳамда баҳоси арзон бўлиши керак.

Маълумки, тери касалликларини даволашда суртма шаклидаги дори воситалари кенг қўлланилиб келинади. Суртма шаклидаги дори воситалари ҳам Республикаимизга асосан хориждан валюта ҳисобига келтирилади. Мамлакатимизда ишлаб чиқариладиган суртма дори воситаларини тайёрлашда қўлланиладиган қўшимча моддаларнинг деярли 100%и хориждан олиб келинади [6].

Ҳозирги кунда маҳаллий ишлаб чиқарувчи корхоналар томонидан аллергияга қарши биронта ҳам юмшоқ дори воситаси ишлаб чиқилмайди.

Охирги йилларда дунё олимларининг доривор ўсимликларга бўлган қизиқиши ортиб бормоқда. Республикаимизда табиий доривор ўсимликлар манбаси етарли ҳисобланиб, табобатда ва тиббиётда турли касалликларни даволашда кенг қўлланилиб келинади [3, 4, 9, 10].

Юқоридагиларни инобатга олган ҳолда, ҳозирги кунда ўсимликнинг биологик фаол моддалари асосида яратилган дори препаратлари истиқболли ҳисобланади.

Тадқиқот мақсади

Қорақиз ўтининг қуюқ ҳамда қизилмия илдизининг қуруқ экстрактларининг 1:1 нисбатдаги суртма дори воситасини псило-бальзам ва целестодерм В билан солиштириб ўрганиш.

Материал ва усуллар

Ушбу тадқиқотимизни ўтказиш учун ҳар бири 10 донадан иборат бўлган 4 та гуруҳ, жами 40 донга денгиз чўчкачалари олинди. Барча гуруҳдаги денгиз чўчкачалари елка соҳасида, тахминан 3х3 см юнги тозаланган майдон терисига 2,4-динитрохлорбензол (ДНХБ) нинг 5% ли спирт-ацетонли (2:1) нисбатдаги эритмаси 0,1 мл миқдорида кунига бир мартадан 2 кун давомида томизилиб, контактли алергик дерматит (КАД) чақирилди. 3-кундан бошлаб ҳайвонларнинг алергик дерматит чақирилган тери соҳасига суртма дори воситаларини суртиш бошланди. 1-гуруҳ ҳайвонлари назорат гуруҳи сифатида олиниб,

ушбу ҳайвонларга суртма суртилмади. 2-гуруҳдаги ҳайвонларнинг ҳар бирига қорақиз ўти қуюқ ҳамда қизилмия илдизининг қуруқ экстрактининг 1:1 нисбатдаги 10%ли 3-гуруҳдаги ҳайвонларнинг псило-бальзам суртмаси ва 4-гуруҳдаги ҳайвонларнинг целестодерм В суртмаси ва суртилди (1-жадвал).

1-жадвал

Гуруҳлар	Суртмалар
Назорат	Бу гуруҳга суртма суртилмади
2-гуруҳ	Уч бўлакли қорақиз ўти қуюқ ҳамда қизилмия илдизи қуруқ экс. 10% ли суртмаси 1:1 нисбатдаги
3-гуруҳ	Псило-бальзам
4-гуруҳ	Целестодерм В суртмаси

Шу билан бирга алергик дерматит чақирилган денгиз чўчкачаларининг тери майдонидаги алергик яллиғланиши жараёнини суртмаларни суртишнинг 1,3,5,7,9 ва 11-кунлари визуал ҳолатда балларда, тери бурмалари микрометр ёрдамида ўлчаниб борилди.

Маҳаллий теридаги белгиларнинг оғирлик даражаси И.В. Кутузовнинг (1996) нисбий бирликлари (баллар) бўйича аниқланди.

0-Реакция йўқ;

0,5-чегараланган қизил доғларнинг юзага чиқиши;

1-Бироз диффуз гиперемия;

2-Аниқ гиперемия ва шиш;

3-Кескин қизариш ва сезиларли шиш;

4-Геморрагик қобикнинг ҳосил бўлиши;

5-Катта яраларнинг ҳосил бўлиши;

Теридаги жараённинг оғирлик даражасининг камайиш индекси (Ind), солиштириш гуруҳига нисбатан куйидаги формула бўйича ҳисобланди: $Ind = 100 (Sk - Sd) / Sk$. Sk-солиштириш гуруҳидагилар баллар йиғиндиси, Sd- гуруҳидаги баллар йиғиндиси.

Кузатувимизнинг 1-куни 1-гуруҳдаги ҳайвонлар терисида бир-биридан чегараланган қизил доғлар, баъзиларида бироз диффуз гиперемия кузатилиб, ўртача $0,6 \pm 0,1$ балл билан баҳоланди (2-жадвал). 3-кунга келиб терида кескин гиперемия, шиш ва геморрагик қобиклар, катта яралар аниқланиб, ўртача $4,6 \pm 0,2$ баллни ташкил қилди. 5-куни эса терида кескин қизариш, шиш, кичик яралар аниқланиб, ўртача $4,1 \pm 0,1$ балл билан баҳоланди. 7- ва 9-кунларда ҳам юқоридаги ўзгаришлар сақланиб қолди ва мос равишда $4,3 \pm 0,3$ балл ва $4,3 \pm 0,21$ балларга тенг бўлди. Тажрибамизнинг 11-куни яллиғланиш жараёни бироз пасайиб, терида гиперемия, шиш ва айрим геморрагик қобиклар кузатилиб, $3,5 \pm 0,22$ балл билан баҳоланди. Ушбу гуруҳнинг умумий бали 21,4 га тенг бўлди.

2-гуруҳда (қорақиз ўти қуюқ экстракти ва қизилмия илдизининг қуруқ экстрактлари асосида тайёрланган қўшма 10% ли суртма дори воситаси) 1-куни баъзи ҳайвонлар терисида чегараланган қизил доғ ва баъзиларида бироз диффуз гиперемия кузатилди ва ўртача $0,6 \pm 0,1$ балл билан баҳоланди. 3-кунга келиб жараён кескин тус олиб, кескин қизариш, шиш, геморрагик қобиклар, кичик яралар кузатилиб, $4,7 \pm 0,15$ балл билан баҳоланди. 5-куни-

дан яллиғланиш жараёни пасая бошлади, аниқ гиперемия, шиш, кескин кизариш, шиш, геморрагик кобиклар кузатилиб, $4,2 \pm 0,2$ балл билан баҳоланди. 7-кундан яллиғланиш жараёни яхшилана бошланди ва диффуз гиперемия, аниқ гиперемия, шиш, кескин кизаришлар кузатилиб, $3,1 \pm 0,18$ баллга ($p < 0,01$) тенг бўлди. Ушбу кундан бошлаб назорат гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан мос равишда ишончли ўзгаришлар кузатила бошланди (9-кун $2,1 \pm 0,18$ балл ($p < 0,001$), 11-кун $0,95 \pm 0,19$ балл ($p < 0,001$)). Умумий балл 15,5 ни ташкил қилган бўлса, теридаги жараённинг оғирлик даражасининг камайиш индекси (Ind) 26,9 % га тенг бўлди. Тажриба давомида бирорта ҳам хайвонларда ўлим кузатилмади.

3-гуруҳ (псило-болзам дори воситаси) даги хайвонларни кузатганимизда чегараланган кизил доғлар, бироз диффуз гиперемия аниқланиб, ўртача $0,6 \pm 0,06$ балл билан баҳоланди. 3-куни кескин ўзгариш кузатилиб, кескин кизариш, шиш ва геморрагик кобиклар, катта яралар аниқланиб, ўртача $4,9 \pm 0,1$ баллга тенг бўлди. 5-куни ҳам кўрсаткичларда деярли ўзгаришлар кузатилмади ва $4,7 \pm 0,15$ балл билан баҳоланди. 7-кунга келиб хайвонлар терисида жараён камайиб, бироз диффуз аниқ гиперемия, кескин кизариш, шиш, геморрагик кобиклар аниқланди ва ўртача $4,2 \pm 0,25$ баллга тенг бўлди. 9-кунга келиб аниқ гиперемия, кескин кизариш, шиш кузатилиб, $3,1 \pm 0,35$ балл ($p < 0,05$) билан баҳоланди. Ушбу кунги кўрсаткич назорат гуруҳига нисбатан ишончли бўлди. Кузатувимизнинг 11-кунига келиб хайвонлар терисида кизил доғлар, бироз гиперемия, яққол гиперемия ва шиш кузатилиб, ўртача $2,4 \pm 0,33$ баллга ($p < 0,05$) тенг бўлди ва жараён камайиб борган бўлсада, кўрсаткичлар ишончсиз бўлди. Умумий балл 20,0 га тенг бўлиб, теридаги жараённинг оғирлик даражасининг камайиш индекси (Ind) 6,5 % ни ташкил қилди. Тажриба давомида бирорта ҳам хайвонларда ўлим кузатилмади.

Тажрибамиздаги 4-гуруҳ (целестодерм В суртма дори воситаси) хайвонларда 1-куни чегараланган кизариш ва бироз гиперемия аниқланди ва ўртача $0,6 \pm 0,07$ балл билан баҳоланди. 3-кун жараён кескин тус олиб, кескин кизариш, шиш ва геморрагик кобиклар, яралар кузатилди ва ўртача $4,9 \pm 0,1$ балл билан баҳоланди. 5-куни ҳам жараён деярли ўзгаришсиз қолиб, $4,7 \pm 0,15$ балл билан баҳоланди. Тажрибамизнинг 7-кунига келиб теридаги жараён яхшиланиб бориб, аниқ гиперемия, шиш ва кескин кизариш ҳам геморрагик кобиклар кузатилиб, ўртача $4,2 \pm 0,25$ баллга тенг бўлди. 9-кунга келиб диффуз гиперемия, яққол гиперемия, шиш ва кескин кизаришлар

аниқланиб, $3,2 \pm 0,33$ балл ($p < 0,05$) билан баҳоланиб, ушбу кунги кўрсаткич назоратга нисбатан ишончли бўлди. 11-кунга келиб, хайвонлар терисида кизил доғлар, бироз гиперемия, яққол гиперемия ва шиш кузатилиб, ўртача $2,4 \pm 0,33$ баллга тенг бўлган бўлсада, кўрсаткичлар назоратга нисбатан ишончсиз бўлди. Умумий балл 20,7 ни ва теридаги жараённинг оғирлик даражасини камайиш индекси (Ind) эса 3,3 % га тенг бўлди.

Тадқиқотимиз жараёнида аллергик дерматитнинг кечишининг яна бир кўрсаткичи, хайвонларнинг тери бурмалари қалинлиги ўлчаниб борилди (3-жадвал).

1-гуруҳ денгиз чўчкачаларининг тажриба бошлашдан олдинги тери бурмаларининг ўртача кўрсаткичи $0,26 \pm 0,02$ см, 2,4-ДНХБ томизилгандан кейинги 1 кун ўтиб $0,45 \pm 0,09$ см.га тенг бўлган бўлса, 3-кундан 7-кунгача қалинлашиб борди (3-кун $2,28 \pm 0,09$ см, 5-кун $2,98 \pm 0,14$ см, 7-кун $3,14 \pm 0,17$ см). Фақатгина 9-кундан камая бошлади (9-кун $2,25 \pm 0,05$, 11-кун $1,7 \pm 0,07$).

Кузатувимиздаги 2-гуруҳдаги хайвонларда даволашгача тери бурмаларининг ўртача кўрсаткичлари $0,24 \pm 0,016$ см, аллерген томизилгандан кейинги 1-куни $0,41 \pm 0,01$ см, 3-кунидан тери қалинлигининг ошганлиги, аммо назоратга нисбатан ишончли камайганлигини ($1,42 \pm 0,02$ см ($p < 0,05$), 5-кундан яна ошиб борган бўлсада, назорат гуруҳига нисбатан ишончсиз бўлганлиги кузатилди ($2,72 \pm 0,11$ см). 7-кундан бошлаб назоратга нисбатан ишончли камайиб бориши аниқланди (7-куни $1,93 \pm 0,09$ см ($p < 0,05$), 9-куни $1,32 \pm 0,05$ см ($p < 0,05$), 11-куни $1,01 \pm 0,09$ см ($p < 0,01$)).

3-гуруҳдаги хайвонларни кузатганимизда ҳам даволашгача тери бурмаларининг ўртача ўлчами $0,24 \pm 0,0016$ смни, аллерген томизилгандан кейин 1-кунидан қалинлашиб бориб (1-кун $0,52 \pm 0,03$ см, 3-кун $1,49 \pm 0,11$ см ($p < 0,001$), 5-куни $2,71 \pm 0,11$ см), кейинги 7-кундан бошлаб эса назоратга нисбатан ишончли камайиб (7-куни $2,15 \pm 0,1$ см ($p < 0,001$), 9-куни $1,59 \pm 0,13$ см ($p < 0,05$), 11-куни $1,21 \pm 0,2$ см ($p < 0,05$)) борганлиги кузатилди.

4-гуруҳдаги хайвонларда ҳам даволашгача тери бурмаларининг ўртача ўлчами $0,22 \pm 0,01$ смга тенг бўлди, аллерген томизилгандан кейинги 1-куни $0,41 \pm 0,01$ см.гача қалинлашди. 3-кунидан қалинлигининг яна ошиб борганлиги (3-кун $1,42 \pm 0,06$ см ($p < 0,001$), 5-кун $2,72 \pm 0,18$ см) ва олдинги гуруҳда-

2-жадвал

Контактли аллергик дерматит чақирилган хайвонларнинг теридасиги белгиларнинг оғирлик даражаси

Гуруҳлар (n=10)	Маҳаллий теридаги белгиларнинг оғирлик даражаси, балларда (M±m).						Баллар ийнлидиси	Ind %
	1-кун	3-кун	5-кун	7-кун	9-кун	11-кун		
1-гуруҳ	$0,6 \pm 0,07$	$4,6 \pm 0,16$	$4,1 \pm 0,1$	$4,3 \pm 0,3$	$4,3 \pm 0,21$	$3,5 \pm 0,22$	21,4	
2-гуруҳ	$0,6 \pm 0,07$	$4,7 \pm 0,15$	$4,2 \pm 0,2$	$3,1 \pm 0,18$ **	$2,1 \pm 0,18$ ***	$0,95 \pm 0,22$ ***	15,6	26,9
3-гуруҳ	$0,6 \pm 0,06$	$4,9 \pm 0,1$	$4,7 \pm 0,15$	$4,2 \pm 0,25$	$3,1 \pm 0,35$ *	$2,4 \pm 0,33$ *	20,0	6,5
4-гуруҳ	$0,6 \pm 0,07$	$4,9 \pm 0,1$	$4,7 \pm 0,15$	$4,2 \pm 0,2$	$3,2 \pm 0,33$ *	$2,8 \pm 0,25$	20,7	3,3

*** $P \leq 0,001$; ** $P \leq 0,01$; *** $P \leq 0,05$ 1-гуруҳга нисбатан ишончлилик

Контактли аллергия дерматит чақирилган ҳайвонларнинг терисидаги бурмалар ўлчами.

Гуруҳлар (n=10)	Тери бурмалари қалинлиги, см.						
	Таҷрибадан олдин	1-кун	3-кун	5-кун	7-кун	9-кун	11-кун
1-гуруҳ	0,26±0,002	0,45±0,02	2,28±0,09	2,98±0,14	3,14±0,17	2,25±0,05	1,7±0,1
2-гуруҳ	0,24±0,02	0,41±0,01	1,42±0,02*	2,72±0,11	1,93±0,09*	1,32±0,05*	1,01±0,09**
3-гуруҳ	0,24±0,02	0,52±0,03	1,49±0,1***	2,71±0,11	2,15±0,12***	1,59±0,13***	1,21±0,2*
4-гуруҳ	0,22±0,01	0,41±0,01	1,42±0,06***	2,72±0,18	1,72±0,06***	1,53±0,1***	1,37±0,2

*P<0,001; **P<0,01; ***P<0,05 1-гуруҳга нисбатан ишончлилик

гидек 3-куни назоратга нисбатан ишончли камайганлигини, 5-куни назоратга нисбатан қалинлиги кам бўлсада кўрсаткич ишончсиз бўлганлигини, 7-кундан бошлаб эса назоратга нисбатан ишончли камайиб борганлиги кузатилди (7-куни 1,72±0,06 см (p<0,001), 9-куни 1,53±0,1 см (p<0,001), 11-куни 1,37±0,2 см).

Таҷрибамиз натижаларидан хулоса қиладиган бўлсак, кузатувимиздаги 1-гуруҳдаги (назорат гуруҳи) ҳайвонлар терисида 1-куни енгил КАД белгилари кузатилиб, 3-кунга келиб кескин ривожланиб, 5-кунга келиб қисман пасайган бўлсада, аммо ушбу кўрсаткич таҷриба охиригача деярли ўзгармади. Баллар йиғиндиси 21,4 га тенг бўлди. 2-гуруҳдаги ҳайвонларда ҳам 1-куни енгил КАД белгилари кузатилиб, 3-кунга келиб кескин авж олган бўлса, 5-кундан пасайиб, 7-кундан жараёнининг ишончли камайиши кузатилди. Баллар йиғиндиси 15,6 га, оғирлик даражасининг камайиш индекси (Ind) эса, 26,9 % га тенг бўлди. 3-гуруҳ ҳайвонларида 1-кунида олдинги гуруҳлардагидек енгил КАД белгилари, 3-кунга келиб кескин авж олиши ва 5-кунига келиб, белгиларнинг биров камайиши, 9-кундан КАД белгиларини ишончли камайиб бориши аниқланди. Баллар йиғиндиси 20,0 га ва оғирлик даражасининг камайиш индекси (Ind), 6,5 % ни ташкил қилди. 4-гуруҳдаги ҳайвонларнинг терисидаги ўзгаришлар

1-куни енгил КАД белгилари кузатилган бўлса, 3-кунга келиб, кескин авж олди ва 5-кундан бошлаб камая бошлаб, 9-куни ишончли камайиши, 11 камайган бўлсада кўрсаткич ишончсиз бўлганлиги аниқланди. Баллар йиғиндиси 20,7 га, оғирлик даражасининг камайиш индекси (Ind), 3,3 % ни ташкил қилди. Таҷриба ўтказилган ҳайвонларнинг тери бурмаларини ўлчаб бўйича хулоса қиладиган бўлсак, барча гуруҳдаги ҳайвонларда даволашнинг 7-куни назорат гуруҳига нисбатан ишончли камайганлигини, 5-куни фақатгина 2- ва 3-гуруҳ ҳайвонларда 11-куни камайсада кўрсаткич ишончсиз бўлганлиги аниқланди.

Шундай қилиб, маҳаллий хомашёлар флавоноидлар йиғиндисининг қуюқ ва қизилмия илдизи қуруқ экстрактларининг қўшма 10% ли суртма дори воситасини, псило-бальзам ҳамда целестодерм В суртма дори воситалари билан солиштириб ўрганганимизда контактли аллергия дерматитни даволашда кузатганимизда қўшма 10% ли суртма дори воситасини контактли аллергия дерматитни самарадор даволаши аниқланди. Шу билан бирга яллиғланиш жараёнининг оғирлик даражасининг камайиш индекси бошқа гуруҳдагиларга нисбатан юқоридаги гуруҳда юқори бўлди.

Адабиётлар:

Батожаргалова Б.Ц., Мизерницкий Ю.Л., Подольная М.А. Метаанализ распространенности астмоподобных симптомов и бронхиальной астмы в России (по результатам программы ISAAC) // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2016. – №4. – С. 59–69.

Белоусова Т.А. Терапия хронических дерматозов // Медицинский совет. – 2017. – №11. – С. 80–82.

Бондакова М.В. Разработка рецептуры и технологии производства косметических изделий с использованием экстракта винограда. Дисс... канд. тех. наук. – М. – 2014. – 171 с.

Гапоненко В.П., Левашова О.Л. Фитохимическое изучение фенольных соединений багульника // Scientific Journal «ScienceRise». – 2015. – №11/4(16). – С. 114–119.

Ирсалиева Ф.Х. Современные аспекты оптимизации специфической иммунотерапии при респираторных аллергиях в Узбекистане. Дисс. док. мед. наук. – Т. – 2016. – 177 с.

Савченко Л.Н., Маринина Т.Ф., Саушкина А.С. Разработка состава и технологии стоматологической мази с экстрактом шалфея густым // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2014. – Т16. – №1(3). – С. 817–820.

Хоха Р.Н. Географические особенности заболеваемости atopическим дерматитом детского населения Гродненской области // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2018. – Т. 16(1). – С. 51–55.

Шахова Н.В., Камалтынова Е.М., Лобанов Ю.Ф., Ардатова Т.С. Атопический дерматит среди детей дошкольного возраста Алтайского края // Доктор.Ру. – 2017. – №15(144). – С. 47–51.

Kamaleddin M.A. The paradoxical pro-and antian-giogenic actions of resveratrol: therapeutic applications in cancer and diabetes//Ann. N.Y. Acad. Sci. – 2016. – N1386(1). – P. 3–15.

Suomela J.P., Ahotupa M., Yang B. Absorption of Flavonols Derived from Sea Buckthorn (*Hippophaë rhamnoides* L.) and Their Effect on Emerging Risk Factors for Cardiovascular Disease in Humans//J. Agric. Food Chem. – 2006. – Vol.54 (19). – P. 7364–7369.



NON-SPECIFIC BACK PAIN IN EMERGENCY MILITARY SERVICEMEN: APPROACHES TO THERAPY

Mirjuraev E.M., Djabbarov A.M., Shukurov Sh.T., Akilov D. Kh.,

Development of professional qualification of medical workers.

RESUME

The structure of primary dorsalgia was studied in 101 emergency military servicemen. The patients had pain in the lumbar region. The complex treatment of dorsalgia, which included NSAIDs, muscle relaxants in combination with diadynamic neurostimulation, massage, therapeutic exercises and an educational program ("school" for patients with back pain), revealed its effectiveness in emergency military servicemen.

Key words: dorsalgia, non-specific back pain, emergency military servicemen, diadynamic electroneurostimulation, diagnostics, treatment.

РЕЗЮМЕ

Была изучена структура первичных дорсалгий у 101 военнослужащих срочной службы. У больных преобладали боли в поясничной области. Проведенное комплексное лечение дорсалгий, включавших НПВП, миорелаксанты в сочетании с диадинамической нейростимуляцией, массажем, лечебной гимнастикой и образовательной программой («школа» для пациентов с болью в спине), выявил ее эффективность у военнослужащих срочной военной службы.

Ключевые слова: дорсалгия, неспецифическая боль в спине, военнослужащие срочной военной службы, диадинамическая электростимуляция, диагностика, лечение.

REZUME

101 muddatli harbiy xizmatchilarda birlamchi dorsalgianing strukturasi o'rganildi. Bemorlarda bel sohasidagi og'riqlar ustun keldi. Dorsalgiyani davolashda qo'llanilgan kompleks davolash usuli ya'ni YAQNP, miorelaksantlar bilan birgalikda diadinamik neyrostimulyatsiya, davolovchi jismoniy tarbiya va ta'lim dasturi (bel sohasida og'rig'i bo'lgan bemorlar uchun "maktab"), mudatli harbiy xizmatchilarni davolashda samaradorligi aniqlandi.

Kalit so'zlar: Dorsalgiya, bel sohasida

nospesifik og'riq, muddatli harbiy xizmatchilar, diadinamik neyrostimulyatsiya, diagnostika, davolash.

INTRODUCTION

Back pain is regarded as nonspecific (musculoskeletal) if there is no compression of the spinal root (radiculopathy), spinal cord, cauda equina roots, and there are no specific causes of pain: vertebral fracture, tumor, infection, spondyloarthritis or other diseases that can lead to its development [4]. Risk factors for the appearance of dorsalgia include hard physical labor, frequent bending of the trunk, lifting weights, as well as a sedentary lifestyle, vibration effects [3].

The prevalence of dorsopathies complicated by pain syndrome (dorsalgia), according to WHO experts, has reached the size of an epidemic, which is associated with increasing loads on a person. According to epidemiological studies, the prevalence of pain in the lower back reaches 40-80%, and the annual incidence is 5% [2, 4]. The relevance of the topic under study lies not only in its high prevalence, but also in a large amount of conflicting data on the effectiveness of certain therapeutic manipulations and their combinations [6-9].

There is evidence of the effectiveness of diadynamic electroneurostimulation (DENS) in the complex treatment of dorsalgia [1]. DENS is a non-drug treatment method based on the impact on reflexogenic zones and acupuncture points with electric current pulses, the shape of which depends on the electrical resistance (impedance) of the skin surface in the subelectrode area [5].

The aim of the study was to evaluate the effectiveness of complex treatment of patients with nonspecific back pain in emergency military servicemen (EMS).

Material and methods

There were 101 EMS under observation, the average age of which was 19.5 ± 0.2 years. All patients underwent general neurological examination, vertebral neurological examination, and X-ray examination of the affected spine.

The effectiveness of the treatment was assessed according to the following criteria: 1) the intensity of the pain syndrome according to the visual analogue scale (VAS - 10 points); 2) muscular-tonic manifestations; 3) range of motion in the spine. The severity of muscle-ton-

ic syndrome (MTS) was determined by calculating the muscle syndrome index (IMS):

1) the severity of spontaneous pain: 1 point - no pain at rest, appear during exercise; 2 points - pain is insignificant at rest, aggravated by movement; 3 points - pain at rest, disturbed sleep, forced posture;

2) muscle tone: 1 point - the finger easily sinks into the muscle; 2 points - a certain effort is required to dive; 3 points - stone density muscle;

3) muscle soreness: 1 point - on palpation, the patient speaks of pain; 2 points - response to palpation with a mimic reaction; 3 points - a response with a general motor reaction;

4) duration of pain: 1 point - pain stops immediately; 2 points - lasts up to 1 minute; 3 points - lasts more than 1 minute;

5) the degree of pain irradiation on palpation: 1 point - pain is localized at the site of palpation; 2 points - pain spreads to nearby tissues; 3 points - pain spreads to distant areas.

IMS is assessed by the sum of points of the named signs: I degree (mild) - IMS up to 5 points; II (medium, moderate) - from 5 to 12 points; III (severe, pronounced) - more than 12 points. The range of motion in the affected segment was assessed on a 4-point scale (0 - unlimited range of motion, 1 point - mild limitation, 2 points - moderately limited, 3 points - severely limited).

The patients were divided into 2 groups: the main group (MG) - 51 servicemen and the control group (CG) - 50 servicemen. Patients with CG with dorsalgia received a course of treatment, which was 10 days, parenteral non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) were prescribed at a dose of 75 mg for 3-5 days, followed by a switch to tablet forms 1 tablet once a day for 10 days, muscle relaxants (midocalm) at a dose of 150-300 mg per day, up to 10-15 days of therapeutic exercises and massage with anesthetic ointments.

Patients with MG, in addition, were prescribed diadynamic neurostimulation (DENS) on the spine for 10

days and an "Educational program ("school" for patients with back pain) was carried out. Diadynamic therapy is the use of pulsed constants with a therapeutic purpose, in the direction of the half-sinusoidal form of currents of low strength, low frequency and low voltage. Frequency; 50 Hz, 100 Hz. Current strength: up to 50 mA. Voltage: up to 80 Volts. The "Education Program ("School" for Back Pain Patients)" includes informing patients about the causes of worsening spinal pain and teaching them the skills to stand, sit, move and carry weight correctly.

RESEARCH RESULTS

In the study of dorsalgia in EMS, pain reflex syndromes of the lumbar level (lumbodinia, lumbar ischialgia) were most common - in 55 patients; pain syndromes of the cervical collar region (cervicalgia, cervicocranialgia, cervicobrachialgia) were detected in 33 patients, the posterolateral surface of the chest (thoracalgia) - in 13 patients.

The assessment of pain syndrome in patients was carried out according to the VAS at the first visit of the patient and after the end of the therapy on the 10th day. At the initial visit, the intensity of pain according to the VAS in all comparison groups was comparable. In the course of treatment, the intensity of pain in all groups decreased. However, in the patients of the main group, the intensity of pain according to the VAS was significantly lower than in the patients of the control group. Muscular-tonic manifestations in all examined groups before treatment corresponded to the severity of pain syndrome and was comparable. After the course of treatment, IMS decreased in all surveyed groups. However, in patients of the main groups, IMS was significantly lower than in patients of the control group (Table 1).

When assessing the effectiveness of treatment, the restoration of the function of the affected organ is no less important than the disappearance of pain. The restoration of spinal function is characterized by an increase in the range of motion in the affected spinal motion segment. At the initial examination, the majority of patients in

Table 1

Results of the course of treatment in groups of patients

indicators	main group		control group	
	before treatment	after treatment	before treatment	after treatment
VAS (cm)	5,2±1,4	0,52±0,2#•	5,2±1,4	1,2±0,4#
Range of motion in the affected motor segment, points	2,5±1,0	0,4±0,1°•	2,4±0,9	0,6±0,2
muscle strength index (IMS), points	9,2± 0,2	1,1±0,2#*	9,3± 0,2	1,5±0,2#

Note: # — reliability > 0.001 between data within the group before and after treatment;

° — reliability > 0.05 between the data within the group before and after treatment;

* — reliability > 0.001 between the data of the main and control groups after treatment.

• — reliability > 0.05 between the data of the main and control groups after treatment.

both groups showed movement restriction in the affected motor segment of vertebra. Restoration of range of motion during treatment was observed in both groups, however, in the main group, these data were significantly better than in the control group (Table 1).

The achieved therapeutic effect was characterized by the complete elimination of pain in the back in 96 patients EMS. It should also be noted that the proposed combination therapy, in comparison with standard therapy, requires significantly lower economic costs for organizing and conducting treatment, the method is simple and affordable for use.

Thus, combination therapy (NSAIDs, muscle relaxants) in combination with diadynamic neurostimulation, exercise therapy and massage, according to the study, is well tolerated by patients, allows the use of lower doses of NSAIDs in order to prevent unwanted side effects, when maximum pain relief is achieved, relieves pain in the early stages.

Diadynamic currents have an irritating effect on the receptor apparatus of the skin, impulses from the receptors enter the central nervous system, where a dominant focus of irritation by these currents is created, which in strength should be greater than the dominant associated with the disease. In this regard, the flow of pathological impulses from the painful area to the cerebral cortex is interrupted. Anesthetic effect occurs [5].

Diadynamic neurostimulation increases the clinical effect in both acute and subacute dorsalgia. A pronounced positive effect of combination therapy is noted already on the first - second day of treatment, which should be taken into account if urgent relief of pain syndrome is necessary and shortens the recovery period for conscripts.

Based on the data obtained, we made recommendations for the management of patients with nonspecific back pain in EMS (Table 2).

Conclusion.

The proposed combination therapy of NSAIDs, muscle relaxants in combination with diadynamic neurostimulation, massage, therapeutic exercises and an educational program ("school" for patients with back pain) for dorsalgia in emergency military servicemen is an effective, affordable and simple, cost-effective treatment method.

Table 2

Recommendations for the management of patients with nonspecific back pain in emergency military servicemen

Main directions	Content of directions
Drug therapy	Paracetamol or NSAIDs Muscle relaxants
Other methods	Transcutaneous electroneurostimulation (TENS or DENS) Massage with anesthetic ointments
Basic non-drug methods	therapeutic exercises Educational program («school» for back pain patients)

References

Adambaev Z.I., Kilichev I.A. The use of diadynamic electroneurostimulation by the DENAS-vertebra device in the complex treatment of dorsopathy // COLLECTION OF SCIENTIFIC WORKS of the international scientific and practical conference "Innovative achievements in modern pharmacy and medicine", initiated in the framework of the celebration of the 25th anniversary of Kazakhstan's independence, April 21-22, 2016, Shymkent, Republic of Kazakhstan. – P. 175.

Danilov, AB Pain management. Biopsychosocial approach / A.B.Danilov, Al. B. Danilov. — M.: MEDpress-inform. –2014. – P. 568.

Evert L.S., Reusheva S.V., Tereshchenko S.Yu., Pulikov A.S., Panicheva E.S. Prevalence and some clinical aspects of dorsalgia in schoolchildren of the Siberian region / Journal of Fundamental Research. – 2014. – N. 10 (part 9). – P.1836–1839.

Nasonov Э.Л., Яkhno N.N., Karateev A.Э. et al. General principles for the treatment of musculoskeletal pain: an interdisciplinary consensus. Scientific and practical rheumatology. – 2016. – N. 54 (3). – S. 247–65.

Sadokha K.A., Golovko A.M., Krotov V.V. Back pain: causes, diagnosis, treatment, modern view of the problem / Medical news. – 2018. – N.1. – P. 63–68.

Physiotherapy: national guidance / ed. G.N.Ponomorenko. – M.: GEOTAR-Media. – 2009. – P. 864.

Poquet N, Lin CW, Heymans MW, et al. Back schools for acute and subacute non-specific low-back pain. Cochrane Database Syst Rev. – 2016 Apr 26;4:CD008325. doi: 10.1002/ 14651858.CD008325.pub2.

Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA. Non-invasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2017 Apr 4;166(7): 514–530. doi: 10.7326/M16–2367. Epub 2017 Feb 14.

Stochkendahl MJ, Kjaer P, Hartvigsen J, et al. National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. Eur Spine J. 2018 Jan;27(1): 60-75. doi: 10.1007/s00586-017-5099-2. Epub 2017 Apr 20.

УЗОҚ ПАРВОЗ ВАҚТИДА УЧУВЧИЛАРДАГИ ОҒРИҚ СИНДРОМИНИНГ РИВОЖЛАНИШ ПАТОГЕНЕЗИ ВА УНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ТАДБИРЛАРИ

Қутлиев Х.О., Садиқов М.О.

МВ Марказий ҳарбий клиник госпитали, учувчилар экспертизаси маркази

РЕЗЮМЕ.

Мазкур мақолада, учувчиларнинг узоқ муддат парвоз қилишларида гиподинамия билан бир қаторда тананинг айрим соҳаларида оғриқ келтирадиган хусусий сабаблар, ўриндик билан бошқарув алоқа қилиш нуктасида тўқималарни сиқиш омили, учувчиларда оғриқ синдромини ривожланишига сабаб бўладиган асосий сабаблар, умуртқа поғонасининг физиологик эгрилигидаги ўзгаришлар, гидростатик қон босими таъсиридаги оёқ-қўлларнинг ҳолати, маҳаллий мушак гуруҳларининг узоқ муддатли статик кучланиши оқибатлари ёритилган.

Калит сўзлар: Учувчилар, парвоз, катапульт, остеохондроз, радикулит.

ПАТОГЕНЕЗ РАЗВИТИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ЛЕТЧИКОВ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПОЛЕТЕ И МЕРЫ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ

Қутлиев Х.О., Садиқов М.О.

Центр летный экспертизы Центральный военный клинической госпиталь МО РУ

РЕЗЮМЕ

В данной статье, кроме гиподинамии в длительном полете летчиков, специфические причины, вызывающие боль в отдельных участках тела, фактор сдавления тканей в месте контакта с креслом и органом управления, основные причины выделены развитие болевого синдрома у летчиков, изменения физиологической кривизны позвоночника, стоп под влиянием гидростатического АД - положения рук, последствия длительного статического напряжения локальных групп мышц.

Ключевые слова: Летчики, полет, катапульт, остеохондроз, радикулит.

PATHOGENESIS OF THE DEVELOPMENT OF PAIN SYNDROME IN PILOT DURING LONG FLIGHT AND MEASURES OF ITS PREVENTION

Qutliev X.O., Sadikov M.O.

Flight Expertise Center Central Military Clinical Hospital of the Ministry of Defense of the Republic of Uzbekistan

REZUME:

In this article, in addition to hypodynamia in a long

flight of pilots, specific causes that cause pain in certain parts of the body, the factor of tissue compression at the point of contact with the seat and the control organ, the main causes are the development of pain in pilots, changes in the physiological curvature of the spine, feet under the influence hydrostatic blood pressure - the position of the hands, the consequences of prolonged static stress of local muscle groups.

Key words: Pilots, flight, catapult, osteochondrosis, sciatica.

Замонавий самолётларни ўзлаштириш тажрибаси шуни кўрсатадики, инсон-техника тизимидаги энг заиф бўғин - бу инсон потенциалининг технология салоҳиятидан сезиларли даражада пастлигидир. Бу турли хил хусусиятларга тегишли бўлади яъни самарали ортиқча юкнинг максимал катталиги ва унинг ўсиш градиенти, парвоз баландлиги, атмосфера босимининг пасайиши ва ҳавода доимий қолиш вақти.

Ўзбекистон Республикаси Қуролли Кучлари авиациясининг тиббий таъминоти ўзига хос тадқиқот усуллари, илмий-амалий мақсадларига ва уларга мос вазифаларга эга бўлиб, қуйидаги муаммоларни ҳал қилади: парвоз ва ердаги ходимларнинг соғлиғини яхшилаш, профилактика чораларини, шунингдек, парвоз омиллари ва касбий хавфларнинг танага салбий таъсирини олдини олишга қаратилган восита ва усулларни ишлаб чиқиш, юқори самарадорликни сақлаш, профессионал узоқ парвозлар хавфсизлигини таъминлашдан иборат.

Ҳозирги вақтда илм-фан, техниканинг ривожланиш жараёнида юқори манёврли, замонавий қурол-аслаҳага эга бўлган, юқори тезлик ва баланд парвозга қўтариловчи, юк ташиш ва жойлаштириш сифими юқори бўлган янги, замонавий самолёт ва вертолётларнинг Ўзбекистон Республикаси Қуролли Кучлари таркибига кириб келаётганлиги сабабли авиация техникалари ривожланишининг жадаллашувикузатилмоқда. Бу ўз навбатида учувчилар ва техник-муҳандислар таркиби, парвозларни бошқарув хизматлари мутахассисларининг меҳнат шaroитларини ўзгаришига олиб келади [3].

Шу боис учувчининг соғлиғига, функционал

холатига, касбий ва жисмоний тайёргарлик даражасига қўйилган талаблар янада ортиб бормоқда.

Янги авиация техникасини ўрганиш ёки уни янги усулларда қўллашни ўзлаштириш жараёнида учувчининг меҳнати мураккаблашади, зўриқиши ва жавобгарлиги ортади. Айниқса, ҳаво кемаси бортида ўнлаб ва юзлаб пассажирлар борлиги ёки ўта муҳим парвоз топшириқларини бажариш жараёнида учувчининг жавобгарлиги юқори даражада бўлади. Бу ҳолат бошқалар каби учувчилар таркибининг тиббий назоратини кучайтириш, биринчи навбатда учувчининг касбий меҳнат фаолияти шароитларини ўрганишда чуқур билимга эга бўлишни талаб этади [2, 7].

Хусусан, агар самолётларнинг эксплуатацион ва техник хусусиятлари ускунанинг ишончлилигини пасайтирмасдан бир неча ўн соат давомида тўхтовсиз парвозларни амалга оширишга имкон берса, у ҳолда парвоз экипажи салбий парвоз омиллари мажмуаси таъсири натижасида тананинг психофизиологик қаршиликларини аста-секин камайтиради ва чарчоқ ривожланади. Аввало, бу психоэмоционал баҳолаш кўрсаткичларининг ёмонлашувида (физиологик активлик, кайфиятда) намоён бўлади. Сўнгра анализаторларнинг (кўриш ва эшитиш) “ўтказиш” қобилиятлари пасаяди, жавоб вақти ошади, барқарорлик, диққатни тақсимлаш ва алмашинув ёмонлашади, хотира хиралашади. Бундай шароитда парвоз вазифасини юқори сифатли бажаришга катта ихтиёрий ҳаракатлар туфайли эришилади ва юрак қон-томир тизимининг фаолияти таранглик фонида давом этади [1,3,5].

Турли хил табиатдаги ноқулай ҳислар узок парвоз пайтида учувчининг функционал ҳолатига сезиларли таъсир кўрсатади: турли босим оғирлиги ва уйқусизлик ҳиссиётларидан тортиб оғриқкача. Аввало, улар думба, бел ва сонларнинг орқа қисмида ривожланади. Парвознинг бешинчи соатидан бошлаб оғриқ орқа соҳага, 10-13 - соатгача эса бўйин, елка ва оёқларга тарқалиб, тананинг барча асосий мушак гуруҳларини эгаллайди.

Ноқулайликнинг сабаблари ҳам хилма-хилдир. Умумий сабаб гиподинамия билан бир қаторда тананинг айрим соҳаларида оғриқ келтирадиган хусусий сабаблар ҳам мавжуд. Масалан, ўриндик билан бошқарув алоқа қилиш нуқтасида тўқималарни сиқиш омили фақат думба, соннинг орқа қисмларига таъсир қилади [4, 6, 10].

Бундан ташқари энг катта даражадаги асосий юк думбага таъсир қилади, бу соҳада энг кучли оғриқ ривожланишига олиб келади. Болдир ва панжаларда оғриқ пайдо бўлишининг мутлақо бошқа сабаби мавжуд. Тананинг бу қисмлари парвоз вақтида эркин жойлашади ва босим омиллари таъсир қилмайди. Шунга қарамай уларда турғун жараёнлар ривожланиб, шиш, ўзгарувчан интенсивликдаги ёқимсиз ҳислар, тўқималар ҳажмининг ортиши (шиш) шаклида

намоён бўлади. Бунинг сабаби кам ҳаракат вақтида болдирларнинг узок муддатли вертикал ҳолати ва кичик томирларга қўшимча гидростатик босимнинг таъсири уларда қоннинг димланишига ёрдам беради.

Узок парвоз вақтида оғриқни ривожлантириш омили сифатида маҳаллий мушак гуруҳларининг узок муддатли статик кучланиши бўйин соҳага кўпроқ мос келади. Бирок, бир қатор муаллифларнинг фикрига кўра, айрим ҳолларда бу пастки орқа ва орқа мушакларида ҳам оғриқ сабаби сифатида қаралиши мумкин [3, 8, 10].

Шундай қилиб, узок парвоз пайтида учувчиларда оғриқ синдромининг ривожланишига сабаб бўладиган асосий сабабларга қуйидагилар киради: гиподинамия, умуртка поғонасининг физиологик эгрилигидаги ўзгаришлар натижасида катапульт ўриндиғи билан алоқа қилиш нуқтасида тўқималарнинг сиқилиши, вертикал ёки шунга яқин қўшимча гидростатик қон босимининг таъсири, оёқ-қўлларнинг ҳолати, маҳаллий мушак гуруҳларининг узок муддатли статик кучланиши [9].

Ушбу омилларнинг физиологик моҳияти ҳар хил ва ҳаракатнинг якуний таъсири асосан бир хил ва узок парвознинг бошқа салбий омиллари билан бир қаторда учувчининг функционал ҳолати ва самарадорлигини пасайтирадиган оғриқ билан субъектив равишда ифодаланган турғун ҳодисаларнинг ривожланишидан иборат. Буни узок парвозда учувчиларда оғриқ синдроми шаклланишининг асосий сабаб-оқибат муносабатларини очиб берадиган диаграмма шаклида тасаввур қилиш мумкин [5, 7].

Оғриқ синдромининг патогенези ҳақида тўлиқроқ ғояларни шакллантиришда қуйидаги “доира” элементларни ўз ичига олади: тўқималарнинг сиқилиш-димланиш жараёни-тўқималарнинг шиши-тўқималарни сиқиш (доира ёпик). Тақдим этилган схема, шунингдек, учувчининг узок парвозда ишлашини таъминлаш усулларини ишлаб чиқишда энг самарали йўналишларни асослаш учун фойдали бўлиши мумкин (1-расм).

Турли шароитларда ноқулай оғриқларнинг пайдо бўлишининг олдини олиш ва учувчиларнинг парвоздаги функционал ҳолатини камайтириш учун бир қатор тадбирларни амалга ошириш мақсадга мувофиқдир. Аввало шунинг ёдда тутиш керакки, мушак-скелет тизими ва периферик асаб касалликлари бўлган учувчилар узок парвоз пайтида оғриқ синдромининг ривожланиш эҳтимоли ортади. Ушбу турдаги парвозларни амалга ошириш учун мазкур тоифадаги шахсларни қабул қилишда тиббий кўрик янада эҳтиёткорлик билан ўтказилиши керак, агар керак бўлса, неврологик текширув усулларида фойдаланиш (умуртка поғонаси ва думғаза соҳаларини босиш ва перкуссия жараёнларда оёқ-қўлдаги ҳаракат ҳажмини баҳолаш ва оёқ-қўлларда оғриқ борлигини текшириш).

Парвозларга тайёргарлик даврида тиббиёт

ходимлари учувчининг ҳимоя анжомлари ва учишга мўлжалланган махсус кийимларини тўғри кийишини лозим даражада назорат қилиши керак. Учувчи самолёт кабинасига ўтириши билан ўзига қулай ишчи ҳолатни танлаши, кийимларининг таранг ёпишган бурмаларида танада ҳосил бўлган маҳаллий (локал) босимни бартараф қилиш ёки кабина қурилмалари ва махсус ҳимоя анжомларидан фойдаланилганда ҳалақит бермаслигига қатъий эътибор қаратиш зарурдир (кислород тракти, лямкалар, осилган тизим элементлари, шлем ости воситаси, ҳимоя шлеми, планшет ва ҳоказо). Юз тери қопламларига босимни бир хилда тақсиманиши учун кислород маскаси шаклини тўғри мослаштириш (модуллаш) шарт.

Замонавий самолётда узоқ парвоз барча тана тизимларига юкнинг қўпайиши билан бирга келади, шунинг учун парвоздан кейинги даврда учувчиларда тикланиш жараёнларининг динамикасини кузатиш лозим. Ҳаракат органлари ва периферик нервларнинг

сурункали касалликлари (остеохондроз, радикулит, неврит ва бошқалар.) узоқ парвозлардан сўнг қўзи-шини ўз вақтида аниқлаш ва тузатиш учун мақсадли текширилиши лозим.

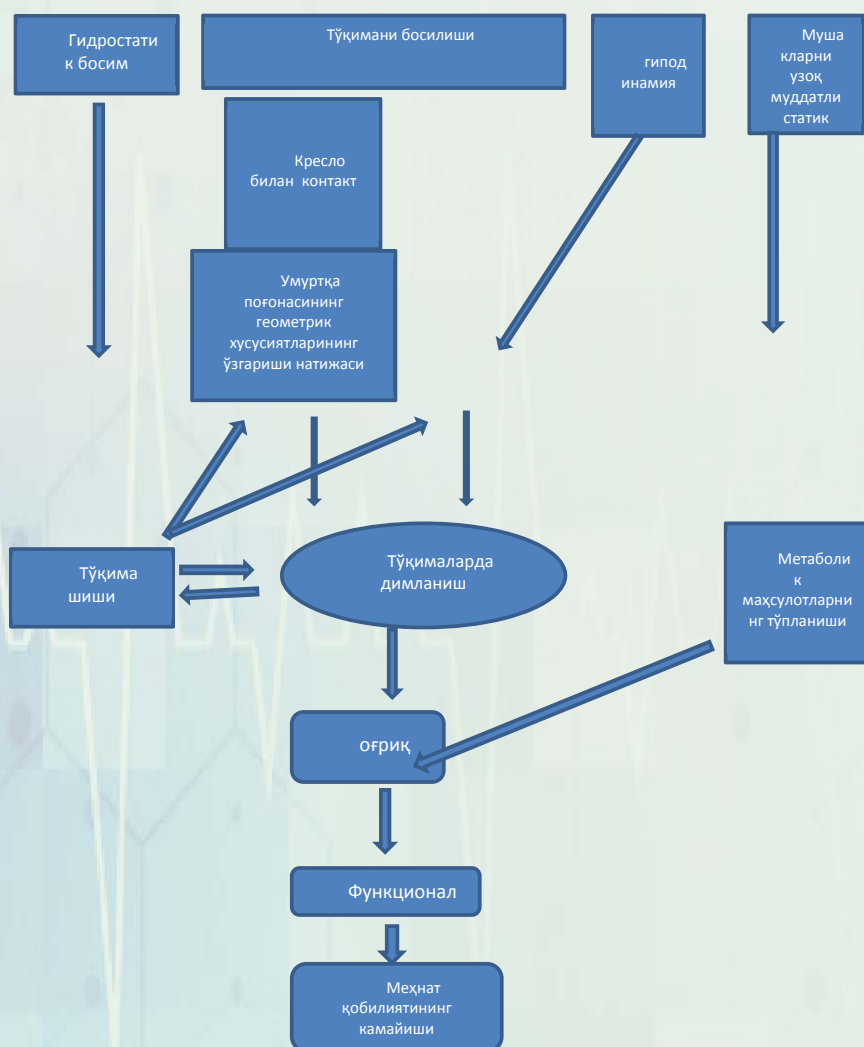
Узоқ парвозлардан сўнг учувчи танасининг функционал тиклаш жараёнини тезлаштирадиган восита сифатида асосий мушак гуруҳларини массаж қилиш, парвозлардан кейинги биринчи кунда самарадорлиги энг юқори бўлган ҳаммом ва сауна тавсия этиш мумкин. Агар шартлар ушбу воситалардан фойдаланишга имкон бермаса, иссиқ душ ёки илиқ ҳаммомдан фойдаланиш мумкин.

Узоқ муддатли парвозларни ташкил этиш ва амалга оширишнинг мавжуд тизими доирасида юқоридаги тавсияларнинг бажарилиши парвоз ходимларининг соғлиғини сақлаш ва узоқ умр кўришини узайтиришга ёрдам беради.

Тавсиялар:

- узоқ муддатли парвозларга индивидуал толе-

Узоқ муддатли учувчиларда оғриқ синдромининг ривожланиш схемаси



рангликни, тананинг жисмоний ҳаракатсизликка чидамлилиги, парвозда оптимал кўрсаткичларни сақлаш муддатини баҳолаш;

- парвоз экипажининг жисмоний тайёргарлиги, орқа мушакларининг статик чидамлилигини муштаҳамловчи жисмоний машқлар мажмуаларининг тизимли бажарилиши устидан тиббий назоратни амалга ошириш;

- ўлчамларни танлашнинг тўғрилиги, ҳимоя воситаларини ўрнатишни назорат қилиш, танага ортиқча босим, нафас олиш қийинлишуви ва маҳаллий қон айланишининг бузилишини истисно қилиш;

- ортиқча босим остида нафас олишни ўрганиш жараёнида парвоз экипажининг кислород-нафас олиш аппаратларини ишлатиш қоидаларини билишини назорат қилиш;

- 5 соатдан ортиқ давом этадиган парвозларда

парвоз ходимларига жисмоний машқларни вақти-вақти билан бажаришни, шунингдек чарчокни бартараф этиш, периферик қон айланишини яхшилаш ва парвозда меҳнат қобилиятини сақлаш учун борт электромиостимуляторларидан фойдаланишни тавсия этиш;

- парвоз ходимларининг бортда овқатланишини ташкил этиш устидан тиббий назоратни амалга ошириш, борт рацион вариантларини тайёрлашда иштирок этиш;

- термослар, дори воситалари ва табиий эҳтиёжларни қондириш учун асбоблар билан жиҳозланишини назорат қилиш;

- парвоз ходимларини ўзи-ўзига ёрдам бериши ва ўзаро ёрдам кўрсатиш тартибида самолётда биринчи тиббий ёрдам тўпламлари, авария воситалари ва қўл ёрдамида биринчи тиббий ёрдам кўрсатишга ўргатиш

Адабиётлар:

Зинкин В.Н., Солдатов С.К., Шешегов П.М. и др. Шум как фактор риска снижения работоспособности и профессиональной надежности авиационных специалистов // Проблемы безопасности полетов. – 2014. – № 8. – С. 3–28.

Люцкий К.М., Зинкин В.Н., Афанасьев Р.В., Деллалов Н.Н. Влияние профессиональных факторов на заболеваемость летного и инженерно-технического состава военно-транспортной авиации // Военно-медицинский журнал. – 2008. – Т. 329. – №9. – С. 50–52.

Никифоров Д.А., Ворона А.А., Кукушкин Ю.А. Методическое обеспечение квалиметрии жизни и условий профессиональной деятельности летного состава // Проблемы безопасности полетов. – 2016. – № 1. – С. 37–50.

Профессионально обусловленная заболеваемость авиационных специалистов / С.К. Солдатов, И.В. Бухтияров, В.Н. Зинкин [и др.] // Медицина труда и промышленная экология. – 2010. – № 9. – С. 35–40.

Свидовый В.И., Зинкин В.Н., Ахметзянов И.М., Палишкина Е.Е., Газизова И.Р. Оценка риска развития производственно обусловленных и профессиональных заболеваний у авиационных специалистов // Профилактическая и клиническая медицина. – 2008. – №1. – С. 49–51.

Фундаментальные и прикладные аспекты профилактики неблагоприятного действия авиационного шума / И.М. Жданыко, В.Н. Зинкин, С.К. Солдатов [и др.] // Авиакосмическая и экологическая медицина. – 2014. – №4. – С. 5–16.

Alekhin M.D., Alekhin F.D. Metodika obrabotki informatsii pri bioradiolokatsionnom monitoringe sostoyaniya letchika // Programmnye sistemy i vychislitel'nye metody. – 2015. – N. 5. – P. 205–216.

Seregin S.F., Kharitonov V.V. Aktual'nye voprosy sovershenstvovaniya sistemy bezopasnosti poletov // Problemy bezopasnosti poletov. – 2016. – N 7. – P. 30–48.

Zinkin V.N., Bogomolov A.V., Akhmetzyanov I.M., Sheshegov P.M. Aviatsionnyi shum: spetsificheskie osobennosti biologicheskogo deistviya i zashchity // Aviakosmicheskaya i ekologicheskaya meditsina. – 2012. – T. 46. – N 2. – P. 9–16.

Zinkin V.N., Soldatov S.K., Bogomolov A.V., Kukushkin Yu.A., Akhmetzyanov I.M., Sheshegov P.M. Riski zdorov'yu, obuslovlennye kumulyativnym deistviem aviatsionnogo shuma, i meropriyatiya po bor'be s nim // Problemy bezopasnosti i chrezvychaynykh situatsii. – 2011. – N 1. – P. 80–88.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА КОВИД-19 У ГРАЖДАНСКОЙ И ВОЕННОЙ КОГОРТ

А.В.Азимов¹, Р.И.Касимова², Е.И.Мусабаев²,
М.М. Мирсаидов¹, М.К. Мелибоев¹

¹ Центральный военный клинический
госпиталь Министерства обороны

² Республиканский научно-исследовательский
институт вирусологии

Резюме

Коронавирусная инфекция 2019 года, или COVID-19 стал причиной пандемии во всем мире. Впервые об этой инфекции в Республике Узбекистан было сообщено в марте 2020 года. Особенностью данной инфекцией была всеобщая восприимчивость людей и быстрое развитие легочных осложнений. Нередко, COVID-19 сопровождался также другими осложнениями органов систем, в особенности иммунной и сердечно-сосудистой систем, которые в совокупности приводили к неблагоприятному исходу как смерть. Нами было проведено сравнительный анализ тяжести течения и смертности гражданских и военных когорт, которые получали терапию после подтвержденного COVID-19 во временном стационаре организованном МО РУЗ и центральным военным клиническим госпиталем на территории УзЭкспо в период с 1 июля до 22 декабря 2020 года.

Ключевые слова: COVID-19, SARS-CoV-2, военные, гражданские, смертность, тяжесть течения, коэффициент летальности, количество лет потерянной потенциальной жизни (КЛППЖ).

ФУҚАРОЛИК ВА ҲАРБИЙ КОГОРТДА COVID-19НИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ ВА АСОРАТЛАРИНИНГ ҚИЁСИЙ ХАРАКТЕРИСТИКАЛАРИ

Азимов А.В.¹, Касимова Р.И.², Мусабаев Е.И.²,
Мирсаидов М.М.¹, Мелибоев М.К.¹

¹Мудофаа вазирлиги Марказий ҳарбий клиник
госпитали

²Республика вирусология илмий-текишириш
институту

Резюме.

2019 йилги коронавирус инфекцияси ёки COVID-19 бутун дунё бўйлаб пандемияга сабаб бўлди. Ушбу инфекция Ўзбекистон Республикасида илк бор 2020 йилнинг март ойида қайд этилган. Ушбу инфекциянинг ўзига хос хусусияти одамларнинг умумий сезувчанлиги ва ўпка асоратларининг тез ривожланиши ҳисобланади. Кўпинча, COVID-19 орган тизимлари, айниқса иммунитет ва юрак қон-томир тизимларининг

бошқа асоратлари билан бирга бўлиб, улар биргаликда ўлим каби нохуш оқибатларга олиб келди. Ўзбекистон Республикаси Мудофаа вазирлиги Марказий ҳарбий клиник госпитали ҳамкорлигида “УзЭкспо” ҳудудида ташкил этилган вақтинчалик госпиталда COVID-19 тасдиқланганидан кейин 2020 йил 1 июлдан 22 декабргача даво муолажаларини олган фуқаролар ва ҳарбий когортларнинг оғирлиги ва ўлимнинг қиёсий таҳлилини ўтказдик.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE CLINICAL COURSE AND OUTCOME OF COVID-19 IN CIVILIAN AND MILITARY COHORTS

A.V.Azimov¹, R.I.Kasimova², E.I.Musabaev²,
M.M. Mirsaidov¹, M.K. Meliboev¹

¹Central Military Clinical Hospital Ministry of
Defence

²Republican Research Institute of Virology

Abstract

The new coronavirus infection, or COVID-19, has caused a pandemic around the world. This infection was first reported in the Republic of Uzbekistan in March 2020. A feature of this infection was the general susceptibility of people and the rapid development of pulmonary complications. Often, COVID-19 was also accompanied by other complications of organ systems, especially the immune and cardiovascular systems, which together led to the death. We conducted a comparative analysis of the severity and mortality of civilian and military cohorts who received therapy after confirmed COVID-19 in a temporary hospital organized by the Ministry of Defense of the Republic of Uzbekistan and the Central Military Clinical Hospital on the territory of Uzexpo from July 1 to December 22, 2020.

Key words: COVID-19, SARS-CoV-2, military, civilian, mortality, course severity, fatality rate, years of potential life lost (YPLL).

Новая коронавирусная инфекция, также известный как коронавирусная болезнь 2019 года (COVID-19) или тяжелый острый респираторный синдром коронавируса 2 (SARS-CoV-2), был обнаружен в Ухане, Китай, в декабре 2019 года [1, 2]. 22 января 2020 г Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) подтвердила передачу заболевания от человека к человеку [3, 4], 31 января объявила о глобальной вспышке, а 11 марта признала ее пандемией [5, 6].

15 марта 2020 г. был зарегистрирован первый случай заболевания в Узбекистане, и вскоре после этого были объявлены карантинные меры в Республике [7]. Однако, строгие карантинные мероприятия требовали строгого выполнения этих нормативов. Вследствие, для выполнения требований карантина, были привлечены военизированные структуры. Наряду с карантинными мероприятиями, были организованы специализированные госпитали для лечения больных с коронавирусной инфекцией.

С начала пандемии успешное предупреждение и лечение пациентов с коронавирусной инфекцией нового типа является основной задачей не только гражданской общественной медицины, но и военных медиков [8]. К тому же организованные совместно с министерством обороны РУз госпитали обслуживали как военных, так и гражданское население [9]. Все же мы должны помнить, что военный контингент отличается от гражданского населения рядом особенностей: а) возрастные отличия – в отличие от генеральной популяции, военные имеют более молодой возраст; б) военные больше представлены мужским полом; в) общее состояние здоровья военных лучше чем гражданских; г) военные намного чаще проходят медицинские диспансеризации; д) обязаны выполнять приказы свыше; е) более обособлены от общей популяции ж) работают и живут в более тесных контактах чем гражданские.

В этом исследовании мы проверили аспект неравенства тяжести течения и смертности от коронавирусной инфекции нового типа между военным и гражданским населением. Более того нами были измерены коэффициент летальности и количество лет потерянной потенциальной жизни (КЛППЖ). Учитывая различия в официальной статистике средней продолжительности жизни в Узбекистане, нами были выбраны два показателя, 65 и 75 лет. Методом выявления количества не дожитых лет в каждой когорте был рассчитан КЛППЖ для каждой группы этих пациентов.

Каждый из этих показателей является способом оценки выживаемости и представляет собой ценную информацию для служб здравоохранения.

Материалы и методы

Материалы для исследования были собраны за период с 1 июля до 22 декабря 2020 года на базе специализированной временной клиники организованном МО РУз и Центральным военным клиническим госпиталем на территории Узэкспо. Собранные медицинская информация была представлена в виде категорий военный/гражданский, возраста, пола, тяжести течения заболевания, длительности коэк-дней и исхода заболевания. Военный контингент больных был представлен 3274 человеками (37,16%) и, тогда как гражданские были представлены 5537 (62,84%) (диаграмма 1).

Для расчета выживаемости был использован

метод Каплан Мейера с лог ранг тестом. Коэффициент летальности был измерен соотношением случаев со смертельным исходом к общему числу пациентов.

КЛППЖ был рассчитан методом суммирования количества недожитых лет до 65 и 75 лет у категории пациентов со смертельным исходом.

Статистические процедуры были выполнены на IBM SPSS ver. 26.0 (Armonk, NY, USA). Количественные данные проанализированы с использованием непарного t-теста и U-критерия Манна-Уитни. Для оценки выживаемости был использован тест Каплана-Мейера.

Результаты исследования

Между гражданским населением и военными были выявлены достоверные количественные отличия, а также отличия по распределению по половому признаку ($p < 0,01$) (Диаграммы 1, 2).

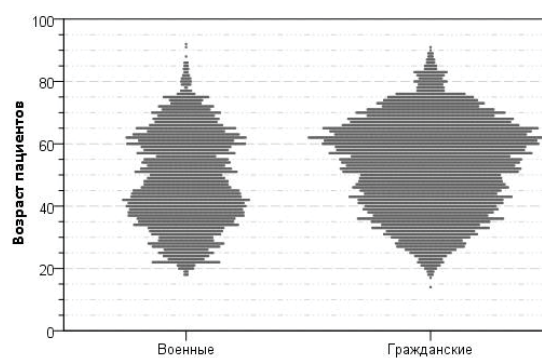


Диаграмма 1. Двухмерная точечная диаграмма демонстрирующая возрастные особенности госпитализированных пациентов по категориям их распределения

Возрастовоенной когорты была моложе (с учетом бывших военных, которые на пенсии) гражданского населения ($p < 0,01$) (Диаграмма 2.). Такие же отличия были выявлены в распределении по полу: 57,3% военных и 47,1% гражданских были представлены мужским полом ($p < 0,01$).

По тяжести течения военная когорта легче переносила COVID-19. ($p < 0,001$) (Диаграмма 4). Однако, длительность госпитализации была короче у гражданского населения, составляя в среднем 7,2 дня, когда таковые у военных равнялись к 8,2 дням ($p < 0,001$) (Диаграмма 3).

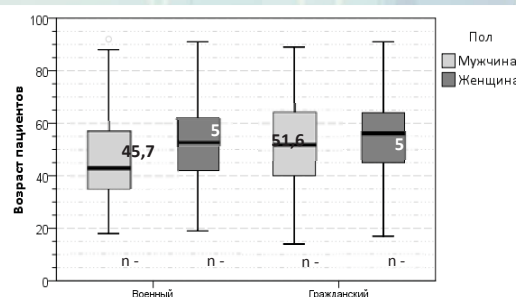


Диаграмма 2. Ящики с усами демонстрирующие средний возраст (+ интерквартильный размах) пациентов в обеих категориях с разделением по полу

По исходу заболевания, как отмечалось ранее, нами было проанализирована смертность среди двух когорт пациентов. По нашим результатам, фатальный исход меньше регистрировался в военной когорте (21 из 3274 военных) чем в гражданской (69/5538) ($p < 0,01$). Таким образом коэффициент летальности у военной группы пациентов составила 0,64%, у гражданских 1,24%, что является почти двухкратным показателем.

Анализ выживаемости Каплана-Мейера с использованием лог ранг теста также указал о лучшей выживаемости военной группы пациентов по сравнению с гражданскими (диаграмма 5).

Несмотря на значимое легкое течение болезни и малое количество неблагоприятного исхода у военной когорты, в исследование мы отметили разницу в возрасте наступления смертельного исхода. Смертельный исход у военных отмечался отличимо моложе – ($59,3 \pm 13,5$ лет), по сравнению с гражданским населением ($68,1 \pm 11,8$ лет) ($p = 0,005$). Учитывая данное обстоятельство нами проведен расчёт количества лет потерянной потенциальной жизни (КЛППЖ), который выявил некоторые особенности. Для расчета нами были определены две категории лет средней выживаемости (65 лет и 75 лет) (таблица 1). Анализ средних показателей КЛППЖ двух когорт показал отсутствие различий между ними.

Заключение

Итоги результатов исследования говорят о более легком течении COVID-19 у военных лиц и малом количестве неблагоприятного исхода по сравнению с гражданским населением. Регулярная физическая подготовка, сбалансированное питание и нормированный сон являются предпосылками здорового образа жизни [10]. Несомненно, вышеуказанные обстоятельства способствуют к меньшей подверженности к заболеваниям и могут служить кофактором ускоренной конвалесценции. Добавочно, военный контингент регулярно проходит запланированные медицинские осмотры, которые не свойственны гражданскому населению [11]. В совокупности все эти факторы могли играть роли в более легком течении Covid-19 и меньшем количестве смертельных исходов у военной когорты в отличие от гражданской.

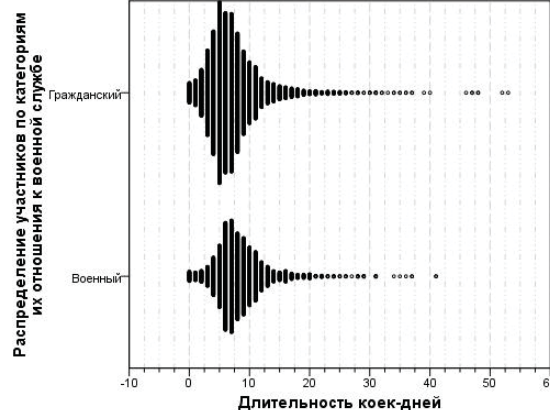


Диаграмма 3. Точечная диаграмма показывающая длительность коек дней у гражданского и военного контингента (цифрами указаны средние показатели дней госпитализации и 95% доверительный интервал)

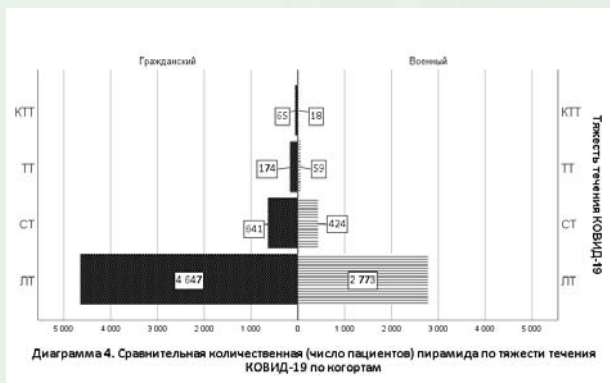
Несмотря на названные положительные особенности течения COVID-19 у военных лиц, нами определено наступление смертельного исхода в более молодом возрасте у данной когорты. По результатам исследования, смертность у военных наступала в более молодом возрасте чем в гражданской популяции. Этот результат исследования для нас стал неожиданностью и мог также являться ошибкой выборки. Впрочем, при оценке КЛППЖ [12] (количество лет потенциально потерянной жизни), достоверных отличий в обеих когортах не были отмечены.

В итоге, несмотря на некоторые ограничения, результаты данного исследования является ценной информацией для системы здравоохранения. В пользу этого утверждения можно назвать уникальность таких случаев, когда имеет место одинаковые условия диагностики и терапии болезней для такого разного контингента пациентов. Во-вторых, исследуемая популяция в обеих когортах является достаточно крупной, что уменьшает возникновение грубых ошибок при статистическом анализе, несмотря на некоторые погрешности. В третьих, вопреки сходства эпидемиологическому типу исследований, данное исследование является редким из-за трудности осуществления.

Таблица 1

Сравнительная характеристика суммарного количества и средних показателей ($\pm$ стандартное отклонение) КЛППЖ₆₅ и КЛППЖ₇₅ у военной и гражданской когорт

	КЛППЖ ₆₅ в годах	Средние показатели со стандартным отклонением для КЛППЖ ₆₅	КЛППЖ ₇₅ в годах	Средние показатели со стандартным отклонением для КЛППЖ ₇₅	Значимость по t-тесту Стьюдента (значение p)
Военные (21 случай фатального исхода)	181	$12,1 \pm 9,74$	331	$22,1 \pm 9,7$	0,47
Гражданские (69 случай фатального исхода)	256	$9,8 \pm 9,2$	516	$19,8 \pm 9,2$	0,48
Итого	437		847		



Примечание к диаграмме 4. ЛТ – легкая тяжесть течения; СТ – средняя тяжесть течения; ТТ – тяжелое течение; КТТ – крайне тяжелое течение.



Значимость лог ранг (Мантел-Кокса) теста ($p < 0.001$)

Литературы:

- Объединенный отчет «Организации объединенных наций Узбекистана и ВОЗ Узбекистана» за 2020 год «Национальный стратегический план обеспечения готовности и реагирования в области здравоохранения по COVID-19».
- Постановлению Кабинета Министров РУз «о порядке осуществления профилактических и противоэпидемических мероприятий, выполняемых при выявлении (подозрении) коронавирусной инфекции» от 23.03.2020 г. – №. 176.
- По становление Президента Республики Узбекистан «О дополнительных мерах по организации физической подготовки военнослужащих Вооруженных Сил Республики Узбекистан на высоком уровне» от 10.12.2021 г. - № ПП-40.
- Постановление Президента Республики Узбекистан «Об утверждении Положения о медицинском освидетельствовании в Вооруженных Силах Республики Узбекистан на мирное и военное время» от 25.12.2018 г. - № ПП-4076.
- Zhu N, Zhang DY, Wang WL, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. N Engl J Med. 2020;382(8):727–733. doi: 10.1056/NEJMoa2001017.
- Gardner JW, Sanborn JS. Years of potential life lost (YPLL) –what does it measure? Epidemiology. 1990 Jul;1(4):322–9. doi: 10.1097/00001648-199007000-00012. PMID: 2083312.
- Huang C., Wang Y., Li X., Ren L., Zhao J., Hu Y., Zhang L., Fan G., Xu J., Gu X., Cheng Z., Yu T., Xia J., Wei Y., Wu W., Xie X., Yin W., Li H., Liu M., Xiao Y., Gao H., Guo L., Xie J., Wang G., Jiang R., Gao Z., Jin Q., Wang J., Cao B. Lancet. 2020; 395: 497–506. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5.
- Chan J.F.W., Yuan S., Kok K.H., To K.K.W., Chu H., Yang J., Xing F., Liu J., Yip C.C.Y., Poon R.W.S., Tsoi H.W., Lo S.K.F., Chan K.H., Poon V.K.M., Chan W.M., Ip J.D., Cai J.P., Cheng V.C.C., Chen H., Hui C.K.M., Yuen K.Y. Lancet. 2020; 395: 514–523. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30154-9.
- World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Situation Report-55. World Health Organization. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports> [Accessed on Mar. 16, 2020]. 2020.
- <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020>.
- <https://www.gazeta.uz/ru/2020/03/15/covid>.
- <https://www.who.int/china/news/detail/22-01-2020-field-visit-wuhan-china-jan-2020>.

ОРГАНИЗАЦИЯ ДИЕТИЧЕСКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ В ПАНСИОНАТАХ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙНЫ И ТРУДА

Худайбергенов А.С.¹, Тураев И.Э.², Турниёзова В.М.³, Каримова Н.О.⁴

¹Доктор медицинских наук, профессор кафедры гигиены Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников при министерстве здравоохранения, заведующий лабораторией гигиены питания Научно-исследовательского института санитарии, гигиены и профессиональных заболеваний.

²Доктора философии (PhD) по медицинским наукам, начальник медицинского отдела Академии МВД РУз.

³Соискатель кафедры гигиены Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников при министерстве здравоохранения.

⁴Соискатель Ташкентского Экономического Государственного Университета.

РЕЗЮМЕ

В целях нутрициональной оценки рационов питания и алиментарных факторов риска здоровью нами изучено 250 меню-раскладок по 26 показателям в пансионатах и санаториях для ветеранов войны и труда. Выявлено, что существующие нормы питания не соответствуют целям сохранения здоровья инвалидов как по принципам здорового питания, так и диетологическом обеспечении. Анализ функционального состояния жевательной функции опекаемых в реабилитационных центрах, показывает 90% потребность в легкоперевариваемой диетической пище. Установлено, что 58,3% опекаемых нуждаются в диете №10 по системы Певзнера, 47,2% в диете №9, 43,7% в диетическом питании №1, 30,1% в диете №2, 26,15% в диете №5, 22,2% в диете №7. **В организации питания имеются погрешности в виде замены сливочного масла на спреды, преобладания мучных и макаронных изделий, низкое содержания овощей и фруктов.** Нутрициональная оценка среднесуточных рационов питания опекаемых показало его достаточно высокую энергетическую ценность (3513±43 ккал), высокий уровень содержания общих белков 144,3±11 г., углеводов 515,4±22 г., дефицит жиров растительного происхождения, белков животного происхождения, витаминов С, А, В6, В12, Е.

Ключевые слова. Пансионаты и санатории, реабилитационные центры, диетическо-профилактическое питание, пищевая ценность рационов питания.

RESUME

For the purpose of nutritional assessment of diets and alimentary health risk factors, we studied 250 menu layouts for 26 indicators in boarding houses and sanatoriums for war and labor veterans. Results of the study it was revealed that the existing nutritional standards do not correspond to the goals of maintaining the health of people with disabilities, both in terms of the principles of healthy nutrition and dietary provision. An analysis of the functional state of the masticatory function of wards in rehabilitation centers shows 90% need for easily digestible dietary food. It was found that 58.3% of wards need diet No. 10 according to the Pevsner system, 47.2% in diet No. 9, 43.7% in diet No. 1, 30.1% in diet No. 2, 26.15% in diet No. 5, 22.2% in diet No. 7.

There are errors in the organization of food in the form of replacing butter with spreads, the predominance of flour and pasta, and the low content of vegetables and fruits. A nutritional assessment of the average daily diet of the wards showed its rather high energy value (3513±43 kcal), a high level of total proteins 144.3±11 g, carbohydrates 515.4±22 g, deficiency of vegetable fats, animal proteins, vitamins C, A, B6, B12, E.

Keywords. Boarding houses and sanatoriums, rehabilitation centers, dietary and preventive nutrition, nutritional value of diets.

РЕЗЮМЕ

Озиқ-овқат раioni ва соғлиқ учун овқатланиш хавф омиллари оқилона баҳолаш учун биз уруш ва меҳнат фахрийлари учун пансионатлар ва санаторияларда 26 та нутриционал кўрсаткич бўйича 250 та меню тартибини ўрганиб чиқдик. Мавжуд овқатланиш меъёрлари соғлом овқатланиш тамойиллари ва парҳез таъминлаш бўйича ногиронларнинг соғлигини сақлаш мақсадларига мос келмаслиги аниқланди. Пансионатлар ва санаторияларда сақланаётганларнинг чайнаш функциясининг функционал ҳолатини таҳлил қилиш осон ҳазм бўладиган парҳез овқатларига бўлган эҳтиёжнинг 90% эканлигини кўрсатди. Певзнер тизими бўйича 58,3% парвариш қилинувчиларга 10-сонли, 47,2% - 9-сонли, 43,7% - 1-сонли, 30,1% - 2-сонли, 26,15% - 5-сонли, 22,2% - 7-сонли парҳез овқатланишга тўғри келиши аниқланди. Овқатланишни ташкил этишда сарيفни спредлар билан алмаштириш, ун ва макарон маҳсулотларининг устунлиги, сабзавот ва меваларнинг миқдорининг камлиги кўринишида ҳаёлик мавжуд. Пансионатлар ва санаторияларда сақланаётганларнинг ўртача кунлик овқатланиш рационларини нутриционал баҳолаш унинг энергетик қийматининг 3513±43 ккал, умумий оқсиллар миқдорининг 144,3±11 г., углеводларни 515,4±22 г., юкорилигини, ўсимлик ёғлари, ҳайвон оқсиллар, С,А,В6,В12 витаминларнинг етишмовчилигини кўрсатди.

Калит сўзлар: уруш ва меҳнат фариьлари учун пансионатлар ва санаториялар, реабилитация марказлари, парҳез-профилактик овқатланиш, рационларнинг озукавий қиймати.

В Узбекистане в последние годы уделяется особое внимание проблемам алиментарной профилактики неинфекционных заболеваний и нутриционной поддержке здоровья. Питание лиц социально уязвимых групп населения, в том числе домов интернатов для социально уязвимых групп населения является актуальной проблемой. Насколько правильно оно построено в значительной мере зависит продолжительность жизни человека, и его здоровье. Голодание или переедание, систематическое недоедание, низкокалорийная или, наоборот, высококалорийная пища, неполноценное по своему витаминному и аминокислотному составу или преимущественно углеводное питание или же питание неправильное по соотношению основных пищевых веществ (белков, жиров и углеводов), не могут не отразиться на течении обменных процессов в организме и не сказаться на общем его состоянии [1, 2, 9]. Различные нарушения в питании могут быть причиной развития некоторых заболеваний и в свою очередь, способствовать преждевременному старению организма. Особое внимание заслуживают лица находящиеся в домах интернатах для инвалидов [8]. Такие учреждения в Узбекистане получили название реабилитационные центры». Организация питания в этих учреждениях организованы в соответствии с санитарными нормами, правилами и гигиеническими нормативами (СанПиН) Республики Узбекистан №0232-07 «Гигиенические требования к организации питания и среднесуточные нормы набора продуктов по домам интернатам для центров и инвалидов, психоневротиков и глубоко умственно-отсталых детей, санаториев, специализированных колледжей для лиц с ограниченными возможностями, реабилитационных центров для инвалидов», утвержденные Главным Государственным санитарным врачом от 22.08.2007 г. [3]. Соответственно, требующего пересмотра исходя из задач медицинской практики сегодняшнего дня.

Целью исследований явилось организация диетическо-профилактического питания в пансионатах и санаториях для ветеранов войны и труда в Узбекистане.

Материалы и методы

Объектами исследования явилось 2 пансионата г.Ташкента и Ташкентской области. Репрезентативная группа сформирована методом случайной выборки и носила сплошной характер. В исследовании приняли участие 108 респондентов в возрасте свыше 50 лет, в том числе мужчины – 42 и женщины – 66. Из них лица пожилого возраста – 59,1% человек, старческого возраста – 38,0% человек и долгожителей – 2,9%.

В целях нутрициональной оценки рационов питания и алиментарных факторов риска здоровью нами изучено 250 меню-раскладок по 26 показателям. Состояния здоровья опекаемых изучены анализом карт медицинского наблюдения. Фактическое питание изучалось методом частотного и 24 часового воспроизведения, рекомендованного ВОЗ для эпидемиологических исследований [4, 5]. При оценке адекватности питания за референтные величины были взяты нормы физиологических потребностей в энер-

гии и пищевых веществах для различной половозрастной группы Республики Узбекистан [6], а также нормативы потребления микронутриентов по шкале ФАО/ВОЗ [1].

В целях нутрициональной оценки рационов питания и алиментарных факторов риска здоровью нами изучено 250 меню-раскладок по 26 показателям: белки общие и животные, жиры общие и растительные, углеводы, ди-моносахариды, полисахариды, пектин, холестерин, энергетическая ценность, соли кальция, фосфора, железа, магния, содержание витаминов А, бетта-каротина, тиамина, рибофлавина, пиридоксина, цианкобаламина, витамина С, Д, Е, РР, фолиевой кислоты и клетчатки по сезонам года по А.А.Покровского (1977г) [7, 10].

Результаты

Как показывают данные анализа заболеваемости, 90% опекаемых нуждаются в стоматологической помощи, 58,3% опекаемых нуждаются в диете №10 по системы Певзнера (заболевания сердечно-сосудистой системы), 47,2% в диете №9 (эндокринологические патологии), 43,7% в диетическом питании №1 (язвенная болезнь желудка, 12-перстной кишки и гиперацидные гастриты), 30,1% в диете №2 (колиты), 26,15% в диете №5 (заболевания печени и желчевыводящих путей), 22,2% в диете №7 (заболевания почек). В целом 90% опекаемых в пансионатах для ветеранов войны и труда в тех или иных видах диетического питания.

Наибольшая потребность установлена в отношении диеты №10 –сердечно сосудистые патологии. Так, 72,1% мужчин и 75,0% женщин имеют сердечно-сосудистые патологии.

Обсуждения

Оценка состояния питания опекаемых показало организацию питания через системы аутсорсинга с применением единственного принципа диетического питания - отсутствие или наличие сахарного диабета. Нормы набора продуктов определены согласно (СанПиН) Республики Узбекистан №0232-07 «Гигиенические требования к организации питания и среднесуточные нормы набора продуктов по домам интернатам для центров и инвалидов, психоневротиков и глубоко умственно-отсталых детей, санаториев, специализированных колледжей для лиц с ограниченными возможностями, реабилитационных центров для инвалидов», утвержденные Главным Государственным санитарным врачом от 22.08.2007 г.[3]. При этом нарушено требование выдачи масло сливочного коровьего, которое заменяется спредами с содержанием трансизомеров жирных кислот в объеме до 8% от общего количества жиров. По нашему мнению, исходя из научных публикаций [4] данное нарушение является одной из главных факторов нарушений в состоянии сердечно-сосудистой системы опекаемых. Многочисленные исследования показали [4, 5], что трансизомеры способны поднимать в крови уровень опасных для сосудистой стенки, так называемых, липидов низкой плотности.

Нутрициональная оценка среднесуточных рационов питания опекаемых показало его достаточно высокую энергетическую ценность (3513±43 ккал), высокий уровень содержания общих белков 144,3±11 г, углеводов 515,4±22 г.

Как показывает анализ среднесуточного потребления

Таблица 1

**Структурный анализ среднесуточных рационов питания
пансионатах для ветеранов войны и труда, М±m**

Наименование показателей	Показатели	Норма	P
Энергоемкость жиров, в % от общего	26,09±0,4	26-27	>0,01
Удельный вес растительных жиров, в % от общего	19,3±1,2	25-30	<0,01
Энергоемкость белков, в % от общего	14,67±1,2	11-13	>0,01
Удельный вес белков животного происхождения, в % от общего	59,0±1,5	55,0	>0,01
Энергоемкость углеводов, в % от общего	57,2±1,2	55,0	<0,01
Удельный вес белков в мега калориях	36,66±1,2	30,0	<0,01
Удельный вес жиров в мега калориях	29,0±2,2	37,0	<0,01
Удельный вес углеводов в мега калориях	140,7±2,1	137,0	<0,01

пищевых продуктов в рационах фактического питания в пансионатах для ветеранов войны и труда, по содержанию мяса, молока, сахара среднесуточные рационы питания не отличаются от принятых норм для данного учреждения. Между тем, по остальным видам продуктов питания имеются значительные отличия, как по сезонам года, так и по отдельным пансионатам для инвалидов, так как, по данным продуктам питания среднесуточные нормы питания определены в обобщающем виде, например, хлебобулочные и макаронные изделия, овощи и фрукты и т.д. В связи с чем, в среднесуточном потреблении продуктов питания по всем исследуемым объектам и сезонам года преобладают мучные и макаронные изделия, в летне-осеннем сезоне также лук, морковь и капуста. Так, среднесуточное содержание вермишели и макарон в отдельные дни достигают 80-100 г, вместо рекомендуемых 20,0 г. Среднесуточное содержание лука, моркови и капусты в летне-осеннем сезоне составляют 70,0±12,0 г, 65±10,0 г и 75,0±11,0 г, соответственно, вместо предусмотренных рекомендуемыми нормами для данной категории возрастных групп-30,0; 40,0; 32-44 г. по республике. В среднесуточных рационах питания из крупяных изделий преобладает крупа перловая, горох и рисовая крупа и редко включаются местные зернобобовые продукты, такие как левня, фасоль, маш, нухат, что связано недостатками нормирования.

Удельный вес энергетической ценности среднесуточных рационов питания за счет белков составляет 14,67%, и не много превышает рекомендуемых норм (11-13%), за счет жиров 26,09%, при рекомендуемых 26-27% и значительное превышение нормативов (55%) составляют углеводы (57,2%) (таблица 1).

Как показывает анализ структурного состава среднесуточных рационов питания, она не предусматривает специфику потребностей организма инвалидов и старческого возраста в диетическом питании.

Анализ структурного состава основных нутриентов в системе мега калорий, также показывает значительные отклонения от рекомендуемых для инвалидов и нуждающихся социальной защите. Так, удельный вес белков превышает на 6,66 г на мега калорий, удельный вес жиров имеет дефицит на 12,0 г на мегакалорию, а углеводов на 17,0 г, что также свидетельствует о нерациональности применяемого нормативного акта.

По результатам исследований нами предложена схема поддержки диетическо-профилактического питания (таблица 2).

Полученные нами данные легли в основу СанПиН

№0025-22 «Средне-суточные нормы и гигиенические требования к организации питания в медико-социальных учреждениях Агентства по развитию медико-социальной службы Узбекистана», утвержденные главным государственным санитарным врачом Республики Узбекистан от 21 апреля 2022 г. [11].

Заключение

1. Существующие нормы питания для пансионатов и санаториев ветеранов войны и труда *не соответствуют целям сохранения здоровья инвалидов и социально нуждающихся лиц как, по принципам здорового питания, так и диетологическом обеспечении.*

2. Установлено, что 58,3% опекаемых нуждаются в диете №10 по системе Певзнера (заболевания сердечно-сосудистой системы), 47,2% в диете №9 (эндокринологические патологии), 43,7% в диетическом питании №1 (язвенная болезнь желудка, 12-перстной кишки и гиперацидные гастриты), 30,1% в диете №2 (колики), 26,15% в диете №5 (заболевания печени и желчевыводящих путей), 22,2% в диете №7 (заболевания почек).

3. Оценка состояния питания опекаемых показало не совершенность нормативного документа устанавливающего нормы набора продуктов для домов-интернатов для ветеранов войны и труда в виде Санитарных норм и правил (СанПиН) Республики Узбекистан №0232-07 «**Гигиенические требования к организации питания и среднесуточные нормы набора продуктов по домам интернатам для центров и инвалидов, психоневротиков и глубоко умственно-отсталых детей, санаториев, специализированных колледжей для лиц с ограниченными возможностями, реабилитационных центров для инвалидов.**»

4. Нутрициональная оценка среднесуточных рационов питания опекаемых показало его достаточно высокую энергетическую ценность (3513±43 ккал), высокий уровень содержания общих белков 144,3±11 г, углеводов 515,4±22 г, дефицит жиров растительного происхождения, белков животного происхождения, витаминов С, А, В6, В12, Е.

5. Разработанные нами СанПиН №0025-22 «Средне суточные нормы и гигиенические требования к организации питания в медико-социальных учреждениях Агентства по развитию медико-социальной службы Узбекистана», утвержденные главным государственным санитарным врачом Республики Узбекистан от 21 апреля 2022 г. Могут служить основанием для организации диетическо-профилактического питания в реабилитационных центрах для инвалидов.

Таблица 2

Схема организации диетического-профилактического питания на основе стандартной нормы пансионатов и санаториев для ветеранов войны и труда, по назначению врача

Диеты по Певзнеру	№ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 13, 14, 15
Химический состав	Белки: 85-90 г (в т.ч. животные 40-45 г) Жиры: 70-80 г (в т.ч. растительные 25-30г). Углеводы: 300-330 г (в т.ч. простые 30-40 г). Энергетическая ценность: 2170-2400 ккал
Показания к применению	Хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии. Хронические заболевания кишечника с преобладанием СРК с преимущественными запорами. Острый холецистит и гепатит в стадии выздоровления. Хронический гепатит с нерезко выраженными признаками функциональной недостаточности печени. Хронический холецистит, желчнокаменная болезнь. Подагра, мочекаменный диатез, нефролитиаз, гиперурикемия, фосфатурия. Сахарный диабет II типа без сопутствующей избыточной массы тела или ожирения. Заболевания сердечно-сосудистой системы с нерезким нарушением кровообращения. Гипертоническая болезнь. ИБС, атеросклероз венечных артерий сердца, мозговых, периферических сосудов. Острые инфекционные заболевания. Лихорадочные состояния.
Общая характеристика, кулинарная обработка	Диета с физиологическим содержанием белков, жиров и углеводов, обогащенная витаминами, минеральными веществами, растительной клетчаткой (овощи, фрукты). При назначении диеты больным сахарным диабетом рафинированные углеводы (сахар) исключаются. Ограничиваются азотистые экстрактивные вещества, поваренная соль (6-8г/день), продукты, богатые эфирными маслами. Исключаются острые приправы, шпинат, щавель, копчености. Блюда приготавливаются в отварном виде или на пару, запеченные. Температура горячих блюд - не более 60-65°C, холодных блюд - не ниже 15°C. Свободная жидкость - 1,5-2 л.
Диеты с механическим и химическим щажением	
Диеты по Певзнеру	1б, 4б, 4в, 5п (1-й вариант)
Химический состав	Белки: 85-90 г (в т.ч. животные 40-45 г) Жиры: 70-80 г (в т.ч. растительные 25-30г). Углеводы: 300-350 г (в т.ч. простые 50-60 г). Энергетическая ценность: 2170-2480 ккал
Показания к применению	Острый гастрит, хронический гастрит с сохраненной и высокой кислотностью в фазе нерезкого обострения. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения и нестойкой ремиссии. Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь. Нарушения функции жевательного аппарата. Острый панкреатит, стадия затухающего обострения. Хронический панкреатит, выраженное обострение. Период выздоровления после острых инфекций и после операций (не на внутренних органах).

Общая характеристика, кулинарная обработка	Диета с физиологическим содержанием белков, жиров и углеводов, обогащенная витаминами, минеральными веществами, умеренным ограничением химических и механических раздражителей слизистой оболочки и рецепторного аппарата желудочно-кишечного тракта. Исключаются острые закуски, приправы, пряности. Ограничивается поваренная соль (6-8г/день) Блюда готовятся в отварном виде или на пару, протертые и непротертые. Температура горячих блюд - не более 60-65°C, холодных блюд - не ниже 15°C. Свободная жидкость - 1,5-2л.
Диеты с повышенным содержанием белка (высокобелковая диета)	
Диеты по Певзнеру	№ 4э, 4аг, 5п (2 вариант), 7в, 7г, 9б, 10б, 11, R-1, R-2
Химический состав	Белки: 110-120 г (в т.ч. животные 45-50 г) Жиры: 80-90 г (в т.ч. растительные 30 г). Углеводы: 250-350 г (в т.ч. простые 30-40 г). Энергетическая ценность: 2080-2690 ккал
Показания к применению	Хронический энтерит при наличии выраженного нарушения функционального состояния органов пищеварения Глютеновая энтеропатия (Целиакия). Хронический панкреатит в стадии ремиссии. Хронический гломерулонефрит нефротического типа в стадии затухающего обострения без нарушения азотовыделительной функции почек. Сахарный диабет 1 и 2 типа без сопутствующего ожирения и нарушения азотовыделительной функции почек. Ревматизм с малой степенью активности процесса при затяжном течении болезни без нарушения кровообращения. Ревматизм в стадии затухающего обострения. Нагноительные процессы. Малокровие различной этиологии
Общая характеристика, кулинарная обработка	Диета с повышенным содержанием белка, нормальным количеством жиров сложных углеводов и ограничением легкоусвояемых углеводов. При назначении диеты больным сахарным диабетом с демпинг-синдромом рафинированные углеводы (сахар) исключаются. Ограничивается поваренная соль (6-8 г/день), химические и механические раздражители желудка и желчевыводящих путей. Блюда готовят в отварном, тушеном, запеченном виде, на пару, протертые и непротертые. Температура горячих блюд - не более 60-65°C, холодных блюд - не ниже 15°C. Свободная жидкость - 1,5-2 л.
Диеты с пониженным количеством белка	
Диеты по Певзнеру	№ 7б, 7а
Химический состав	Белки: 20-60 г (в т.ч. животные 15-30 г) Жиры: 80-90 г (в т.ч. растительные 20-30 г). Углеводы: 350-400 г (в т.ч. простые 50-100 г). Энергетическая ценность: 2120-2650 ккал.
Показания к применению	Хронический гломерулонефрит с резко и умеренно выраженным нарушением азотовыделительной функции почек, выраженной и умеренно выраженной азотемией.
Общая характеристика, кулинарная обработка	Диета с ограничением белка до 0,8 или 0,6 или 0,3 г/кг идеальной массы тела (до 60,40 или 20 г/сут) с резким ограничением поваренной соли (1,5-3 г/сут) и жидкости (0,8-1,0 л/сут). Исключаются азотистые экстрактивные вещества, алкоголь, какао, шоколад, кофе, соленые закуски. В диету вводятся блюда из сои безбелковый хлеб пюре, муссы из набухающего крахмала. Блюда готовятся без соли, в отварном виде, на пару, не протертые. Рацион обогащается витаминами, минеральными веществами. Свободная жидкость 0,8-1,0 л. Режим питания 4-6 раз в день.
Диеты с пониженной калорийностью (низкокалорийная диета)	
Диеты по Певзнеру	№ 8, 8а, 8б, 9а, 10с

Химический состав	Белки: 70-80 г (в т.ч. животные 40 г) Жиры: 60-70 г (в т.ч. растительные 25 г). Углеводы: 130-150 г (в т.ч. простые 0 г). Энергетическая ценность: 1340-1550 ккал.
Показания к применению	Различные степени алиментарного ожирения при отсутствии выраженных осложнений со стороны органов пищеварения, кровообращения и других заболеваний, требующих назначения специальных режимов питания. Сахарный диабет 2 типа с ожирением. Сердечно-сосудистые заболевания при наличии избыточной массы тела.
Общая характеристика, кулинарная обработка	Диета с умеренным ограничением энергетической ценности (1300-1600 ккал) преимущественно за счет жиров и углеводов. Исключаются простые сахара, ограничиваются животные жиры, поваренная соль (3-5 г/сутки). Включаются растительные жиры, пищевые волокна (сырые овощи, фрукты, пищевые отруби). Пища готовится в отварном виде или на пару, без соли. Свободная жидкость ограничивается до 0,8-1,5 л/сутки.

Литературы:

1. Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, (2005). «Питание и здоровье в Европе, Новая основа для действий» (WHO regional publications. European series; No. 96).
2. Давыдова О.В. (2014). Организация питания пожилых людей в геронтологических центрах. В кн. «Здоровье человека и экологически чистые продукты питания-2014». Материалы Всероссийской научно-практической конференции. Орел. – 181 с.
3. СанПиН Республики Узбекистан №0232-07. «Гигиенические требования к организации питания и среднесуточные нормы набора продуктов по домам интернатам для центров и инвалидов, психоневротиков и глубоко умственно-отсталых детей, санаториев, специализированных колледжей для лиц с ограниченными возможностями, реабилитационных центров для инвалидов», утвержденные Главным Государственным санитарным врачом от 22.08.2007 г.
4. WILLETT, W.C. (2000). Will high-carbohydrate/low-fat diets reduce the risk of coronary heart disease? Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine, 225: – С. 187–190.
5. Мартинчик А.К., Батурин А.И., Феоктистова И.В. (1996). Методические рекомендации по оценке количества потребляемой пищи методом 24 часового (суточного) воспроизведения питания: Метод. Рекомендации. Науч. исслед. институт питания Рос. Акад. мед. наук.
6. СанПиН №0347-17 (2017). «Физиологические нормы потребностей в пищевых веществах и энергии по половозрастным и профессиональным группам населения республики Узбекистан для поддержания здорового питания».
7. Покровского А.А. (1977). Химический состав состав пищевых продуктов. Справочные таблицы. Пищевая промышленность. – 232 с.
8. Нефедьева Е.И., Кудрявцев С.И.. Социально-экономическая адаптация граждан пожилого возраста и инвалидов в стационарных условиях социального обслуживания. Baikal Research Journal. – 2017. – №.3. – С. 23–30.
9. Тетенова Г.П., Дмитриченко Е.С., Третьякова С.Ю., Лукина Т.В., Букина Т.В. Сбалансированное питание центров и инвалидов введением в рацион белковой смеси “Нутринор” Клиническая геронтология. – 2011. – С. 79–81.
10. Ўзбекистон Республикаси Тиббий-ижтимоий хизматлари ривожлантириш агентлигининг тиббий-ижтимоий муассасаларида озик-овқат маҳсулотлари истеъмолнинг ўртача кунлик меъёрлари ва овқатланишни ташкил этишининг гигиеник талаблари (0021-22-сон СанҚваН).
11. Xudayberganov A.S., Rizayev J.A., Tuxtarov B.E. Diyetologiya asoslari Tibbiyot oliy o'quv yurtlari uchun darslik. Toshkent, 2021, “Hilol media” nashriyoti. – 696 b.

ХАРБИЙ СПОРТЧИЛАРНИНГ МУСОБОҚАЛАРДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА УЙ ШАРОИТИДАГИ МУТЛОҚ (ФАКТИК) ОВҚАТЛАНИШИНИ БАҲОЛАШ

¹Қутлиев Жамшид Амонбайевич

²Ахатов Абдор

¹Қуролли Кучлар Ҳарбий тиббиёт академияси

²МВ Марказий ҳарбий клиник госпитали

РЕЗЮМЕ

Мақолада 23 та турли йўналишдаги мусобақаларда иштирок этувчи терма жамоаларнинг 20 ёшдан 40 ёшгача бўлган жами 502 нафар ҳарбий спортчиларнинг мусобақалардан кейинги даврда уй шароитидаги мутлоқ овқатланиши 24 соатлик (кунлик) овқатланиш тартиби, анкета-сўровномалар ва овқатланиш кундалиги ёрдамида ўтказилган ретроспектив таҳлил натижалари баён қилинган. Ҳарбий спортчиларнинг уй шароитидаги кунлик овқатланиш раиони гигиеник жиҳатдан соғлом овқатланиш меъзонларига тўғри келмайди, рацион таркибида нон маҳсулотларидан ун, шакар, гуруч, нон ва макарон микдори меъёрга нисбатан ортикча бўлиб, турли мева ва мева резаворлар шарбатларининг умумий микдори 4-меъёрга нисбатан мос равишда 48% ва 51 % га таъминланган.

Калит сўзлар: ҳарбий спортчилар, мутлоқ овқатланиш, рационнинг кимёвий таркиби, озиқ-овқатлар, овқатланиш тартиби.

РЕЗЮМЕ

В статье описаны результаты проведенного ретроспективного анализа фактического питания в домашних условиях 502 военных спортсменов в возрасте от 20 до 40 лет после соревнований, методом 24-часового воспроизведения питания, анкетирования и дневника питания. Суточный рацион военных спортсменов в домашних условиях не соответствует критериям гигиенически здорового питания, содержание в рационе муки, сахара, риса, хлеба и макаронных изделий выше нормы, общее количество различных фруктов и плодово-ягодных соков составляет 48% по сравнению с нормой и обеспечено на 51%.

Ключевые слова: военные спортсмены, фактическое питание, химический состав рациона, продукты питания, режим питания.

RESUME

The article describes the results of a retrospective analysis of the actual nutrition at home of 502 military athletes aged 20 to 40 years after the competition, using the method of 24-hour nutrition reproduction, questionnaires and food diaries. The daily diet of military athletes at

home does not meet the criteria for a hygienically healthy diet, the content of flour, sugar, rice, bread and pasta in the diet is above the norm, the total amount of various fruits and fruit juices is 48% compared to the norm and is provided by 51%.

Keywords: military athletes, actual nutrition, chemical composition of the diet, food, diet.

КИРИШ

Ҳарбий спорт турларига хос бўлган юқори жисмоний ва руҳий юкламалар фонида спортчилар организмидаги метаболик жараёнлардаги ўзгаришлар, оксидланиш жараёнларининг кучайиши, қувват сарфининг ошиши ва кучли терлаш натижасида кўп суюқлик ҳамда минерал тузларнинг организмдан чиқиб кетиши кузатилади. Бу эса ҳарбий спортчилар организмида макро ва микронутриентлар, антиоксидантлар ва биологик фаол моддаларга бўлган эҳтиёжнинг ошишига олиб келади. Бундай шароитда организмнинг юқори даражадаги фаолият самарадорлигини таъминлаш ва организмнинг интенсив машғулотларга мослашишини яхшилаш мақсадида соғлом овқатланиш тартибини тўғри ва сифатли ташкиллаштириш муҳим рол ўйнайди [8, 9, 10, 12]. Кўпчилик ҳолатларда ҳарбий спортчиларнинг кунлик қувват сарфи аҳолининг бошқа катламларига нисбатан бир неча баробар юқори бўлиб, уларнинг кунлик қувват сарфи 8000 к/кал ва ундан ортик бўлиши мумкин [3, 4, 11].

Шу билан бирга, ҳарбий спортчилар организми сарф қилинаётган қувват ўрнини нафақат оксил, ёғ ва карбонсувлар ҳисобига, балки, организмнинг эҳтиёжларини кондиритиш учун витамин, минерал, озиқ толалари ва бошқа физиологик фаол моддалар ва бирикмалар ҳисобига ҳам тўлдириб бориши керак. Организмнинг ишчанлигини ошириш, чарчок бошланишини кечиктириш, жисмоний юкламалардан кейинги тикланиш жараёнини тезлаштириш, иммунитет танқислигининг олдини олиш, тана вазнини барқарорлаштириш соғлом овқатланишнинг асосий меъзонларидан бири ҳисобланади [1, 2, 7].

Спортчиларнинг овқатланиш раионини ўрганиш билан боғлиқ илмий изланишларда аксарият илмий ва амалиётчи тадқиқотчилар спортчиларнинг фактик овқатланишини асосан уларнинг мусобақаларга тайёргарлик кўриши ва мусобақалар жараёнидаги овқатланиш тартибини таҳлил қилиш билан чекланишади [5, 6, 10]. Биз эса ўз тадқиқотимиз давомида ҳарбий спортчиларнинг, нафақат мусобақаларга тайёргарлик ва мусобақалар жараёнида балки,

уй шароитидаги овқатланиш ҳолатини ҳам таҳлил қилишга қарор қилдик.

Тадқиқотнинг мақсади. Мусобақалардан кейинги даврда уй шароитида (уюшмаган тарзда) ҳарбий спортчиларнинг мутлоқ овқатланиш ҳолатини баҳолашдан иборат.

Тадқиқот материали ва усуллари. Илмий тадқиқот давомида Мудофаа вазирлиги турли терма жамоаларидаги ҳарбий спортчиларнинг уй шароитидаги мутлоқ овқатланиши кунлик 24 соатлик даврида овқатланиш тартиби, анкета-сўровномалар ва овқатланиш кундалиги ёрдамида гигиеник таҳлил қилинди. Тадқиқотга 23 та турли йўналишдаги мусобақаларда иштирок этувчи терма жамоаларнинг 20 ёшдан 40 ёшгача бўлган жами 502 нафар ҳарбий спортчилари жалб этилган. Уларнинг кун давомидаги овқатланиш тартиби СанҚвМ 007-20 “Ўзбекистон Республикаси аҳолисининг ёшига, жинсига ва касбий фаолияти гуруҳлари учун соғлом овқатланишни таъминлашга қаратилган ўртача кунлик рационал овқатланиш меъёрлари” санитария меъёр ва қоидалари талаблари ҳамда кунлик рационнинг кимёвий таркибининг миқдори “Озиқ-овқат маҳсулотларининг кимёвий таркиби” бўйича амалга оширилди.

Тадқиқот натижаларини статистик қайта ишлашда «Statistica for Windows 7,0» персонал компьютернинг амалий дастур пакетидан фойдаланилди.

Олинган натижаларнинг таҳлили. Биз ушбу илмий тадқиқотимиз давомида ҳарбий спортчиларнинг нафақат мусобақаларга тайёргарлик ва мусобақалар жараёнидаги уюшган ҳолда овқатланиши, балки уларнинг уюшмаган ҳолдаги яъни уй шароитидаги овқатланиш тартибини ўрганишни, унинг таъсирини баҳолаш орқали ҳарбий спортчиларнинг йил давомидаги мутлоқ овқатланишини гигиеник жиҳатдан ўрганишга қарор қилдик.

Ҳарбий спортчиларнинг уй шароитида киш мавсумидаги кунлик овқатланиш рацион ва рациондаги макронутриентлар миқдори 1- ва 2-жадвалларда кўрсатиб ўтилган.

Тадқиқот давомида ўтказилган анкета сўровномалари натижаларига асосан, спортчиларнинг киш мавсумидаги кунлик рацион таркибида кўпроқ хамирли, шўр, аччиқ ва қовурилган овқатларининг шунингдек, турли унли ва шакарли пишириқлар истеъмолидан ташкил топганлиги аниқланди.

Ўтказилган таҳлиллар натижасида ҳарбий спортчиларнинг уюшмаган ҳолдаги овқатланиш рационидagi маҳсулотларнинг мутлоқ истеъмоли, уларнинг терма жамоалар таркибидаги уюшган ҳолдаги овқатланиш кўрсаткичларидан кескин фарқ қилганлиги аниқланди.

Ҳарбий хизматчиларнинг мусобақалардан ташқари, яъни уй шароитида овқатланиши киш фаслининг турли ойларида бир биридан нисбатан фарқ қилган бўлиб, киш мавсумининг декабрь ойида умумий истеъмол қилинган маҳсулотлар улушида гўшт ва қолбаса маҳсулотларининг миқдорий улуши январь ва февраль ойларида нисбатан пастроқ бўлиб, умумий киш мавсумининг ўзида ҳам жами истеъмол

қилинган гўшт маҳсулоти 4-меъёрда кўрсатилган миқдордан кескин фарқ қилди. Жумладан, киш мавсумида уй шароитида овқатланиш рационидagi гўштининг истеъмол даражаси белгиланган меъёрга нисбатан умумий улуши ўртача 44% ни ташкил этиб, истеъмол миқдорининг вақтинчалик ўрнатилган меъёрга нисбатан 2,2 мартага камлиги аниқланди.

Ҳарбий спортчилар овқатланиш рационидagi макронутриент таркиби жиҳатдан гуруч ва ёрма маҳсулотларининг киш мавсумидаги истеъмоли меъёрга нисбатан 187% ни ташкил этиб, 1,8 мартага кўплиги аниқланди. Ушбу маҳсулотларнинг киш мавсумидаги меъёрдан кўп истеъмолини маҳсулотларнинг нисбатан арзонлиги билан изоҳлашимиз мумкин.

1-жадвалда кўрсатилган сабзавотларнинг истеъмол даражаси киш мавсумида 4-меъёрга нисбатан 64% ни ташкил қилди ва 143,0 граммга ёки 1,5 баробарга камлиги аниқланди.

Киш мавсумида ҳарбий спортчиларнинг уй шароитидаги нон маҳсулотларининг мутлоқ истеъмолини таҳлил қилар эканмиз, ушбу маҳсулотнинг истеъмол улуши ҳам 4-меъёрга нисбатан 1,12 мартага кўплиги аниқланди. Ун маҳсулотларининг меъёрдан ортикча истеъмол қилиш ичак микрофлорасини бузади, озуқа моддаларининг ҳазм бўлиши ва фойдали холестериннинг ривожланишига тўсқинлик қилиб, ошқозон-ичак тизими фаолиятига салбий таъсир кўрсатади.

Нон маҳсулотларининг меъёридан ортикча истеъмоли эса ҳарбий спортчи организмидagi метаболик жараёнларнинг фаоллашуви натижасидagi семизлик билан боғлиқ қандли диабет ва юрак қонтомир тизими касалликларининг ривожланишига олиб қелиши мумкин.

Картошка маҳсулотининг 4-меъёр бўйича кунлик истеъмол миқдори 600,0 граммни ташкил этишини инобатга олган ҳолда ушбу маҳсулотнинг киш мавсумидаги кунлик истеъмол даражаси 39,6% ни ташкил қилган, бу эса физиологик меъёрдан 2,5 мартага камлигидан далолат беради.

Турли хил сарҳил меваларнинг ҳарбий спортчилар организмидagi учун фойдаси бекиёс бўлиб, ушбу маҳсулотлар витамин ва озуқа толалари ҳамда минералларнинг қимматли манбаи ҳисобланади. Мевалар таркибидаги антиоксидантлар бета-каротин (витамин А) ва витамин С хужайраларини қариш ва касалликлардан ҳимоя қилади. Тадқиқотимиз давомида киш мавсумидаги меваларнинг ҳарбий спортчилар томонидан истеъмол даражаси вақтинча белгиланган 4-меъёрга нисбатан 48% ни ташкил этганлиги аниқланди.

Шунингдек, 1-жадвалдан кўриниб турибдики, киш мавсуми давомида ҳарбий спортчилар томонидан кунига ўртача 41,0 граммдан 4-меъёрда кўрсатилмаган банан, апельсин ва лимон каби цитрус мевалар истеъмол қилинган ва ушбу маҳсулотларнинг истеъмоли қайсидир маънода организм талабларини қондириши мумкин бўлсада, бу республикаимиз шароитида табиий ҳолатда етиштирилган маҳаллий мева маҳсулотларининг ўрнини босмайди.

Харбий спортчиларнинг мусобақалардан ташқари қиш мавсумида уй шароитида истеъмол қилган кунлик озиқ-овқат маҳсулотлари миқдорий кўрсаткичлари

№	Маҳсулотлар номи	4-меъёр	мутлоқ истеъмол миқдори	%	Меъёрга нисбатан камлиги, г
1.	Нон ва ун маҳсулотлари	750	840±9,6	112	+90
2.	Гуруч ва ёрма маҳсулотлари	87	163±4,7	187	+76
3.	Макарон	55	67±2,3	122	+12
4.	Сосиска	0	24±1,6	-	+24
5.	1-навли мол гўшти	250	110±3,4	44	-140
6.	Товуқ гўшти	0	52	-	+52
7.	Тозаланган бошсиз балиқ	100	23±1,5	23	-77
8.	Ўсимлик мойи	60	48±2,0	80	-12
9.	82,5% сариёғ	50	38±1,7	76	-12
10.	Эритилган ҳайвон ёғи	20	12±1,0	60	-8
11.	2% стерил сигир сути	200	63±2,2	32	-137
12.	Ярим дудланган колбаса	25	12±0,9	48	-13
13.	45% пишлоқ	25	8±0,7	32	-17
14.	1-тоифали тухум (дона)	1	1±0,05	100	0
15.	Шакар	60	65±1,1	108	+5
16.	Табиий асал	30	6±0,04	20	-24
17.	Йодланган ош тузи	10	18±0,9	180	+8
18.	Чой	2	3±0,03	150	+1
19.	Зираворлар	0,9	10,2±0,6	1133	+9,3
20.	3% ли сирка кислотаси	2	1±0,03	50	-1
21.	30% тоmat пастаси	10	8±0,6	80	-2
22.	Картошка	600	238±6,2	39,7	-362
23.	Сабзавотлар	400	255±6,7	63,7	-145
24.	Янги узилган мевалар (олма)	100	48±2,0	48	-52
25.	Мева резаворлар шарбати	100	51±1,3	51	-49
26.	Қатик	0	28	-	+28
27.	Маргарин	0	12	-	+12
28.	Дрожжи	0	1	-	+1
29.	Шоколад	0	8	-	+8
30.	Нок ва узум	0	18	-	+18
31.	Қурилган узум	0	10	-	+10
32.	Бодом, хандон pista ва ёнғоқ	0	20	-	+20
33.	Банан, апельсин ва лимон	0	41	-	+41

Изох: физиологик меъёрга нисбатан олинган кўрсаткичлар нисбатининг фарқи ишончлилиги $P>0,05$.

Харбий спортчиларнинг уй шароитида истеъмол қилган кунлик озиқ-овқат маҳсулотлари таркибидаги макронутриентларнинг миқдорий кўрсаткичлари 2-жадвалда кўрсатилган.

Харбий спортчилар овқатланиш рационидаги макронутриентларнинг ўрни жуда муҳим бўлиб, спортчилар организми учун зарур озуқа моддалари ҳисобланган оксиллар, ёғлар ва карбонсувлар тананинг пластиклиги, қувват ва ҳужайралар алмашинуви билан боғлиқ бошқа эҳтиёжларини қондиради. Оксиллар ҳам харбий спортчилар овқатланиш рационида муҳим аҳамият касб этади, чунки у оксиллар танада мушак ва тўқималар қурилиши ва тикланиши учун зарур бўлган керакли миқдордаги аминокислоталарнинг бирламчи манбаи ҳисобланади. Куч талаб қиладиган машғулотлар билан шуғулланадиган спортчилар рационидаги оксил миқдори аҳолининг бошқа қатламларига қараганда икки ҳиссагача кўп бўлиши мумкин. Харбий спортчилар томонидан оксилларнинг белгиланган меъёردаги истеъмоли оксил катаболизмининг олдини олиб, тез тикланиш жараёнига ижобий таъсир кўрсатади. Бу эса вақт ўтиши билан жароҳат олиш ва мушак массасининг йўқотилишининг олдини олишга ёрдам беради. 2-жадвалдан кўришиб турибдики, харбий спортчиларнинг овқатланиш рационидаги оксилларнинг умумий истеъмол даражаси 4-меъёрга нисбатан 79,2% ни ташкил қилиб, бунда ҳайвон оксилларининг истеъмол даражаси 52,0%, ўсимлик оксилларининг истеъмол даражаси эса меъёрга нисбатан 104,8 % ни ташкил этмоқда. Тадқиқот натижасида олинган маълумотлар харбий спортчиларнинг киш мавсумидаги уй шароитидаги умумий оксил истеъмоли даражаси меъёрга нисбатан 1,2 баробарга камлиги, ҳайвон оксиллари истеъмол даражаси деярли 2 мартага камлиги, ўсимлик оксилларининг эса 4,8% га ортқичалигини кўришимиз мумкин.

Ёғларнинг харбий спортчилар рационида тутган ўрни ҳам муҳимдир, чунки ёғлар гормонлар алмашинувида ўта муҳим бўлиши билан бир қаторда

организмда юқори концентрациядаги қувват захираси ҳисобланади. Интенсив жисмоний юкламалар билан характерланувчи спорт турларида оксил ва ёғларнинг нисбати О:Ё:1:0,7 бўлиши ҳақидаги маълумотлар келтириб ўтилган. Бундан ташқари спортчилар овқатланиш рационидаги умумий ёғлар таркибидаги ўсимлик мойларининг улуши 25% дан кам бўлмаслиги керак. Чунки ўсимлик мойлари таркибида жигарда ёғ инфильтрациясининг келиб чиқишига тўсқинлик қилувчи ярим тўйинмаган ёғ кислотлари, витамин F ва фосфатидлар (лецитин) сақлайди Кўпгина манбаларда спортчилар рационидаги ёғларнинг кунлик улуши 30% бўлиши тавсия қилинади. Бирок, юқори ҳажмдаги машғулотлар эҳтиёжларини қондириш учун ёғларнинг рациондаги улушини хавфсиз тарзда 50% гача ошириш мумкин. Танадаги умумий ва вицерал ёғлар миқдорини камайтиришга интилаётган спортчилар эса ушбу макроэлементлар истеъмолини кунлик калориянинг 20 фоизигача камайтиришлари лозим бўлади.

Харбий спортчилар томонидан уй шароитида истеъмол қилинган ёғларнинг умумий миқдори 4-меъёрга нисбатан 78,7% ни ёки 168 граммни ташкил қилган бўлса, ҳайвон ёғларининг истеъмол даражаси 64,2% ни, ўсимлик мойлари эса 105,2% ни ташкил қилди. Рационга 4-меъёрга кўзда тутилмаган маргарин маҳсулоти, хандон писта, грек ёнғоғи ва бодом маҳсулотларининг киритилиши ҳисобига ўсимлик мойларининг белгиланган меъёрдан 5,2% га кўплигини кўришимиз мумкин. Аксинча ҳайвон ёғларининг белгиланган меъёрдан кам истеъмол даражаси рациондаги гўшт, пишлоқ ва колбаса каби ҳайвон маҳсулотларининг меъёрдан кам истеъмоли билан изоҳлаш мумкин.

Харбий спортчиларнинг уй шароитидаги овқатланиш рациони таркибидаги карбонсувларнинг ўрни муҳимлиги сабабли уларнинг рациони таркибидаги карбонсувларга алоҳида эътибор қаратилади. Машғулотлардаги жисмоний юкламаларни самарали бажариш учун етарли

2- жадвал

Харбий спортчиларнинг уй шароитида истеъмол қилган кунлик озиқ-овқат маҳсулотлари таркибидаги макронутриентларнинг миқдорий кўрсаткичлари

Макронутриентлар	4-меъёр (г)	Истеъмол миқдори	Меъёрга нисбатан фарқи (%)
Оксиллар	202	160±0,9	79,2
ҳайвон оксили	98	51±0,4	52,0
ўсимлик оксили	104	109±0,7	104,8
Ёғлар	216	170±0,9	78,7
ҳайвон ёғи	140	90±0,6	64,2
ўсимлик мойи	76	80±0,5	105,2
Карбонсувлар	756	750±1,9	99,2
Қувватмандлиги, Ккал	5807	5189±10,8	89,3
О:Ё:К нисбати	1:1,1:3,7	1:1,1:4,7	

Изоҳ: физиологик меъёрга нисбатан олинган кўрсаткичлар нисбатининг фарқи ишончлилиги P>0,05.

микдорда гликоген захираси ва қондаги глюкоза микдорини таъминлашда карбонсувлар одатда кўплаб спортчилар учун, айниқса юқори интенсивлик ва узоқ муддатли машқлар учун энг афзал кувват манбаи ҳисобланади. Уй шароитидаги карбонсувларнинг истеъмол даражаси 4-меъёр билан деярли бир хил бўлиб, 99,2% ни ташкил қилди.

Олинган натижалар шуни кўрсатадики, ҳарбий спортчиларнинг уй шароитидаги мутлоқ овқатланиш кўрсаткичлари вақтинчалик белгиланган 4-меъёрга нисбатан умумий кувватмандлигининг - 10,7 % га тушиб кетиши, спортчилар организмнинг жисмоний имкониятлари ва чидамлилиқ ҳамда тикланиш қобилиятларига салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Ушбу маҳсулотларнинг озукавий ва биологик қийматининг статистик таҳлилидан кўриниб турибдики, уларнинг таркибида оксил, ёғ ва карбонсувлар нисбати мос равишда 1:1,1:4,7 нисбатни ташкил қилиб, бу ҳарбий спортчиларнинг фаолият масарадорлиги ва жисмоний ҳолатига салбий таъсир этиши ва организмнинг чидамлилиқ қобилияти ва тезқорлигига ҳам ўз таъсирини ўтказиши мумкин.

Хулосалар:

1. Ҳарбий спортчиларнинг уй шароитидаги кунлик овқатланиш рационали гигиеник жиҳатдан соғлом овқатланиш меъзонларига тўғри келмайди, рацион таркибида нон маҳсулотларидан ун, шакар, гуруч, нон ва макарон микдори меъёрга нисбатан ортқча бўлиб, турли мева ва мева резаворлар шарбат-

ларининг умумий микдори 4-меъёрга нисбатан мос равишда 48% ва 51 % га таъминланган.

2. Кунлик рацион таркибида сабзавотларнинг микдори уюшмаган тарзда уй шароитидаги овқатланиш рационалидаги истеъмол даражаси 63,7 % га ёки 1,5 мартага, картошка истеъмол даражаси эса 39,7% ёки 2,5 мартага кам истеъмол қилинган.

3. Уй шароитидаги оксилларнинг истеъмол даражаси 79,2% ни, ёғларнинг микдори 78,7 % ни, карбонсувларнинг микдори эса 99,2% ни ташкил қилган бўлиб, барча макронутриентлар 4-меъёрга нисбатан кам истеъмол қилинган.

4. Ҳарбий спортчиларнинг уй шароитидаги кунлик рационали таркибида текширилган макронутриентлар истеъмол даражаси 4-меъёр талабларига мос келмайди. Озиқ-овқатларнинг кувватмандлиги ва макроэлементларни етарли микдорда истеъмол қилинмаслиги сабабли, ҳарбий спортчиларнинг тикланиш ва фаолиятнинг юқори самарадорлигига салбий таъсир кўрсатиб, турли хил метаболлик жараёнларнинг бузилиши билан боғлиқ касалликларнинг ривожланишига шароит яратади.

5. Уй шароитидаги овқатланиш давомида рацион кувватмандлигидаги ва маҳсулотларнинг макронутриент таркибининг таҳлили натижаларида ҳам бир қатор сезиларли фарқлар мавжудлиги спортчилар организми хужайравий озиқланиш тизимига ўз салбий таъсирини ўтказди.

Адабиётлар:

- Азизбекян Г. А. Теоретические предпосылки к разработке индивидуального питания спортсменов // Вопросы питания. – 2009. – Т. 78. – № 2. – С. 73–76.
- Арансон М. В. Спортивное питание: состояние вопроса и актуальные проблемы // Вестник спортивной науки. – 2011. – № 1. – С. 33 – 36.
- Борисова О.О. Питание спортсменов: зарубежный опыт и практические рекомендации: метод. пособие // М.: Советский спорт. – 2007. – 132 с.
- Зилова И.С. Анализ специализированных пищевых продуктов, предназначенных для питания спортсменов // Вопросы питания. – 2011 – Том 80. – № 2. – С. 71–75.
- Иванов В.Д. Спортивное питание как важнейшее условие успеха спортсменов // Научные исследования: от теории к практике. – 2015. – № 5 (6). – С. 194–195.
- Мартинчик А.Н., Э.Э. Кешабянц, Н.Н. Денисова Оценка фактического питания спортсменов циклических видов спорта с позиций принципов здорового питания // Современные вопросы биомедицины. – 2018. – Т2/3. – С. 1–2.
- Марков Г.В. Система восстановления и повышения физической работоспособности в спорте высших достижений // Методическое пособие. – М.: Изд. Советский Спорт. – 2009. – 52 с.
- Мещеряков А. В. Эпов О. Г., Шмелев А. А. Анализ срочной реакции систем организма на выполнение интервальной тренировки у курсантов, занимающихся ударными видами единоборств // Физическая культура и спорт в современном обществе: матер. Всерос. научно–практич. конф. – Хабаровск: Дальневосточная государственная академия физической культуры. – 2019. – С. 228–234.
- СанМваҚ №007-2020 «Ўзбекистон Республикаси аҳолисини ёшга, жинсга ва касбий фаолияти гуруҳлари учун соғлом овқатланишни таъминлашга қаратилган ўртача кунлик рационал овқатланиш нормалари» Тошкент, 2001.
- Токаев Э. С., Мироедов Р. Ю., Некрасов Е. А., Хасанов А. А. Технология продуктов спортивного питания // Учебное пособие. М.: МГУПБ. – 2010. – 108 с.
- Тухтаров Б.Э. Средносуточные энерготраты профессиональных спортсменов легкоатлетов // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. – 2016. – №1. – С. 83–85.
- Sbitneva O.A. The power of athletes as a basis for rational construction of training process // International Journal of Humanities and Natural Sciences. – 2019. – Vol.9. – P. 51–53.

ҚУВВАТ БЕРУВЧИ ИЧИМЛИКЛАР ИСТЕЪМОЛИНИНГ ТИББИЙ-ИЖТИМОЙ ТАЪСИРИГА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР

Давронов Ўктам Рустамович
Қутлиев Жамшид Амонбайевич
Қуrolли Қучлар ҳарбий тиббиёт академияси

РЕЗЮМЕ

Келгусида барча тоифадаги ҳарбий хизматчиларнинг саломатлик ҳолати ва жисмоний имкониятларини даврий равишда баҳолаб бориш, уларнинг озиқ-овқат таъминоти ва сарфланаётган қуввати орасидаги мутаносиблигини таъминлаш, соғлом овқатланиш меъзонлари асосида яхшилаш, қувват берувчи ичимликларни фақатгина спорт шифокорлари назорати асосида тавсия этиш ва жараёни индивидуаллаштириш талаб этилади. Ҳарбий хизматчиларнинг саломатлик ҳолати ва функционал имкониятларини яхшилашга қаратилган тизимли ишлар, келгусида уларнинг жанговар шайлигини ошириш ва ҳарбий меҳнат шароитлари билан боғлиқ турли юқумли ва соматик касалликларнинг олдини олишда муҳим аҳамият касб этади.

Калит сўзлар: қувват берувчи ичимлик, саломатлик ҳолати, функционал имконият, ҳарбий хизматчи, рухий-эмоционал юқламалар, жисмоний юқламалар.

РЕЗЮМЕ

В дальнейшем необходимо периодически оценивать состояние здоровья и физические возможности всех категорий военнослужащих, обеспечивать баланс между их питанием и энерготратами, совершенствовать на основе критериев здорового питания, рекомендовать энергетические напитки только под наблюдением спортивных врачей, и индивидуализировать процесс.

Систематическая работа, направленная на улучшение состояния здоровья и функциональных возможностей военнослужащих, будет иметь важное значение в дальнейшем для повышения их боеготовности и профилактики различных инфекционных и соматических заболеваний, связанных с условиями воинского труда.

Ключевые слова: энергетический напиток, состояние здоровья, функциональная работоспособность, военнослужащий, психоэмоциональные нагрузки, физические нагрузки.

RESUME

In the future, it is necessary to periodically assess the health status and physical capabilities of all categories of military personnel, ensure a balance between their nutrition and energy expenditure, improve on the basis of healthy nutrition criteria, recommend energy drinks only under the supervision of sports doctors, and individualize the process. Systematic work aimed at improving the health status and functional capabilities of military personnel will be important in the future to increase their combat readiness and prevent various infectious and somatic diseases associated with military labor conditions.

Key words: energy drink, state of health, functional performance, serviceman, psycho-emotional stress, physical activity.

Таниқли Америкалик соғлом турмуш тарзи тарғиботчиси Pol Bragg нинг шундай сўзлари мавжуд “Ҳар қандай машинанинг самарадорлиги истеъмол қилинадиган энергия сифати ва микдorigа боғлиқ”.



Худди шундай тушунча инсон организмга ҳам тааллуқли ҳисобланади. XX асрдан бошлаб ҳаёт суръати сезиларли даражада тезлашган бўлса, XXI аср жуда шиддат билан ривожланиш тенденциясига эришди десак муболаға бўлмайди. Шу қатори қувват берувчи ичимликлар ҳам мазкур тенденцияга эришди. Қувват берувчи ичимликларни оммавий ишлаб чиқариш ўтган асрнинг 60-йилларида Японияда йўлга қўйилган. Улар кичик идишларда ишлаб чиқарилган бўлиб, ундаги кофеин миқдори қатъий дозаланган. Ушбу ичимликлар тарихидаги янги ютуқ 1987 йилда Австриялик Ditrix Mateschitz Осиёга ташрифи доирасида машҳур «Red Bull» ни яратиб уни ишга туширгани билан боғлиқ. Янги ичимлик истеъмолчиларни тезда ўзига жалб қилади ва Coca-Cola, Pepsi билан бирга улар дарҳол энергетик ичимлик вариантлари бўлган Burn ва Adrenaline Rushни бозорга чиқардилар. Ўшандан бери энергетиклар сайёра бўйлаб тарқала бошлаган ва турли мамлакатларда тобора кўпроқ истеъмолчиларни, асосан ёшларни жалб қилган. Қувват берувчи ичимликларни истеъмол қилиш хавфи ҳақида улар бозорга чиқарилишидан олдин ҳам муҳокама қилинган. Қувват берувчи ичимликлар XXI асрнинг 2000 йилларида айниқса машҳур бўлиб, бу савдо ҳажмининг ошиши билан тасдиқланади [1]. Масалан, Европа мамлакатларида сотилган қувват берувчи ичимликлар сони 2013 йилдан 2018 йилгача 4,3 фоизга ошган [2]. Дунё бўйича 2010 йилда ушбу ичимликларнинг 106,4 миллион литри сотилган бўлса, 2015 йилда бу ҳажм 163 миллион литрни ташкил этган [3]. “Academy Service” маркетинг компаниясининг маълумотларига кўра, бу бозор ҳар йили 12 фоизга ўсиб бормокда ва 2015 йилда сотувлар ҳажми 14 миллиард долларга етган [4].

Бу факт гуарана ва кофеинни ўз ичига олган қувват берувчи ичимликлар икки томонлама огоҳлантирувчи таъсирга эга бўлиши мумкинлигини англатиши мумкин. Стимуляторларнинг бундай дозаси қувват берувчи ичимликларнинг инсон организмга салбий таъсирини кучайтириши мумкин [10].

Қувват берувчи ичимликлар ишлаб чиқарувчилар уларнинг махсулотида энергетиклар диққатни жамлаш, концентрацияни оширадиган ва соғлиқ учун зарарсиз бўлган табиий ингредиентлар мавжудлигини таъкидлашади. Бироқ, бутун дунё ҳамжамияти “қувват берувчи ичимликлар” дан фойдаланиш билан боғлиқ салбий таъсирлардан хавотирда. Австралия токсикологияни назорат қилиш марказининг маълумотларига кўра, сўнгги 7 йил ичида (2011-2018), қувват берувчи ичимликларни истеъмол қилишдан кейин энг кўп учрайдиган аломатлар юрак тахикардияси, марказий нерв системасининг қўзғалиши, оёқ-қўлларнинг титраши ва ошқозон-ичак трактининг бузилиши бўлган [11].

2000 йилдан 2012 йилгача АҚШ токсикологияни назорат қилиш маркази 5103 та қувват берувчи ичимликларнинг танага салбий таъсирини қайд этган, жумладан, 552 нафари умумий ахволнинг ёмонлашиши, 1 нафари ўлим, 24 нафари бошқа тизим фаолияти касалликларига олиб келган бўлса, 527

нақфари эса юрак қон-томир тизимининг бузилиши билан боғлиқ бўлган. Шундан 44,7% ҳолатлар 16 ёшгача бўлган болаларда учраган [1, 2, 12]. Америка озиқ-овқат ва фармацевтика ассоциацияси маълумотларига кўра, 2004-2012 йиллар оралиғида қувват берувчи ичимликларни истеъмол қилиш билан боғлиқ ноўй таъсирларнинг 166 та ҳолати расмийлаштирилган, шу жумладан 18 таси ўлим билан якунланган [12]. Шуниси эътиборга лойиқки, ҳисоботларда фақат қувват берувчи ичимликларнинг ноўй таъсири ҳолатлари тасвирланган, аммо ҳар бир ҳолатда истеъмол қилинган қувват берувчи ичимликлар ҳажми ҳақида маълумотлар мавжуд эмас [5]. 2018 йил ҳолатига кўра, дунёда қувват берувчи ичимликларнинг 500 дан ортиқ савдо номлари мавжуд бўлиб, улар сезиларли даражада таркиби билан фарқланади. Шу билан бирга, ўзига хос бренддан қатъий назар, барча бундай ичимликларнинг умумий хусусияти улардаги рағбатлантирувчи-тоник таъсирга эга бўлган юқори дозадаги моддалар ва бирикмаларнинг (кофеин, гуарана, таурин, женшень, глюкуронолактон, L-карнитин, В витаминлари ва бошқалар) мавжудлигидир.

Асаб тизими марказини рағбатлантирувчи манбалардан бири таркибида кофеини мавжуд бўлган чой, қаҳва, кўплаб алкогольсиз ичимликлардир. Аммо энергия олишнинг “классик” усули кофеинли қувват берувчи ичимликлар эканлиги ҳеч кимга сир эмаски, бу ичимлик ишлаб чиқарила бошлаш даврида офис ходимлари, тунги клуб ишқибозлари ва айниқса ёшлар, мактаб ўқувчилари ва талабалар орасида катта оммалашган.

Барча ичимликлар катта миқдордаги глюкоза ва сахарозадан ташқари юқорида айтиб ўтилганидек уларнинг асосий компоненти кофеиндир. Кофеин туфайли одамга жисмоний ва рухий стрессга бардош бериши осонроқ бўлади. Теобромин ва таурин мўъжизавий ичимликнинг муҳим таркибий қисмидир. Иккинчидан асаб тизимининг ишида иштирок этиб, уни рағбатлантиради ва метаболик жараёнларда катнашади. Оддий шоколадда ҳам мавжуд теобромин бироз камроқ таъсирлантирувчи таъсирга эга. Қувват берувчи ичимликларда глюкуронолактон ва L-карнитин каби моддаларнинг концентрацияси бироз юқори. Ушбу компонентлар кўп миқдорда одамга қандай таъсир қилиши ҳали маълум эмас.

Қувват берувчи ичимликлар таркибида гуарана ва женшень каби табиий стимуляторлар ҳам мавжуд бўлиб, улар ҳатто кичик дозаларда ҳам инсон танаси учун фойдалидир. Бироқ, агар нормадан ошиб кетса уйқусизлик, тўсатдан қон босимининг ошиши кузатилади.

Қувват берувчи ичимликларни истеъмол қилишдан бош тортишга яна бир далил бу баскетбол ўйини вақтида содир бўлган воқеа. 2000 йилда Ирландияда ўйин вақтида вафот этган 18 ёшли баскетболчи Ross Kuni нинг ўлими бўлиб, у ўйиндан олдин 3 донa алюминий идишга қадокланган қувват берувчи ичимликлар ичгани маълум бўлган [3]. Тиббий экспертиза унинг қонида катта миқдор энергия ичимлиги билан бирга танага кирган кофеинни аниқлашган.

Баъзи мамлакатларда ишлаб чиқарувчилардан идишларига кувват берувчи ичимликлардан фойдаланишдаги хавфлар тўғрисида ёзиш кераклиги таъкидланган.

Кувват берувчи ичимликлар (энергетик, энергетик тониклар) инсоннинг марказий асаб тизимини рағбатлантирадиган ва ҳаяжонли таъсир кўрсатадиган ўрта ёки юқори газланган ичимликлардир. Уларнинг таркибида инсон организмга зарар етказувчи турли хил консервантлар, стабилизаторлар, бўёқлар ва бошқа қўшимчалар ҳам мавжуд. Улар таркиби бўйича алкоғолли (Ten Strike - 8%, Red Devil - 20% gacha, Yaguag - 9% gacha) ва алкоғолсиз (Burn, Red Bull, Adrenaline Rush, Dynamite) кувват берувчи ичимликлар гуруҳига бўлиши мумкин. Ҳозирги вақтда ўнлаб энергия тониклари ишлаб чиқарилади, аммо уларнинг таркиби асосан бир хил.

Баъзан кувват берувчи (энергетик) ичимликларни ишлаб чиқарувчилар “кофеин” сўзи ўрнига матеин ёки теин номларини ишлатишади, аммо бу кофеиннинг синонимларидир [2]. Бундан ташқари ичимликлар таркибида кофеин гомологари: теобромин ёки теофиллин - какао ловия ва қола ёнғокларининг фаол моддалари бўлиб, уларнинг таъсир нуктаи назаридан кофеиндан пастроқ, аммо улар психостимуляторлардир.

Шуни ҳам таъкидлаш кераки, қайнатилган ёки эрийдиган қахваларда кофеин миқдори ҳар бир порцияда 48 дан 317 мг гача ўзгариб туради [6]. Бироқ, кофеиннинг салбий таъсири, кофе одатда кувват берувчи ичимликларга қараганда иссиқ, узок вақт ва кичикроқ ҳажмда ичиш билан қопланади. Бундан ташқари қахва таркибида кофеиннинг организмнинг юрак-кон томир ва овқат ҳазм қилиш тизимларига салбий таъсирини камайтирадиган антиоксидантлар мавжуд [7]. Аминокислота систеиннинг ҳосиласи бўлган таурин бозордаги кўпчилик кувват берувчи ичимликлар таркибида кофеин каби учрайди. Аммо инсон танасида синтезланади, мушак ва жигарда кўп миқдорда мавжуд. Инсон танаси тауринни ташқаридан гўшт, сут ва денгиз маҳсулотларини истеъмол қилиш орқали олиши мумкин. Ҳар қандай ёрқин салбий тауринни қўллаш оқибатлари аниқланмаган, аммо тауринни кўп миқдорда қўллашнинг ноҳўя таъсирини кўрсатадиган маълумотлар мавжуд [8]. Таурин спиртли ичимликлар таъсирининг салбий таъсирини камайтириши мумкинлигини кўрсатадиган экспериментал далиллар ҳам мавжуд [9]. Яна бир кенг тарқалган таркибий қисм кувват берувчи ичимликлар - гуарана ёки гуарана экстракти (унинг асосий фаол моддаси гуаранин).

Бу факт гуарана ва кофеинни ўз ичига олган кувват берувчи ичимликлар икки томонлама огоҳлантирувчи таъсирга эга бўлиши мумкинлигини аниқлаши мумкин. Стимуляторларнинг бундай дозаси кувват берувчи ичимликларнинг инсон организмга салбий таъсирини кучайтириши мумкин [10]. Гинсенг табиий адаптоген бўлиб, унинг экстракти метаболизм ва энергия, хужайра фаоллиги ва хужайралар томонидан кислороднинг ўзлаштирилишига огоҳлантирувчи таъсир кўрсатади.

Кувват берувчи ичимликлардаги сахароза, фруктоза ва глюкоза билан ифодаланади. 250 мл энергетик ичимлигида сахароза, глюкоза ва фруктоза шаклида 35 г гача шакар мавжуд. Оддий шакарларни (2000 ккал учун 32 г) кунлик истеъмол қилиш бўйича жорий тавсияларни ҳисобга олган ҳолда бир кувват берувчи ичимлик ичидаги шакар миқдори тавсия этилган кунлик истеъмолдан 2-3 баробар ошади. Шу билан бирга, бутун дунё тиббиёт ҳамжамияти кувват берувчи ичимликлардан, айниқса ҳаддан ташқари кўп истеъмол қилиш билан боғлиқ салбий оқибатлар қайд этилаётганидан хавотирда. Австралия заҳарни назорат қилиш маркази маълумотларига кўра, сўнгги 7 йил ичида (2011-2018) кувват берувчи ичимликларни истеъмол қилишдан кейин энг кўп аниқланган асоратлар юрак уриши тезлашиши, асабийлик, титроқ ва ошқозон-ичак трактининг бузилиши бўлган [11].

Карнитин - метаболизмни кучайтиради, тез оксидланишга ёрдам беради, ёғ кислоталари, мушакларнинг чарчоқларини камайтиради. Кувват берувчи ичимликларда карнитин инсон учун зарур бўлган кунлик нормадан ўнлаб ва юзлаб марта кўп миқдорда мавжуд. Карнитиннинг бундай катта дозаларининг инсон танасига таъсири ҳали тўлақонли ўрганилмаган.

Глюкуронолактон - глюкоза ҳосиласи. У энергия алмашинувида иштирок этади ва марказий асаб тизимига қўзғатувчи таъсир кўрсатади.

Ўсимлик адаптогенлари (Хитой магнолия тоқлари, женшен, элеутерококклар) умумий тоник хусусиятларга эга. Улар кофеин таъсирини кучайтиради, организм томонидан тўпланган энергияни чиқаради.

В гуруҳ витаминлар - улар энергия алмашинувида иштирок этиб, асаб тизимини фаоллаштиради ва юқоридаги моддаларнинг танага таъсирини кучайтиришга кодир.

Сахароза ва глюкоза организмни энергия билан таъминлайдиган углеводлар. 250 мл энергетик ичимлигида сахароза, глюкоза ва фруктоза шаклида 35 г гача шакар мавжуд. Оддий шакарни кунлик истеъмол қилиш бўйича жорий тавсияларни ҳисобга олган ҳолда (ҳар бир кун учун 32 г 2000 ккал), бир кувват берувчи ичимликдаги шакар миқдори тавсия этилган кунлик истеъмолдан 2-3 баробар юқори.

Кувват берувчи ичимликларнинг организмга таъсирини ушбу ичимликларни ишлаб чиқарувчилар уларни инсон организмга таъсири фақат ижобий эканлигини ва улар танага ҳеч қандай зиён келтирмаслигини таъкидлайдилар. Бироқ, илмий асосланган далиллар бошқача. Улардан фойдаланишнинг хавфлилиги энергия ичимликларининг таркибий қисмлари табиий физиологик мувозанатли комплекс ҳосил қилмаслиги билан боғлиқ. Ҳар бир компонентнинг миқдори руҳсат этилган максимал физиологик меъёрдан ошмаслигига қарамай, моддалар бир-бирининг таъсирини кучайтирадиган тарзда танланади, бу эса максимал мумкин бўлган рағбатлантирувчи таъсирни

беради [5-7].

Кувват берувчи ичимликларни озик-овқат дўконларида эркин сотилиши уларнинг хавфсизлиги тўғрисида нотўғри фикр юритмаслик лозим бўлади. Аввало, хавф ичимликда юқори фаол кофеин ва юқори фармакологик фаолликка эга ўсимлик адаптогенларининг мавжудлиги билан боғлиқ.

Кувват берувчи ичимликлар таркибий қисмларининг тана тизимларига патологик таъсири куйидагича намоён бўлади:

Юрак қон-томир тизими - қон босимини ошириш, юрак тахикардияси, юрак ритмининг бузилиши, оғир ҳолатларда миокард инфаркти ривожланиши;

ошқозон-ичак тракти бузилишлари, кофеин, карбонат ангидрид ва кувват берувчи ичимликларнинг бошқа таркибий қисмлари ошқозон деворини зарарлайди ва оғрикка, кўнгил айланиши, қайт қилиш, гастрит ҳатто ошқозон ярасига олиб келади;

ичимлик таркибидаги кўп микдордаги шакар, шунингдек, лимон ва ортофосфат кислоталари оғиз бўшлиғида кислота-ишқор мувозанатининг бузилишига ёрдам беради ва тиш эмалини емирилиши олиб келади;

сийдик тизимининг фаолиятини фаоллаштириб, кофеин тез-тез сийишга ёрдам беради, бу эса организмдаги минералларнинг сезиларли микдорини йўқотишига олиб келади;

энергиянинг энг кучли таъсири асаб тизимида таъсир қилади, бу унинг фаолиятида жиддий бузилишларни келтириб чиқаради, бу эса асабийлашиш, тушкунлик, уйқусизлик, чарчовнинг кучайиши, бош оғриғи, хавотирлик, кўркув билан намоён бўлади [4]. Бундан ташқари, кувват берувчи ичимликларнинг ижтимоий хавфлилиги шундаки, ёшлар энергетик тониклардан сўнг янги эффектларни излаб кучли алкоғолли ичимликлар ва гиёҳванд моддаларга осонроқ ўрганишади.

Бундан ташқари кувват берувчи ичимликларнинг фармакологик жиҳатдан энг фаол компоненти кофеин бўлганлиги сабабли, улар истеъмол қилинганда кўпинча кофеин билан заҳарланиш ходисалари кузатилади.

Кофеин билан заҳарланишнинг

2 тури мавжуд: ўткир ва сурункали.

Кофеиндан сурункали заҳарланиш одатда энергетикларни узоқ муддат ва мунтазам равишда истеъмол қилиш натижасида юзага келади. Сурункали интоксикациянинг белгилари иштаҳанинг йўқолиши, кўнгил айланиши, юрак уриши тезлашиши ёки эпилептик хуружлар, юрак аритмиялари каби асоратлар қайт қилинади. Бундан ташқари кофеинга қарамлилик “кофеинизм” ривожланиши мумкин. “Кофеинизм” наркологида бу атама характерли бўлиб, гиёҳвандликка ўхшаш ҳолат ва биринчи навбатда эйфорик таъсирга эришиш учун ичимлик ичиш билан намоён бўлади.

Ўткир заҳарланиш қисқа вақт ичида кофеин ўз ичига олган энергия тоникларини ортиқча микдорда ишлатиш билан боғлиқ. Ўткир заҳарланиш кофеин

психомотор реакцияларда яъни бухушлик ва галлюцинациялар билан ифодаланади. Кўзгалишнинг бошланғич босқичи тезда уйқучан ҳолат билан алмашинади. Кофеиннинг энг хавфли асоратларидан бири коллапс билан ўткир юрак қон-томир етишмовчилигининг ривожланиши ҳисобланади. Кофеин ва унинг аналоглари билан ўткир заҳарланишнинг асоратлари бўлиб, марказий асаб тизимининг тормозланиши, коллаптоид реакциялар билан юрак қон-томир етишмовчилиги, ошқозон-ичак трактининг бузилиши, қусиш ва диарея билан кечади [3, 4].

Кувват берувчи ичимликларни истеъмол қилишнинг энг кўп ножўя таъсирлари юрак қон-томир ва асаб тизимларида, камроқ даражада овқат ҳазм қилиш тизими ва буйракларда кузатилади [13, 14].

Юрак фаолиятининг энг кенг тарқалган бузилишлари бўлган аритмияларга кўшимча равишда (35% ҳолларда кузатилади) кувват берувчи ичимликларни истеъмол қилиш, коронар спазм ҳоллари, ST сегментининг баландлиги билан ўткир миокард инфаркти, узоқ QT синдроми, аорта аневризмаси, кардиомиопатия, тахикардия синдроми, коронар томирларнинг ўткир тромбози аниқланилган [5, 8, 13, 14].

Кўрсатилган нашрларнинг муаллифлари кўпинча юрак қон-томир тизимида нисбатан энергия тоникларининг энг хавфли таркибий қисмлари сифатида “кофеин” ва “таурин”ни таъкидлайдилар ва тромбоцитлар агрегатсияси ва эндотелиал дисфункциянинг кўпайишини асосий патофизиологик механизмлар деб ҳисоблашади.

Кувват берувчи ичимликларнинг асаб тизимида таъсири бу нейротрансмитсияни ўзгартириши мумкин бўлган кучли психоактив моддалар бўлган кофеин ва тауринни ўз ичига олган ичимликлар асаб тизимининг ишига муқаррар равишда таъсир қилади. Кўпгина кузатишлар шуни кўрсатдики, энергия тоникларини сурункали истеъмол қилиш инсоннинг психоэмоционал ҳолатига салбий таъсир қилади. Ҳиссий соҳанинг бузилиши, асоссиз кўркувнинг пайдо бўлиши, депрессия ривожланиш, уйқу бузилиши бўлиши мумкин [10].

Энергетик тоникларни истеъмол қилган одамларда психиатрик касалликларнинг кучайишининг кўплаб фактлари хужжатлаштирилган [8,9,10]. Бир қатор ҳолларда уларни эпилепсия билан оғриган беморлар томонидан қўллаш тугилишларнинг ривожланишига сабаб бўлди [12, 15].

Кувват берувчи ичимликларнинг жигарга таъсири натижасида бирламчи жигар шикастланиши ҳолатлари бир қатор илмий мақолаларда тасвирлаб берилган [5, 8, 13, 14, 15]. Apetegui C.A. ва бошқалар уч кун давомида 15 дон Red Bull ичимлиги истеъмол қилган шахсни жигар трансплантацияси билан оғриган беморда холестатик гепатит ҳолати тасвирланган. Иккала ҳолатда ҳам келтирилган нашр муаллифлари ичимликларнинг гепатотоксиклигини улардаги В3 витаминининг юқори микдори билан боғлашган.

Шунга ўхшаш клиник ҳолат Harb J.N. ва бошқалар 3 ҳафта давомида кунига 4-5 дона алюминий идишга кадоқланган кувват берувчи ичимлик истеъмол қилган 50 ёшли эркакда кузатишган. Унда ўткир гепатит белгилари аниқланиб, конида аминотрансфераза ва тўғридан-тўғри билирубин даражасининг ошиши, жигар ва диффузнинг эхогенлиги ортиб ултратовушда ўт пуфаги деворининг қалинлашиши, биопсия материалида кўприк некроз ва оғир холестаз кузатилган.

Келтирилган нашр муаллифлари кувват берувчи ичимликларнинг гепатотоксиклигини шу билан боғлашади. Уларнинг таркибидаги витамин В3, витамин РР, никотиник кислоталар кичик дозаларда гепатопротектив хусусиятларни намоён қилади ва белгиланган меърдан ортиқча бўлганида жигар тўқимасига бевосита токсик таъсир кўрсатади.

Юқорида таъкидлаб ўтилган кувват берувчи ичимликлар истеъмолининг тиббий-ижтимоий таъсири бўйича дунё олимлари томонидан олиб борилган илмий изланишларнинг таҳлили натижасида куйидагиларни **хулоса** қилишимиз мумкин:

1. Кувват берувчи ичимликларни жисмоний фаоллиги паст бўлган инсонлар томонидан ҳаддан

ташқари кўп истеъмол қилиш, улардаги кўп миқдорда фруктоза ва бошқа углеводли бирикмаларни мавжудлиги сабабли тана вазнининг меъеридан ошиб кетишига ва семизлик ривожланишига олиб келади.

2. Кувват берувчи ичимликлар гиперинсулинемияга олиб келиши ва тўқималарнинг инсулинга сезгирлигини тахминан 30% га камайтиради.

3. Кувват берувчи ичимликларни ҳаддан ташқари кўп истеъмол қилиш юрак уришининг тезлашиши, асабий қўзғалиш, титроқ ва ошқозон-ичак трактининг бузилишига сабаб бўлади.

4. Кувват берувчи ичимликларнинг асосий таркибий қисмларидан бири кофеин ҳисобланиб, чой ёки қаҳвадан фарқли равишда кувват берувчи ичимликлар таркибида у синтетик алкалоид шаклида бўлади.

5. Ҳарбий хизматчиларнинг саломатлик ҳолати ва жисмоний имкониятларини даврий равишда баҳолаб бориш, уларнинг озиқ-овқат таъминоти ва сарфланаётган қуввати орасидаги мутаносиблигини таъминлаш, соғлом овқатланиш меъзонлари асосида яхшилаш, кувват берувчи ичимликларни фақатгина спорт шифокорлари назорати асосида таъмиш ва жараёни индивидуаллаштириш талаб этилади.

Адабиётлар:

1. Анучин А.М., Ювс Г.Г. Сравнительный анализ эффективности действия эргогенных компонентов энергетических напитков (кофеина и экстракта горького апельсина) в сочетании с алкоголем // Вопр. питания. – 2014. – Т. 83. – № 1. – С. 61–65.
2. Пометов Ю.Д., Ковалева А.В., Демешина И.В. и др. Физиологические эффекты сочетанного употребления «энергетических» напитков и алкоголя // Вопр. наркологии. – 2004. – № 6. – С. 52–58.
3. Раджабқадиев Р. М. L-карнитин: свойства и перспективы применения в спортивной практике / Р. М. Раджабқадиев, М. М. Коростелева, В. С. Евстратова [и др.] // Вопросы питания. – 2015. – № 3. – С. 4–12.
4. Шалыгин Л.Д., Еганян Р.А. Энергетические напитки - реальная опасность для здоровья детей, подростков, молодежи и взрослого населения. Часть 1. Состав энергетических напитков и влияние на организм их отдельных компонентов. Профилактическая медицина. 2016; 19 (1): 56–63. DOI:10.17116/PROFMED201619156-63.
5. Штерман С. В. L-карнитин: биоэнергия в каждой клетке / С. В. Штерман. – М.: Издательство «Спорт и культура-2000». – 2011. – 128 с.
6. Экспертиза качества безалкогольных энергетических напитков. Маркетинговая компания Академия Сервис. [Дата обращения 11.09.2019]. [Режим доступа] <http://www.asmarketing.ru>.
7. Anuchin A.M., Youvs G.G. Comparative analysis of ergogenic efficacy of energy drinks components (caffeine and bitter orange extract) in combination with alcohol // Vopr. Pitan. – 2014. – Vol. 83, N 1. – P. 61–66. (in Russian).
8. Cerimele J.M., Stern A.P., Jutras-Aswad D. Psychosis following excessive ingestion of energy drinks in a patient with schizophrenia. Am. J. Psychiatry. 2010; (167): 353. DOI: 10.1176/APPI.AJP.2009.09101456.
9. Chernobrovkina T.V., Ibragimova M.V. Clinical laboratory of biomedical consequences of drug use in children and adolescents in outpatient care. A guide for doctors drug treatment clinics. – Kharkov, 2012. – P. 106. (in Russian).
10. Grasser E.K., Dulloo A.G., Montani J.P. Cardiovascular and cerebrovascular effects in response to red bull consumption combined with mental stress. Am J Cardiol. – 2015; 115(2): 183–189. DOI: 10.1016/J.AMJCARD.2014.10.017.
11. Hanan I. S., Strizevsky A., Raviv B. ST elevation myocardial infarction in a young patient after ingestion of caffeinated energy drink and ecstasy. World J Emerg Med. – 2012; 3(4): 305-307. DOI: 10.5847/WJEM.JIS SN.1920-8642.2012.04.012.
12. Pennington N., Johnson M., Delaney E., Blankenship M.B. Energy Drinks: A New Health Hazard for Adolescents. Journal of School Nursing. 2010; 26(5): 352–359.
13. Pomotov Y.D., Kovalev A.V., Demeshina I.V. et al. Physiological effects of combined use of «energy» drinks and alcohol // Voprosy narkologii. – 2004. – N 6. – P. 52–58. (in Russian).
14. Shearer J., Graham T.E. Performance effects and metabolic consequences of caffeine and caffeinated energy drink consumption on glucose disposal. Nutr. Rev. – 2014; 72(1):121–136.
15. Yamada-Takeda M., Patel A., Fenton G. Energy drink-induced breakthrough seizure in a patient on valproic acid-considering herbal safety in epilepsy. Journal of Pharmacy Practice. 2019; 32(5): 485-487. DOI: 10.1177/0897190018825029.

МУДОФАА ВАЗИРЛИГИ ҚЎШИНЛАРИДА “COVID-19” КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИ ПАНДЕМИЯСИНИНГ ИККИНЧИ ТЎЛҚИНИ ДАВРИДА ЎТКАЗИЛГАН ЭМЛАШ ИШЛАРИНИНГ ТАҲЛИЛИ

Шакиров Ж.К.¹, Эшқобилов Т.Г.¹,
Беккамов Э.Ш.².

¹Ўзбекистон Республикаси Мудофаа вазирлиги
санитария эпидемиология назорати маркази

²Ўзбекистон Республикаси Мудофаа вазирлиги
Тиббий таъминот бошқармаси

РЕЗЮМЕ

Мақолада 2021 йил май-октябрь ойларида “COVID-19” коронавирус инфекциясига қарши ўтказилган эмлаш ишларининг ўтказилиши ва унинг самарадорлиги бўйича ўрганиш натижалари ёритилган.

Калит сўзлар: коронавирус, “COVID-19”, пандемия, профилактика, эмлаш, вакцина.

РЕЗЮМЕ

В статье описаны результаты исследования эффективности вакцинации коронавирусной инфекции «COVID-19» за период с мая по октябрь 2021 года.

Ключевые слова: коронавирус, «COVID-19», пандемия, профилактика, вакцинация, вакцина.

REZUME

The article describes the results of a study on the effectiveness of vaccination of coronavirus infection «COVID-19» for the period from May to October 2021.

Key words: coronavirus, «COVID-19», pandemic, prevention, vaccination, vaccine.

Мудофаа вазирлиги қўшинлари шахсий таркиби орасида юқумли касалликлар билан касалланиш даражаси, эпидемияга қарши эмлаш тадбирларининг самарадорлиги илмий асослар бўйича таҳлили ўрганилмаган бўлиб, ушбу изланиш натижасида уюшган жамоада, жумладан қўшинларда ўтказиладиган эпидемияга қарши чора-тадбирлардан асосийси бўлган эмлаш ишларининг ўтказилиш кўлами замон талабларига мос равишда такомиллаштирилади. Маълумки, 2020 йил 11 март кунда Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти томонидан COVID-19 пандемияси эълон қилинди.

2020 йилнинг 15 март куни Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги мамлакатимиз

худудида коронавирус касаллиги билан биринчи бемор аниқланганлиги ҳақида расман хабар берди [1, 2, 5].

Мудофаа вазирлиги қўшинларида биринчи ҳолат 2020 йил 9 апрель кунда рўйхатга олинди.

Республика махсус комиссиясининг 2020 йил 26 ноябрдаги 54-сонли йиғилиш баёнидаги топшириқлар асосида Ўзбекистон Республикаси Бош вазирининг 2020 йил 9 декабр кундаги 08/1-1682-сонли розилик хати ҳамда Мудофаа вазирининг 2020 йил 9 декабрь кундаги 2436-сонли кўрсатмасига асосан Ички ишлар вазирлиги тасарруфидаги тиббиёт муассасаларида Хитой Республикасида ишлаб чиқарилган Anhui Zhifei Longcom Biopharmaceutical Co., Ltd вакцинасини учинчи клиник синаш тадбирлари олиб борилди. Ушбу синовда Мудофаа вазирлиги шахсий таркибидан 1200 нафар киши иштирок этди [2, 4, 6,].

Мақсад: “COVID-19” коронавирус инфекциясига қарши ўтказилган эмлаш ишларининг самарадорлигини баҳолаш ва келгусида ўтказиладиган эпидемияга қарши чора-тадбирлар кўламини такомиллаштириш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: Тадқиқот материаллари бўлиб, Республикаимизда COVID-19” коронавирус инфекцияси билан касалланиш даражаси, эмлаш кўрсаткичларини инобатга олиб “Мудофаа вазирлиги қўшинлари ўртасида тарқалишини олдини олиш борасида ишлаб чиқилган режа, буйруқ ва кўрсатмалар, услубий қўлланмалар, маъруза ва ҳисобот маълумотларидан фойдаланилди.

Ўзбекистон Республикаси мудофаа вазирининг 2021 йил 17 март кундаги 192-сонли “Ўзбекистон Республикаси Мудофаа вазирлиги қўшинлари шахсий таркиби орасида коронавирус инфекциясига қарши эмлаш ишларини ташкил этиш ва ўтказиш тўғрисида”ги буйруғига асосан COVID-19 инфекциясига қарши эмлаш жараёнини ўтказиш бўйича вақтинчалик йўриқнома ишлаб чиқилди. Ушбу йўриқномада эмлашга оид масалалар ёритилди [8].

Эмлашни сифатли ташкил этиш мақсадида ҳарбий қисм ва муассасалар тиббиёт пунктларида 81 та эмлаш пунктлари, Мудофаа вазирлиги Марказий ҳарбий госпитали, Марказий поликлиникаси ва ҳарбий госпиталларда 8 та эмлаш бригадаси ташкил

этилди. Ҳарбий қисм ва муассасалар тиббиёт ходимларидан 647 нафар вакцинатор тайёрланди.

2021 йил май-июнь ойларида “АРМИ-2021” халқаро армия ўйинларига жалб этилган 637 нафар ҳарбий хизматчилар “Спутник-V” вакцинаси билан икки босқичда эмланди.

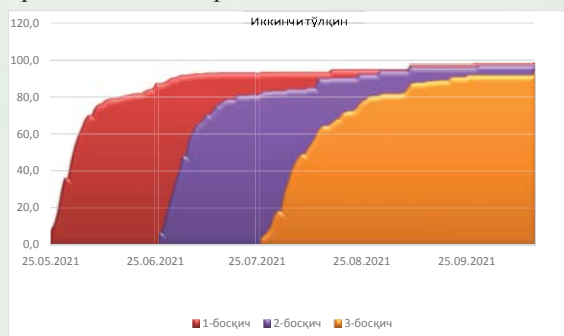
2021 йил 23 май куни Республика санитария-эпидемиология осойишталиги ва жамоат саломатлиги хизмати томонидан Мудофаа ва Фавқуллода вазиятлар вазирлиги шахсий таркибини 3 босқичда эмлаш учун 218 478 доза ZF-UZ-VAC2001 вакцинаси ажратилди.

Вакцинани ташишда “совуқлик занжири” қоидаларига амал қилинишини таъминлаш мақсадида вакцинани Республика санитария-эпидемиология хизматининг ҳудудий бўлимларида сақлаш ва улар томонидан ҳар бир ҳарбий қисм ва муассасаларга жойлашган туманлар эмлаш воситалари сақлаш омборларига қадар етказиб берилиши йўлга қўйилди.

ЎР ҚҚ Бош штаби бошлиғи томонидан тасдиқланган эмлаш режасига асосан 2021 йил 25 май кунидан Мудофаа вазирлиги шахсий таркибини тўлиқ эмлаш ишлари бошланди. Эмлашда ZF-UZ-VAC 2001 вакцинадан фойдаланилганлиги, ушбу вакцина билан эмлаш ишлари 3 босқичда ўтказилиши сабабли эмлаш ишлари 3 босқичда олиб борилди [2, 7, 8].

Мудофаа вазирлиги ҳарбий хизматчиларининг эмлаш кўлами қуйидагича бўлди:

Биринчи босқич билан эмланган ҳарбий хизматчилар сони 98,5 %ни ташкил қилди. Иккинчи босқич билан ҳарбий хизматчилар эмлаш камрови 96,9%ни ташкил этди. Учинчи босқич билан 94,5 % ҳарбий хизматчилар эмланди.



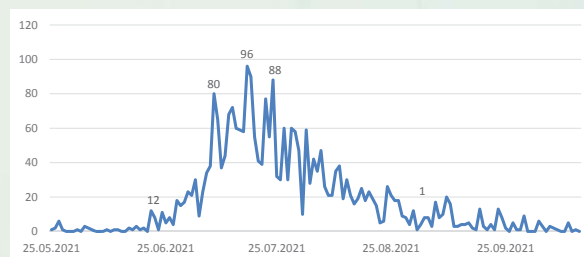
1-расм.

2021 йил 25 майдан 15 октябрга қадар Мудофаа вазирлиги қўшинларини коронавирус инфекциясига қарши ZF-UZ VAC 2001 вакцинаси билан эмлаш динамикаси (%).

Эмлаш ишларининг иккинчи босқичи бошлангандан сўнг 2021 йил июн ойининг учинчи ўн кунлигидан яъни 2021 йил 21 июндан коронавирус инфекциясининг иккинчи тўлқинининг кўтарилиши бошланди. Бу вақтга келиб қўшинларнинг 78 % биринчи босқичда эмланган эди.

ZF-UZ VAC 2001 ишлаб чиқарувчи асосий корхона “Zhifil Loncom Biofarmaceutical” компанияси мутахассиси Луи Менг Фейнинг сўллариға кўра Вакцинанинг биринчи дозасини олгандан кейин вирусни қайта юктириш эҳтимоли мавжуд бўлади. 2- ва 3- дозаларини билан олинганидани кейин антитаначалар сезиларли даражада кўтарилади.

Касаллик тўлиқининг энг юқори даражаси 2021 йил 8 июлдан 8 августга қадар давом этиб, тўлқиннинг энг юқори чўққиси 2021 йилнинг 17-18 июль кунларига тўғри келди. Касалланиш ҳолатлари 2021 йил 8 августдан пасая бошлади, бу давр асосий эмланган шахсий таркибнинг ваакцинанинг иккинчи дозаси билан эмланган ва учинчи дозасини қабул қилиши бошланган вақтга тўғри келади. Касалланишнинг иккинчи тўлқини тўлқин сентябрь ойига қадар давом этди. Яъни 2021 йил 1 сентябрь кунига келиб касалланиш 1 та ҳолатгача пасайди. Тўлқиннинг умумий давомийлиги 72 кунни ташкил этди. Эмлаш ишлари бошланганидан якунига қадар яъни касалликнинг иккинчи тўлқинида кунлик касалланиш ҳолатлари (абс рақамларда) куйида кўрсатилган.



2-расм.

Мудофаа вазирлиги қўшинларининг (эмлаш даврида) коронавирус инфекцияси билан касалланиш (иккинчи тўлқини).

Касалланиш ҳолатларининг тезда пасайиши ва иккинчи тўлқин давомийлигининг қисқариши эмлаш ишларини тез муддатларда ва уюшган ҳолда ўтказилиши ва вакцинадан кейин ҳосил бўлган иммунитет химоя титрига кўтарилиши сабаб бўлди.

Ўлим ҳолатлари таҳлил қилинганида, Мудофаа вазирлиги қўшинларида пандемиянинг 2- тўлқини даврида 2 нафари ўлим қайд этилган бўлиб, тўлқин давомида қайд этилган 2597 нафар беморга нисбатан ҳисобланганда 0,08% ни ташкил этади. Вафот этганлардан 1 нафари вакцинанинг 1-дозасини олган, иккинчи бемор эмлаш олмаган.

Республика аҳолиси орасида коронавирус инфекциясининг иккинчи тўлқинининг юзага келиши

Касалликнинг иккинчи тўлқинининг кўтарилиш даври Республикаимиз аҳолиси орасида 2021 йил 15 мартдан, яъни беморлар сони кунига 200 нафардан ортган кунидан бошлаб ҳисобланди (бунга қадар

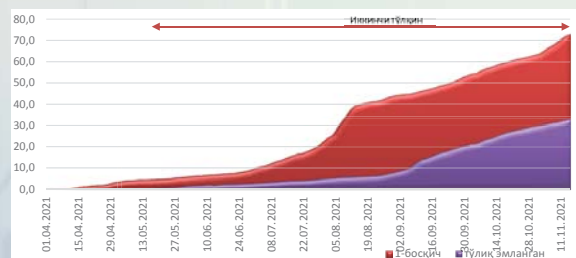
кунлик касалланган беморлар сони 200 нафарга етмаган).

Мудофаа вазирлиги қўшинлари шахсий таркиби орасига коронавирус инфекциясининг кириб келишини ва унинг тарқалишини олдини олиш чора-тадбирлари бўйича мудофаа вазирининг директивалари ишлаб чиқилди. Ушбу директивалар асосида коронавирус инфекциясининг тарқалишига қарши чора-тадбирлар белгиланди ҳамда белгиланган карантин тадбирларига амал қилиниши устидан назорат кучайтирилди. Вазирлик тизимида олиб борилган профилактик ва эпидемияга қарши тадбирлар натижасида шахсий таркиб орасида касалликнинг иккинчи тўлқинининг бошланиши нисбатан қўшинларда кечроқ юзага келди.



3-расм. Ўзбекистон Республикаси аҳолиси орасида 2021 йилдаги коронавирус инфекциясининг 2 тўлқини вақтида (2022 йил 15 майдан 15 ноябрга қадар) касалланиш (абс сонда)

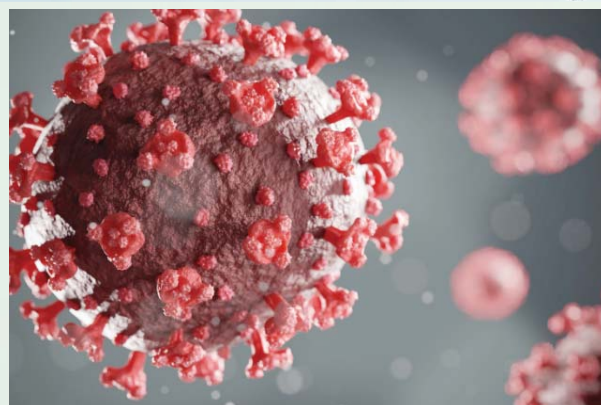
Республика аҳолиси орасида коронавирус инфекциясининг иккинчи тўлқини 4 ой (124 кун) давом этди.



4-расм. 2021 йил 1 апрелдан 15 ноябрга қадар Мудофаа вазирлиги қўшинларини коронавирус инфекциясига қарши эмлаш динамикаси (%).

Республика аҳолиси орасида эмлаш ишлари 2022 йил 1 апрелдан бошланди. Аҳоли ZF-UZ VAC 2001 вакцинадан ташқари икки марта эмланадиган Astra Zeneca, Sputnik V вакциналари ҳам қўлланилган эди. Шу сабабли 2022 йил май ойининг бошидан иккинчи дозада эмланган, яъни айрим фуқаролар эмлашнинг тўлиқ курсини олди.

Лекин аҳолини эмлаш ишлари уюшган жамоаларга нисбатан сустроқ кечди. Юкоридагилардан кўриб турибдики, иккинчи тўлқининг якунида яъни 2021 йил 15 ноябрга келиб эмлаш режалаштирилган аҳолининг 73,2 % биринчи



дозани қабул қилган бўлиб, охириги дозани қабул қилганлар 33 % дан ошган. Шу сабабли аҳоли орасида касаллик тўлқинининг кечиш давомийлиги Мудофаа вазирлиги қўшинларига нисбатан узокроқ давом этди.

Республика аҳолиси орасида ўлим ҳолатлари таҳлил қилинганида, пандемиянинг 2-тўлқини даврида (2022 йил 15 майдан 15 ноябрга қадар) касалланган беморлардан 691 нафаридан ўлим қайд этилган бўлиб, тўлқин давомида қайд этилган 91066 нафар беморга нисбатан ҳисобланганда 0,75% ни ташкил этди.

ХУЛОСАЛАР:

1. Мудофаа вазирлиги қўшинлари орасида касалликнинг иккинчи тўлқинининг кўтарилиши республика аҳолисига нисбатан кечроқ бошланиши ва қўшинларда олиб борилган профилактик ва эпидемияга қарши тадбирларнинг самараси деб баҳоланади.

2. Коронавирус инфекциясига қарши ZF-UZ VAC 2001 вакцинаси билан 3 босқич эмлаш ўтказилиши натижасида коронавирус инфекциясининг иккинчи тўлқини даврида Мудофаа вазирлиги қўшинларининг кунлик касалланиш динамикасида Республика аҳолисига нисбатан тезда пасайиш кузатилди ва тўлқиннинг давомийлиги қисқарди. Ушбу натижа ҳам қўшинларнинг эмлаш ишларини тез муддатларда ўтказилиши натижаси ҳисобланади.

3. Коронавирус инфекциясидан ўлим ҳолатларининг қайд этилиши бўйича таҳлил қилинганида республикада аҳоли орасида аниқланган беморларнинг 0,75 % да ўлим кузатилган бўлса, Мудофаа вазирлиги қўшинларида беморлар орасида 0,08 % да, яъни ўлим ҳолатлари 9,4 баробарга кам қайд этилди.

3. Коронавируснинг янги штаммлари пайдо бўлаётганлиги сабабли коронавирусга қарши курашиш бўйича махсус комиссиясининг қарорларида белгиланган муддатларда Мудофаа вазирлиги қўшинларини коронавирус инфекциясига қарши ревакцинация (иккинчи бустер дозада) эмлаш ишларини ўтказилиши эпидемик жараён ривожланишига таъсир этувчи омил бўлади.



Адабиётлар:

1. Мудофаа вазирининг соҳага оид тегишли буйруқ ва директивалари.
2. Мудофаа вазирлиги санитария эпидемиология назорати маркази. Ўзбекистон Республикаси Мудофаа вазирлиги қўшинлари шахсий таркибининг юкумли касалликлар билан касалланиши 2021 йил солиштира таҳлили ҳамда Ўзбекистон Республикаси Мудофаа вазирлиги Санитария эпидемиология назорати маркази ва ҳарбий госпиталлар санитария эпидемиология бўлинмалари томонидан бажарилган ишлар ҳисоботи, 11.01.2022 йил.
3. Республика СЭОА, Ўзбекистонда COVID-19 коронавирус инфекцияси билан касалланишнинг илк ҳолати қайд этилди, [Электрон манба]. Кириш режими: <https://www.rses.uz/service/news>. - Мурожаат санаси: 15.06.22.
4. “Ўзбекистон Республикаси коронавируснинг кириб келиши ва тарқалишини олдини олиш юзасидан чора-тадбирлар дастурини тайёрлаш бўйича республика махсус комиссиясининг” йиғилиш баёнлари.
5. Bugun.uz. [Электрон манба]. Кириш режими: <https://www.who.com>. - Мурожаат санаси: 15.06.22.
6. Direktor-Generals opening remarks at the media briefing on COVID-19 [Электрон манба]. Кириш режими: <https://www.who.com>. - Мурожаат санаси: 15.06.22.
7. Sanepid.uz. [Электрон манба]. Кириш режими: <https://www.who.com>. - Мурожаат санаси: 09.04.22.
8. World Health Organization, Situation Reports [Электрон манба]. Кириш режими: <https://www.who.com>. - Мурожаат санаси: 15.06.22.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ҚУРОЛЛИ КУЧЛАРИ ҲАРБИЙ ХИЗМАТЧИЛАРИ ОРАСИДА ТЎСАТДАН ЎЛИМ МУАММОЛАРИ

Б.А. Чориев¹, Х.З. Турсунов², И.И. Бахриев², Х.Н.Примов¹

¹Қуролли Кучлар суд-тиббий экспертиза маркази

²Тошкент тиббиёт академияси

Индустриалривожланган мамлакатларда тўсатдан ўлим (ТЎ) частотаси йилига 1000 аҳолига 0,36 дан 1,28 гачани ташкил этади [Bachman J.W., 1986, Becker L.B. et al., 1993]. Аммо шуни таъкидлаш лозимки, ушбу рақамлар фақатгина гувоҳлар иштирокидаги ўлим ва тез тиббий ёрдам ходимлари томонидан реанимация чора-тадбирларини кўрсатилганлик ҳолатларини ўз ичига олган тадқиқот маълумотларига асосланган. Шу муносабат билан ушбу маълумотлар сезиларли даражада баҳоланмаган бўлиб, чунки аҳолини ўрганиш натижаларига кўра [Vreede-Swagemakkers J.J., Gorgels A.P., et al., 1997], 40% ҳолларда ТЎ гувоҳларсиз содир бўлган. Америкалик муаллифларнинг маълумотларига кўра [Myeburg R.J. et al., 1992], Америка Қўшма Штатларида ҳар йили 400 000 ТЎ ҳолатлари қайд этилади, бу аҳоли сони бўйича 1000 кишига 1 тани ташкил қилади. Россияда бу кўрсаткич бир йилда 200-250 минг аҳолида ТЎ кузатилади.

Қуролли Кучлар тизимида тўсатдан юракка оид ўлим ҳолатлари муоммолари ўлимнинг асосий сабабини топиш учун бошқача услубий ёндашувни талаб қилади. Турли муаллифларнинг фикрича [4-8], миокард патологияси, миокардит, гипертрофик кардиомиопатия, аорта стенози, аорта ёрилиши, Марфан касаллигида кўкрак аортаси ёрилиши, ўткир коронар етишмовчилик ёшларда юракка оид тўсатдан ўлим (ЮТЎ) сабаблари деб аталади.

Ёшлардаги юракка оид тўсатдан ўлим бутун дунёда замонавий соғлиқни сақлашнинг долзарб муаммоси ҳисобланади, чунки тиббиётнинг барча ютуқларига қарамай, мазкур ҳолатлар тобора ўсиб бормокда. Шу билан бирга, бундай тўсатдан ўлимнинг сабабини аниқлашда доимо қийинчиликларга дуч келинади, чунки касаллиқнинг тез вақтларда ривожланиши, турли хил клиник белгиларнинг пайдо бўлишига олиб келади, аммо бунда аниқ морфологик ўзгаришлар кузатилмайди. Бундай ўлим кўпинча турли жой ва вақтларда содир бўлади. Буларнинг барчаси зўраки ўлим эҳтимолини истисно қилиш ва объектив тиббий ташхис қўйиш учун ўлим сабаблари ва механизмларини тўғри суд-тиббий ташхислаш муҳимлигини англатади. Маҳаллий ва хорижий муаллифларнинг кўплаб мақолалари тўсатдан ўлимнинг суд-тиббий диагностикаси масалаларига бағишланган [1-3].

Сўнгги йилларда Ўзбекистон Республикаси Қуролли Кучлари ҳарбий хизматчилари орасида тўсатдан ўлим (ТЎ) ҳолатлари кузатилмоқда. Ўзбекистон Республикаси ҳукумати, Мудофаа вазирлиги ва бошқа куч тузилмалар тиббий-таъминот бошқармалари раҳбарияти томонидан ушбу муаммога доимий равишда катта эътибор қаратиб келинмоқда.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг “Ўзбекистон Республикаси Қуролли Кучларида тинчлик ва уруш даврида тиббий кўрикдан ўтказиш тўғрисидаги низомни тасдиқлаш” ҳақида 2018 йил 25 декабрдаги ПҚ-4076-сонли қарори ва 2019 йилда Ўзбекистон Республикаси Мудофаа вазирлиги, Миллий гвардияси, Фавқулодда вазиятлар вазирлиги, Давлат хавфсизлик хизмати, Ички ишлар вазирлиги ва Соғлиқни сақлаш вазирликларининг қўшма қарорлари қабул қилинди. Мазкур қарорларда чақирилувчилар, ҳарбий хизматга мажбурлар ва ҳарбий хизматчиларни тиббий кўрикдан ўтказиш сифатини янада яхшилаш ва самарадорлигини ошириш, Ўзбекистон Республикаси Қуролли Кучларини соғлом ва жисмонан бақувват ҳарбий хизматчилар билан тўлдириш, ҳамда ҳарбий хизматчилар, тенглаштирилган хизматни ўтаётган фуқаролар, ҳарбий йиғинларни ўтаётган фуқаролар, ҳарбий хизматни ёки тенглаштирилган хизматни (ҳарбий йиғинларни) ўтаган фуқароларнинг касалланиши, шикастланиши, ярадорлиги, жароҳатланишини, шунингдек, уларнинг ўлимига олиб келган касалланиш, шикастланиш, ярадорлик, жароҳатланишнинг сабабий боғлиқлигини аниқлаш кўзда тутилган.

Вазирлик ва идораларнинг ҳарбий тиббиёт муассасаларида тиббий ёрдам олиш ҳуқуқига эга бўлган шахслар ушбу муассасаларга ҳудудий (гарнизон, регион) тамойил бўйича бириктирилади.

Ҳарбий хизматчилар ва ҳарбий тайёргарликка чақирилувчилар барча турдаги тиббий ёрдам (амбулатор ва стационар кўрикдан ўтиш, тиббий пунктда даволаниш, ҳарбий госпиталда стационар кўрик ва даволаниш, шунингдек, шартнома бўйича ҳарбий хизматчилар учун - уйда даволаниш), ҳарбий қисмлар ҳамда ҳарбий тиббиёт муассасаларининг тиббий хизмат куч ва воситалари билан таъминланадилар.

Харбий хизматчилар жамиятнинг энг соғлом қисми ҳисобланади, шунинг учун уларнинг тўсатдан ўлимини тасаввур қилиш қийин ва бу фожеа сифатида қабул қилинади.

Шуни ҳам инобатга олиш лозимки, шартнома асосида ҳарбий хизматни ўтаётган ҳарбий хизматчилар учун уларнинг соғлиғи билан боғлиқ бўлган муаммолар хизматни давом эттиришларидаги қарорни қабул қилишда сезиларли даражада таъсир қилиши мумкин.

Ҳарбий хизматчиларнинг тўсатдан ўлими, нозўраки ўлимлар орасида нисбатан кам учрашига қарамай, афсуски кузатиб келинмоқда ва бу ҳолат албатта катта резонансга сабаб бўлиб, ҳарбий хизматчиларнинг соғлиғини сақлашда мавжуд тиббий ёрдам назорати ўлими камайтириш чоратадбирларини кўриш учун муҳим амал бўлиб хизмат қилади.

Тўсатдан ўлим муаммосини таҳлил қилишда, биринчи навбатда, асосий тушунчаларнинг моҳиятини аниқ билиш керак бўлади.

“Тўсатдан ўлим” (ТЎ) - бу ҳолат жароҳат билан боғлиқ бўлмаган ва амалий соғлом инсонда касаллик симптомлари бошланганидан сўнг бир соат ичида содир бўладиган кутилмаган ўлим ҳисобланади. Гувохларсиз, марҳумнинг соғлиғи ўлимдан 24 соат олдин қоникарли аҳволда бўлганида кузатиладиган ўлим ҳолатларида ТЎ тўғрисида фикр юритиш мумкин.

“Юракка оид тўсатдан ўлим” (ЮТЎ) атамаси қуйидаги ҳолларда қўлланилади: 1) марҳумнинг ҳаётлигида ҳаёт учун хавфли туғма ёки орттирилган юрак касаллиги мавжуд бўлганда; 2) аутопсияда юрак ёки қон томирлар касалликлари аниқланиб, улар тўсатдан ўлим сабаби бўлганда; 3) аутопсияда ўлимнинг юракка боғлиқ бўлмаган сабаблари кузатилмаганда ва ўлимга аритмия сабаб бўлиши мумкин деб тахмин қилинганда [9,10].

“Аритмик тўсатдан ўлим” (АТЎ) атамаси патологоанатомик ва токсикологик тадқиқотларда ўлим сабабини аниқлаш имкони бўлмаганида, юракнинг макроскопик ва гистологик тадқиқотларида структуравий патологиялар кузатилмаганида ва бундан ташқари юрак билан боғлиқ бўлмаган сабаблар инкор этилган ҳолатларда қўлланилади [4, 13].

Ёшларда тўсатдан ўлимнинг энг кўп учрайдиган сабаблари бўлиб каналопатия туфайли юрак аритмияси ва ўтказувчанлигининг бузилиши, юракнинг органик касалликлари (кардиомиопатия, туғма юрак нуқсонлари ва бошқ.), миокардитлар, спиртли ичимликлар ва гиёҳванд моддаларни истеъмол қилиш натижасида миокарднинг токсик зарарланиши ҳисобланади.

Кўп ҳолларда ЮТЎ юрак ишемик касаллиги (ЮИК) фонида ривожланади. Бироқ, вафот этганларнинг тахминан 20 фоизда ўлимдан кейинги

текширув вақтида юрак қон-томир тизимининг органик патологияси аниқланмайди. Сўнгги вақтларда миокарддаги структуравий ўзгаришлар билан кечмайдиган ва асосан кардиомиоцитлардаги электрофизиологик бузилишлар билан намоён бўладиган ирсий касалликларга катта эътибор берилмоқда. Мазкур гуруҳ ҳаёт учун хавфли аритмия ёки юрак ўтказувчанлигининг бузилиши ривожланиши туфайли тўсатдан ўлимнинг юқори хавфи билан тавсифланади. Ушбу касалликлар миокардда ифодаланган ион канали оксилларини кодловчи генлардаги мутацияларга, шунингдек, уларнинг модуляторларига асосланган бўлиб, уларни “каналопатиялар” гуруҳига бирлаштириш учун асос бўлди. Бирламчи каналопатияларга узун QT интервали синдроми, қисқа QT интервали синдроми, Бругада ва Лев-Ленегра синдромлари, Волф-Паркинсон-Уайт синдромининг гуруҳий шакллари, идиопатик ва катехоламинергик қоринча тахикардиялари, фибрилляция шакллари ва синдроми киради [5, 12, 13, 14].

ТЎ содир бўлишида ЮИКнинг ролини муҳокама қилганда, унинг муҳим хусусияти, яъни унинг кўпинча асимптоматик кечиши ва ташхислашнинг имкони бўлмаганини таъкидлаш лозим, шунинг учун оғир коронар касаллиги бўлган беморларнинг умумий популяциядаги улуши номаълум. Эпидемиологик тадқиқотлар натижаларига асосан, умумий популяцияда ташхисланмаган миокард инфаркти ва чап қоринча дисфункцияси сонининг юқорилиги аниқланган [Kannel W.B., Abbot R.D., 1984, McDonagh T.A., Morrison C.E., et al., 1997].

Коронар артерия касаллиги аниқланмаган, клиник кўриниши бўлмаган, аммо коронар артерия касаллиги ва ТЎ ривожланиши учун хавф омилларига эга бўлган беморларни қоида тариқасида ташхислаш мезонларига ва даволаш тактикасига ёндашувларни қайта кўриб чиқишни талаб қилинади. Ушбу муаммони ҳал қилишда катта кадам скрининг босқичларида электрон нурли компьютер томографиясидан (ЭНКТ) фойдаланиш лозим. Мазкур усул истикболли йўналиш бўлиб математик моделлаштириш усулларида фойдаланиб ҳисобланади. Бироқ, адабиётларда симптомсиз ЮИКни ташхислашда математик усуллардан фойдаланишга бағишланган кам сонли тадқиқот ишлари мавжуд.

Юрак ишемик касаллигининг келиб чиқишини прогностлаш мақсадида коронар артериялар калцинозининг (КАК) ривожланиш даражасини баҳолаш натижаларидан фойдаланиш ғояси аниқ кўринади. Зеро, сўнгги вақтларда спирал ва кўп қатламли компьютер томографларининг жорий қилиниши туфайли, рентгенологик усуллар ёрдамида КАКни баҳолаш имконияти пайдо бўлди. Электрон-нурли компьютер томография коронар артериялар калцинозини эрта аниқлашда рентгенологик усулларнинг имкониятларини сезиларли даражада

оширади ва мазкур усул ўткир юрак қон-томир хуружлари хавфини аниқлаш учун симптомсиз ва симптоматик беморларда скрининг усули сифатида амалиётда қўлланилади.

Таҳлил натижалари тўсатдан ўлим хавф омиллари бўйича ҳарбий хизматчиларни мойиллик категориясини прогнозлаш имконияти мавжудлигини кўрсатади.

Юқоридагиларни инобатга олиб қуйидаги тавсиялар таклиф этилади:

Тўнинг барча ҳолатлари бўйича ягона маълумотлар электрон базасини яратиш;

тўсатдан ўлимнинг ривожланишида туртки омил бўлиши мумкин бўлган бир қатор касалликларни келтириб чиқарадиган генлар мавжудлигини инобатга олиб, бизда генетик текширувларни ўтказишни имкони йўқлиги ва қимматлиги сабабли, ген инженерия текширув усуллари бўйича ўзимизда мазкур тадқиқотларни ўтказишни йўлга қўйиш;

амалиётда Тў ҳолатларини ташхислаш учун аниқ мезонларни ишлаб чиқиш ва буни амалиётга татбиқ қилиш;

ҚК ҳарбий тиббиёт академияси ва Мудофаа вазирлиги Бош тиббий мутахассислари билан биргаликда Тў ривожланиш хавфи юқори бўлган ҳарбий хизматчиларни эрта аниқлашга қаратилган “Юрак қон-томир тизими касалликлари” хавф критерийсини ягона электрон картасини яратиш;

Ҳарбий тиббиёт академияси илмий тадқиқот ишларида “Генетик изланиш” йўналишида инновацион илмий ишланмалар доирасида тўсатдан ўлимни башорат қилувчи тадқиқот ишларини олиб бориш;

Коронар бўлмаган юрак касалликларини текширишни такомиллаштириш ва Тўни прогноз қилувчи омилларини (функционал, радиоизотоп диагностикаси, магнит-резонанс томография) аниқлаш мақсадида диагностик электрон базани яратиш ва такомиллаштириш бўйича чора-тадбирлар ишлаб чиқиш.

Ҳарбий хизматчиларда юрак қон-томир тизими касалликларининг олдини олиш, эрта ташхислаш ва даволашнинг долзарб масалалари бўйича клиник-анатомик конференциялар ва ҳар йили “Ҳарбий тиббиётнинг долзарб муаммолари”га бағишланган конференция доирасида муҳокама қилиш.

Ҳарбий хизматчиларга ҳаёт учун хавфли касалликлар ва уларнинг асоратларини (ўткир коронар синдром, ўткир юрак етишмовчилиги, ўткир цереброваскуляр касалликларда ва бошқаларда биринчи ёрдам кўрсатиш қодаларини) ўргатиш, шу жумладан саломатлиги доирасида ҳаёт учун хавф омиллари юқори бўлган ҳарбий хизматчилар ва уларнинг оилалари билан яқка тартибда шуғулланиш.

Шундай қилиб, тўсатдан ўлимнинг ҳар бир ҳолатини тўлақонли объектив ўрганиш, тасдиқланган ягона протокол бўйича патологоанатомик ва суд-тиббий текширишларни ўтказиш тўсатдан ўлим муаммосининг объектив кўринишини беради, бу эса ўз навбатида ҳарбий хизматчиларнинг тўсатдан ўлимини ташхислашнинг бошланғич нуқтаси ҳисобланиб, унинг хавф омиллари рўйхати базасини яратиш, уларни такомиллаштириш ва мақсадли профилактик чора-тадбирларини режалаштиришга хизмат қилади.





Адабиётлар:

1. Гаврилова Е.А., Земцовский Э.В. Внезапная сердечная смерть и гипертрофия миокарда у спортсменов. Вестник аритмологии. 2010;62:59–62.
2. Бойцов С.А., Литак Р.М., Недбайкин А.М. и др. Эпидемиология внезапной сердечной смерти: что мы знаем сегодня? // Клин. практика. – 2014. – № 4. – С. 13–18.
3. Бойцов С.А., Никулина Н.Н., Якушин С.С. и др. Внезапная сердечная смерть у больных ишемической болезнью сердца по результатам российского многоцентрового эпидемиологического исследования заболеваемости, смертности, качества диагностики и лечения острых форм ИБС (РЕЗОНАНС). // Рос. кардиол. журн. – 2011. – № 2. – С. 59–64.
4. Баганская Л.А., Кишкун А.А., Есипов А.В. и др. Диагностика острого коронарного синдрома с позиций доказательной медицины // Госпитальная медицина: наука и практика. – 2018. – Т. 1. – С. 27–41.
5. Внезапная сердечная смерть // Рекомендации Европейского кардиологического общества / Под ред. проф. Н.А. Мазура. - М.: Медпрактика. – М. – 2003. – 148 с.
6. Ефименко В.Н., Крайнюков П.Е., Хмелик В.И. и др. Аневризмы и другие скрытые аномалии церебральных сосудов как фактор повышенного риска у молодых лиц призывного возраста и военнослужащих // Глав. врач Юга России. – 2012. – № 4 (31). – С. 47–51.
7. Кучмин А.Н., Резван В.В., Гаврюченков Д.В. Внезапная смерть военнослужащих, проходящих службу по контракту: проблемы и пути их решения // Воен.-мед. журн. – 2009. – Т. 330. – № 1. – С. 24–33.
8. Линчак Р.М., Недбайкин А.М., Семенцова Е.В. и др. Частота и структура внезапной сердечной смертности трудоспособного населения Брянской области. Данные регистра ТЕРМИНА (регистр внезапной сердечной смертности трудоспособного населения брянской области) // Рацион. фармакотерапия в кардиологии. – 2016. – Т. 12. – № 1. – С. 45–50.
9. Лупанов В.П., Наумов В.Г. Безболевая ишемия миокарда: диагностика и лечение // Сердце. – 2002. – № 1(6). – С. 276–282.
10. Пиголкин Ю.И., Шилова М.А., Кильдюшов Е.М., Гальчиков Ю.И. Судебно-медицинская характеристика причин внезапной смерти у лиц молодого возраста. Судебно-медицинская экспертиза. 2016;59(5):4–9.
11. Раков А.Л., Симоненко В.Б., Якоб О.В., Резван В.В. Проблемы ранней диагностики ишемической болезни сердца у военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, выбор тактики лечения, принципы динамического диспансерного наблюдения // Воен. мед. журн. – 2006. – Т. 327. – № 2. – С. 24–28.
12. Шилова М.А., Мамедов М.Н. Внезапная сердечная смерть лиц молодого возраста: факторы риска, причины, морфологические эквиваленты. Кардиология. 2015;7(55):78–83.
13. Deo R., Norby F.L., Katz R. et al. Development and Validation of a Sudden Cardiac Death Prediction Model for the General Population // Circulation. – 2016. – Vol. 134. – N11. – P. 806–816.
14. Löllgen H., Leyk D., Hansel J. The pre-participation examination for leisure time physical activity general medical and cardiological issues. Dtsch Arzteblatt 2010; 107: 42: 742–749.

ҲАРБИЙ ХИЗМАТЧИЛАРГА ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШДА ЙЎЛ ҚЎЙИЛГАН ТИББИЙ НУҚСОНЛАРДА СУД-ТИББИЙ ЭКСПЕРТИЗА

Хужманов У.М., Ниязов В.Н., Сайдахмедов М.Қ., Буранкулова Н.М., Чориев Б.А.
ЎР Қуролли Кучлари суд-тиббий экспертиза маркази

РЕЗЮМЕ

Қуролли Кучлар суд-тиббий экспертиза марказида 2019-2021-йиллар мобайнида тиббиёт ходимларининг нотўғри ҳаракатлари ва тиббий ёрдам кўрсатиш нуқсонлари таҳлили ва комиссиявий суд-тиббий экспертизалар давомида аниқланган камчиликлар бўйича тиббиёт ходимларининг касбий ҳуқуқбузарликлари учун жиноий ва фуқаролик жавобгарлиги тўғрисидаги маълумотлар қайд қилинган.

Калит сўзлар: Тиббий нуқсон, диагностика, суи-қасд, жиноят кодекси.

РЕЗЮМЕ

Указана информация об уголовной и гражданско-правовой ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения зафиксирована в Центре судебно-медицинских экспертиз Вооруженных Сил за период 2019-2021 гг., на основании анализа неправомерных действий медицинских работников и недостатков в оказании медицинской помощи, ухода, а также недостатки, выявленные при проведении комиссией судебно-медицинских экспертиз.

Ключевая слова: Медицинский дефект, диагноз, убийство, уголовный кодекс.

The information on the criminal and civil liability of medical workers for professional offenses is indicated in the Center for Forensic Medical Examinations of the Armed Forces for the period 2019-2021, based on an analysis of the misconduct of medical workers and shortcomings in the provision of medical care, care, as well as shortcomings identified during the commission of forensic medical examinations.

Key words: Medical defect, diagnosis, murder, criminal code.

REZUME

Тиббиёт ходимларининг нотўғри ҳаракатлари, тиббий ёрдам нуқсони жумласи билан ифодаланиб, у замонавий тиббиёт фани ва амалиёти, тиббиёт ходимларининг малакаси, тиббий ёрдам кўрсатишнинг қоида ва меъёрлари нуктаи-назаридан кўрилади.

Тиббий ёрдам кўрсатишнинг нуқсонлари - бу тиббий ходимнинг беморга нотўғри ташхис қўйиши, нотўғри даволаши, профилактика чора-тадбирлари

нотўғри ўтказиши натижасида ноҳуш оқибатларнинг юзага келиши билан намоён бўладиган ўз касб мажбуриятларини лозим даражада бажармаслик ҳолатларидир.

Бу нуқсонлар моҳиятига кўра: диагностик, даволашдаги ва бошқа нуқсонлар бўлиши мумкин. Марказда олиб борилган таҳлилларга кўра, бугунги кунда энг кўп учрайдиган диагностик тиббий ёрдам нуқсонлари - асосий касалликни ёки унинг асоратларини ва муҳим ҳамроҳ касалликларни аниқланмаслиги ҳамда кечикиб диагностика қилиниши кузатилмоқда [1, 3].

Даволаш жараёнларида нуқсонлар - кечикиб госпитализация қилиш, хирургик даволашдаги ва шошилиш тез тиббий ёрдам кўрсатишдаги нуқсонлар, дори воситаларини нотўғри қўллашдир. Бошқа турдаги тиббий ёрдам нуқсонларидан - транспортировка қилиш қоидаларини бузилиши, диспансер кузатувдаги камчиликлар ва тиббий ҳужжатларни юритишдаги нуқсонлар учрамоқда. Олиб борилган таҳлиллар натижаларига кўра, тиббий ёрдам нуқсон сабаблари қилиб-беморларга эътиборсизлик, тиббий ходимларда малаканинг етарли эмаслиги, даволаш-диагностика жараёнини ташкиллаштиришдаги камчиликлар, ўтказилиши лозим бўлган диагностик воситаларнинг йўқлиги, врачга кечикиб мурожаат қилиш ва касалликни атипик кечишини кўрсатиш мумкин [2, 4, 5].

Тиббий ходимлар томонидан йўл қўйиладиган тиббий ёрдам нуқсонлар оқибатида даволаш муддатини узайиши, ногиронлик ёки ўлим ҳолатларининг кузатилишига олиб келмоқда.

Мақсад: тиббий ёрдам кўрсатишдаги камчиликларни таҳлил қилиш ва тиббий ёрдамнинг нотўғри кўрсатилиши ва соғлиққа зарар етказиш ўртасидаги сабаб-оқибатларнинг ҳуқуқий асосларини ўрганиш.

Материал ва усуллар: 2019-2021 йиллар давомида ҚК суд-тиббий экспертиза марказида тиббий ёрдам кўрсатишдаги тиббий нуқсонлар бўйича комиссиявий суд-тиббий экспертиза ҳулосаларининг таҳлили ўтказилди.

1-жадвал

2019-2021 йиллар давомида госпиталгача бўлган тиббий ёрдам кўрсатишдаги нуқсонлар

т/р	Нуқсонлар структураси	2019 й.	2020 й.	2021 й.
1.	Чакирув комиссиясининг нуқсонлари	1	2	-
2.	Диспансеризациянинг нуқсонлари (ЧТТ)	5	4	5
3.	Асосий касаллик диагностика қилинмаган (нуқсони)	-	-	-
4.	Асосий касалликни кечиқиб диагностика қилиш нуқсонлари	-	-	-
5.	Кечиқиб госпитализация қилиш	1	9	3
6.	Ташишдаги (транспортировка) нуқсонлари	-	-	-
7.	Даволаш нуқсонлари	1	1	-
8.	Госпиталгача бўлган босқичнинг бошқа нуқсонлари	1	2	-
Жами		9	18	8

Жадвалдаги маълумотлардан кўриниб турибдики, госпиталгача бўлган босқичда тиббий ёрдам кўрсатишдаги нуқсонлар ўтган йиллар билан таққосланиб, таҳлил қилинганда, динамикада ўсиш кузатилди. Кечиқиб госпитализация қилиш 8 та ҳолатга ўсган.

2-жадвал

2019-2021 йиллар давомида госпитал босқичидаги тиббий ёрдам кўрсатишдаги нуқсонлар

т/р	Нуқсонлар структураси	2019 й.	2020 й.	2021 й.
1.	Асосий касалликнинг аниқланмаслиги	-	1	-
2.	Ўлимга олиб келувчи асосий касалликнинг ҳавфли асорати аниқланмаган	1	2	-
3.	Касаллик кечиқиб диагностика қилинган	-	-	-
4.	Хирургик даволаш нуқсонлари	-	-	-
5.	Нотўғри диагностика қилинган (дастлабки госпитализация босқичида)	-	-	-
6.	Даволашдаги бошқа нуқсонлар	-	-	-
7.	Госпитал босқичининг бошқа нуқсонлари	3	4	2
8.	Тиббий ҳужжат юритиш нуқсонлари	-	-	2
9. Нотўғри экспертлик қарорлари		1	-	1
10.	Кечиқиб диагностика қилиш	-	-	-
11.	Диагностика нуқсони	-	-	-
12.	Даволашдаги нуқсонлар	-	1	-
13.	Консерватив даволаш нуқсонлари	-	-	-
14.	Ташишдаги (транспортировка) нуқсонлар	-	-	-
15.	Муҳим йўлдош касаллик аниқланмаган	-	-	-
16.	Кечиқиб госпитализация қилиш	-	-	-
17.	Беморни текширишдаги камчиликлар	-	2	-
Жами:		5	10	5

Ҳисобот йиллари билан таққосланганда, госпитал босқичида тиббий ёрдам кўрсатишдаги нуқсонларнинг ошганлиги кузатилди. Ушбу ҳолат ўз навбатида госпиталларда даволаш-диагностика ишларини ташкиллаштириш тадбирлари етарли даражада олиб борилмаётганлигидан далолат беради.

3-жадвал

Тиббий ёрдам кўрсатишдаги нуқсонларнинг сабаблари

т/р	Нуқсон сабаблари	2019 й.	2020 й.	2021 й.
1.	Беморга етарли эътибор бермаслик	-	1	1
2.	Шифокорга кеч мурожаат қилиш	-	8	-
3.	Шифокорни етарли (паст) малакага эга бўлмаслиги	-	-	-
4.	Даволаш-диагностика жараёнини ташкиллаштириш камчиликлар	7	16	12

5.	Тўлик текширувлардан ўтказмаслик	4		
6.	Диагностика учун зарур воситаларнинг йўқлиги	-		
7.	Даволаш учун зарур воситаларнинг йўқлиги	-		
8.	Касалликнинг типик бўлмаган ҳолда кечиши, кам учрайдиган патология	-		
9.	Тиббий ёрдам кўрсатишдаги объектив қийинчиликлар	-		
10.	Даволашдаги бошқа нуқсонлар	-		
11.	Зарурий текширувларнинг тўлиқ ўтказилмаганлиги	-	2	
Жами:		11	27	13

Текширув натижалари ва муҳокама:

Беморларга тиббий ёрдам кўрсатишдаги нуқсон сабаблари бўйича 16 та ҳолатда даволаш-диагностика жараёнини ташкиллаштиришдаги камчиликлар аниқланди. Шунинг билан таъкидлаш лозимки, ўтган йиллар билан таққосланганда даволаш-диагностика ва даволаш-соғломлаштириш ишларини ташкиллаштиришдаги камчиликлар ошганлиги кузатилди.

Текширув доирасида комиссияга тиббий ёрдам кўрсатишнинг ўз вақтида ва тўғрилиги, аниқланган патологиялар ва уларнинг оқибатлари, шунингдек, тиббий ёрдамнинг етарли даражада кўрсатилмаслигининг сабаб-оқибат муносабатлари таҳлили натижалари:

1. Ҳарбий хизматчиларни тиббий текшириш (назорат ва ЧТТ), даволаш, тиббий гувоҳлантирувидан ўтказиш бўйича тиббий ходимлар, ҳамда ҳарбий қисм командирлари ва муассасалар бошлиқлари томонидан раҳбарий-меъёрий ҳужжатлар талаблари етарли даражада амалга оширилмаслиги.

2. Шартнома асосидаги ҳарбий хизмат оддий аскарлари ва сержантлар, офицерлар таркибини мажбурий госпитализация қилишни таъминлашда баъзи-бир лавозимли шахсларнинг (қисм командирлари ва тиббиёт ходимлари мутахассислари) етарлича талабчан ва қатъиятли эмаслиги.

3. Ҳарбий хизматчилар орасида ўз жонига суиқасд қилиш ҳолатларининг юзага келишида айрим ҳарбий қисм қўмондонлиги, муассаса бошлиқлари ва масъул шахслар томонидан назоратнинг сустлиги.

4. Ҳарбий хизматчиларга шошилиш тиббий ёрдам кўрсатиш ва даволаш-диагностика ишларини ташкил этишда етарлича назоратнинг сустлиги.

5. Айрим ҳарбий қисм ва муассасаларда жароҳатланишни олдини олиш комиссияси фаолиятини самарадорлигининг пастлиги ва ҳарбий хизматчилар билан йўл-транспорт ҳодисаларини олдини олиш бўйича сифатли йўриқномадан ўтказиш ишларининг сустлиги (хизмат сафарига, даволанишга ва таътилга кетаётганда).

6. Ҳарбий хизматчилар томонидан соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш бўйича етарли билимларга эга эмасликлари ёки уларга етарли даражада амал қилмасликлари.

Таклифлар: ЎР МВ ҳарбий тиббий муассасаларида ТЁН ҳолатларини камайитириш ва ҳарбий-тиббий муассасаларда даволаш-диагностика ишларини яхшилашга қаратилган тадбирлар юзасидан:

1. Мудофаа вазирлиги бош тиббий мутахассислари ҳамда гарнизонлардаги тиббий мутахассисларнинг услубий ва амалий ишларининг сифат даражасини янада кўтариш.

2. Ҳарбий қисм (муассасаларда) ўз вақтида беморларни фаол ва эрта аниқлаш, уларни мажбурий госпитализация қилиш бўйича ҳарбий қисм (округ) қўмондонлиги билан биргаликда зарурий чора-тадбирларни кўриш. Бу борада барча турдаги лавозимли шахсларнинг масъулиятини ошириш.

3. Ҳарбий қисм тиббиёт пунктларида ўткир касалликлар, жароҳатланиш, захарланишлар ва бошқа шошилиш ҳолатлар бўйича тез шошилиш тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича Йўриқнома (даволаш стандартлари) асосида ҳар куни амалий машғулотларни ўтказиш, ҳамда улар устида қайта ишлашни ташкиллаштириш. Ҳарбий хизматчиларни диспансеризациядан (ЧТТ) ўтказишни ўз вақтида, тўлиқ ва сифатли равишда таъминлаш.

4. Ҳарбий қисм ва ҳарбий тиббий даволаш муассасалардаги даволаш-диагностика ишларининг сифати ва ҳолати бўйича МВ бош тиббий мутахассислар, ҳамда гарнизонлардаги тиббий мутахассисларнинг масъулиятини янада ошириш.

5. Барча тоифадаги ҳарбий хизматчилар ўртасида “ҳар бир ҳарбий хизматчи стрессли вазиятларни енгиб ўтиш ёки стрессли ҳолатларни бошқаришга ўзи масъуллиги” тўғрисидаги тарғибот ва ташвиқот ишларини кучайтириш.

Тиббий ёрдам кўрсатишдаги нуқсонлар ҳолатларида Ўзбекистон Республикаси Жиноят кодексининг 177-моддасининг талабларига асосан комиссиявий суд-тиббий экспертиза тайинланади.

Комиссиявий суд-тиббий экспертиза тайинланишидан мақсад - тиббиёт ходимларининг фаолиятига баҳо беришдан иборат. Тиббиёт ходимларининг ҳаракатларини баҳолаш уч босқичда амалга оширилади:

1-босқич - шифокор ҳаракатларини баҳолаш учун асос сифатида текширилаётган ҳолатда патологик жа-



раённинг моҳиятини: этиологияси ва патогенези нуктаи-назаридан патологик жараённинг механизми, унинг келиб чиқиш муддати, ривожланиш механизми, суръати, клиник кечиши ва учраш частотасини аниқлаш;

2-босқич - шифокор томонидан ҳақиқатда содир этилган ҳаракатларни кутилаётган ҳаракат билан: шартлилиқ, асосланганлик, техник бажарилиш ва тўлиқлиги нуктаи-назаридан таққослаш;

Шифокор ҳаракатини шартлилиқ нуктаи-назардан баҳолаш тиббий ёрдам кўрсатилган шароитларини ўрганишни англатади. Тиббиёт ходимларининг билим даражаси ва касбий тайёргарлик даражаси профессионал тиббий фаолиятининг маълум бир тури билан шуғулланаётган шахсларга қўйиладиган талаблари мослиги ёки йўқлигини, тиббий ходимда ўзининг ҳаракати (ҳаракатсизлиги) салбий оқибатлар келтириб чиқариши мумкинлигини олдиндан билиш имкони бўлган ёки бўлмаганлигини ўрганади.

Шу билан биргаликда тиббий ходимга маълум бир турдаги тиббий ёрдам кўрсатиш мажбурияти қонуний қўйилганлигини, мазкур даволаш муассасаси тиббий ёрдам кўрсатишнинг турли

босқичларида лозим бўлган даволаш ва диагностика асбоб-ускуналарининг мавжудлигини ўрганишни талаб этади.

Тиббиёт ходимларини асосланганлик нуктаи-назардан баҳолаш - бирон-бир ҳаракатни амалга ошириш заруриятини вужудга келтирган асосларни ўрганишни англатади. Врач ҳаракатини ўз вақтидалигини баҳолашда - ўз вақтида ва кечиккан ҳаракатлар фаркланади.

3-босқич - патологик жараённинг намоён бўлиши, шифокорнинг ҳаракати ёки ҳаракатсизлиги билан юзага келган оқибат ўртасида сабаб-оқибат боғланишининг мавжудлигини аниқлаш лозим бўлади.

Тиббиёт ходимини ҳаракатларининг тўлақонлик ва ижро этиш техникаси нуктаи-назардан баҳолаш ҳақиқатда кўрсатилган тиббий ёрдам ҳажми маълумоти, вақт оралиғини таққослаш орқали ўрганилади. Тиббиёт ходими ҳаракатлари асосли, шароитга мос тарзда, ўз вақтида, тўлиқ ҳажмда ва техник жиҳатдан бенуксон бажарилган ҳолатдагина тиббиёт ходими ҳаракатлари лозим даражада амалга оширилган деб баҳолаш мумкин.

Адабиётлар:

1. Сергеев Ю.Д., Бисюк Ю.В. Ненадлежащее оказание экстренной медицинской помощи (экспертно-правовые аспекты). Научно-практическое руководство. – М.: Авторская академия; Товарищество научных изданий КМК. – 2008. – 399 с.
2. Сучкова Т.Е. О юридической ответственности медицинских работников при совершении ими профессиональных правонарушений // Медицинское право. – 2011. – № 6. – С. 33–41.
3. Тягунов Д.В., Самойличенко А.Н. Характеристика дефектов оказания медицинской помощи по материалам комиссионных судебно-медицинских экспертиз // Медицинское право. – 2008. - №
4. Рустамбаев М.Х.-Жиноят ҳуқиқи.(Махсус қисм) Т., Ўқитувчи, 2003.
5. Гиясов З.А. – Врач фаолиятининг ҳуқуқий асослари. Т., 2012.

ҲАРБИЙ ТИББИЁТ СОҲАСИДА АМАЛГА ОШИРИЛГАН ИШЛАР ВА ИСТИҚБОЛДАГИ РЕЖАЛАР

Юлдашев А.Х.

*Ўзбекистон Республикаси Мудофаа вазирлиги Тиббий таъминот бошқармаси
бошлиғи ўринбосари, т/х полковниги*

Ватан ҳимоячилари бўлмиш ҳарбий хизматчиларимиз ва уларнинг оила-аъзоларини ижтимоий ҳимояси, шу жумладан, тиббий таъминоти миллий армиямизнинг жанговар салоҳиятини оширишда муҳим омил ҳисобланади.

Тарихга бир назар солсак, мустақиллигимизнинг илк йиллари миллий армиямиз ташкил этилган даврда кўшинлар тиббий таъминотида кўпдан-кўп муаммолар юзага келди. Тиббиёт хизмати бошқарув органи, тиббий бўлинма ва муассасаларда ўз хизматини олиб борган офицерларнинг асосий қисми собиқ совет тузуми парокандаликка юз тутгандан сўнг ўз юртларига қўчиб кетиши натижасида кадрлар тақчиллиги муаммоси пайдо бўлди. Шунингдек, ҳарбий тиббий муассасаларнинг моддий-техник базаси эскириб, уларни дори-дармон ва тиббий буюмлар билан таъминлаш кўрсаткичи паст даражага тушиб қолган эди. Тиббий омборхона ва дорихоналарда сақланаётган дори заҳираларининг асосий қисмини эса яроқлилик муддатлари яқинлашган ёки ўтган дорилар ташкил этарди. Ҳарбий-тиббиёт муассасаларида ишлатилаётган тиббий жиҳозларнинг асосий қисми маънан ва жисмонан эскирган бўлиб, уларни алмаштириш талаб этилар эди. Тиббиёт хизматини бошқариш, тиббий ходимларни малакасини ошириш ва қайта тайёрлаш, дори воситалари ва тиббий буюмлар билан таъминлаш ҳамда тиббиётнинг бошқа йўналишлари бўйича амалдаги меърий ҳужжатларни қайта ишлаб чиқиш заруратга айланган эди.

Республикамиз ҳудудида жойлашган ҳарбий-тиббий муассасаларнинг ўша даврдаги фаолиятига эътибор қаратсак, моддий-техник базасига нисбатан иш юкламаси юқори бўлган тиббиёт пункти лазаретлари ва госпиталлардаги беморларнинг асосий қисмини низомга зид ҳолатлар натижасида олинган тан-жароҳатлари, тери-таносил ва юқумли касалликлар ҳамда ички касалликларнинг сурункали турлари ташкил этган. Беморларнинг кўпчилигидан госпитал ўрин жойлари тўлиб кетиши натижасида даволаш бўлимлари йўлаклари, техник зоналарга ҳам ётоқ койкалар жойлаштирилиб, беморлар ётқизилган. Ушбу ҳолатлар ўша вақтдаги тиббий ёрдам, даволаш-соғломлаштириш ишлари, санитар-гигиена ва эпидемияга қарши профилактик тадбирларининг сифати қай даражада бўлганлигини яққол кўрсатади.

Мустақиллигимизнинг дастлабки кунларидан соғлиқни сақлаш тизимида амалга оширилган ислохотлар натижасида шифо масканларининг моддий-техника базаси мустаҳкамланди, халқимизга кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифати тубдан яхшиланди. Шу билан бирга, ҳарбий тиббиётни ривожлантириш, Ватан ҳимоячиларига сифатли тиббий хизмат кўрсатиш каби муҳим ишлар ҳам мудофаа йўналишида устувор вазифа қилиб белгиланди.

Сўнгги йилларда мухтарам Президентимиз томонидан ҳарбий тиббиётга бўлган эътибор ватан ҳимоячиларига кўрсатилаётган тиббий хизмат сифатини кескин ошишига туртки бўлди.

Бугунги кунда Мудофаа вазирлиги тасарруфида замонавий тиббий асбоб-анжомлар билан жиҳозланган, малакали тиббий ходимлар фаолият олиб бораётган 10 га яқин даволаш-профилактика муассасалари, тиббий хизмат кўрсатиш тизимининг бирламчи бўғини бўлган кўп сонли тиббиёт пунктлари, шу билан бирга ҳарбий санаториялар ва бошқа махсус ҳарбий-тиббий муассасалар ҳарбий хизматчилар ва уларнинг оила аъзоларини соғлигини сақлаш ва мустаҳкамлаш йўлида фаолият олиб боришмоқда.

Бемор ва жабрланганларга ўз вақтида ва сифатли тиббий ёрдам кўрсатиш аввало етарли даражада моддий-техник базага эга тиббиёт муассасаси, унинг замонавий тиббий асбоб-ускуна ва жиҳозлар билан таъминланганлиги ҳамда етук касбий малакага эга тиббий кадрларга боғлиқлигини ҳисобга оладиган бўлсак, охириги 5 йил давомида ушбу йўналишларда улкан ютуқларга эришилди.

Жумладан, Мудофаа вазирлиги тизимидаги барча ҳарбий-тиббиёт муассасаларини замонавий архитектура талабларидан келиб чиқиб, реконструкция қилиш, капитал таъмирлаш, моддий-техник базасини ривожлантириш, уларни жаҳон стандартларига мос келадиган тиббий асбоб-анжомлар билан жиҳозлаш йўналишларида жуда катта ҳажмдаги ишлар амалга оширилди ва шу кунгача давом эттириб келинмоқда.

Биргина, Марказий ҳарбий клиник госпитали мисолида амалга оширилган ишлар давлатимиз раҳбарининг ҳарбий хизматчиларга сифатли тиббий ёрдам кўрсатиш юзасидан эътиборининг яққол тасдиғидир. Мазкур госпиталнинг барча даволаш-диагностика бўлимлари тўлиқ капитал таъмирланди, унинг ҳудудида янги ултразамонавий даволаш-диагностика корпуси қад ростлади, жаҳон стандартларига тўлиқ жавоб бера оладиган юқори технологияли тиббий асбоб-ускуналар билан жиҳозланди, тиббиёт ходимларини шижоат билан ишлаши ва беморларни сифатли даволаниши учун барча шароитлар яратилди.

Ҳарбий тиббий муассасалар ва тиббиёт пунктлари Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан тасдиқланган “Асосий дори воситалари рўйхати” га киритилган барча турдаги дори-дармон билан узлуксиз таъминланмоқда.

2012 йилгача республикамызда ҳарбий шифокорларни тайёрлаш учун алоҳида олий ҳарбий таълим масканининг йўқлиги Куролли Кучларимизни ҳарбий шифокорлар билан бутлаш масаласини ҳал этишда кескин чоралар кўрилиши-ни талаб этар эди.

Бундан 1996 йилда ҳулоса чиқарган ҳолда, 1996 йилда бошланган, объектив ва субъектив сабабларга кўра тўхтаб қолган, Республикада юқори интеллектуал салоҳиятга эга, ўз Ватанига садоқатли, кўшинларни тиббий таъминлашни самарали ташкил этишга қодир бўлган, тиббий хизматнинг юқори малакали офицерларини тайёрлашга мўлжалланган олий ҳарбий таълим масканини очиш бўйича тадбирлар давом эттирилди ва Ватанимиз мустақиллигининг 21 йиллик байрам тантаналари арафасида ушбу мақсадимиз амалга ошди.

Яъни, 2012 йилнинг 10 июль куни тарихий аҳамиятга эга Тошкент тиббиёт академияси ҳузуридаги ҳарбий-тиббиёт факультети ташкил этилди.

Ушбу факультетга нафақат офицер кадрларни тайёрлаш, балки Куролли Кучлар тизимида хизмат ва фаолият олиб бораётган тиббиёт ходимларини малакасини ошириш ва қайта тайёрлаш, заҳирадаги тиббий хизмат офицерларини тайёрлаш, ҳарбий тиббиёт соҳасида илмий тадқиқотлар олиб бориш вазифалари юклатилди.

Энг қувонарлиси, 2014 йилда ҳарбий тиббиёт факультетининг 29 нафар илк битирувчилари “Гиппократ касамёди”ни қабул қилиб, лейтенант унвонида кўшинлар тиббиёт хизматидаги офицер лавозимларини бутлаш учун юборилди.

Шу билан бирга, мазкур факультет фаолиятида ўқув жараёнида инновацион ишланмалар ва технологиялардан фойдаланиш, илмий изланишлар олиб бориш, узлуксиз касбий тайёргарликни таъминлаш каби масалалар очик қолган эди.

Шахсан мухтарам Президентимиз ташаббуслари билан юқори малакали офицер кадрлар тайёрлаш тизимини сифат жиҳатидан янги босқичга кўтариш, улар учун узлуксиз, босқичма-босқич ва мақсадли ўқитиш тизимини яратиш ҳамда ҳарбий-тиббий соҳада таълим, фан ва амалиёт уйғунлигини таъминлаш, ҳарбий тиббиётнинг долзарб масалалари юзасидан илмий тадқиқотлар олиб бориш мақсадида, 2020 йил 22 октябрда Марказий Осиё минтақасида ягона бўлган Ўзбекистон Республикаси Куролли Кучлари Ҳарбий тиббиёт академиясига асос солинди.

Академияда олий таълимдан кейинги таълимнинг ҳарбий интернатура, клиник ординатура, магистратура ва докторантура йўналишлари бўйича ўқишлар ташкил этилди. Мазкур йўналишларда нафақат ҳарбий шифокорлар балки, таянч олий тиббий маълумотга эга республикамиз ва хорижий давлатлар фуқароларини ўқитишга руҳсат этилди.

Академия тузилмасида юридик шахс мақомига эга бўлмаган Ҳарбий тиббиёт илмий-тадқиқот институти ташкил этилиб, ҳозирда республикамизда биологик, озик-овқат ва радиологик хавфсизликни таъминлаш соҳасидаги илмий тадқиқотларни олиб бориш, юзага келиши мумкин бўлган таҳдидларни таҳлил қилиш ва уларга қарши илмий асосланган мажмуавий тадбирларни ишлаб чиқиш ва назорат қилиш тизимини мувофиқлаштириш юзасидан фаолият олиб бормоқда.

Тиббий таъминот хизматининг энг долзарб вазифаларидан бири бу тиббиёт ходимларининг малакасини ошириш ва қайта тайёрлашдир. Мазкур йўналишда ҳар йили Ўзбекистон Республикаси Куролли Кучлари Ҳарбий тиббиёт академияси, Республика тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази, Тошкент фармацевтика институти, Республика ўрта тиббиёт ва фар-

мацевтика ходимларини малакасини ошириш ва уларни ихтисослаштириш маркази, Х. Сулаймонова номидаги Республика суд экспертизаси марказида 500 дан ортиқ тиббиёт ходимлари ўқитилмоқда.

Шу билан бирга, тиббиёт ходимларини дунёни ривожланган давлатларининг тиббиёт муассасаларида билим олиши ва тажриба орттиришлари учун кенг шароитлар яратилди.

Маълумот учун: 2003-2016 йилларда 32 нафар, 2017 йилдан ҳозирги кунга қадар эса 107 нафар ҳарбий шифокорлар АҚШ, Англия, Германия, Россия, Хитой ва Ҳиндистон ҳарбий клиникаларида ўз малакаларини ошириб қайтди.

Халқаро ҳарбий ҳамкорлик йўналишида АҚШ, Германия, Италия, Франция, Россия, Ҳиндистон, Покистон, Хитой, Япония, Исроил каби дунёнинг ривожланган давлатлари ҳарбий мутахассислари билан бошқарув, тактик тиббиёт, тиббий профилактика, юқори технологияларга асосланган даволаш-диагностика каби масалаларда семинар, тренинг ва “маҳорат дарслари” ўтказиб келинмоқда.

2019 йилда Ҳиндистон, 2022 йилда эса Корея Республикаси мудофаа вазирликлари билан ҳарбий тиббиёт соҳасидаги ҳамкорликка оид англашув меморандумлари имзоланди.

Маълумот учун: 2022 йилда мазкур меморандумга кўра Корея Республикасида тез тиббий ёрдам кўрсатиш дастури бўйича 12 нафар, травматология, офталмология ва нейрохирургия бўйича 4 нафар тиббиёт ходимлари малака оширди.

Мудофаа вазирлигининг тиббиёт хизмати тизимида илмий тадқиқот ишлари учун ҳам кенг имкониятлар яратилган бўлиб, ҳозирда 20 га яқин ҳарбий шифокорлар тиббиёт йўналишида фалсафа фанлари доктори илмий даражасини учун илмий изланишлар олиб бормоқда. Шу билан бирга, ҳарбий тиббий муассасаларда Ўзбекистон Республикасида хизмат кўрсатган тиббиёт ходими, тиббиёт фанлари доктори ва номзодлари, соғлиқни сақлаш аълочилари ҳамда 100 дан ортиқ олий тоифали шифокорлар фаолият олиб бормоқда.

Тиббий таъминот хизматининг бевосита фаолиятига қисқача тўхталадиган бўлсак, ҳар йили кўшинларда ўтказилаётган 500 дан ортиқ асосий тадбирларнинг тиббий таъминоти ўз вақтида ва сифатли ташкил этилмоқда. Бунга, кўшинлар жанговар тайёргарлигини таъминлаш мақсадида режалаштирилган тактик, тактик-маҳсус, тезкор-тактик, дала-ўқув машғулотларини ушбу йўналишдаги турли назорат текширувларини, йиғинларни, хорижий давлатлар ҳарбий хизматчилари билан биргаликда ташкил этилган тренингларни ва спорт мусобақаларини мисол қилиб келтириш мумкин.

Ҳарбий хизматчилар соғлиғининг ҳолати устидан доимий мониторинг олиб бориш мақсадида уларнинг чуқурлаштирилган тиббий текширувлари тўлиқ ўтказиб келинмоқда. Текширув натижалари асосида даволаш-соғломлаштириш режалари тузилиб, уларда белгиланган тадбирларнинг ижроси назорат остига олинган.

Ҳарбий-тиббий комиссиялар томонидан муддатли ва контракт бўйича ҳарбий хизматга чақирилаётган фуқаролар, олий ҳарбий билим юртларига кириш учун ҳужжат топширган абитуриентлар, сафарбарлик чақирув резервиги хизматга юборилган хизматчиларнинг тиббий кўриклари ўз вақтида амалга оширилмоқда.



Харбий-даволаш муассасаларида йилига 20 000 дан ортиқ беморлар стационар шароитда ўз соғлиғини тиклаб келаётган бўлса, мазкур муассасаларда 3 000 га яқин мураккаб, шошилиш ва режали жарроҳлик амалиётлари ҳамда 1 млн.дан ортиқ лаборатория таҳлиллари ўтказилмоқда.

Харбий санаторияларда **2 000 дан ортиқ** харбий хизматчилар, пенционерлар ва уларнинг оила аъзоларининг соғлиғини тиклаш ва мустаҳкамлаш, даволаш-реабилитация тадбирлари амалга ошириб келинмоқда. Оғир беморларга беғараз ёрдам сифатида йилига 1 000 литрга яқин қон ва қон препаратлари билан даволаш-профилактика муассасалари таъминланмоқда. “Соғлом она ва соғлом бола” дастури доирасида чегарага яқин ҳудудлар ва чекка гарнизонлардаги харбий хизматчиларнинг оила аъзолари ҳамда ижтимоий-иқтисодий ривожланиши паст бўлган кишлоқ, овул ва маҳаллалар аҳолисининг тиббик кўриклари мунтазам ўтказиб келинмоқда. Кўрик жараёнида касалликларни эрта аниқлаш учун керак бўлган тиббий текширувнинг барча турларини ва етук малакали шифокорларнинг маслаҳатларини ўтказиш, касаллик ёки турли тиббий нуқсонлар аниқланган беморларни жойлардаги даволаш-профилактика муассасалари томонидан тўлиқ тиббий назорат остига олиш белгилаб қўйилган. Ушбу хайрли ишларни амалга оширишда Соғлиқни сақлаш вазирлигининг жойлардаги даволаш-профилактика муассасалари мутахассисларининг фаол иштирокини алоҳида эътироф этиш лозим.

Маълумот учун: мазкур тадбирлар доирасида йилига 5 мингга яқин харбий хизматчиларнинг оила аъзолари, 15 мингдан ортиқ аҳоли тиббик кўриқдан ўтказилмоқда.

Шу билан бирга, барча соҳа сингари тиббиёт соҳасида ҳам “Энг илғор қўшин шифокори”, “Энг илғор фельдшер” ва “Энг илғор ҳамшира” кўрик танловларини ўтказилиб борилиши аввало тиббий мутахассисларнинг ўз касбидан ғурурланиш, билим ва кўникмаларини янада ошириш учун ўз устида тинимсиз ишлаши, лидерлик сифатларини ривожлантириши, Ватанга бўлган садоқатини янада

ошириши, пировард натижада эса қўшинлар тиббий таъминотини сифатини янада кўтаришга, демакки қўшинларнинг жанговар шайлигини оширишга хизмат қилади.

Харбий тиббиётни янада ривожлантириш бўйича тиббий таъминот хизмати томонидан истиқболдаги режаларни босқичма-босқич амалга ошириш белгиланган. Жумладан, тиббий таъминот хизмати куч ва воситаларининг жанговар шайлигини таъминлаш мақсадида:

тиббий бўлинмаларнинг мобиллигини таъминлаш, автоном ҳолда ишлаш қобилиятини янада ошириш, уларни тегишли техника ва тиббий асбоб-ускуналар билан таъминлаш, штатларини оптималлаштириш;

тиббиёт ходимларини қайта тайёрлаш ва малакасини ошириш йўналишларини янада ривожлантириш;

академия ва харбий госпиталлар базаларида тез тиббий ёрдам кўрсатиш амалиётини ўргатиш бўйича тактик тиббиёт маркази ва унинг ҳудудий филиалларини ташкил этиш, уларни тегишли замонавий симуляция воситалари билан таъминлаш;

харбий қисм ва муассасаларни замонавий махсус тиббий техникалар ва санитар автомобиллари билан таъминлаш;

харбий-тиббиёт муассасаларини замонавий архитектура талабларидан келиб чиқиб реконструкция қилиш, капитал таъмирлаш, моддий-техник базасини ривожлантириш;

харбий госпиталларни жаҳон стандартларига мос келадиган тиббий асбоб-анжомлар билан жиҳозлаш, уларнинг фаолиятига юқори технологияли даволаш-диагностика усулларини татбиқ этиш орқали тиббий хизмат кўрсатиш сифатини янада ошириш ишларини изчил давом эттириш каби тадбирларни амалга ошириш кўзда тутилган.

МУАЛЛИФЛАР УЧУН ҚЎЛЛАНМА МАЪЛУМОТ

(мақолалар фақат қўйида кўрсатилган талабдарга қатъий риоя қилинган ҳолда қабул қилинади)

ҚЎЛЎЗМАНИ ТАЙЁРЛАШ ҚОИДАЛАРИ:

I. Мақола ўзбек, рус ва инглиз тилларида, икки нусхада, электрон кўринишда, ўзбек, рус ёки инглиз тилларида резюме (10 ва 15 қатордан ортик бўлмаслиги керак) ва ички ва ташқи тақризлар, юбораётган муассасанинг хати билан биргаликда қабул қилинади.

II. Қўлёзма фақат компютерда «Word» дастурида A4 форматда бир томонлама, 14 шрифтда ёзилиши керак ва аниқ ҳарфлар билан, қаторлар ораси бир ярим интервалда, вароқ хошиялари чапдан – 3 см, ўнгдан – 1 см, юқори ва пастки – 2,5 см бўлиши керак. Мақола ҳажми ҳар бир бўлим учун белгиланган ҳажмдан ошмаслиги лозим. Саҳифаларни рақамлаш тартиби: юқори марказдан, биринчи саҳифаси рақамсиз;

III. Мақоланинг тузилиши ва ҳажми: Кириш қисми; тадқиқот усуллари; тадқиқот натижалари; муҳокама; хулосалар; фойдаланилган адабиётлар рўйхатини библиографик қоидаларга мувофиқ тузиш лозим. Материаллар аниқ, қисқа ва лўнда ифодаланиши зарур. Матнда қайтариқлар, жадвал ва расмларнинг такрорланиши мумкин эмас. Мақолаларининг ҳажми 10 бетгача, шарҳли ва тарихий мақолалар 10-15 бетгача.

IV. Ҳар бир мақолада қуйидагилар бўлиши керак: 1. УДК шифри; 2. Мақоланинг тўлиқ номи; 3. Муаллифларнинг илмий даражаси ва унвони, фамилияси, исми, шарифи; 4. Иш бажарилган муассасанинг номи; 5. Муаллифнинг почта манзили ва телефон рақами; 6. Илмий иш раҳбарининг чоп этиш учун берган рухсатномаси, мақола матни пастки қисмида эса барча муаллифларнинг имзоси бўлиши шарт. 7. Махсус ҳарфлар ва рамзлар (масалан, грек алифбосидаги ҳарфлар) ни, шунингдек, расм ва жадвалларга бериладиган ҳаволаларни матнда биринчи бор эслатилганда чап хошиясига ёзилади. 8. Ўлчов бирликларини Халқаро тизимда ифодаланиши керак, зарурат бўлганда бошқа тизимлардаги ўлчов бирлигидан кейин кавс ичида кўрсатилиши мумкин. 9. Аннотациялар ўзбек, рус, инглиз тилларида бўлиши керак.

V. Фойдаланилган адабиётлар рўйхатини библиографик қоидаларга қатъий риоя этган ҳолда амалга ошириш керак.

VI. Барча иллюстрациялар (чизмалар, диаграммалар, суръатлар) JPG, TIF форматида сақланган алоҳида файлда бўлиши керак. Ҳар бир расмнинг юқори қисмида расмнинг тартиб рақами, номи кўрсатилади. Расмлар матнда берилиши тартиби бўйича рақамланиши керак. Микрофотографияларга бериладиган изоҳларга эса окуляр ёки объективни катталаштириш тартиби кўрсатилиши керак.

VII. Жадвалларни бериш тартиби. Ҳар бир жадвални алоҳида қоғозга, икки интервалда, унинг номи, зарур ҳолларда қатор тегида изоҳлари берилиши лозим. Жадвалларда фақат тегишли зарур маълумотлар аке этиш ва тадқиқот материаллари статистик жаҳатдан умумлаштирилган

бўлиши шарт.

VIII. Формулаларни бериш тартиби. Формулаларда қуйидагиларни белгилаш керак: кичик ва катта ҳарфларни (катта ҳарфларни пастки икки чизик билан кўрсатилади ва кичик ҳарфларни устидан иккита чизикча чизиб белгиланади); қатор усти ва қатор тагидаги ҳарфлар ва рақамлар ажратиб белгиланади.

IX. Фойдаланилган адабиётларни бериш тартиби. Адабиётлар рўйхати охириги 10 йил ичида нашр этилган бўлиши, сони 10 тадан ортмаслиги керак (тадқиқот мақолалари бундан мустасно). Матнда ҳаволалар адабиётларнинг рўйхатдаги тартиб рақами бўйича кавсда берилди. Мақола матнининг охирида, биринчи муаллиф фамилиясига кўра алифбо тартибида берилди. Агар бир муаллифнинг бир неча асари берилётган бўлса, уни хронологик тартибда жойлаштирилади. Мақолалар, китоблар ва журналларнинг нашрлари улар нашр этилган тилда берилди. Қабул қилинган мақоланинг тилига таржима қилинмайди.

X. Рўйхатга қуйидагилар қиради: китоблар орқали – муаллиф (лар) нинг исми ва фамилияси, китобнинг тўлиқ номи, нашр жойи ва йили; журналларда, илмий асарлар тўпламларида: муаллифнинг фамилияси ва исми, мақола номи, журнал ёки тўплам номи, журналнинг рақами, саҳифа рақами – тўлиқлигича. Рўйхат муаллиф томонидан диққат билан тасдиқлаш керак.

XI. Бошқа нашрларга юборилган ёки чоп этилган мақолаларни нашриётда қабул қилиниши мумкин эмас.

XII. Қоидаларга кўра тайёрланмаган мақолалар эътиборга олинмайди. “Ўзбекистон Ҳарбий тиббиёти” журнали ўқув-услубий, илмий ва илмий-амалий, даволаш ва профилактиканинг муҳим масалалари ва экспериментал клиник материалларни чоп этади.

НАМУНА

Китоб: Акбаров Б.А. Ҳарбий дала жарроҳлиги / Б.А. Акбаров. – Т.: Жарроҳлик, 2020. – 144 б. Тўплам: Мирахмедов А.С. Коронавирус инфекцияси: патогенези ва даволаш усули / А.С. Мирахмедов, Л.С. Каримов // Коронавирус клиникаси, даволаш—диагностикасининг долзарб муоммолари: тезис докл. илм. конф. – Т.: ҚҚ ХТА, 2021. – 280 б. Норов В.А. Эндопротезларни ишлаб чиқариш ва такомиллаштириш истикболлари / В.А. Норов // Биринчи халқаро конф. материаллари. «Сон-чанок бўғимини эндопротезлашнинг замонавий усуллари». – Т.: Илм. – 2019. – Б. 21–23. Журналдан: Алиев М.В. Нейроциркулятор дистониянинг патоморфологик асослари / М.В. Алиев [ва бошқ.] // Ахборотнома. Тиб. акад. – ТТА. – 2011. – № 5 (13). – Б. 52–55. Патент: Пат. № 2268044 Ўзбекистон Республикаси, ХПК А61Н23.00. Эндопротезларни ўрнатиш техникасига ёндашувлар / М.А. Баймуродов, А.Н. Мукимов ва бошқ.; чоп. 13.01.2017, БИ № 01.











