



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



Сиддикиев Акмал Абдикахарович
Фарғона жамоат саломатлиги
Тиббиёт институти ректори



Норматова Шахноза Анваровна
- илмий ишлар ва инновациялар
бўйича проректор, PhD, доцент



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X
EISSN 2181-2187

2 (34/2) 2021

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ,
А. АБДУМАЖИДОВ,
М.М. АКБАРОВ,
Х.А. АКИЛОВ,
М.М. АЛИЕВ,
С.Ж. АМИНОВ,
Ш.М. АХМЕДОВ,
Ю.М. АХМЕДОВ,
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор),
Б.Т. БУЗРУКОВ,
Е.А. БЕРДИЕВ,
Р.К. ДАДАБАЕВА,
М.Н. ДАМИНОВА,
К.А. ДЕХКАНОВ,
А.А. ДЖАЛИЛОВ,
Э.С. ДЖУМАБАЕВ,
С. ИНДАМИНОВ,
А.И. ИСКАНДАРОВ,
С.И. ИСМОИЛОВ,
Э.Э. КОБИЛОВ,
Т.С. МУСАЕВ,
Ф.Г. НАЗИРОВ,
Н.А. НУРАЛИЕВ,
Ш.Э. ОМОНОВ,
Б.Т. РАХИМОВ,
Ш.И.РУЗИЕВ,
И.А. САТВАЛДИЕВА,
Ш.Т. САЛИМОВ,
Ж.Б. САТТАРОВ,
Б.Б. САФОЕВ (отв. секретарь),
Б.Т. ТАДЖИЕВ,
Д.И. ТУКСАНОВА,
А.Ж. ХАМРАЕВ,
А.М. ШАМСИЕВ,
А.К. ШАДМАНОВ,
К.Б. ШОДМАНОВ,
Н.Х. ШОМИРЗАЕВ,
Б.Б. ЭРГАШЕВ,
Н.Ш. ЭРГАШЕВ,
И.Р. ЮЛДАШОВ,
М.Ш. ХАКИМОВ,
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
ДОНГ ЖИНЧЭНГ (Китай)
В.Е. КУЗАКОВ (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Белоруссия)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПАТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЁГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN
MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал

*Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

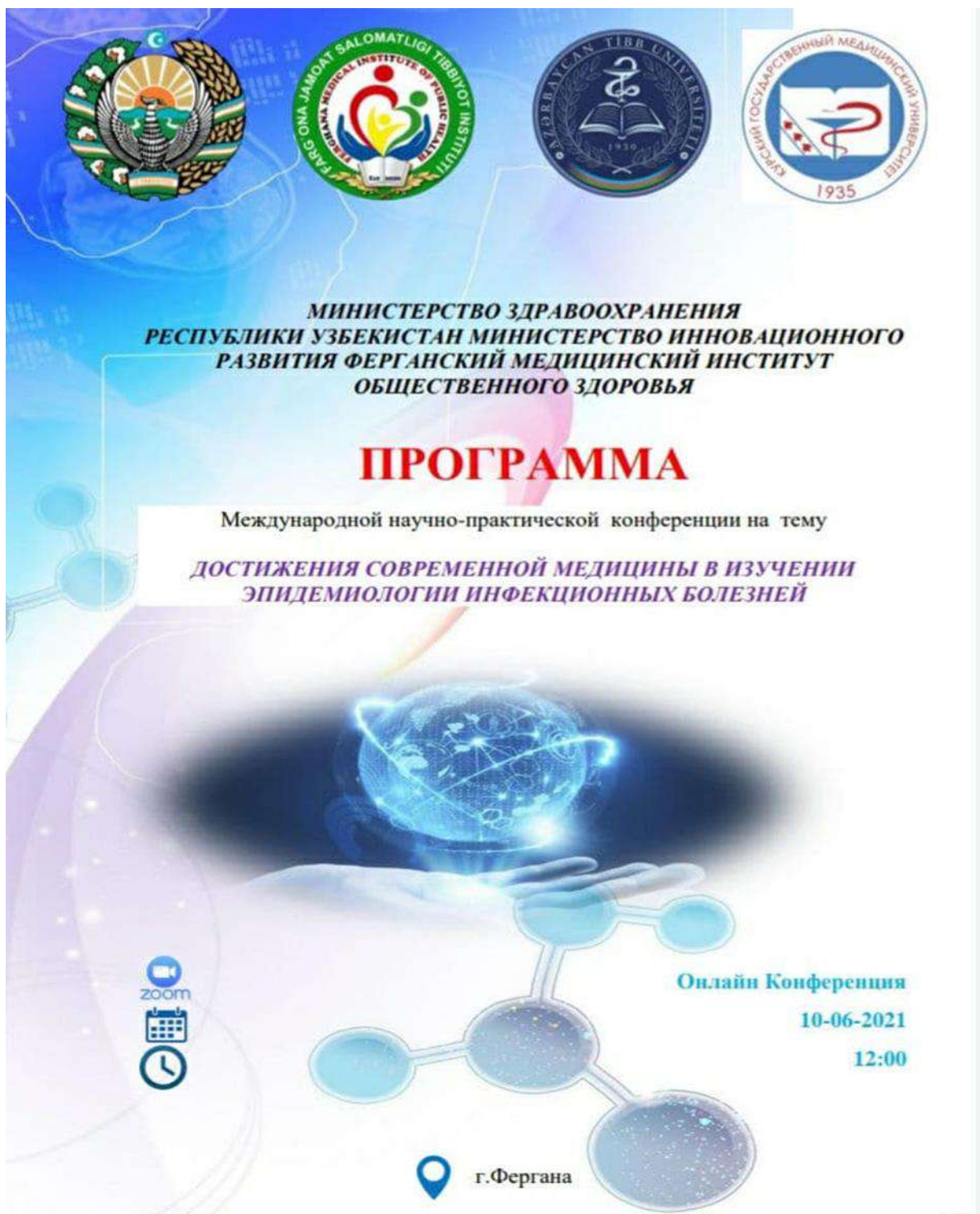
E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

2 (34/2)

2021

апрель - июнь



10.06.2021 куни soat 12:00да Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институтида Азәрбайжон тиббиёт университети ва Курск давлат тиббиёт университети ҳамкорлигида "Замонавий тиббиётнинг юқумли касалликлар эпидемиялогиясини ўрганишдаги ютуқлари" мавзусида халқаро илмий амалий анжуман бўлиб ўтди.

Искренне рад приветствовать всех вас на 1 - Международной онлайн-конференции «Роль инноваций в повышении качества образования и медицины» проводимое в партнёрстве с Курским государственным медицинским университетом России, Азербайджанским медицинским университетом и Инновационным унитарным предприятием «Научно-технологический парк» Белорусского национального технического университета «Политехник».



Курский государственный медицинский университет и Азербайджанский медицинский университет сотрудничают многими медицинскими вузами Узбекистана, в частности, с Ферганским медицинским институтом общественного здоровья очень плодотворно.

Сегодня весь мир переживает нелегкие испытания и борется против невидимого врага с большим терпением. В связи с этим, считаю, что научные и медицинские сообщества со всего мира должны сплотиться, чтобы найти эффективные методы борьбы с подобными явлениями и скорее преодолеть эти испытания. Я уверен, что данная онлайн-конференция, станет хорошей традицией для представителей медицинских вузов всего мира.

В Республике Узбекистан осуществляется широкомасштабная работа по укреплению здоровья и повышению благосостояния населения, совершенствованию системы здравоохранения, в том числе и подготовке высококвалифицированных медицинских кадров. Охрана здоровья населения является одним из приоритетных и стратегических направлений государственной политики, и постоянно находится в центре внимания многоуважаемого Президента и Правительства. Онлайн-конференция предоставляет хорошую возможность для специалистов обменяться мнениями, обсудить сложные и нерешенные вопросы, согласовать дальнейшие направления исследований в рамках совместных программ. Я надеюсь, что работа конференции будет продуктивной и откроет новые возможности для сотрудничества в области современной медицины.

Поздравляю всех гостей и участников с открытием онлайн-конференции и желаю вам успехов в научно-исследовательской работе и плодотворной работы. Всего Вам самого наилучшего! Благодарю за внимание.

Ректор ФМИОЗ

А. Сидиков

SCIENTIFIC-THEORETICAL MEDICINE

<i>Tilavberdiev Sh.A., Madaminov F.A.</i> COVID-19 ASSOCIATED INVASIVE PULMONARY ASPERGILLOSIS, DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC PROBLEMS.....5	<i>Babadjanova Xursanoy Melibayevna, Rayimova Zulfiyakxon Maxamatjonovna</i> THE URGENCY OF INTRODUCING THE SERVICE OF COMPLEX EARLY INTERVENTION IN FAMILY CLINICS.....54
<i>Madaminov S.M., Botirov M.T., Madaminov A.S.</i> EFFICIENCY OF APPLICATION OF INNOVATIVE BIOMECHANICAL ORTHOPEDIC INSTRUMENTS IN THE PATHOLOGY OF THE BONE-JOINT SYSTEM.....13	<i>Ashurova M. Dj., Abdullaeva U. Y., Yakubova M.</i> INFLUENCE OF THE RISK FACTORS COMPLEX ON THE HEALTH STATE OF WORKERS.....67
<i>Ismailova S.T.</i> SEMANTIC FEATURES OF MODERN MEDICAL TERMINOLOGY.....17	<i>Ashurova M. J., Abdullaeva U. Y., Jalolov J.o I., Alijonov A. A.</i> PSYCHOLOGY OF THE RELATIONSHIP OF THE DOCTOR AND THE PATIENT.....71
<i>Mamarizaev Kh. O., Isakov E. Z.</i> CURRENT STATE AND MAIN TRENDS OF POPULATION MORTALITY IN THE FERGHANA REGION.....22	<i>Ruzmatova K. K., Ashurova M. Dj., Ashurova M. Dj.</i> REPRODUCTIVE HEALTH PROBLEMS OF ADOLESCENTS AND WOMEN OF FERTILE AGE.....76
<i>Azimova M.K.</i> THE IMPACT OF ENVIRONMENTAL FACTORS ON WOMEN'S REPRODUCTIVE HEALTH.....30	<i>Turdiyev Sh.M., Khashirbaeva D.M.</i> HYGIENIC ASSESSMENT OF WORKING CONDITIONS AND INFLUENCE ON THE STATE OF OPERATING GREENHOUSE FARMS IN FERGANA REGION.....81
<i>Boynazarov A.A.</i> CLINICAL CURRENT AND EARLY DIAGNOSTICS OF MEDIUM SEVERITY OUTHOSPITAL PNEUMONIA IN CHILDREN.....33	<i>U.A. Teshaboev, M. Sh. Yusupova, Sh.R. Umaraliev</i> COMPLIANCE WITH THE REGIME OF THE DAY IS THE BASIS OF A HEALTHY LIFESTYLE.....84
<i>Bobojonov S. S.</i> PREVALENCE OF COMORBID PATHOLOGY IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION.....37	<i>I.F. Shamara</i> ONE OF THE ASPECTS OF TEACHING ACADEMIC ENGLISH: WORDS LINKING IDEAS IN THE SCIENTIFIC DISCOURSE.....88
<i>Georgieva I.I.</i> INCIDENCE OF SCHIZOPHRENIA IN THE KURS REGION FOR 2016-2020 YEARS.....43	<i>Ermatov N.J., Yusufov N.I., Abdullaeva O.Ya., Mirzaeva X.X.</i> STUDYING THE INFLUENCE OF SCHOOL ENVIRONMENTAL FACTORS ON STUDENT HEALTH.....90
<i>Zulunova G.K., Khamidov G.K.</i> RATIONAL USE AND PROTECTION OF NATURAL RESOURCES OF NATURAL RESOURCES OF MEDICINAL PLANTS CROCUS ALATAVICUS L.....47	<i>S. A. Sharipova, N. O. Akhmadaliev, A. A. Rustamov</i> HYGIENIC ASSESSMENT OF MICROCLIMATE INDICATORS AT PLASTIC PRODUCTS PRODUCTION PLANT "KN PLASTPRODUKT".....93
<i>Saidova S.A., Saydullaeva K.M., Yusupova M.Sh.</i> O'ZBEKISTON RESPUBLIKASIDA QISHLOQ VA SHAHAR AHOLISINI SUVDAN FOYDALANISHNI OPTIMALLASHTIRISH USULLARI VA GIGIENIK BAHOLASH.....51	<i>Mal G.S., Boldina N.V.</i> THE ROLE OF MODERN INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN IMPROVING THE QUALITY OF HEALTH EDUCATION.....98

Мақолалардаги маълумотлар учун
муаллиф ва бош муҳаррир масъул.

Таҳририят фикри муаллифлар
fikри билан муносиб бўлмаслиги
мумкин.

Барча муаллифлик ҳуқуқлари
ҳимояланган.

Барча маълумотлар таҳририят
ёзма рухсатисиз чоп этилмайди.

Масъул муҳаррир: Сафоев Б.Б.
Бадий муҳаррир: Пулатов С.М.
Таржимон: Файбуллаев С.С.

Теришга берилди 20.06.2021 й.
Босишга рухсат этилди 30.06.2021 й.
Бичими 60×84 1/8.
Шартли босма табоғи 47,0.
Офсет қоғозида чоп этилди.
Адади 100 нусха.
27-буйртма.
«HUMOYUNBEK-ISTIQLOL MO'JIZASI»
босмахонасида чоп этилди. 100000.
Тошкент, А.Темур кўчаси, 60 А.

«Тиббиётда янги кун» тиббиёт
журнали таҳририяти,
Тошкент ш., 100011,
Навоий кўчаси, 30-уй,
тел.: +99890 8061882,
e-mail: ndmuz@mail.ru

Тошкент вилояти Матбуот ва ахборот
бошқармасида 2012 йил 16 февралда
руйхатга олинган (03-084-сонли гу-
воҳнома).
Баҳоси келишилган нархда.
Нашр кўрсаткичи 7048.

<i>Norqulov S.D., Maqsudova Z.S., Abidov A.B., Nazirov Sh.A.</i>	
EDUCATION OF STUDENTS IS THE MOST IMPORTANT FACTOR PROMOTING THE FURTHER DEVELOPMENT OF CIVIL SOCIETY IN UZBEKISTAN.....	101
<i>Abdullayeva O. Y., Mamadjonova O. H.</i>	
CHRONIC DISEASE OF AGE AND GENDER - BRONCHIAL ASTHMA.....	104
<i>U.Sh.Maxamatov1, M.A.Xabibullayeva</i>	
LEGAL MEASURES AND MEASURES TO PREVENT ATMOSPHERE AIR POLLUTION IN UZBEKISTAN.....	108
<i>Boynazarov A.A., Saidullaeva K.M.</i>	
CLINICAL CURRENT AND EARLY DIAGNOSTICS OF MEDIUM SEVERITY OUT-OF-SOCIAL PNEUMONIA CHILDREN.....	113

<i>Savastyuk Anton Evgenievich</i>	
MORPHOMETRIC AND TOPOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF THE WORM PROCESS DURING USE IN CHILDREN.....	119
<i>Pattakhova Malika Khusanovna</i>	
STUDYING THE FOOD STATUS OF PATIENTS WITH CHRONIC LIVER DISEASES.....	123
<i>Sidiqov Bobirjon Tursinali o'g'li, Ashurova Manzura Djaloldinovna</i>	
REPRODUCTIVE HEALTH PROBLEMS OF ADOLESCENTS AND WOMEN OF FERTILE AGE...	128

THESES

First page.....	133
Last page.....	271

**COVID-19 ASSOCIATED INVASIVE PULMONARY ASPERGILLOSIS, DIAGNOSTIC
AND THERAPEUTIC PROBLEMS
(Literature review)**

¹Tilavberdiev Sh.A., ²Madaminov F.A.

¹Republican AIDS Center;

²Fergana Medical Institute of Public Health

✓ **Resume**

There is currently no agreed definition of a case of invasive pulmonary aspergillus's (CIPA) associated with COVID-19 that could help in the early detection of this co-infection. In addition, with the emergence of triazole resistance worldwide, we emphasize the importance of testing for antifungal sensitivity to ensure proper antifungal therapy.

Here is an overview of published CIPA cases, highlighting the diagnostic and therapeutic challenges associated with this new fungal co-infection.

Key words: COVID-19 pneumonia; invasive pulmonary aspergillus's; diagnosis; multi-triazole resistance; COVID-19-associated invasive pulmonary aspergillus's.

**COVID-19 АССОЦИИРОВАННЫЙ ИНВАЗИВНЫЙ ЛЕГОЧНОЙ АСПЕРГИЛЛЕЗ,
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ
(Обзор литературы)**

¹Тилавбердиев Ш.А., ²Мадаминов Ф.А.

¹Республиканский центр по борьбе со СПИДом;

²Ферганский медицинский институт общественного здоровья

✓ **Резюме**

В настоящее время нет согласованного определения случая инвазивного легочного аспергиллеза (СИЛА), связанного с COVID-19, которое могло бы помочь в раннем выявлении этой коинфекции. Кроме того, с появлением во всем мире устойчивости к триазолу мы подчеркиваем важность тестирования на чувствительность к противогрибковым препаратам для обеспечения надлежащей противогрибковой терапии.

Здесь представлен обзор опубликованных случаев САРА, в котором освещаются диагностические и терапевтические проблемы, связанные с этой новой грибковой коинфекцией.

Ключевые слова: пневмония COVID-19; инвазивный аспергиллез легких; диагностика; мульти-триазольная устойчивость; COVID-19-ассоциированный инвазивный легочный аспергиллез.

**COVID-19 АССОЦИРЛАШГАН ИНВАЗИВ УПКА АСПЕРГИЛЛЕЗИ, ДИАГНОСТИК
ВА ДАВОЛАШ МУАММОЛАРИ
(Адабиётлар шархи)**

¹Тилавбердиев Ш.А., ²Мадаминов Ф.А.

¹Республика ОИТСга қарши курашиш маркази

²Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

✓ **Резюме**

Хозирги вақтда COVID-19 билан боғлиқ ўпканинг инвазив аспергиллези (ЎИА)нинг коинфекцияни эрта аниқлашда ёрдам берувчи батафсил таърифи мавжуд эмас. Бундан ташқари, бутун дунё бўйлаб триазолга нисбатан чидамликнинг пайдо бўлиши сабабли

биз антифунгал терапияни таъминлаш учун антифунгал дориларга нисбатан сезгирлик тестининг муҳимлигини таъкидлаймиз.

Бу ерда ушбу янги замбуругли коинфекцияси билан боғлиқ диагностика ва терапевтик муаммоларни таъкидлайдиган нашр этилган, ЎИА ҳолатларининг умумий кўриниши келтирилган.

Калит сўзлар: пневмония, COVID-19, ўпканинг инвазив аспергиллёзи, мульти-триазолли чидамлилик, COVID-19 ассоциацияланган инвазив ўпка аспергиллёзи.

Introduction

In recent years, the urgency of mycoses all over the world has been steadily growing. Both their frequency and the mortality caused by them are growing rapidly [1-5]. At the same time, the prevalence of various variants of mycotic lesions, their epidemiological features remain poorly understood.

For the purpose of international coordination of research in this direction, a specialized organization LIFE (Leading International Fungal Education) was created [6]. With the help of her proposed methodology, preliminary epidemiological indicators for mycoses in many countries of the world are determined.

Tilavberdiev Sh.A., Klimko N.N., Denning D.V. (2016) studying the use of the life program model to assess the prevalence of severe and chronic mycotic diseases in the Republic of Uzbekistan, note that in 2014 in the Republic of Uzbekistan the number of patients with severe and chronic mycotic diseases was 535 640 people. Of these, acute mycotic diseases totaled 12351 cases, chronic - 523289. The most frequent cases were chronic recurrent vulvovaginal candidiasis ((513600 cases), trichophytosis of the scalp (6414) and recurrent oral candidiasis (4950). the prevalence of mycoses in the Republic of Uzbekistan, which necessitates a deeper study of their epidemiological and clinical features and the improvement of preventive measures [7].

Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) caused by Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) is a novel respiratory viral infection first reported in Wuhan, Hubei Province, China, at the end of 2019. [eight].

Since then, there have been more than 10 million confirmed cases of COVID-19, including more than half a million deaths [9]. Although infection can range from asymptomatic to mild upper respiratory tract infection, it can also lead to severe pneumonia with acute respiratory distress syndrome (ARDS) requiring intensive care and mechanical ventilation [10]. The mortality rate varies by location and varies over time, reported from 0.2% in Germany to 7.7% in Italy, with a higher risk of death in older patients

[11]. It was recently reported that 26% of patients admitted with severe COVID-19 infection died in intensive care [12].

The emergence in the world of a new extremely dangerous pathogen - COVID-19 (SARS-CoV-2) has led to a significant increase in competition between this virus and pathogenic fungi (*Aspergillus*, *Cryptococcus*) for the invasion of susceptible, primarily immunocompromised patients. As a result, the risk of developing associated pneumonia, with a severe course and often an unfavorable prognosis, has significantly increased, which necessitates the urgent development of methods of adequate therapy and measures to prevent such pathological conditions.

Infection with SARS-CoV-2 results in both innate and adaptive immune responses that include a local immune response, recruitment of macrophages and monocytes that respond to infection, release cytokines, and initiate adaptive T and B cell immune responses. In most cases, this process will heal the infection. However, in some cases that manifest as severe COVID-19 infections, a dysfunctional immune response occurs that can cause significant pulmonary and even systemic pathology [13]. Diffuse damage to the alveolar ridge and dysregulation of the immune response in severe COVID-19 pneumonia makes these patients vulnerable to secondary infections [14]. Viral, bacterial and fungal co-infections have been reported in patients with COVID-19, and early diagnosis of these co-infections is important for appropriate antimicrobial therapy [15].

COVID-19-associated invasive pulmonary aspergillosis (CIPA) is a recently described syndrome affecting COVID-19 patients with ARDS who require intensive care hospitalization. Due to the global spread of COVID-19, 38 cases of CIPA have been reported as of June 30, 2020. [sixteen].

Coronaviruses are a large group of RNA viruses that infect humans, birds, bats, snakes, mice, and other animals. Seven known human coronaviruses (HCoV) have been identified, with the most commonly detected 229E, OC43, NL63 and HKU1. The first two account for

approximately 15–29% of respiratory viral pathogens with relatively low virulence in humans [23]. Three other strains of HCoV, namely Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus (SARS-CoV), Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) and Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2), have different pathogenic potential and have been shown to that they lead to a higher mortality rate among humans [24].

To date, *Aspergillus* coinfection in patients with coronavirus infections is probably underdiagnosed and underreported, most likely due to a lack of clinical awareness and diagnostic screening [25]. The published literature on SARS-CoV-1 Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) has identified only four cases of invasive aspergillosis (IA), all of which were diagnosed at autopsy [26]. None of the four patients had a history of underlying immunodeficiency, but they received corticosteroids, which were part of the treatment for SARS patients in 2003. One of these patients was an intensive care physician who received several courses of methylprednisolone. The results of postmortem examination in this patient were consistent with disseminated invasive aspergillosis with abscesses in many organs [26]. With regard to MERS-CoV, another hepatitis B virus that also causes severe respiratory infections, secondary bacterial infections have been reported [27], but a literature search yielded no published data on *Aspergillus* coinfection. This is most likely due to the low number of autopsies performed on these patients, which are usually not performed for religious and cultural reasons, to prevent environmental pollution and subsequent infection of healthcare workers [31].

Early reports from China document *Aspergillus* spp. were isolated from respiratory samples from patients with COVID-19 pneumonia, but there was no information about its clinical significance or the results of treatment of these patients [28]. Lescure et al. published a series of cases detailing the first five imported cases of COVID-19 in France, with one of these five having severe COVID-19 pneumonia requiring hospitalization and who was treated with triazoles after isolating *Aspergillus flavus* from tracheal aspirate [18].

As of June 30, 2020, 38 cases of CIPA have been reported from several countries, mainly in Europe, but the true incidence of this new coinfection is unknown. All affected patients were admitted to the intensive care unit due to COVID-19 pneumonia and ARDS, which

required mechanical ventilation. Thirty of them were male, mean age 65.9 years (range 38–86, median 70).

The diagnosis of proven IA requires culture or histopathological biopsy findings or sterile site specimens [32]. Of the 38 considered here, only six are proven cases. One patient was suspected of having CIPA pre-mortem when *A. fumigatus* was isolated from bronchoalveolar lavage fluid (BALF) and the optical density index (ODI) of serum galactomannan (GM) was 8.6. Despite antifungal therapy (AFT), the patient succumbed to the infection and the diagnosis of CIPA was confirmed at autopsy. Another patient was diagnosed at autopsy based on histopathological findings of fungal hyphae and spores in lung tissue, which was further confirmed by nucleotide sequencing and identified as *A. penicilliioides*. A preserved peripheral blood sample showed a GM ODI of 4.290 [19]. The remaining four confirmed cases were diagnosed by histopathological examination of biopsy material taken during bronchoscopy of suspicious tracheobronchial lesions [17]. However, most patients with severe COVID-19 pneumonia are usually critically ill and hemodynamically unstable, making it impossible to perform invasive procedures such as bronchoscopy with lavage or lung biopsy. In addition, bronchoscopy is not recommended for patients with COVID-19 due to the risks associated with this aerosol production procedure for both the patient and the treating healthcare professional, unless it is considered life-saving [33]. In accordance with current guidelines that apply to different patient populations, the diagnosis of probable or suspected invasive aspergillosis (IA) is made using a combination of host factors, clinical features, and mycological evidence of *Aspergillus* infection [30]. Most patients with CIPA, including those with confirmed IA, did not have the host factors described for IA by the European Organization for Research and Treatment of Cancer and the Mycoses Education and Research Consortium (EORTC / MSGERC). Severe viral pneumonia is not considered a risk factor for invasive pulmonary aspergillosis, although structural damage as well as dysregulated immune response may predispose to secondary coinfection with *Aspergillus* sp. [13].

An alternative diagnostic approach is to use a clinical algorithm that has been validated for the diagnosis of IA in patients in intensive care units [32] with severe COVID-19 infection and isolation of *Aspergillus* sp. from BALF as entry criteria. Recently, a panel of experts proposed case definitions of influenza-associated

pulmonary aspergillosis that could also be considered for classifying patients with CIPA, while further histopathological studies are awaited to provide more information on the interaction between *Aspergillus* and SARS-CoV-2 infected lungs [29]. Patients with confirmed severe COVID-19 infection and pulmonary infiltrates on chest imaging should initiate testing for *Aspergillus* infection by culture of respiratory specimens and / or detection of GM in either serum or BAL fluid if and when bronchoscopy is performed. However, serum GM is of low sensitivity in patients without neutropenia [32] and bronchoscopy may not be possible. Endotracheal aspirates (ETAs) are a potentially safer alternative test because collection does not include aerosol generation procedures; however, their use in detecting GM has not been confirmed. In previous reports, the cultivation of *Aspergillus* spp. from samples, ETA is interpreted as colonization only, but when considered in combination with clinical presentation and biomarkers such as serum GM, this may indicate IA [46]. Of the 38 CIPA cases reviewed here, 16 and 14 patients had *Aspergillus* sp. isolated from BALF and ETA samples, respectively, and another patient had *Aspergillus* sp. culture from a sputum specimen, with *A. fumigatus* being the most frequently identified species. BALF / ETA GM indices were ≥ 1 in 16 of 23 patients, and serum GM ODI ≥ 0.5 in only 9 of 33 cases. Newer tests to detect *Aspergillus* specific antigen or GM in serum or BALF may also be useful as early evidence for CIPA in critically ill COVID-19 patients [36]. It has been reported that in one patient with CIPA, *Aspergillus* specific antigen was detected by ETA using a sidestream device [22]. The diagnostic efficacy of this lateral flow assay in the early diagnosis of AI in patients with severe influenza and / or COVID-19 is currently being investigated (ISRCTN51287266). Serum β -D-glucan 1-3 (BDG), a pancreatic marker, was positive in 6 of the 14 CIPA cases in which BDG was reported. Although this biomarker is nonspecific for *Aspergillus* infection, it is included as an indirect mycological criterion in the EORTC / MSGERC definitions; therefore, a positive BDG may aid in confirming the diagnosis of CIPA [31] with improved diagnostic rates in the presence of ≥ 2 positive results [37]. Real-time PCR detection of *Aspergillus* DNA is another method that can confirm the diagnosis of probable AI [31]. *Aspergillus* DNA was detected in 13 of 19 CIPA patients, where real-time quantitative PCR was performed on either respiratory or serum samples.

The typical "halo feature" associated with IPA in neutropenic patients is rarely seen in non-neutropenic IPA patients, where radiographic imaging can show a variety of patterns from multiple pulmonary nodules to various non-specific findings that include consolidation, cavitation, pleural effusion, opacities of ground glass, clouding of the tree-in-bud, and atelectasis [38]. High-resolution computed tomography (CT) is preferred over other images such as chest radiographs [31]. Of the 38 reported cases, CIPA CT was performed in 15, where one patient had a reverse halo [22], six patients had frosted glass opacities and different sizes and numbers of nodules [18], and others had results, "typical" for pneumonia COVID-19. Patients with severe COVID-19 pneumonia in the intensive care unit are often clinically unsuitable for additional imaging, which complicates the interpretation of the isolation value of *Aspergillus* sp. from samples of the upper respiratory tract.

Excluding the six proven CIPA cases, 18 of the remaining 32 cases reviewed here met the definition of a probable CIPA case as suggested by the expert panel [29]; 11 people had an estimated PND using the AspiIT criteria [32]; and one had a plausible CIPA using the EORTC / MSGERC definitions [31]. Two patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) can be classified as probable CIPA according to the definitions of Bulpa et al. for patients with COPD [30]. We emphasize that the definitions published by EORTC / MSGERC are recommended for research purposes only and should not be used for clinical decision making [31]. Perhaps a more pragmatic approach to diagnosing CIPA would be to combine ≥ 2 mycological criteria in the intensive care setting of a patient with severe COVID-19 pneumonia, including the following: 1. Serum GM / BALF / ETA detection. 2. Isolation of *Aspergillus* sp. from BALF / ETA / sputa 3. Determination of serum REM. 4. Detection of *Aspergillus* DNA by real-time PCR in blood or respiratory tract samples.

This approach can help in the early initiation of antifungal therapy.

Clinical suspicion or confirmed diagnosis of *Aspergillus* coinfection should initiate initiation of empirical or targeted antifungal therapy, respectively, even if its effectiveness has not been established. We note that only 13 of the 38 reported cases survived infection, and the dying died from multiple organ failure and sepsis. International treatment guidelines recommend triazoles, voriconazole, or isavuconazole as first-line treatment for AIs [38]. The emergence of

multi-triazole resistance in *A. fumigatus* casts doubt on the effectiveness of triazoles in the successful treatment of IPA [39], especially in areas of high prevalence, and their use in such cases is associated with increased mortality [41]. Triazole resistance in *A. fumigatus* is causally related to the use of triazole compounds, which are structurally similar to those used in medical practice, as agricultural fungicides or, less commonly, for the prolonged use of triazole in selected patients [40].

The first mechanism of resistance usually affects azole-naïve patients and is characterized by elevated minimum inhibitory concentrations (MICs) of itraconazole, voriconazole, posaconazole, and isavuconazole. This highlights the importance of antifungal susceptibility testing (AFST) using phenotypic or genotypic methods to detect triazole resistance, which will help guide treatment choices. Although it is generally known that cultures have low diagnostic sensitivity [42], the ability to cultivate *Aspergillus* sp. will determine the MIC for triazoles. Recently, a four-well triazole screening plate has been approved for *A. fumigatus*, which may be useful in laboratories unable to perform the recommended microbiological dilution methods for AFST [43]. Genotypic testing using molecular assays has also been performed to detect *Aspergillus* spp. and common mutations associated with triazole resistance directly from clinical specimens [44], allowing rapid identification of a resistance marker and treatment options. Twenty-two of the 38 CIPA cases reviewed here received a triazole-based AFT regimen, either alone or in combination with echinocandin or liposomal amphotericin B, with triazole resistance using molecular techniques. Three cases were reported to be caused by triazole-resistant *A. fumigatus*, all of which had the *cyp 51A* TR34 L98H mutation [21]. Knowledge of the local epidemiology of triazole resistance is important for the selection of therapy pending susceptibility testing. It has been recommended that in areas with > 10% triazole resistance, combination therapy with voriconazole and echinocandin or liposomal amphotericin B should be used as initial therapy [39]. However, many countries lack surveillance systems to determine the prevalence of triazole resistance in *A. fumigatus*, which is known to be the most common species of *Aspergillus* spp. causing IA, which has also been observed in the cases of CIPA that have been reported to date.

Rutsaert et al. from the Netherlands reported the introduction of prophylactic liposomal amphotericin-B in aerosol form to all ventilated

patients with COVID-19 in intensive care units after they identified a cluster of seven CIPA cases, four of which were proven. Antifungal prophylaxis was part of this cluster's multifaceted treatment, which also included two-week serum GM screening and BALF if and when bronchoscopy was performed. Their ICU also installed high-efficiency air filters to trap particulate matter. The authors reported that at the time of writing, no further cases have been identified since these measures were taken. The rationale for prospective trials needs to be determined to determine if antifungal prophylaxis is indicated in severe cases of COVID-19. A clinical trial of posaconazole for the prevention of pulmonary aspergillosis in patients with severe influenza (NCT03378479) is ongoing and will provide evidence of the effectiveness of this approach, at least for influenza [45].

New antifungal agents with novel mechanisms of action are under development to address the problem of antifungal resistance that threatens the efficacy of the few agents currently used to treat invasive fungal diseases [46]. Clinical trials of three new antifungal agents are ongoing, namely ibrexafungerp (NCT03672292), olorofim (NCT03583164) [47] and fosmanogepix (NCT04240886). Ibrexafungerp, which is structurally similar to echinocandins, inhibits the fungal β -1,3-glucan synthase with activity against the triazole-resistant *Aspergillus* sp. Olorofim and fosmanogepix have different new targets, which are fungal dihydroorotate dehydrogenase, an important enzyme in the synthesis of fungal DNA, and inhibition of the fungal enzyme Gwt1, which inactivates the modification of mannoproteins, which is an important component in maintaining the integrity of the fungal cell wall, respectively [48]. All three agents have activity against *Aspergillus* spp., including *A. fumigatus*, which may have a positive impact on the future treatment of patients with IA and in particular with CIPA.

Conclusions

Thus, this review highlights the diagnostic and therapeutic challenges of CIPA, a recently identified fungal coinfection in patients with severe COVID-19. We highlight the pitfalls of current AI definitions applied to these patients and the need to further evaluate the usefulness of culture and detection of fungal antigens in upper respiratory tract specimens in the diagnosis of AI. In addition, given the global emergence of triazole resistance in *Aspergillus* spp., The performance of AFST by phenotypic methods and / or the detection of mutations associated

with antifungal resistance by genotypic methods is critical for the timely administration of appropriate antifungal therapy and will provide valuable results, information on the prevalence of resistance to triazole in *A. fumigatus* and other *Aspergillus* spp. for observation purposes. In addition, well-designed trials are needed to determine the optimal therapeutic approach for patients with CIPA.

LIST OF REFERENCES:

1. Borzova Yu.V., Bogomolova TS Invasive mycoses in St. Petersburg // Infection and immunity. - 2012. - T. 2, No. 1. - S. 355.
2. Vasilyeva N.V., N.N. Klimko N.N., Tsinslering V.A. Diagnostics and treatment of invasive mycoses: modern recommendations // Bulletin of SPbMAPO. - 2010. - No. 4. - S. 5-18.
3. Klimko N.N., Kozlova Ya.I., Hostelidi S.N. and other Prevalence of severe and chronic mycotic diseases in the Russian Federation according to the LIFE PROGRAM model // Problems of medical mycology. - 2014. - T. 16, No. 1. - S. 3-8.
4. Tilavberdiev Sh.A., Mavlyanova Sh.Z. Mycoses and HIV infection // Med. magazine of Uzbekistan. - 2015. - No. 5. - S. 67-71.
5. Brown G.D., Denning D.W., Gow N.A., et al. Hidden killers: human fungal infections // Sci. Transl. Med. - 2012. - Vol. 19, no. 4 (165). - P. 165rv13.
6. LIFE (Leading international fungal education). The official website of the organization - www.LIFE-worldwide.org
7. Tilavberdiev Sh.A., Klimko N.N., Denning D.V. Using the life program model to assess the prevalence of severe and chronic mycotic diseases in the Republic of Uzbekistan // Problems of medical mycology, 2016, v. 18, no. 3.
8. Zhu, N.; Zhang, D.; Wang, W.; Li, X.; Yang, B.; Song, J.; Zhao, X.; Huang, B.; Shi, W.; Lu, R.; et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N. Engl. J. Med.* **2020**, *382*, 727–733. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
9. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Situational Report. Available online: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200702-covid-19-sitrep-164.pdf?sfvrsn=ac074f58_2 (accessed on 2 July 2020).
10. Cevik, M.; Bamford, C.; Ho, A. COVID-19 pandemic—A focused review for clinicians. *Clin. Microbiol. Infect.* **2020**. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
11. Mortality Risk of COVID-19. Available online: <https://ourworldindata.org/mortality-risk-covid> (accessed on 2 July 2020).
12. Grasselli, G.; Zangrillo, A.; Zanella, A.; Antonelli, M.; Cabrini, L.; Castelli, A.; Cereda, D.; Coluccello, A.; Foti, G.; Fumagalli, R.; et al. Baseline Characteristics and Outcomes of 1591 Patients Infected With SARS-CoV-2 Admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. *JAMA* **2020**, 1–8. Available online: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32250385> (accessed on 2 July 2020).
13. Tay, M.Z.; Poh, C.M.; Rénia, L.; MacAry, P.A. Ng LFP The trinity of COVID-19: Immunity, inflammation and intervention. *Nat. Rev. Immunol.* **2020**, *20*, 363–374. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
14. Chuan, Q.; Luoqi, Z.; Ziwei, H.; Shuoqi, Z.; Sheng, Y.; Yu, T.; Cuihong, X.; Ke, M.; Ke, S.; Wei, W.; et al. Dysregulated immune response in patients with COVID-19 in Wuhan China. *Clin. Infect. Dis.* **2020**. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
15. Lansbury, L.; Lim, B.; Baskaran, V.; Lim, W.S. Co-infections in people with COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *J. Infect.* **2020**. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
16. Koehler, P.; Cornely, O.A.; Böttiger, B.W.; Dusse, F.; Eichenauer, D.A.; Fuchs, F.; Hallek, M.; Jung, N.; Klein, F.; Persigehl, T.; et al. COVID-19 associated pulmonary aspergillosis. *Mycoses* **2020**, *63*, 528–534. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
17. Rutsaert, L.; Steinfert, N.; Van Hunsel, T.; Bomans, P.; Naesens, R.; Mertes, H.; Dits, H.; Van Regenmortel, N. COVID-19-associated invasive pulmonary aspergillosis. *Ann. Intensiv. Care* **2020**, *10*, 71. Available online: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32488446> (accessed on 2 July 2020). [[CrossRef](#)]
18. Antinori, S.; Rech, R.; Galimberti, L.; Castelli, A.; Angeli, E.; Fossali, T.; Bernasconi, D.; Covizzi, A.; Bonazzetti, C.; Torre, A.; et al. Clinical and virological data of the first cases of COVID-19 in Europe: A case series. *Lancet Infect. Dis.* **2020**, *20*, 697–706. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
19. Santana, M.F.; Pivoto, G.; Alexandre, M.A.A.; Baja-da-Silva, D.C.; da Silva Barba, M.; Val, F.A.; Brito-Sousa, J.D.; Melo, G.C.; Monteiro, W.M.; Souza, J.V.B.; et al. Confirmed Invasive Pulmonary Aspergillosis and COVID-
20. The value of postmortem findings to support antemortem management. *J. Brazilian Soc.*

- Trop. Med.* **2020**, 53, e20200401. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
21. Ferreira, T.G.; Saade, A.; Alanio, A.; Bretagne, S.; Castro, R.A.; De Hamane, S.; Azoulay, E.; Bredin, S. Recovery of a triazole-resistant *Aspergillus fumigatus* in respiratory specimen of COVID -19 patient in ICU - A case report. *Med. Mycol. Case Rep* **2020**. Available online: (accessed on 2 July 2020).
 22. Prattes, J.; Valentin, T.; Hoenigl, M.; Talakic, E.; Reisinger, A.C.; Eller, P. Invasive pulmonary aspergillosis complicating COVID-19 in the ICU—A case report. *Med. Mycol. Case Rep.* **2020**. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
 23. Li, G.; Fan, Y.; Lai, Y.; Han, T.; Li, Z.; Zhou, P.; Pan, P.; Wang, W.; Hu, D.; Liu, X.; et al. Coronavirus infections and immune responses. *J. Med. Virol.* **2020**, 92, 424–432. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
 24. Memish, Z.A.; Perlman, S.; Van Kerkhove, M.D.; Zumla, A. Middle East respiratory syndrome. *Lancet* **2020**, 395, 1063–1077. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
 25. Thompson, I.G.R.; A Cornely, O.; Pappas, P.G.; Patterson, T.F.; Hoenigl, M.; Jenks, J.D.; Clancy, C.J.; Nguyen, M.H. On behalf of the MSG (MSG) and EC of MM (ECMM). Invasive aspergillosis as an underrecognized superinfection in COVID-19. *Open Forum Infect. Dis.* **2020**. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
 26. Wang, H.; Ding, Y.; Li, X.; Yang, L.; Zhang, W.; Kang, W. Fatal Aspergillosis in a Patient with SARS Who Was Treated with Corticosteroids. *N. Engl. J. Med.* **2003**, 349, 507–508. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
 27. Arabi, Y.M.; Deeb, A.M.; Al-hameed, F.; Mandourah, Y.; Mady, A.; Alraddadi, B.; Almotairi, A.; Al, K.; Abdulmomen, A.; Qushmaq, I.; et al. Macrolides in critically ill patients with Middle East Respiratory Syndrome. *Int. J. Infect. Dis.* **2019**, 81, 184–190. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
 28. Chen, N.; Zhou, M.; Dong, X.; Qu, J.; Gong, F.; Han, Y.; Qiu, Y.; Wang, J.; Liu, Y.; Wei, Y.; et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: A descriptive study. *Lancet* **2020**, 395, 507–513. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
 29. Verweij, P.; Rijnders, B.J.A.; Brüggemann, R.J.M.; Azoulay, E.; Bassetti, M.; Blot, S.; Calandra, T.; Clancy, C.J.; Cornely, O.A.; Chiller, T.; et al. Review of influenza-associated pulmonary aspergillosis in ICU patients and proposal for a case definition: An expert opinion. *Intensiv. Care Med.* **2020**, 1–12. (In Press) [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
 30. Bulpa, P.; Dive, A.; Sibille, Y. Invasive pulmonary aspergillosis in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Eur. Respir. J.* **2007**, 30, 782–800. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
 31. Donnelly, J.P.; Chen, S.C.; Kauffman, C.A.; Steinbach, W.J.; Baddley, J.W.; Verweij, P.E.; Clancy, C.J.; Wingard, J.R.; Lockhart, S.R.; Groll, A.H.; et al. Revision and Update of the Consensus Definitions of Invasive Fungal Disease From the European Organization for Research and Treatment of Cancer and the Mycoses Study Group Education and Research Consortium. *Clin. Infect. Dis.* **2019**. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
 32. Blot, S.I.; Taccone, F.S.; Van Den Abeele, A.M.; Bulpa, P.; Meersseman, W.; Brusselsaers, N.; Dimopoulos, G.; Paiva, J.A.; Misset, B.; Rello, J.; et al. A Clinical Algorithm to Diagnose Invasive Pulmonary Aspergillosis in Critically Ill Patients. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* **2012**, 186, 56–64. Available online: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L36516539> (accessed on 2 July 2020). [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
 33. Wahidi, M.M.; Shojaee, S.; Lamb, C.R.; Ost, D.; Maldonado, F.; Eapen, G.; Caroff, D.A.; Stevens, M.P.; Ouellette, D.R.; Lilly, C.; et al. The Use of Bronchoscopy During the COVID-19 Pandemic. *Chest* **2020**, 1–14. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
 34. Meersseman, W.; Lagrou, K.; Maertens, J.; Wilmer, A.; Hermans, G.; Vanderschueren, S.; Spriet, I.; Verbeken, E.; Van Wijngaerden, E. Galactomannan in bronchoalveolar lavage fluid, a tool for diagnosing aspergillosis in intensive care unit patients. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* **2008**, 177, 27–34. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
 35. Vandewoude, K.H.; Blot, S.I.; Depuydt, P.; Benoit, D.; Temmerman, W.; Colardyn, F.; Vogelaers, D. Clinical relevance of *Aspergillus* isolation from respiratory tract samples in critically ill patients. *Crit. Care* **2006**, 10, R31. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
 36. White, P.L.; Price, J.S.; Posso, R.; Cutlan-Vaughan, M.; Vale, L.; Backx, M. Evaluation of the Performance of the IMMY sona *Aspergillus* Galactomannan Lateral Flow Assay When Testing Serum To Aid in Diagnosis of Invasive Aspergillosis. *J. Clin. Microbiol.* **2020**, 58, e00053-20. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
 37. Talento, A.F.; Dunne, K.; Joyce, E.A.; Palmer, M.; Johnson, E.; White, P.L.; Springer, J.; Loeffler, J.; Ryan, T.; Collins, D.; et al. A prospective study of fungal biomarkers to

- improve management of invasive fungal diseases in a mixed specialty critical care unit. *J. Crit. Care* **2017**, *40*. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
38. Ullmann, A.J.; Aguado, J.M.; Arikan-Akdoglu, S.; Denning, D.W.; Groll, A.H.; Lagrou, K.; Lass-Flörl, C.; Lewis, R.E.; Munoz, P.; Verweij, P.E.; et al. Diagnosis and management of Aspergillus diseases: Executive summary of the 2017 ESCMID-ECMM-ERS guideline. *Clin. Microbiol. Infect* **2018**, *24* (Suppl. 1), e1–e38. Available
 39. Verweij, P.E.; Ananda-Rajah, M.; Andes, D.; Arendrup, M.C.; Brüggemann, R.J.; Chowdhary, A.; Cornely, O.A.; Denning, D.W.; Groll, A.H.; Izumikawa, K.; et al. International expert opinion on the management of infection caused by azole-resistant Aspergillus fumigatus. *Drug Resist. Updat.* **2015**, *21–22*, 30–40. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
 40. Verweij, P.E.; Mellado, E.; Melchers, W.J. Multiple-Triazole-Resistant Aspergillosis. *N. Engl. J. Med.* **2007**, *356*, 1481–1483. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
 41. Resendiz-Sharpe, A.; Mercier, T.; Lestrade, P.P.A.; Van Der Beek, M.T.; Von Dem Borne, P.A.; Cornelissen, J.J.; De Kort, E.; Rijnders, B.J.A.; Schauwvlieghe, A.F.A.D.; Verweij, P.E.; et al. Prevalence of voriconazole-resistant invasive aspergillosis and its impact on mortality in haematology patients. *J. Antimicrob. Chemother.* **2019**, *74*, 2759–2766. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
 42. Schelenz, S.; Barnes, R.A.; Barton, R.C.; Cleverley, J.R.; Lucas, S.B.; Kibbler, C.C.; Denning, D.W. British Society for Medical Mycology best practice recommendations for the diagnosis of serious fungal diseases. *Lancet Infect. Dis.* **2015**, *15*, 461–474. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
 43. Van der Linden, J.W.M.; Arendrup, M.C.; Van der Lee, H.A.L.; Melchers, W.J.G.; Verweij, P.E. Azole containing agar plates as a screening tool for azole resistance of Aspergillus fumigatus. *Mycoses* **2009**, *52*, 19. [[Google Scholar](#)]
 44. Zhao, Y.; Garnaud, C.; Brenier-Pinchart, M.P.; Thiébaud-Bertrand, A.; Saint-Raymond, C.; Camara, B.; Hamidfar, R.; Cognet, O.; Maubon, D.; Cornet, M.; et al. Direct molecular diagnosis of aspergillosis and CYP51A profiling from respiratory samples of french patients. *Front. Microbiol.* **2016**, *7*, 1–7. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
 45. Posaconazole for the Prevention of Influenza-associated Aspergillosis in Critically Ill Patients (POSA-FLU) NCT03378479. Available online: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NC/T03378479>. (accessed on 28 June 2020).
 46. Rauseo, A.M.; Coler-Reilly, A.; Larson, L.; Spec, A. Hope on the horizon: Novel fungal treatments in development. *Open Forum Infect. Dis.* **2020**, *7*, 1–19. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
 47. Evaluate F901318 Treatment of Invasive Fungal Infections in Patients Lacking Treatment Options (FORMULA-OLS). Available online: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NC/T03583164>. (accessed on 28 June 2020).
 48. Van Daele, R.; Spriet, I.; Wauters, J.; Maertens, J.; Mercier, T.; Van Hecke, S.; Brüggemann, R. Antifungal drugs: What brings the future? *Med. Mycol.* **2019**, *57*, S328–S343. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

Entered 09.05.2021

Madaminov S.M., Botirov M.T., Madaminov A.S.

Fergana Medical Institute of Public Health, Uzbekistan

✓ **Resume**

This article shows the results of treatment of diseases of the musculoskeletal system caused by violations of the rules of biomechanics, along with the use of medicines, using an innovative biomechanical orthopedic device that helps restore the biomechanical properties of the body.

Keywords: principles of biomechanics, joint structure, compressing and suppressing surfaces, imbalance, dystrophy, destruction, deformation, rehabilitation, anatomical and mechanical terms.

ТАЯНЧ – ҲАРАКАТ ТИЗИМИ ПАТОЛОГИЯЛАРИДА ИННОВАЦИОН
БИОМЕХАНИК ОРТОПЕДИК ҚУРИЛМАЛАРНИ ҚЎЛЛАШ САМАРАДОРЛИГИ

Мадаминов С.М., Ботиров М.Т., Мадаминов А.С.

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

✓ **Резюме**

Ушбу мақолада организмнинг биомеханик хусусиятларини тиклашга ёрдам берадиган инновацион биомеханик ортопедия воситасидан фойдаланган ҳолда, дори воситаларини қўллаш билан бир қаторда биомеханика қоидаларининг бузилиши натижасида юзага келган таянч-ҳаракат тизими касалликларини даволаш натижалари кўрсатилган.

Калит сўзлар: биомеханика принциплари, бўғимларнинг тузилиши, biomechanika printsiplari, bo'g'imlarning tuzilishi, қисувчи ва босувчи юзалар, дисбаланс, дистрофия, парчаланиш, деформация, реабилитация, анатомик ва механик терминлар.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ БИОМЕХАНИЧЕСКИХ
ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ В ПАТОЛОГИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ
СИСТЕМЫ

Мадаминов С.М., Ботиров М.Т., Мадаминов А.С.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии

✓ **Резюме**

В данной статье показаны результаты лечения заболеваний опорно-двигательной системы, вызванных нарушениями правил биомеханики, наряду с использованием лекарственных препаратов, с применением инновационного биомеханического ортопедического устройства, которое способствует восстановлению биомеханических свойств организма.

Ключевые слова: принципы биомеханики, структура суставов, сжимающие и подавляющие поверхности, дисбаланс, дистрофия, разрушение, деформация, реабилитация, анатомические и механические термины.

Relevance

The analysis of the mechanics of human movement is called biomechanics. This is a science that studies how and why the human body moves in this way and not otherwise. According to the law of biomechanics, joints are bearings in the mechanics of the locomotive apparatus. The synovial fluid in the joint is seen as a substance

that lubricates the surface. The smooth cartilaginous surface is mechanically the working surface covering the surface of the joint, while the cartilaginous lining is considered to be a pad.

Terminology from the field of mechanics is also applied to the process of friction in joints. For example, if there is no joint fluid in the joints, this

is called dry friction, if there is fluid between the articular surfaces of the joints, then this is called wet friction, and if the fluid is thick, then this is called sliding. In mechanics, there is a coefficient of sliding or friction component in the middle of the value equal to 0.02 [1,2,7]. In biomechanics, in relation to joints and their movement, there is the concept of "geometry of mass". This indicator depends on the average density of the body part, has a great influence on the process of mechanical movement. In biomechanics, the following terms are used to describe individual body movements:

Dorsiflexion - reduction of the angle of the ankle joint

Plantar flexion - ankle angle increase

Raising - moving a part of the body up (towards the head)

Lowering - moving a part of the body down (away from the head)

Eversion - rotation of the ankle in such a way that the plantar surface of the foot turns in the opposite direction from the other leg

Inversion - rotation of the ankle so that the plantar surface of the foot turns towards the other leg

Lateral pivot - pivot away from the central / medial line of the body

Medial rotation - rotation of the limb towards the center / midline of the body

Pronation - turning the forearm so that when the forearm is bent, the palm is facing down

Supination - turning the forearm in such a way that when the forearm is bent, the palm is facing up

Retraction - movement of the arm backward (towards the back of the body) in the shoulder joint

Protraction - movement of the arm forward (towards the front of the body) in the shoulder joint

Lateral tilt - tilt of the spine to the side, away from the center / midline of the body.

Equilibrium refers to the achievement of sustainability. An important principle of balance is to place the center of gravity of the body over the base of the supporting structure [8,9,10,11,12].

So, we have given a brief overview of the biomechanics of joints. Now let's look at the anatomical joint. As you know, joints are formed from the following elements: an articular capsule, the surrounding joint, inside which there are two articular surfaces. And inside the joint there is synovial fluid. Each joint is surrounded by tendons, muscles and strong ligamentous apparatus. From a biomechanical point of view, articular surfaces are of great importance, since they bear the main load, both during movement and while maintaining the balance of the body.

During movement, one articular surface moves relative to the other, and a huge pressure force is created on these surfaces. joints, i.e. their state of health mainly depends on the even distribution of this pressure over the entire area of the articular surface.

If the pressure between the articular surface is not evenly distributed, then an "imbalance" of loads occurs, and this leads to a "dystrophy" of the articular structure. In biomechanics, this state of uneven surface wear leads to deformation of the working part of the mechanism and is the main reason for the premature failure of the part. In mechanics, worn parts are replaced with new ones. And in medicine, doctors are trying to restore a worn out deformed organ and its function. That is why doctors need to carefully study the disease and identify the root cause of the pathology. To confirm my words [4], I will give as an example several case histories and the method of treatment used, in relation to them, as well as the results obtained.

The patient is 63 years old, the man has been suffering for more than ten years. The main pain is in the area of the right knee joint. More on the inner surface. And on the left knee joint, pain is less common. The pain grew progressively, and as a result he was forced to use a crutch. When examining the knee joint, changes are observed in the deformity of the knee joint. The pain increases with walking, decreases in the evening. Sleeps because of pain in bent legs. Tomography revealed signs of knee osteochondrosis. Based on this, he was diagnosed with "osteoporosis of the right knee joint" and was treated for a long time at the place of residence. But without benefit, or the pain has diminished for a very short period. Doctors recommended chondroprotectors, anti-inflammatory drugs, pain relievers, and hormonal agents to the patient. Meanwhile, five to six drugs were injected into the joint cavity. But according to the patient, these drugs gave temporary relief. After listening to the patient's complaints, an in-depth examination of the patient was carried out to clarify the diagnosis. On palpation, the presence of tension and pain in some muscle groups of the thigh was determined. In particular, "lateral" and "medial", broad muscles and tailors. Muscles experienced pain during exercise. The tomography data and the clinical picture of the disease did not quite coincide. Therefore, the causes of the disease were carefully identified. As a result, it turned out that the patient had worked for a long time as a postal worker in the village, all the time cycling for several kilometers a day, distributing letters, newspapers, magazines and pension benefits to the population. According to

the patient, the bicycle had a malfunction in the form of a missing rubber footrest on the right pedal. For this reason, the right leg moved in an uncomfortable position. As a result, it became known that the cause of the disease in the patient's knee was the result of a prolonged imbalance of loads on the knee joint. It was concluded that as a result of the imbalance of loads in the connective tissue and cartilage of the joint, dystrophic changes gradually underwent, which ultimately

led to the destruction and deformation of the joint. Based on this conclusion, we decided first of all to stop taking medications. In the place of this, reconstructive biomechanical therapy was performed using homemade orthopedic devices. For this, a device was specially made for the patient's knee joint, which simultaneously reduced and distributed the pressure evenly over the articular surface Fig1.

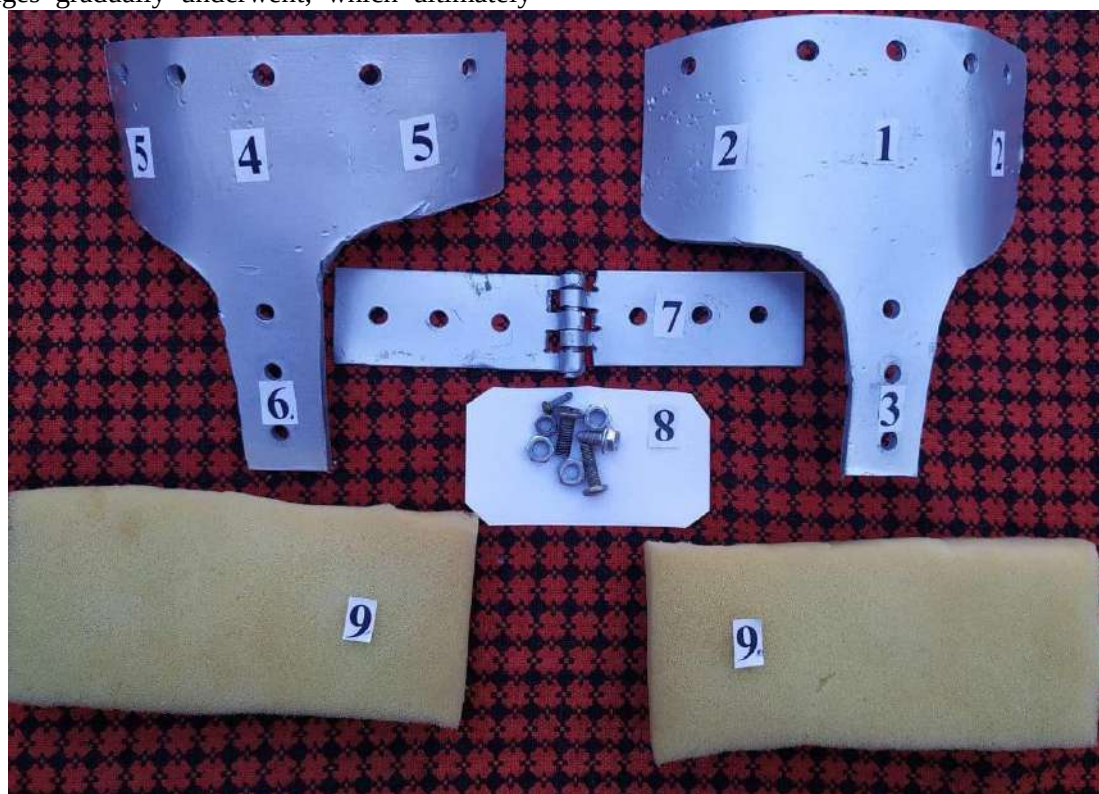


Fig 1

1,2,3 - upper support plate: 4,5,6 lower support plate: 7 hinged support plates: 8 fastening bolts. 9 gaskets.

As a result: the treatment with a specially modulated biomechanical correction device significantly decreased pain, and the movements in the knee joint became much more active. And six months later, he left his crutches and began to move independently. Along with this, he noted that due to the cessation of taking the medication, the activity of the gastrointestinal tract, kidneys and liver improved. The patient also noted with joy that he had saved a huge amount of money intended for the purchase of medicines.

Below are a couple of similar examples.

Patient A is 38 years old. He has been treated for several years with a diagnosis of cervicobrachial plexitis. But the result is not satisfactory. Before treating a patient, we, as always, decided to find out the root cause of the disease. To do this, I had to thoroughly study all

the habits, as well as the conditions of work and rest. As a result, it was found that the patient's bed, especially the size of his pillow, not only does not correspond to even contradict the laws of biomechanics. Therefore, we came to the conclusion that the initial imbalance of the loads of the cervical vertebrae was a further dysfunction and then to dystrophy, which is the cause of osteochondrosis and pain in the cervical-shoulder segment. We explained to the patient about the cause of his suffering and, with the help of specially made means, eliminated the dysfunctions of the cervical vertebrae, as always, we canceled the medication. As a result, within a month the patient was completely relieved of pain.

And finally, the third patient "T" is 42 years old. She complained of increasing pain and deformity in the ankle joint. Taking medications,

anti-inflammatory painkillers and chondroprotectors does not give the desired effect, the pain intensifies. Collection of tests and a thorough examination showed that the cause of the pathology in the ankle joint is wearing high-heeled shoes! As a result, the changes in the joints disappeared, the pain disappeared completely.

Over the next three years, more than fifteen of these patients were treated based on the laws of biomechanics, and positive results were achieved in all patients.

Conclusions

1) Everyone should live in full compliance not only with hygienic rules, but also with the laws of biomechanics in order to improve their health.

2) Taking into account the fact that many today do not know the laws of biomechanics, it is necessary that there should be widespread propaganda among the younger generation, first of all.

3) To go to the clinic for pathology of the musculoskeletal system, it is necessary to introduce the concept of imbalance syndrome and develop special therapeutic measures against this pathology.

4) When treating pathologies of the musculoskeletal system, one should focus on the restoration of the impaired biomechanical properties of the body, as well as on drugs as the main method of treatment.

LIST OF REFERENCES:

1. Akhmedov A. G. "Human Anatomy". 2007.
2. Akhmedov N.G. "Atlas of Human Anatomy". 2005.
3. Gurfinkel BC e. Safronov V. A. "A method for studying muscle tone in dynamics" 1969.
4. Online materials: "Biomechanics: understanding the terms that determine the movement of our body" www.technogym.ru
5. Sinelnikov R.D "Atlas of human anatomy, volume I". 1996
6. Hammerman C., et al "Avery's Neonatology: Pathophysiology & Management of the Newbor" 1962.
7. Sasada T, Maezawa H "Data Book on Mechanical Properties of Living Cells, Tissues, and Organs" 1973.
8. Zatsitsky V.M., Aurin A.S., Seluyanov V.N. "Biomechanics of the human motor apparatus"
9. Samsonova A.V., Komissarova E.N. "Muscle biomechanics" 2008.
10. Evgeny Blum Biomechanics. "Methods for the restoration of organs and systems" 2019.
11. Nyashin Yu.I., Lokhov V.A. "Fundamentals of Biomechanics" 2007.
12. Dubrovsky V.N., Fedorov V.N. "Biomechanic" 2008.

Entered 09.05. 2021

Ismailova S.T.

Fergana Medical Institute of Public Health

✓ *Resume*

The terminological metalanguage of medicine has passed in its development in several stages. For a long time interest linguists to the study of medical vocabulary does not weaken, on the contrary, more and more updated due to special conditions the functioning and development of the language of medicine. This article discusses the features of medical terminology.

Key words: medical terminology, lexical units, semantics, metaphor, medical vocabulary, consciousness, grammatical formations, metaphorical nomination, nosological form.

СЕМАНТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Исмаилова С.Т.

Ферганский медицинский институт здравоохранения

✓ *Резюме*

Терминологический метаязык медицины прошел в своем развитии несколько этапов. В течение долгого времени интерес лингвистов к изучению медицинской лексики не ослабевает, а, напротив, все более и более обновляется в связи с особыми условиями функционирования и развития языка медицины. В статье рассматриваются особенности медицинской терминологии.

Ключевые слова: медицинская терминология, лексические единицы, семантика, метафора, медицинская лексика, сознание, грамматические образования, метафорическая номинация, нозологическая форма.

ZAMONAVIY TIBBIY TERMINOLOGIYANING SEMANTIK XUSUSIYATLARI

Ismoilova S.T.

Farg'ona tibbiyot sog'liqni saqlash instituti

✓ *Rezyume*

Tibbiyotning terminologik metal tili o'z rivojlanishida bir necha bosqichlarda o'tdi. Uzoq vaqt davomida tilshunoslarning tibbiy lug'atni o'rganishga bo'lgan qiziqishi susaymaydi, aksincha, tibbiyot tilining ishlashi va rivojlanishi maxsus sharoitlar tufayli tobora yangilanib boradi. Ushbu maqolada tibbiy atamashunoslikning xususiyatlari muhokama qilinadi.

Kalit so'zlar: tibbiyot terminologiyasi, leksik birliklar, semantika, metafora, tibbiy lug'at, ong, grammatik shakllanish, metafora nominatsiyasi, nozologik shakl.

Relevance

The modern vocabulary of the language of medicine is characterized by an extraordinary variety. It is based on medical terminology, which is its organizing structural component "due to its special organization and cognitive potential" [1].

Medical terminology, in turn, includes highly specialized terms, general medical terms, general scientific terms. General scientific terms in medical terminology, being part of phrases, specialize due to compatibility with another word ("System" -

nervous, endocrine, digestive; "operation" - diagnostic, gynecological). Concerning general medical terms, it should be noted that their main part is anatomical and histological terms.

The most representative layer of medical terminology is highly specialized terms. A significant part of such names represents lexical units based on classical, standard Greek-Latin term elements. This circumstance, on the one hand, contributes to unification of medical terminology, its internationalization, and with the other - such terms practically do not penetrate into colloquial speech, so as "dead words of ancient Greek and Latin origin are not are used as colloquial, therefore the meaning of their components is not is changing. They constantly keep assigned to them in the medical terminology meaning"[2].

In the semantic aspect of medical terminology, there are common tendencies characteristic of the languages of science in general, which is manifested in the fact that that "... the semantics of the languages of science presupposes abstract or theoretical entities And when such entities are identified, there are already language means for expressing them (certain morphemes, models term formation, etc.)" [3]. Medical values terms can be motivated by a wide variety term elements - morphemes, words and phrases included into the composition of more complex lexical and grammatical formations. For example, in terms referring to inflammation, the goals of the semantic specialization is served by the suffix -it, as a motivating basis for many of these names are the names of the diseased organ ("pleurisy", "Bronchitis", "tracheitis"). As an indisputable advantage of such names, according to M.N. Volodina, is "economical and at the same time a semantic capacious structure that allows you to create short in form and voluminous in content terms - definitions. The informativeness of these terms is explained, first of all, by the fact that they motivated by the necessary number of relevant features "[4]. In general, the picture regarding motivation medical terms can be presented based on the following classification:

a) qualifying (fully motivated): "eversion of the century", "Bulging of the brain";

b) neutral: 1) eponyms: "Botkin's disease", "color blindness"; 2) toponyms: "Japanese encephalitis", "bacillus Breslau"; 3) associative, formed by the method of associations, mainly with the help of metaphors and comparisons: "hare lip", "cock gait" [5]. As for the associative terms, they are included in the medical vocabulary a large number of.

An important argument indicating the possibility using the metaphor as a full participant

terminological nomination is the consideration of the process metaphorization is not simply a process of transferring a number of attributes from an auxiliary object to the main one. The metaphorization process is complex semantic operation, including extra linguistic knowledge, hypothetical assumptions, emotions, scientific and everyday experience native speakers [6]. The metaphor reflects cognitive mechanisms of transition from the initial, personal, sensual, intuitive, emotional, presumptive knowledge to more complicated connections between scientific laws and reality. How notes L.I. Barannikov, metaphorical transfers that contribute to development on the basis of concrete meanings of new abstract meanings, testify to the development and improvement of thinking, while this phenomenon is typical for all languages [7].

When forming a metaphor, the semantics of which lies in the field intension, there is an actualization of part of the intension and implication components of the value that is applied when the name and characteristics of a new object or phenomenon. Concentrating in itself the intensional components of the basic concept, "a figurative means becomes an instrument of cognition of the designated object and gives additional information in comparison with the direct name" [8]. In other words, we can speak not so much about the transfer one value to another, but rather about overlaying, connecting to derivative, metaphorical nomination. In this case, the metaphor it is advisable to represent as a "cognitive operation to impose matrices (prototype, gestalt) to a new object" [9]. When this, the more extensive the background knowledge, the higher the linguistic competence, the more fruitful and active the process metaphorization as the most important means of creating new meanings. In this connection, T. Cohen's assertion that, to recognize and understand a metaphor does not require anything more than normal linguistic competence, but "the more you know, the more you will make of the metaphor" [10].

The main ways of creating a metaphor and directions of metaphorical transfers, which were defined in antique rhetoric. Their basic principles are: "movement from more concrete to more abstract, from material to spiritual and the principle of anthropo - zoomorphism" [11]. Since the center metaphorical picture of the world presented in the medical terminology, is a person, then his body parts and organs as a result direct sensory perception are compared with specific organs and body parts of animals, that is, with such which a person does not have ("seal flippers", "monkey paw", "horse foot", "Coracoid pelvis"). It is noteworthy that the metaphorizations "are subject to mainly

nominations for domestic and wild non-exotic animals, included in the core of background knowledge about flora and fauna.

The main ways of creating a metaphor and directions of metaphorical transfers, which were defined in antique rhetoric. Their basic principles are: "movement from more concrete to more abstract, from material to spiritual and the principle of anthropo - zoomorphism". Since the center metaphorical picture of the world presented in the medical terminology, is a person, then his body parts and organs as a result direct sensory perception are compared with specific organs and body parts of animals, that is, with such which a person does not have ("seal flippers", "monkey paw", "horse foot", "Coracoid pelvis"). It is noteworthy that the metaphorizations "are subject to mainly nominations for domestic and wild non-exotic animals, included in the core of background knowledge about flora and fauna" [12].

When forming metaphors in the language of medicine, borrowing is carried out from the plant world ("streptococcus" - Greek kokkos - berry; "Banana fracture"), from the world of evaluative definitions ("infantilism"), the world of objects, states and social relationships ("anvil", "Sleepwalking", "symptom of" ballot "patella"). Also have place of association with household items and food ("purse-string mouth", "symptom shepherd's staff", "the noise of a mill wheel"; "Cheesy necrosis" "Rice water symptom").

A feature of the medical metaphor-term is the activation values reflecting cultural, social ties in consciousness / subconsciousness of the individual within the framework of medical knowledge. Other words, according to O.S. Zubkova, a metaphor in medicine is a creative and each time a unique appropriation and assimilation by an individual of a certain universal and professional norms ("pygmalionism", "syndrome Alice in Wonderland", "Romeo and Juliet Syndrome") [13].

V.F. Novodranova draws attention to the presence in the medical terminology of coloristic metaphorical names of diseases and their signs based on visual methods of examination of the patient, associated with visual perception ("rubella", "jaundice", "rusty phlegm", "crimson tongue") [14]. Mythologisms are also used as medical metaphors, keeping the imprints of the mythological vision of the world ("gargolism", "Narcissism", "Oedipus complex", "Achilles tendon", "morphinism", "phobia"). The mythical picture of the world, according to A.A. Potebni, does not reflect boundaries between objective and subjective, between internal and external, between the image of the thing and the thing itself [15]. Mythical thinking possesses a pronounced imagery,

concreteness. It is typical for him "Prevalence of sensory impressions, lack of personality isolation from the surrounding world, the absence of logical concepts and abstraction" [16].

The active introduction of mythologisms was observed in the Renaissance,

which was characterized by the cult of antiquity. This is primarily due to the desire of the authors of medical treatises to demonstrate their erudition and well-read [17].

Functioning in the language of medicine, the metaphor creates a lasting terminological meaning. As L.V. Dubrovin, thanks to metaphor "in terminology, a new act of nomination is carried out, that is secondary nomination followed by that terminological unit continues its development in a new environment, with different systemic relations" [18]. It should be noted that in the language of medicine, many metaphors, having too transparent inner form, do not answer requirements of deontological ethics. For example, the terms "cleft palate" and "Cleft lip" has been replaced in modern scientific medical terminology on "non-union of the palate" and "non-union of the lip", respectively.

The presence of a large number of medical vocabulary neutral terms due to the active process of attracting eponymous terms, which, in turn, can be explained by the desire avoid the presence of misleading terms. For example, any disease cannot always be attributed to a specific nosological form, and in this case the name is given by the name of the scientist (or group scientists) who first identified the pathology.

Medicine belongs to the natural sciences, but it has a bright the humanistic essence is manifested, since the object of study here are the laws of human life, his diseases, their prevention and treatment [19]. This circumstance determines: 1) use for terminological nomination of common vocabulary, 2) and for medical terms the possibility of recognition "... the implementation of not only scientific (theoretical) knowledge, but also the "flickering" every day and practical professional knowledge" [20].

In all areas of orthodox medicine, there are lexical units, in the form of which the attempts of ancient physicians are reflected to choose an adequate name for processes, phenomena, objects on the basis of sensory perception. Many medical concepts of such ancient areas medicine, such as surgery, dermatology, orthopedics, obstetrics, psychiatry do not have a rigorous scientific and objective justification, but are a consequence of emotional, everyday approach. Most often to such concepts

include old names borrowed from common language and containing a subjective assessment of

the patient or doctor based on bodily experience. For example, in dermatology - herpes (from herpo - to crawl, sneak up); in surgery - "gout" (from the Greek. podos - foot, leg + agra - hunting, snare, trap), since this disease is characterized by chilling pains; inflammation - inflammation (from the Latin verb

inflammare - to inflame), which reflects the classic signs inflammation - redness and fever [21]. Characteristic examples of this group of concepts are also popular names diseases created on the basis of common language, with a pronounced transparent form, "which do not have a rigorous scientific justification, and are the result of an everyday, emotional approach" [22]. In such names, according to L.V. Baboshkina, "find their reflection of popular beliefs and ideas (for example, the term "Consumption" from the verb "waste away" and "dryness" from the verb "dry", "Deplete") [23]. The disappearance of the same type names "Consumption", "epileptic", "caries" is explained by the pronounced transparent form, based "either on a metaphor or metonymy, or on

external manifestations of the disease" [24]. It should be noted, that highly motivated outdated (common) folk names for diseases are sometimes used by a doctor instead of an appropriate scientific term to make them easier to understand the patient ("baldness" - "alopecia"; "pruritus" - "prurigo").

Conclusion

The term, being the basic unit of the language of science, has the following signs, such as consistency, definitiveness, correlation with scientific concept. At the same time, as part of the vocabulary of the literary language, influenced by the main lexical and semantic processes.

The modern scientific and linguistic picture of the world is characterized by

coexistence and interaction of everyday and scientific knowledge. In the language of medicine, both strictly scientific concepts and names that have preserved and reflect traces of the initial empirical stages of development of medicine, the values of which are based on a sensory-emotional approach.

LIST OF REFERENCES:

1. Abramova G.A. et al. Medical vocabulary: basic properties and development trends [Electronic resource]: author. ... Dr. Filol. Sciences / G. A. Abramova. - Krasnodar, 2003. - Access mode: www.dissercat.com/content/medisinskaya-leksika-osnovnye-svoistvatendensi, free. - Date of access: 11/14/2011.
2. Bunina A.G. Stages of formation of the terminology of traumatology and orthopedics [Text] / A. G. Bunina, E. V. Bekisheva // Language of medicine All-Russian interuniversity collection. scientific. tr. / ed. T. I. Zabolotskaya. Samara: LLC IPK Sodruzhestvo; GOUVPO "Sam GMU", 2007. Issue 2. - P. 67–75
3. Antonova M.V. The role of conceptual structure in the formation of industry terminology [Text] / M. V. Antonova, M. V. Leichik // Terms and their functioning: interuniversity. Sat./comp.: M. B. Borisova, V. N. Nemchenko. - Gorky: Publishing house of GSU, 1987. - P. 28–34.
4. Volodina M.N. Informational nature of the term [Text]/ MN Volodina // Philological sciences. - 1996. - No. 1. - P. 90–94.
5. Chernyavsky M.N. Brief outline of history and problems streamlining medical terminology [Text] / M. N. Chernyavsky // Encyclopedic Dictionary of Medical Terms: in 3 volumes / ed. B.V. Petrovsky. - M.: Soviet Encyclopedia, 1982-1984. - T. 3. - P. 410–425.
6. Petrov V.V. Semantics of scientific terms [Text] / V. V. Petrov. - Novosibirsk: Nauka, 1982.-- 127 P.
7. Barannikova L.I. Introduction to linguistics [Text] / L. I. Barannikov. - Saratov: Publishing house of the Saratov state. un-that, 1973 .-- 381.
8. Tarasova V.K. On the dualism of metaphor [Text] / V. K. Tarasova// Studia Linguistika - 7. The language picture in the mirror of semantics, pragmatics and translation: Sat. Art. - SPb: Trigon, 1998. - P. 148–153.
9. Varlamov M.V. "Cross of Reality" and secondary nomination [Text] / M. V. Varlamov // Studia Linguistika - 7. Language picture in the mirror of semantics, pragmatics and translation: Sat. Art. - SPb: Trigon, 1998. - P. 17–20.
10. Cohen T. Metaphor and the Cultivation of Intimacy – on Metaphor [Text] / T. Cohen // Ed. Sh. Sack. – Chicago: Chicago University Press. – P. 1–11.
11. Safyanova I. V. Verbal-shaped field "Birds" in English language and poetry [Text] / IV Safyanova // Studia Linguistica - 7. Language picture in the mirror of semantics, pragmatics and translation: collection of articles. Art. - SPb. : Trigon, 1998. - Issue. 7. - P. 264–269.
12. Ozingin M.V. The role of metaphor in structuring and the functioning of Russian medical terminology [Text]: author. ... Cand. philol. Sciences / M.V. Ozingin. - Saratov, 2010. – 22 p.
13. Zubkova O.S. Medical metaphor-term in the professional discourse [Electronic resource] /

- O.S. Zubkova // Theory of language and intercultural communication: electronic scientific journal. -2009. - No. 5. - P. 32–37. - Access mode: <http://tl-ic.kursksu.ru/pdf/005-07.pdf>, free. - Date of the application: 03/01/2013.
14. Novodranova V.F. Formation of terms as nominative process of a special kind [Text] / V. F. Novodranova // Language nomination: abstracts of the International Scientific conferences (Minsk, June 25-26, 1996). - Minsk: Publishing house of Moscow State Linguistic University, 1996. - P. 188-189.
 15. Potebnya A.A. Word and myth [Text] / A. A. Potebnya. - M.: True, 1989. – 622 p.
 16. Deglin R.D. Language and functional asymmetry of the brain [Text] / R. D. Deglin, L. Ya. Balanov, I. V. Dolinina // Scientists notes of the Tartu state. un-that. Transactions on sign systems. -Tartu: Tartu State Publishing House University, 1983. - Issue. 635. - P. 31–42.
 17. Novodranova V.F. Mythologisms in medicine [Text] / V. F. Novodranova, A.G. Kochkareva, Z.A. Ryzhkina // Language of Medicine: All-Russian interuniversity collection scientific. tr. / ed. T. I. Zabolotskaya. -Samara: LLC IPK Sodruzhestvo; GOUVPO "Sam GMU", 2007. - Issue 2. - P. 231–235.
 18. Dubrovina L.V. From the history of English medical terms [Text] / L. V. Dubrovina // Features of the style of scientific presentation. - M., 1976. - P. 17–22.
 19. Gushchina L.N. Comparative analysis medical terms in the field of oncology in Russian and English [Electronic resource]: author. dis. ... Cand. philol. Sciences / L. N. Gushchina. - M., 2004. – Mode access: www.lib/ua-ru.net/diss/cont/92480.html, free. - Date access: 05/25/2013.
 20. Golovanova E.I. Introduction to cognitive terminology [Text]: textbook. pos. / E. I. Golovanova. - M.: FLINT: Nauka, 2014. – 224 p.
 21. Eltsova L.F. On the types of knowledge presented in medical terminology [Text] / L.F. Eltsova // Language of medicine: All-Russian interuniversity collection scientific. tr. / ed. T. I. Zabolotskaya. -Samara: LLC IPK Sodruzhestvo; GOUVPO "Sam GMU", 2007. - Issue 2. - P. 120–125.
 22. Mikulan O.V. Etymological features of terms dermatology [Text] / O.V. Mikulan // Language of medicine: All-Russian interuniversity collection scientific. tr. / ed. T. I. Zabolotskaya. -Samara: LLC IPK Sodruzhestvo; GOUVPO "Sam GMU", 2007. - Issue 2. - P. 214–218.
 23. Baboshkina L.V. Elements of etymological analysis in teaching medical terminology [Text] / L.V. Baboshkina, S.V. Khlybova // Language of Medicine: All-Russian interuniversity collection scientific. tr. / ed. T. I. Zabolotskaya. - Samara: OOO IPK "Sodruzhestvo"; GOUVPO "Sam GMU", 2007. - Issue. 2. - P. 312-315.
 24. Leichik V.M. Nomenclature is an intermediate link between terms and proper names [Text] / V.M. Leichik //Terminological and linguistic statistics issues: interuniversity thematic. Sat. scientific. tr. / ed. V.V. Guskova. -Voronezh: Voronezh State Publishing House. University, 1974. - P. 13-24.

Entered 09.05.2021

**CURRENT STATE AND MAIN TRENDS OF POPULATION MORTALITY IN THE
FERGHANA REGION**

Mamarizaev Kh. O., Isakov E. Z.

Ferghana Medical Institute of Public Health

✓ **Resume**

This article highlights the current state and the main trends in population mortality in the dynamics from 2010 to 2019 in the Ferghana region. The author analyzes the gender and age level and structures, the rate of increase (decrease) in mortality of the population by place of residence and by causes of death in dynamics.

Keywords: the level and structure of mortality, causes of mortality, growth rate, and mortality trend, mortality dynamics.

**СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ НАСЕЛЕНИЯ
СМЕРТНОСТЬ В ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Мамаризаев Х. О., Исаков Е. З.

Ферганский медицинский институт здравоохранения

✓ **Резюме**

В данной статье освещено текущее состояние и основные тенденции смертности населения в динамике с 2010 по 2019 год в Ферганской области. Автор анализирует половой и возрастной уровень и структуру, темпы увеличения (уменьшения) смертности населения по месту жительства и по причинам смерти в динамике.

Ключевые слова: уровень и структура смертности, причины смертности, темпы роста и тенденции смертности, динамика смертности.

FARG'ONA VILOYATIDA HOZIRGI DAVRDA AHOLINING ASOSIY O'LIM SABALARI

Mamarizaev X. O., Isakov E. Z.

Farg'ona tibbiyot sog'liqni saqlash instituti

✓ **Rezyume**

Ushbu maqolada Farg'ona viloyatida 2010 yildan 2019 yilgacha bo'lgan davrda aholi o'limining hozirgi holati va asosiy tendentsiyalari yoritilgan. Muallif jinsi va yosh darajasi va tuzilmalarini, aholi o'limining yashash joyi bo'yicha va o'lim sabablari bo'yicha o'sish (pasayish) darajasini dinamikada tahlil qiladi.

Kalit so'zlar: o'lim darajasi va tuzilishi, o'lim sabablari, o'sish sur'ati va o'lim tendentsiyasi, o'lim dinamikasi.

Relevance

One of the main indicators of the natural movement of the population is mortality. The most accurate description of the health of the population can be given by a comprehensive study of mortality, which is one of its very important criteria [3, 7, 10, 17].

Mortality is an indicator of the natural movement of the population, which has been known and used for a long time. A more complete study of it became possible, first, after regular population censuses and, secondly, after the

introduction of medical registration of death [2, 4, 8, 13, 16].

The frequency of deaths among the population depends on many factors, and it, being a continuous and unavoidable process, has a great impact on the rate of reproduction of the population [9, 11, 15, 19].

The size of mortality is determined by the nature and level of socio-economic development of the society, the method of production, the

distribution of material goods, working conditions, recreation and medical care [1, 5, 6, 12].

At the same time, mortality is both a biological and a social process. The mortality rate is also influenced by the historical features of the age composition of the population in each specific period of time studied [3, 7, 14, 18].

The purpose of the study. To study the current state and main trends of mortality in the population of the Ferghana region.

Materials and methods

A continuous retrospective study of the mortality rate of the population of the Ferghana region was carried out by the method of statistical observation (copied from the reporting data of tables C42, C45, C51) based on the materials of the Statistics Department of the Ferghana region.

During the processing of the material, intensive, extensive indicators, and levels of the dynamic series were determined.

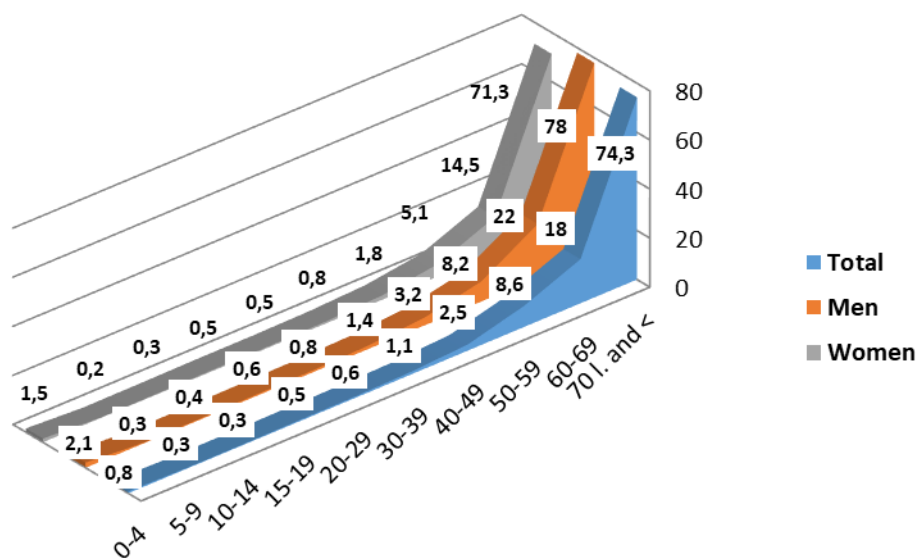
Results and discussion

The decline in mortality in the dynamics from 2010 to 2019 is observed in almost all age groups. The mortality rate decreased most strongly in children and youth age groups. For example, the lowest mortality rate is in children and adolescents aged 0-14 years, and then the rate of decline in mortality begins to slow down.

Due to the fact that the mortality rate is highest in younger children, as well as among the elderly and senile population (60 years and older), reserves for its reduction can be found only in these age groups.

However, these possibilities are different; if child mortality can be further reduced, i.e. it depends mainly on the success of medicine, then with older people the situation is much more complicated, the biological aging of the body is not yet amenable to significant effects of medicine (Figure 1).

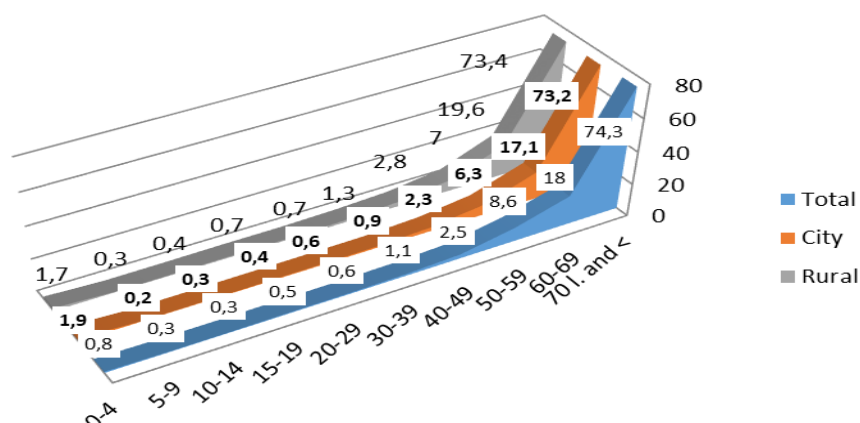
Figure 1. Comparative age-sexmortality rate of the population in the Ferghana region for 2019



In terms of mortality, the differences are explained by the difference in the demographic structure of the population and its ratio in urban and rural areas. This indicator is also influenced by

the proportion of children under the age of one year, as well as the elderly and senile population (Figure 2).

Fig. 2. Comparative age-related mortality rate of the population at the place of residence of the Ferghana region for 2019.



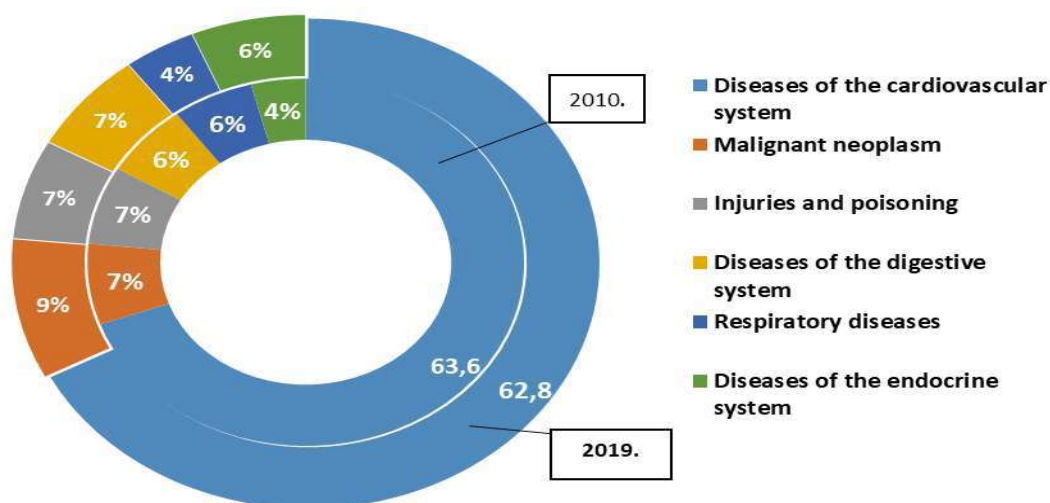
Currently, the leading causes of death of the population are diseases of the circulatory system, respiratory organs, malignant neoplasms, injuries, poisoning, diseases of the digestive system, endocrine diseases, which account for 93.3% of all causes of death.

For an in-depth analysis of the health status of the population, it is necessary to determine the main causes of death of the population by individual age groups and gender. This makes it possible to determine the dynamics of mortality from the most serious diseases, to determine the changes in their structure and to outline ways to

combat those diseases that cause the mortality of the population.

From Figure 3, it should be noted that in 2010, in the structure of mortality, the first rank places were occupied by diseases of the cardiovascular system, which are-10097 (63.6%), the second place by neoplasms - 1035 (6.5%), the third place by accidents, accidents and injuries - 1001 (6.3%), the fourth place by diseases of the digestive system - 943 (5.9%), the fifth place by diseases of the respiratory system - 865 (5.5%), the sixth place is occupied by diseases of the endocrine system - 503 (3.2%).

Figure 3. Distribution of mortality of the population of the Ferghana region by causes of death for 2010 and 2019.

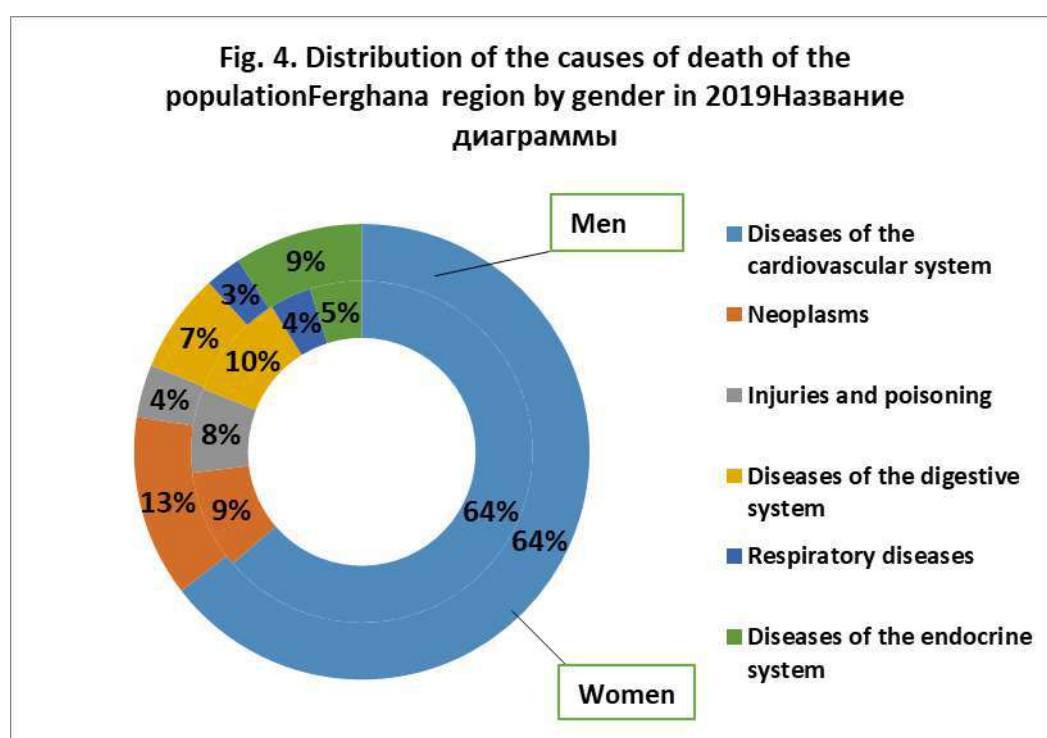


In 2019, in the structure of mortality, the first ranked places were occupied by diseases of the circulatory system-10805(62.8%), the second place –neoplasms -1480 (8.6%), the third place - diseases of the digestive system - 1066 (6.2%), the fourth place from external causes - accidents, accidents and injuries - 1048 (6.1%), the fifth place-diseases of the endocrine system-1016 (5.9%), and the sixth place-diseases of the respiratory system-635 (3.7%).

It should be noted that for the period from 2010 to 2019 in the structure of mortality of the first and second places are continuing to take diseases of the circulatory (63,6% and 62.8%), and neoplasms (of 6.5% and 8.6%).

Therefore, that 3a2019 year 2010 in the structure of mortality from specific mesomeric neoplasms uvelichitsya 2.1 percent, from diseases of the endocrine system 2.2%, and Vice versa, from diseases of the respiratory system, this index decreased by 1.8%.

It is important to note that in 2019, the structure of mortality due to the above diseases in men and women is sharply different: if in men the specific mortality from diseases of the circulatory system is 58.3%, then in women-60.1%; neoplasms-8.6% and 12.0% from accidents, poisoning and injuries - 7.3% and 3.5%;from diseases of the digestive system-9.3% and 6.6%; from respiratory diseases-3.6% and 2.4%;from diseases of the endocrine system, respectively, 4.5 and 8.5 (Fig. 4).



It should be noted that in the structure of mortality from neoplasm, the total percentage of women is 3.4%, from endocrine diseases is 4.0% more than in men. Among men, the mortality rate from accidents, poisoning and injuries is 3.8% higher, and from digestive diseases is 2.7% higher than in women.

The leading causes of death are diseases of the circulatory system (62.9%), malignant neoplasms (8.6%), injuries, injuries (5.6%), diseases of the digestive system (6.2%), diseases of the respiratory system (3.7%). The above-mentioned diseases account for 87% of the causes of death in the population (Table 1)

**Structure of the cause of death of the population in the Ferghana region for 2010 and 2011
(% of the total).**

Causes of death	2010.			2019.			2010.			2019.		
	Total	City	Rural	Total	City	Rural	Total	Men	Women	Total	Men	Women
from congenital anomalies	63,6	63,3	64,0	62,9	61,7	64,3	63,6	59,9	67,8	62,9	60,6	65,5
from neoplasms	6,5	6,8	6,2	8,6	9,1	8,0	6,5	6,2	6,9	8,6	7,9	9,4
from accidents, injuries and poisoning	6,3	6,2	6,5	6,1	5,6	6,6	6,3	9,0	3,3	6,1	8,5	3,3
from respiratory diseases	5,5	5,1	6,0	3,7	3,5	3,9	5,5	5,8	5,1	3,7	4,1	3,2
from diseases of the digestive system	5,9	6,0	5,9	6,2	6,2	6,2	5,9	6,5	5,3	6,2	7,0	5,3
from diseases of the endocrine system	3,2	3,7	2,5	5,9	6,5	5,2	3,2	2,9	3,5	5,9	4,6	7,4
from diseases of the nervous system	2,0	1,8	2,2	1,1	1,0	1,2	2,0	2,0	1,9	1,1	1,2	1,0
from infectious and parasitic diseases	2,0	2,2	1,6	1,1	1,3	0,9	2,0	2,5	1,4	1,1	1,3	0,8
from diseases of the genitourinary system	1,4	1,1	1,8	1,2	1,3	1,2	1,4	1,5	1,3	1,2	1,3	1,2
from pregnancy childbirth and the postpartum period	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,2
from diseases of the circulatory system	2,8	3,1	2,3	1,2	1,6	0,8	2,8	3,0	2,5	1,2	1,5	0,9
from otd. state, vozn..in the perinatal period	0,8	0,7	0,8	0,9	0,8	1,0	0,8	0,7	0,8	0,9	0,9	1,0
Other	0,1	0,1	0,1	1,0	1,2	0,7	0,1	0,1	0,1	1,0	1,0	0,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

The mortality rate due to causes of death per 100,000 population of the Ferghana region is as follows: from circulatory diseases in 2010 and 2019 amounted to 322.8 and 288.2 (the rate of decrease of 10.7%); from neoplasms - 33.1-39.4 (the rate of increase of 19.2%); from

accidents, poisoning and injuries – 32.0-27.9 (the rate of decrease of 12.7%); from respiratory diseases - 27.7 and 16.9 (the rate of decrease of 38.8%); from digestive diseases – 30.1 and 28.4 (the rate of decrease of 5.8%) Table 2.

Table 2

**The death rate of the population in the Ferghana region due to the main causes of death in 2010 and 2019.
(per 100,000 population)**

Causes of death	2010.			2019.			Growth rate (in %)		
	Total	City	Rural	Total	City	Rural	Total	City	Rural
from diseases of the circulatory system	322,8	322,3	323,5	288,2	271,4	310,0	-10,7	-15,8	-4,2
from neoplasms	33,1	34,5	31,1	39,4	40,2	38,5	+19,2	+16,5	+23,7
from accidents, injuries and poisoning	32,0	31,5	32,7	27,9	24,8	32,0	-12,7	-21,4	-2,0
from respiratory diseases	27,7	25,7	30,4	16,9	15,4	18,9	-38,8	-40,2	-37,7
from diseases of the digestive system	30,1	30,4	29,7	28,4	27,3	29,8	-5,8	-10,2	+0,2
from diseases of the endocrine system	16,1	18,6	12,5	27,1	28,7	25,0	+68,4	+53,8	+100,5
from diseases of the nervous system	9,9	8,9	11,3	5,0	4,6	5,6	-49,2	-48,6	-50,3
from infectious and parasitic diseases	10,0	11,1	8,3	5,0	5,6	4,3	-50,0	-50,0	-48,5
from diseases of the genitourinary system	7,1	5,7	9,0	5,7	5,8	5,7	-18,9	+1,4	-36,9
from pregnancy childbirth and the postpartum period	0,4	0,3	0,5	0,4	0,3	0,5	0	0	0
from otl state, vozn.in the perinatal period	14,0	15,7	11,6	5,5	6,9	3,7	-60,3	-55,7	-67,7
from congenital anomalies	3,9	3,7	4,2	4,3	3,7	5,0	-10,0	-0,4	-20,6
Other	0,4	0,3	0,5	4,5	5,2	3,4	+971,0	+1498,7	+535,4
Total	507,5	508,7	505,3	458,3	439,9	482,4	-9,7	-13,5	-4,5

The data in tables 2 show that the death rate of the population over the past decades has decreased by 9.7%, and this process was mainly observed in

urban settlements, where the percentage of reduction was 13.5%, and as for rural areas, it had a slight decrease of 4.5%.

It should be noted that during the study period, the mortality rate from neoplasms from diseases of the endocrine system tended to increase. The growth rate was 19.2% and 68.4%, respectively.

The rate of increase in mortality from neoplasms is more intense in rural areas than in urban settlements.

As the mortality from diseases of the endocrine system, the rate of growth is more intense in rural areas than in urban areas, respectively 100, 5% and 53,8%.

With regard to mortality from cardiovascular system, accident, shipment and injury from respiratory diseases and infectious and parasitic diseases mortality tended to decrease, respectively 10.7%; 12,7%; 38,8%; 50,0%.

The rate of decline in mortality from diseases of the circulatory system in urban settlements and rural areas was 15.8% and 4.2%, respectively, from infrequent cases, poisoning and injuries, respectively, 21.4% and 2.0%, from respiratory diseases 40.2% and 37.7%, from infectious and parasitic diseases, respectively, 50.0% and 48.5%.

Conclusions

1. Currently, the leading causes of death of the population are diseases of the circulatory system, respiratory organs, malignant neoplasms, from external causes of injury, poisoning, then diseases of the digestive system, endocrine diseases, which account for 93.3% of all causes of death.

2. For the period from 2010 to 2019, the first and second places in the structure of mortality continue to be occupied by diseases of the circulatory system (63.6% and 62.8%), and neoplasms (6.5% and 8.6%), however, during the study period, the mortality rate from neoplasms and diseases of the endocrine system tended to increase.

3. Mortality from the cardiovascular system, from accidents, poisoning and injuries, from respiratory diseases and from infectious and parasitic diseases, mortality tended to decrease.

4. In 2019, the structure of mortality due to causes of death in men and women is very different: if in men the proportion of mortality from diseases of the circulatory system is 58.3%, then in women-60.1%; neoplasms-8.6% and 12.0%; from infrequent cases, poisoning and injuries-7.3% and 3.5%; from diseases of the digestive system-9.3% and 6.6%; from respiratory diseases-3.6% and 2.4%; from diseases of the endocrine system, respectively, 4.5 and 8.5.

5. The mortality rate of the population over the past decades has decreased by 9.7%, and this process was mainly observed in urban settlements than in rural areas, where the percentage of decline

was 13.5%, and as for rural areas, it had a slight decrease of 4.5%, thus, the rate of decline in mortality is more intense in urban settlements than in rural areas.

LIST OF REFERENCES:

1. Abduxakimov A.N., Niyazmatov B.B., Madaminov A.Yu. i dr. Zaboloevaemost zlokachestvennymi novoobrazovaniyami i ekologicheskaya situatsiya v nekotoryx rayonlari respublikasi O'zbekiston // Ekologiya cheloveka. -2012 yil. -№2.
2. Belokon O.V. Prichiny prejdrevremennoy smertnosti pojilyh v Rossii / O. V. Belokon // Glavvrach. 2007. - T. VIII, № 8. - S. 88-101.
3. Vyazmin A.M. Sotsialno - gigienicheskie aspekty bekorchilik va smertnosti v Arxangelskiy oblasti Tekst. / Vyazmin A.M. [i dr.] // Problemy sotsialnoy gigieny, zdavoohraneniya i istorii tibbiyasi. -2010. №2 (6) .- S. 21-24.
4. Belokon O.V. Prichiny prejdrevremennoy smertnosti pojilyh v Rossii / O. V. Belokon // Glavvrach. 2007. - T. VIII, № 8. - S. 88-101.
5. Vyazmin A.M. Sotsialno - gigienicheskie aspekty bekorchilik va smertnosti v Arxangelskiy oblasti Tekst. / Vyazmin A.M. [i dr.] // Problemy sotsialnoy gigieny, zdavoohraneniya i istorii tibbiyasi. -2010. №2 (6) .- S. 21-24.
6. Gerasimenko, N.F. Sverxsmertnost ish bilan ta'minlash - glavnaya demografik muammolar Rossiyaning v kontekst Evropeyskiy tendentsiy zdorovya // Zdravohranenie Rossiyskoy Federatsii. - 2009. - № 3. - S. 10-14.
7. Gosteva J.3., Agarev V.V. Mladensheskaya smertnost kak mediko-sotsialnaya muammolar // Ekologiya cheloveka. 2006. - Pril. 3. - S. 72 - 74.
8. Kudryavtsev I.Yu. Statistika zlokachestvennyx novoobrazovaniy jenskoy reproduktiv tizim v Navoiyskom mintaqasi Respublikasining O'zbekiston: zabolovaemost, smertnost i sotsial-ekonomicheskij usherb // Vestnik RONTs im. N.N. Bloxina RAMN. -2009 yil. -Tom 20. №2.-162 s.
9. Raxmanov S.R. Otsenka znachimosti klimatogeografik usloviy kak faktora riska dlya zdorovya / S.R. Raxmanov, D.A. Gadjiibragimov, M.A. Medjidova, O.A. Kudryavtsev // Gigiena va sanitariya. 2010. - № 2. - S 44-46.
10. Son I.M. Sovremennye osobennosti zabolovaemosti vzroslo'ish bilan ta'minlash Tekst. / I.M. Son, S. A. Leonov E.V. Ogryzko

- // Zdravooohranenie Rossiyskoy Federatsiyasi. - 2010. № 1. - S. 3-6. Balasubramanian V.P. Varkey B. Chronic obstructive pulmonary disease: effects beyond the lungs / V.P. Balasubramanian, B. Varkey // Curr. Opin. Pulm. Med. 2006. - Vol. 12(2). - P.106-112.
11. Cappozzi J.D. Physician advertising: evalation of a sample advertisement // J Bone Joint Surg Am. 2007. - vol. 89, № 9. - P. 2089 - 2091.
 12. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Pocket Guide to COPD Diagnosis, Management and Prevention (updated 2008). / www.goldcopd.Org.
 13. Granner D.K. Molecular physiology and genetics of NIDDM: Importance of metabolic staging. Текст./ D.K. Granner, R.M. O'Brien //Diabetes Care. 2003. -Vol. 10.-P. 15-104.
 14. Grotto I. Prevalence of Prehypertension and Associated Cardiovascular Risk Profiles Among Young Israeli Adults / I.Grotto, E.Grossman, M.Huerta et al. // Hypertension. 2006.
 15. Racioppi F., Eriksson L., Tingvall C., Villaveces A. Prevention road traffic injury: a public health perspective for Europe. WHO Regional office for Europe. Copenhagen. 2004. - 93 p.
 16. Redwood H. Hypertension, society, and public policy Text. / H. Redwood // Eur. Heart J. 2007. - N 9. - P. 13-18.
 17. Sethi D et al. Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done. Copenhagen, WHORegionalOfficeforEurope, 2006. 68 p.
 18. Value of body fat mass vs anthropometric obesity indices in the assessment of metabolic risk factors Text. / A. Bosy-Westphal, C. Geisler, S. Onur [et al.] // Int. J. Obes. (Lond.). 2006. - Vol. 30, N 3. - P. 475-483.
 19. Whyatt R.M., Rauh V., Barr D. Prenatal insecticide exposures and birth weight and length among an urban minority cohort // Environ. Health. Perspect. 2004. - Vol.112, N 10. - P.1125-1132.
 20. Yalcin B. Which anthropometric measurements is most closely related to elevated blood pressure? Text. / B. Yalcin, E. Sahin, E. Yalcin // Fam. Pract. 2005. - Vol. 22, N 5. - P. 541-547.

Entered 09.05.2021

UDC 614.7

THE IMPACT OF ENVIRONMENTAL FACTORS ON WOMEN'S REPRODUCTIVE HEALTH

Azimova Mayram Kurbanovna

The senior lecturer of chair Communal hygiene and plant hygiene of the Ferghana Medical Institute of Public Health

✓ **Resume**

The basic directions of economic and social development of any state are the actions directed on conservation and strengthening of health of the population, and scientific researches in the field of the hygiene, the influences of ecological factors devoted to studying on reproductive health of women and working out of recommendations about preservation and strengthening of their health are actual and has huge social and economic and medical-hygienic value.

Keys words and expressions: reproductive health, chemical contaminations, ecological factors, gynecologic diseases, risk factors, carboneum oxide, health protection.

АЁЛЛАРНИНГ РЕПРОДУКТИВ САЛОМАТЛИГИ АТРОФ МУҲИТ ОМИЛЛАРИНИНГ ТАЪСИРИ

Азимова Майрам Курбановна

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти Коммунал ва меҳнат гигиенаси кафедраси катта ўқитувчиси

✓ **Резюме**

Хар қандай давлатнинг иқтисодий ва ижтимоий ривожланишининг асосий йўналишлари аҳоли саломатлигини сақлаш ва мустаҳкамлашга қаратилган чора-тадбирлари ҳисобланади, лекин гигиена соҳасидаги аёллар саломатлигига экологик омилларнинг таъсирини ўрганиш ҳамда уларнинг саломатлигини муҳофазалаш ва мустаҳкамлаш тавсияларини ишлаб чиқишга қаратилган илмий текиширувлар долзарб ҳисобланади ҳамда ижтимоий-иқтисодий ва тиббий-гигиеник аҳамиятга эга.

Калит сўзлар: репродуктив саломатлик, кимёвий ифлосланишлар, экологик омиллар, гинекологик касалликлар, тахлика омиллар, ис гази, саломатликни муҳофазалаш.

ВОЗДЕЙСТВИЕ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН

Азимова Майрам Курбановна

Старший преподаватель кафедры Коммунальной гигиены и гигиены труда Ферганского медицинского института общественного здоровья

✓ **Резюме**

Основными направлениями экономического и социального развития любого государства являются мероприятия, направленные на сохранение и укрепление здоровья населения, а научные исследования в области гигиены, посвященные изучению влияния экологических факторов на репродуктивное здоровье женщин, и разработка рекомендаций по охране и укреплению их здоровья являются актуальными и имеет огромное социально-экономическое и медико-гигиеническое значение.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, химические загрязнения, экологические факторы, гинекологические заболевания, факторы риска, окись углерода, охрана здоровья.

Relevance

The main directions of economic and social development of any state are activities aimed at preserving and strengthening the health of the population. One of the informative integral indicators for assessing the genetic health of the population is the reproductive health of women. The human reproductive system is sensitive to the effects of the external environment. Clinical manifestations of the effects of environmental chemicals on a woman's reproductive function are noted in changes in the menstrual cycle, the development of infertility, early onset of menopause, spontaneous abortions and miscarriages, complications of pregnancy and childbirth, the birth of low-birth-weight children, the appearance of congenital deformities, and others. Scientific research in the field of hygiene, devoted to the study of the influence of environmental factors on the reproductive health of women and the development of recommendations for the protection and strengthening of their health, are relevant, and also have great socio-economic, medico-hygienic importance. At the same time, it has been proven that the deteriorating environmental situation from year to year can have a stronger effect on the functional state of the reproductive system than the isolated influence of production factors. Therefore, along with the hygienic characteristics of the territories, the reproductive health of the population is an important criterion for assessing the quality of the environment. Epidemiological and clinical studies of the impact of chemical pollution of atmospheric air on the course of pregnancy and childbirth, the state of health of the offspring in the population began to be actively carried out only in recent years. The data obtained to date indicate the undoubted relevance of further study of this problem and the importance of its solution in order to protect reproductive health. The Fergana region make it possible to determine individual economic and ecological regions and calculate the potential for atmospheric air pollution in each of them. Such scientific forecasting of possible changes in the state of atmospheric air is based on accurate accounting of the frequency of the main air flows (wind rose),

periods of their constant activity, the coefficient of turbulence and other types of calculations and indicators. The main permanent sources of air pollution are industrial production, chemicals used in agriculture, and an expanding vehicle fleet. Emissions of pollutants into the atmosphere from vehicles in the Fergana region amounted to 140 thousand tons, or 70% of all emissions. The proportion of samples exceeding the MPC of pollutants for dust, carbon monoxide, hydrocarbons increased both in the zone of influence of industrial enterprises and on highways in the zone of residential development. In recent years, there has been a tendency towards an increase in the content of carbon monoxide, benzo (a) pyrene in the atmospheric air of the city. At present, a technogenic biogeochemical province with a high level of anthropogenic load on the population has been formed in Fergana.

To achieve this goal, a comprehensive assessment of environmental pollution in underflare, route, stationary observation posts was carried out, data from the materials of the State Sanitary and Epidemiological Supervision Center, the Center for Hydrometeorology and Environmental Monitoring on chemical pollution of atmospheric air were analyzed. The studies were carried out in the Western (contaminated) and Central (control) districts of the city of Fergana for 2015-2018. The total technogenic load on the first territory is much higher than on the second. The specificity of the first territory is the presence of chemical industry enterprises and intensive pollution by road transport, the second is characterized by the absence of enterprises significant in terms of air pollution and low traffic intensity.

In order to study the state of reproductive health of women, depending on environmental pollution and identify violations of specific functions of women, a questionnaire method and a retrospective analysis of outpatient cards of pregnant women, birth histories, histories of gynecological patients of women of reproductive age from 15 to 49 years were carried out. Of these, 200 are residents of the polluted one, 150 are from the control district of the city, who have been living in this territory for more than 15 years. According to

the data on the primary morbidity of women of fertile age for 2015-2018 in Fergana, an increase in diseases such as cervical erosion (2015-140, 2018-450), endocervicitis (2015-8, 2018-32), ovarian cyst (2015 -66, 2018-93), cervical polyp (2015-2, 2018-4), leukoplakia (2015-31, 2018-42), dysplasia (2015-4, 2018-11), mastopathy (2015-36, 2018 -58), colpitis of unknown etiology (2015-28, 2018-51), inflammation of the appendages (2015-140, 2018-450), chronic endometritis (2015-17, 2018-33), primary non-gestation (2015-18, 2018 -25), Regional State Administration (2015-28, 2018-50), etc.

Conclusion

Thus, as a result of the comprehensive studies carried out, the adverse impact of environmental factors on the reproductive health of women living in an ecologically stressed area was revealed. The results obtained serve as a justification for the development of measures for environmental protection. Reproductive health care is a set of factors, methods, procedures and services that support reproductive health and contribute to the well-being of the family or individual by preventing and solving problems related to reproductive function. In modern conditions, characterized by a high level of morbidity and general mortality of the population, a decrease in the birth rate and a deterioration in the health of children, the problems of protecting the reproductive health of the population acquire special significance.

LIST OF REFERENCES:

1. Rumyantsev G.I. 2nd ed. M.: GEOTAR-MED, 2001.
2. Bushtyreva I.O. Reproductive health problems for women. //Mat. scientific, - practical. conf. Rostov-on-Don: GOU VPO RostGMU Roszdrav. 2008.55 p.
3. Ailamazyan EK Problem of protection of reproductive health of women in conditions of ecological crisis // Med. acad. zhurn. – 2005. - No. 2. - P. 47–58.
4. Frolova EV Features of disease prevention in women // Ros. family doctor. - 2003. - No. 4. - P. 4–12.
5. Onishchenko G.G. Actual problems of environmental management and public health // Ural Medical Journal. - 2008. - No. 11. - S. 4-10.

Entered 09.05.2021

CLINICAL CURRENT AND EARLY DIAGNOSTICS OF MEDIUM SEVERITY OUTHOSPITAL PNEUMONIA IN CHILDREN

Boynazarov A.A.

Fergana Medical Institute of Public Health, Uzbekistan

✓ **Resume**

This article shows the spectrum of pathogens of outhospital, radiologically confirmed pneumonia, its clinical manifestations depending on the etiology and the effectiveness of modern recommendations for rational antibiotic therapy of sick children.

Keywords: antibiotic therapy, outhospital pneumonia, respiratory syndrome, Enterovirus, virus Influenza, immunoglobulin, erythrocyte sedimentation rate, pneumococci, chlamydia, Streptococcus pneumonia, Mycoplasma pneumonia, detection.

БОЛАЛАРДА ЎРТА ОҒИР КЕЧУВЧИ ЗОТИЛЖАМНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ ВА ЭРТА ДИАГНОСТИКАСИ

Бойназаров А.А.

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

✓ **Резюме**

Ушбу мақолада болаларда ўрта оғир кечувчи, рентгенологик тасдиқланган шифохонадан ташқари зотилжамнинг этиологик қўзғатувчисига боғлиқ ҳолда клиник кечиши ва замонавий қўлланмаларга таянган ҳолда рационал антибактериал даволашнинг самарадорлиги кўрсатиб берилган.

Калит сўзлар: антибактериал даво, шифохонадан ташқари зотилжам, нафас олиш бузилиш синдроми, эритроцитлар чўкиш тезлиги, иммуноглобулин, Enterovirus, virus Influenza, Streptococcus pneumonia, Mycoplasma pneumonia, детекция, атипия.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ У ДЕТЕЙ

Бойназаров А.А.

Кафедра нормальной и патологической физиологии
Ферганский медицинский институт общественного здоровья

✓ **Резюме**

В данной статье показаны спектр возбудителей внебольничной, рентгенологически подтвержденной пневмонии средней тяжести, ее клинические проявления в зависимости от этиологии и эффективность современных рекомендаций по рациональной антибактериальной терапии больных детей.

Ключевые слова: антибактериальная терапия, внебольничная пневмония, синдром дыхательных расстройств, Enterovirus, virus Influenza, иммуноглобулин, скорость оседания эритроцитов, пневмококки, хламидия, Streptococcus pneumonia, Mycoplasma pneumonia, детекция, атипия.

Introduction

In recent years, the criteria for the diagnosis of pneumonia in children have undergone certain changes. According to the conclusion of WHO experts in modern conditions, the diagnosis of pneumonia cannot be based on little specific

clinical symptoms. Greatest value of all the clinical signs used to a combination of febrile temperature and shortness of breath in the absence of signs of bronchial obstruction. However, there is some doubt about the reliability of these criteria for mild

and pneumonia, as they can be observed in other diseases of the respiratory tract in children under 5 years of age [1,2,3].

Chest X-ray has always been considered the "gold standard" for diagnosing pneumonia. Infiltrative (focal and lobar) changes in the lung tissue were usually associated with bacterial pneumonia, and interstitial changes with viral. Recent studies have shown the possibility of infiltrative changes in children with confirmed viral pneumonia, and the futility of using radiological signs for indicative etiological diagnosis of pneumonia. Topics moreover, the very interpretation of radiological changes in children with suspected community-acquired pneumonia varies widely, even in experienced professionals and remains a big problem [3,4,7].

However, recent studies have shown the futility of the use of radiological signs for an indicative etiological diagnosis of pneumonia. For the diagnosis of non-severe community-acquired pneumonia on an outpatient basis, modern guidelines suggest using the most reliable clinical signs, chest x-ray and general blood analysis. Although the level of leukocytosis is more than $10 \times 10^9 / l$, and according to some reports above $15 \times 10^9 / l$, as a marker of bacterial pneumonia [3,4]. As you know, pneumonia in childhood is a polietiologic disease. The causative agents of infection in community-acquired pneumonia can be as typical bacterial agents (*Streptococcus pneumoniae*) and atypical pathogens (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*) and respiratory viruses.

The etiological diagnosis of community-acquired pneumonia remains a serious problem. There are objective difficulties in determining etiological structure of community-acquired pneumonia associated with performing laboratory tests in patients without clearly proven diagnosis of pneumonia [3,10].

The difficulties of laboratory etiological diagnosis are due to the extreme exactingness of pneumococcus to the conditions of cultivation and transportation of material for research.

Since it is customary to use empirical antibiotic therapy in outpatient practice, information on the etiological structure of pneumonia and the level of resistance of pathogens to antibacterial drug should be periodically updated. However, studies of the etiological structure of outpatient pneumonia have not been carried out in our country for a long time, especially in children with mild and pneumonia.

The effectiveness of pneumonia treatment directly depends on the accuracy of etiological diagnosis and adherence to the principles of rational antibacterial therapy, which are formulated

in modern guidelines for community-acquired pneumonia. However, still not consensus on first and second line antibacterial drugs for the treatment of community-acquired pneumonia [4,10,11,12].

The objects of the study were children with radiologically confirmed outpatient pneumonia. To study the etiological structure of community-acquired pneumonia, a complex of modern research methods aimed at identifying possible bacterial (typical and atypical) and viral pathogens was used.

A prerequisite for the study was the collection of material before initiation of antibiotic therapy. A prerequisite for the study was the collection of material before

initiation of antibiotic therapy.

Antibiotic therapy was prescribed empirically until the etiology of outpatient pneumonia was established in accordance with principles of rational antibiotic therapy.

The drugs of choice were amoxicillin (amoxicillin/clavulanate). Children with allergies or suspected SARS were prescribed azithromycin. All drugs were administered orally at standard age-specific dosages.

The comparison group consisted of 45 children without signs of acute respiratory diseases. Among the examined 56 patients aged 1 to 17.5 years with radiologically confirmed community-acquired pneumonia preschool children predominated (58.9%), more than half of which were children under 3 years old. The ratio of boys and girls in the total observation group was 1.25: 1.

Along with general clinical research methods for all children chest x-ray was performed, revealing in 22 (39.3%) patients with focal, in 23 (41.0%) - lobe and in 11 (19.7%) - segmental changes. X-ray changes were more often localized in the right lung (73.2%, $p < 0.001$), lower lobe pulmonary lesions predominated (63.4%, $p < 0.001$). Chest x-ray was performed twice, with an interval of 3 - 4 weeks (a total of 112 studies were performed).

Laboratory studies include:

Microbiological studies of tracheal aspirate semi-quantitative bacteriological method followed by identification of the isolated cultures of the microorganism and their antibiotic sensitivity (56 studies); immunological studies with the determination of IgM, IgA, IgG isotypes to *M. pneumoniae* and *C. pneumoniae* using ELISA and using test systems Savyon (Israel) and ELISA Medac Statistical processing of the results obtained was carried out with using the methods of mathematical statistics presented in software packages "Statistica ver.6.1" (StatSoft Inc. USA).

To determine the reliability of differences in the results obtained used Student's (t) test and Pearson's chi-square test, the level of significance was taken as $p < 0.05$. In addition to the main group of patients, we to assess rationality of antibiotic therapy and treatment compliance community-acquired pneumonia in children on an outpatient basis 97 outpatient cards were analysed to modern standards children treated for community-acquired pneumonia in children city polyclinic number 1,3 and 5.

All studies were carried out with written and oral informed consent of parents and guardians of children. *S. pneumoniae* is bacteriologically isolated from tracheal aspirate in 15 (28.3%) of 53 patients with outhospital pneumonia. Among the contingent of patients with *S. pneumonia* shedding pneumococcal pneumonia as a mono-infection was detected in 2 (13.3%) patients, in 2 (13.3%) cases - in association with *M. pneumonia* and in the majority (11 cases, 73.4%) children - in association with viruses.

No significant differences in antibody detection rates to *C. pneumonia* by ELISA in patients with acute pneumonia and in children without signs of acute respiratory infection significantly reduces the diagnostic value of serological diagnosis of chlamydial infections with pneumonia in children. Our data once again confirm the fact that when diagnosing infectious diseases should not be based on the results individual laboratory tests, how many for a clinical - laboratory picture generally.

In our study, we decided to test the possibilities of using clinical and additional radiological signs for differential diagnosis of "typical" and "atypical" pneumonia, from which depends on the effectiveness of the choice of antibiotic therapy. To do this, we compared clinical and additional X-ray signs identified by us with careful laboratory diagnostics by causative agents of respiratory infections. Our study showed that the combination of febrile temperature and shortness of breath allows the doctor not only to diagnose pneumonia, but also to suggest a pneumococcal etiology of the disease and choosing amoxicillin for starting therapy or amoxicillin/clavulanate, since there are significant differences in the frequency of the combination of these signs from mycoplasma and chlamydial pneumonia. Although this combination of clinical signs would require differential diagnosis with viral pneumonia.

The presence of a persistent febrile temperature without shortness of breath does not allow exclude neither mycoplasma infection, nor even pneumococcal pneumonia in older children. However, the risk of developing the latter less than

with a combination of two signs: febrile temperature and shortness of breath, $p < 0.01$.

In children with local physical symptoms in the lungs and radiological changes, pathognomonic pneumonia, but not having no febrile temperature or shortness of breath, most likely atypical etiology of community-acquired pneumonia. In a similar situation initial therapy should begin with a macrolide drug.

Conclusions

1. In the etiological structure of outhospital pneumonia in children the share of *Streptococcus pneumoniae* is 28.3%, *Mycoplasma pneumoniae* (32.1%). The role of Chlamydial pneumonia (11.3%) is less significant. Among pneumococcal pneumonia, bacterial mono-infection was found in 13.3% of cases.

2. Outhospital pneumonia of mycoplasma etiology in most cases is accompanied by febrile temperature (64.3%), but rarely - shortness of breath (28.6%) and inflammatory changes in the general blood test. The physical picture from the 1st day of illness is characterized by diffuse fine moist rales, more pronounced in the zone of pneumonic infiltration (78.6%). Among the radiological changes, along with the focal form, lobar and segmental ones are possible.

3. A retrospective assessment of the treatment of outhospital pneumonia according to outpatient cards reveals typical errors in 35% of cases associated with the irrational use of antibacterial drugs. Prescribing for severe outhospital pneumonia treatment with the principles of rational antibiotic therapy ensures the achievement of a therapeutic effect in all children with pneumococcal pneumonia. The use of penicillins as first-line drugs leads to the need to replace them with macrolides in patients with atypical pneumonia.

4. Approximate diagnosis of pneumococcal outhospital pneumonia in children is possible in the presence of febrile temperature and respiratory distress syndrome, but there are no bronchial obstruction.

LIST OF REFERENCES:

1. Alekseeva N.V., Kolotukhin A.I. The value of the intensity of peroxide processes in critically ill children // Multiorgan membrane pathology in children (collection of scientific articles). Moscow. - 2001.
2. Alimov A.V. Clinical and pathogenetic characteristics of endotoxemia in acute complicated pneumonia in young children. Correction methods. Autorefer. Tashkent 2003.

3. Antipkin Yu.G., Lapshin V.F., Umanets T.R. Principles of diagnosis and treatment of community-acquired pneumonia in children. Health of Ukraine, 2008.
4. Baranov A.A., Strachunsky L.S. The use of antibiotics in children in outpatient practice. Clinical Microbiology and Antimicrobial Chemotherapy, 2013.
5. Antibacterial therapy. A practical guide. Edited by L.S. Strachunsky. Moscow, 2000.
6. Baranov A.A., Tatochenko V.K., Bakradze M.D. (ed) Feverish conditions in children. Recommendations for diagnosis and treatment. 2011
7. Berezhnyakov I.G. Antimicrobial resistance: mechanisms of occurrence and clinical significance. - Kharkov, 2006.
8. Gorbunov S.G., Gorelov A.V., Detina A.A. Clinical characteristics of pneumonia in children due to Hemophilus influenzae type B. // Pediatrics - Moscow, 2002.
9. Daminov T.A., Nizameddinov I.N., Sharapova M.Kh. Hospital-acquired (nosocomial) pneumonia in children. Toshkent: Abu Ali Ibn Sino, 2003
10. Zhernosek V.F. Acute pneumonia in children: starting antibiotic therapy for typical pneumonia in a hospital setting. Journal "Medical News" No. 10, 2006
11. Kim S.S., Spichak T.V., Yatsyshina S.B. , Katosova L.K., Great-grandfather M.N. , I. V. Zubkova The role of viral infections in community-acquired pneumonia in children // Issues of diagnostics in pediatrics. – 2012.
12. Classification of clinical forms of bronchopulmonary diseases in children // Ros. Bulletin of Perinatology and Pediatrics. 1996.

Entered 09.05. 2021

PREVALENCE OF COMORBID PATHOLOGY IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Bobojonov S. S.

Department of Normal and Pathological Physiology
Ferghana Medical Institute of Public Health

✓ *Resume*

The high prevalence of diseases of the cardiovascular system and their pathophysiological association with various comorbid conditions contribute to the progressive growth of patients with a combination of several diseases and / or syndromes, including cardiac pathology as the main component.

Combined pathology creates a new clinical situation that requires taking into account its peculiarities when choosing therapeutic, diagnostic and preventive tactics. The influence of comorbid pathology on clinical manifestations, diagnosis, prognosis and treatment of diseases of the circulatory system (CVD) is multifaceted and mutual.

The presence of comorbid diseases and high cardiovascular risk contributes to an increase in the duration of hospitalization, the onset of disability, prevents the rehabilitation in the required volume, and increases the number of complications.

Key words: comorbid pathology, myocardial infarction, prevalence.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Бобожонов С.С.

Кафедра нормальной и патологической физиологии
Ферганского медицинского института общественного здоровья

✓ *Резюме*

Высокая распространенность заболеваний сердечно-сосудистой системы и их патофизиологическая ассоциация с различными коморбидными состояниями способствуют прогрессивному росту пациентов с сочетанием нескольких заболеваний и/или синдромов, включающих в качестве основной составляющей кардиальную патологию.

Сочетанная патология создает новую клиническую ситуацию, требующую учета ее особенностей при выборе лечебно-диагностической и профилактической тактики. Влияние коморбидной патологии на клинические проявления, диагностику, прогноз и лечение болезней системы кровообращения (БСК) многогранно и взаимно.

Наличие коморбидных заболеваний и высокого кардиоваскулярного риска способствует увеличению продолжительности госпитализации, наступлению инвалидности, препятствует проведению реабилитации в необходимом объеме, увеличивает число осложнений.

Ключевые слова: коморбидная патология, инфаркт миокард, распространенность.

ЎТКИР МИОКАРД ИНФАРТКИ ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА КОМОРБИД ПАТОЛОГИЯЛАРНИНГ ТАРҚАЛГАНЛИГИ

Бобожонов С.С.

Нормал ва патологик физиология кафедраси
Соғлиқни сақлаш фарғона Тиббиёт Институту

✓ **Резюме**

Юрак-қон томир тизими касалликларининг юқори даражада тарқалиши ва уларнинг турли хил коморбид ҳолатлар билан патофизиологик алоқаси бир нечта касалликлар ва / ёки синдромларнинг комбинацияси, шу жумладан юрак патологиясини асосий таркибий қисми бўлган беморларнинг тобора ўсиб боришига ёрдам беради.

Комбинацияланган патология терапевтик, диагностика ва профилактика тактикасини танлаида унинг хусусиятларини ҳисобга олишни талаб қиладиган янги клиник вазиятни яратади. Коморбид патологиянинг клиник кўринишлар, диагностика, прогноз ва қон айланиш тизими касалликларини даволашга таъсири (БСС) кўп қиррали ва ўзаро боғлиқ.

Коморбид касалликларнинг мавжудлиги ва юрак-қон томир хавфи юқори бўлганлиги касалхонага ётқизиш муддатининг кўпайишига, ногиронликнинг бошланишига ёрдам беради, реабилитацияни керакли ҳажмда олдини олади ва асоратлар сонини кўпайтиради.

Калит сўзлар: коморбид патология, миокард инфаркти, тарқалиши.

Introduction

Modern treatment CVD is based on the use of minimally invasive surgical procedures, such as stenting of the coronary arteries. Currently, the share of stenting procedures is on average 70% of all medical interventions on the vessels of the heart [4]. Improvements in CVD treatment have led to increase in life expectancy, and this, in turn, has led to increase in the incidence of comorbidity [3].

Thus, the average number of comorbid diseases in young patients is 2.8, and in elderly patients, 6.4. At the age of up to 19 years, comorbid pathology is present in 10% of patients, and over 80 years old already in 80%. [7]. According to Russian studies based on pathological materials, 94.2% of patients have comorbid pathology [9].

Comorbidity is also of great social importance. For example, in the United States of America, more than 80% of health care costs are spent on patients with four or more chronic diseases, and health care costs rise exponentially as the number of diseases increases. [2.6]

The diverse comorbid background of the patient creates objective difficulties for practicing physicians, which requires more multifaceted approach and taking into account all the features when choosing drug therapy schemes and surgical tactics [1,5].

In this regard, our study to study the effect of comorbid pathology on the course and survival of patients with coronary artery disease who underwent myocardial infarction is undoubtedly relevant.

Purpose of the study

The aim of the study is to assess the severity of the systemic inflammatory response and the severity of AMI in patients with concomitant pathology: D2, COPD, ulcer (PUD) of the stomach and duodenum, anemic syndrome (AS).

Material and methods

99 patients with acute myocardial infarction hospitalized in the intensive care unit (ICU) for the period from 2020-2021 were examined, including 113 patients with fatal MI.

Research results

Almost all examined patients - 94% of AMI developed against the background of arterial hypertension, which does not allow to exclude the influence of this factor on the clinical course of the disease or in a comparative aspect to evaluate it along with other concomitant diseases. In this regard, patients with AMI and AH were combined into the comparison group "A". The general clinical characteristics of patients with comorbid pathology and in the comparison group are shown in Table 2

Table 1

Comparative clinical characteristics of AMI patients with and without comorbidity, M ± SD, n (%)

Indicator	Comparison group «A» (AMI and HD)	Accompanying illnesses				
		D 2 type	COPD	UD	Anemia	2 and more
Examined	258 (51,7)	76 (15,2)	43 (8,6)	20 (4)	53 (10,6)	49 (9,8)
Age (year)	66,8±11,0	68,8±8,9	71,0±9,8	65,8±9,4	73,1±10,0	68,2±10,0
Women	104 (40,3)	55 (72,4)	10 (23,3)	8 (40)	38 (71,7)	34 (69,4)
MI with Q	160 (62)	47 (61,8)	28 (65,1)	14 (70)	28 (52,8)	25 (51)
Repeated MI	81 (31,4)	27 (35,5)	14 (32,6)	8 (40)	15 (28,3)	23 (46,9)
Thrombolysis	111(43)	35(46)	12(27,9)	12(60)	12 (22,6)	17(34,7)
FC by NYHA III-IV	163 (63,2)	54 (71,1)	29 (67,4)	13 (65)	41 (77,4)	38 (77,6)
FE LV, %	55,7±10,8	52,3±12,2	54,5±10,9	57,2±10,6	55,3±11,1	52±11,6
Pulmonary edema	43 (16,7)	21 (27,6)	11 (25,6)	2 (10)	13 (24,5)	17 (34,7)
Shock	33 (12,8)	12 (15,8)	10 (23,3)	2 (10)	11 (20,8)	10 (20,4)
Aneurysm	37 (14,3)	16 (21,1)	4 (9,3)	4 (20)	5 (9,4)	5 (10,2)
Fatal MI	51 (19,8)	17 (22,4)	14 (32,6)	2 (10)	17 (32,1)	12 (24,5)
leucocytes	9,3±4,0	9,3±3,4	8,4±3,1	9,3±5,1	8,6±3	8,9±3,5
RIBL	3,2±2,0	3,1±2,2	2,8±1,5	3,6±2,9	2,9±1,6	3,2±1,9
NSIB	4±3,6	3,6±2,8	3,3±2,2	4,3±3,9	3,7±3	3,9±2,5
LII	2,6±2,1	2,4±1,7	1,8±1,5	2,8±2,4	2,3±2,2	2,4±2

In the sample as a whole, comorbidity was 48.3%. The average age of AMI patients with and without comorbidity is 70.0 ± 9.7 and 66.7 ± 11.0 years, respectively ($p < 0.05$). The proportion of patients with 2 or more forms of combined (multiply) pathology is about 10%. This group includes 49 patients, most of whom are 34 people. (69%), along with such nosological forms as COPD, AC, UD, have a history of diabetes, which determines the clinical features of the AMI course.

The data on the prevalence of concomitant diseases in AMI patients included in the study are consistent with those presented in the literature. In general, the proportion of patients with AMI combined with D2 was 22%. Among them, more than 73% of women are over 65 years old. According to the multinational registries GRACE, OASIS and EHS-ACS, from 19 to 23% of patients with AMI had previously diagnosed diabetes. Data on the prevalence of COPD in AMI patients could not be found in the available literature. The combination of myocardial infarction and COPD was revealed in 13% of the surveyed, which is 1.3 more than the proportion of patients with COPD in the population of people over 40 years old. According to epidemiological data, the very

presence of COPD increases the risk of MI by 1.4 times.

Among patients with COPD, about 75% are men. The share of smokers is 33%, while in the comparison group there are such 19%. In the group of patients with MI and concomitant peptic ulcer disease (6.2%), men also predominate - 55%, mean age 61.8 ± 8.6 . Anemia was found in 17.4% of the examined patients, which is in line with the results of recent studies. Including 72% of women over 70 years old. Most (77%) cases of AC are mild anemia with hemoglobin levels above 90 and > 110 g / l and 23% of moderate and severe (70-90 and > 70 g / l).

As the analysis showed, in groups of MI patients with comorbid pathology, the prevalence of repeated heart attacks is on average 15% higher, in multiple pathologies in which D2 prevails - by 49%. The frequency of HCF III-IV functional classes according to NYHA tends to increase in the presence of concomitant diseases by an average of 15-22% compared with group "A". There were no significant differences between the groups in the localization of myocardial infarction and the presence of the Q wave ($p > 0.05$). The results of an echocardiographic study did not reveal a statistically significant increase in the end diastolic and end systolic dimensions of the left ventricle

(LV), indicating the development of LV dilatation in patients with comorbid pathology.

In patients with AMI in combination with D2, as well as in the group with multiple pathologies, a statistically significant increase in the incidence of such an urgent complication as pulmonary edema was revealed ($p < 0.01$), which is consistent with the literature data. In general, in the sample, in patients with AMI in the presence of concomitant pathology, the prevalence of pulmonary edema and cardiogenic shock is 1.5 times higher. When combined with COPD, the incidence of the latter significantly increases ($p < 0.05$).

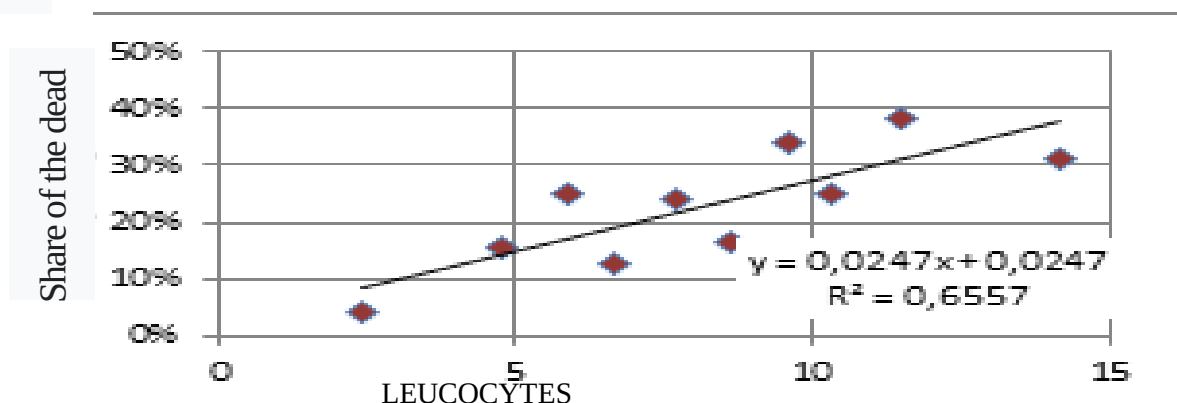
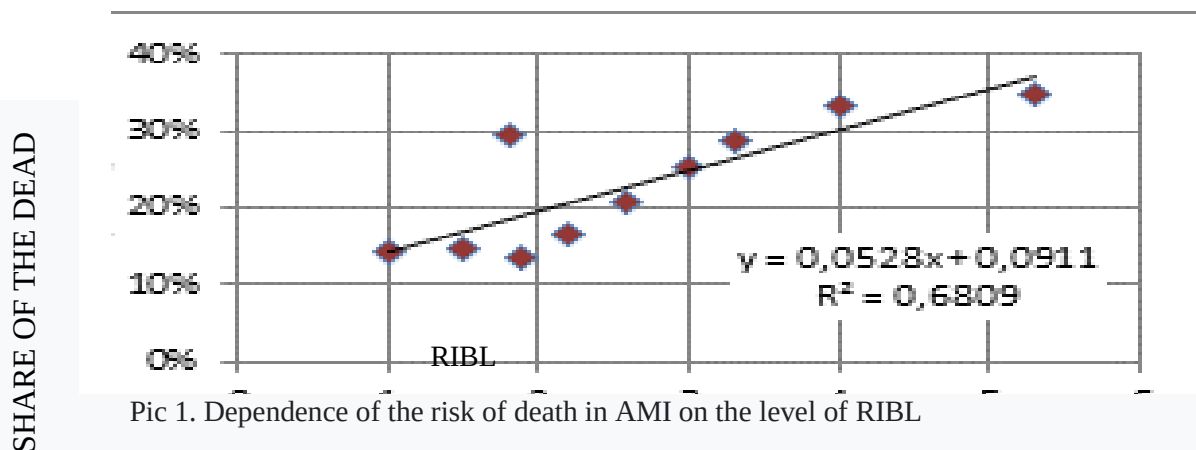
In groups with comorbid pathology, hospital mortality is 20% higher than in the comparison group. The average duration from the moment of hospitalization to the time of death is 3 (1.5; 7) days. In the presence of anemia, nosocomial mortality increases by more than 1.6 times compared with group "A" ($p = 0.019$). The data obtained

correspond to the results of the latest studies, which established that the presence of anemia upon

admission of a patient with ACS is an independent predictor of hospital mortality.

The study of the dependence of the risk of hospital mortality depending on the intensity of the systemic inflammatory response, assessed by the level of leukocyte indices of cellular reactivity, showed a significant increase in the risk of a fatal outcome of AMI with an increase in RIBL values. The values of leukocyte indices are calculated as the ratio of various forms of leukocytes and do not depend on their total number.

In recent years, data have been obtained indicating that a high baseline level of leukocytes in the blood reliably reflects the likelihood of developing cardiogenic shock, pulmonary edema and an increase in mortality in patients with MI. In this regard, the results of assessing the severity of AMI and the risk of fatal outcome, obtained using leukocyte indices, were compared with the results of assessments by the level of leukocytes. Figures 1 and 2 show the results of approximation of the mean group pairs of LBI values, the level of leukocytes and the proportion of deaths at the hospital stage.



In pic. 1 shows that the number of deaths at the hospital stage increases significantly at values of $RIBL > 2.7$, which determine the hyperreactive

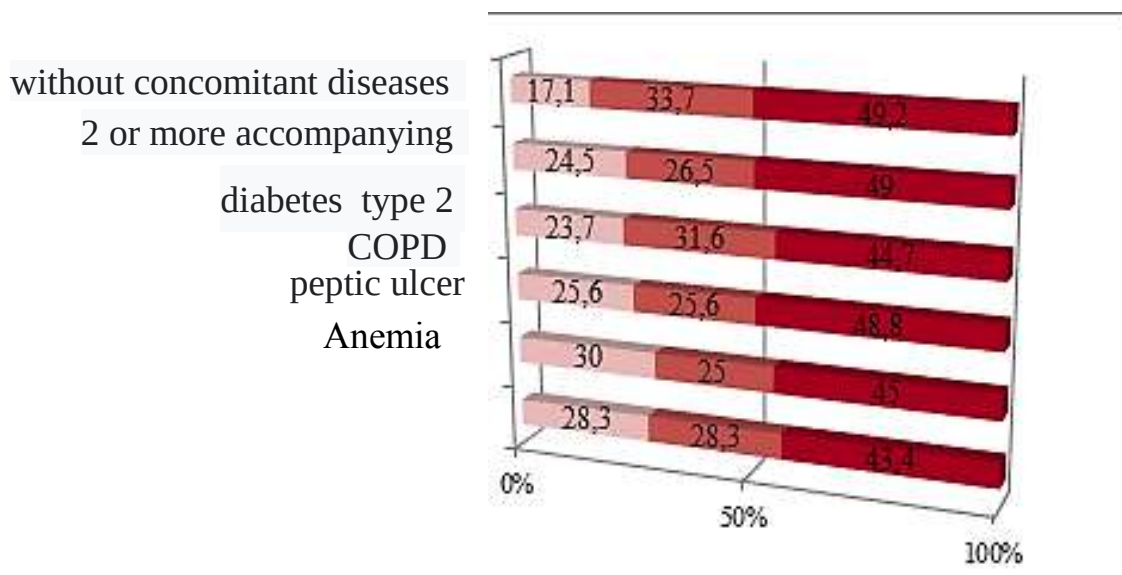
inflammatory response. With the hyporeactive type of SVR ($RIBL$ values < 1.8), an increase in the proportion of patients who died was also noted,

compared with the normoreactive course of the inflammatory reaction (RIBL 1.9-2.7).

The resulting distribution and trend line in pic. 2 also indicate an increase in the risk of death depending on the level of leukocytes and are consistent with literature data. At the same time, when assessing the risk using the index of the ratio of granulocytes and agranulocytes - RIBL, a greater coefficient of determination $R^2 = 0.68$ was obtained. In addition, in recent years it has been proven that in the early phase of acute myocardial

infarction, only a subpopulation of neutrophils is massively activated [9]. Considering these factors, the use of RIBL for predicting the development of complications and mortality in AMI can be recognized as a priority.

The mean group values of leukocyte indices in AMI patients with and without comorbid pathology do not have statistically significant differences (Table 2). The ratio of hypo-, normo-, and hyperreactive types of SVR in groups with combined pathologies is shown in PIC. 3.



Pic 3. Correlation of SVR types in groups of AMI patients with concomitant pathology

As can be seen in the figure, the hyperreactive type of SVR is predominant in the acute period of AMI, regardless of the presence or absence of comorbid pathology; the detection rate ranges from 43% to 49% of cases. There were no statistically significant differences according to the chi-square test depending on the type of SVR between groups with various forms of combined pathology: with concomitant D2 $p = 0.769$, COPD $p = 0.608$, PUD $p = 0.749$, anemia $p = 0.799$.

Conclusion

According to the results of the study, the comorbidity of AMI patients was 48.3%. The most common concomitant disease is type 2 diabetes mellitus - 22%. The presence of a comorbid pathology increases the risk of complications and adverse outcomes of myocardial infarction. The frequency of such urgent complications as pulmonary edema and cardiogenic shock increases by 1.5 times. With the combination of AMI and D2, as well as in the group with multiple pathologies, a statistically significant increase in the frequency of pulmonary edema was revealed ($p < 0.01$).

LIST OF REFERENCES:

1. Бацигов Х.А., Сайфутдинов Р.Г., Тагирова Д.Р. и соавт. Прогностическое значение лейкоцитоза при инфаркте миокарда //
2. Каретникова В.Н., Груздева О.В, Барбараш О.Л. Роль маркеров воспаления в оценке прогноза у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST в сочетании с

Казанский медицинский журнал. – 2010. – Т.91, № 3. – С. 328-330.

- нарушениями углеводного обмена // Кардиология. – 2012. - №2. – С.20-26.
3. Черешнев В.А., Гусев Е.Ю. Иммунологические и патофизиологические механизмы системного воспаления // Медицинская иммунология – 2012. – Т.14, № 1-2. – С. 9-20.
4. Эрлих А.Д., Грацианский Н.А. Острый коронарный синдром у больных сахарным диабетом – реальная практика российских стационаров (по результатам регистра РЕКОРД) // Сахарный диабет. – 2012. - № 2. – С. 27-31.
5. Яблучанский Н.И. Стратегия острого инфаркта миокарда (для настоящих врачей). – Харьков «Основа», 2000. – 48 с.
6. Ang, D.S., Kao M.P., Noman A. et al. The prognostic significance of early and late anaemia in acute coronary syndrome // QJM. – 2012. – Vol.105(5). – P.445-54.
7. Donaldson G.C., Hurst J.R., Smith C.J. et al. Increased risk of myocardial infarction and stroke following exacerbation of COPD // Chest. – 2010. –Vol.137, № 5. – P. 1091-1097.
8. Liaudet L., Rosenblatt-Velin N. Role of innate immunity in cardiac inflammation after myocardial infarction // Front Biosci (Schol Ed). – 2013. – Vol.5. – P. 86-104.
9. Maugeri N., Rovere-Querini P., Evangelista V. et al. An intense and short-lasting burst of neutrophil activation differentiates early acute myocardial infarction from systemic inflammatory syndromes // PLoS One. – 2012. – Vol.7, № 6. – P. 39484.

Enterted 09.05.2021

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПО КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2016-2020 ГОДЫ

Георгиева И.И.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России

✓ Резюме

Шизофрения составляет одну из главных медицинских проблем сегодняшнего времени, это — самое частое заболевание, так как на него приходится около половины новых поступлений в психиатрические больницы. Оно относится к числу наиболее серьезных заболеваний, вызывающих тяжелые изменения в психике с характером упадка и деградации. По оценке Всемирной Организации Здравоохранения, более 26 миллионов человек страдали от шизофрении, что позволяет поместить это заболевание в список 20 самых основных причин недееспособности во всем мире [2].

В России наступила стабилизация эпидемической ситуации по шизофрении с тенденцией к ее улучшению. Исследование выполнено на основании официальных эпидемиологических данных. Показатели первичной заболеваемости шизофренией в Курской области в 2017 – 2018 гг. выше, чем в среднем по Центральному федеральному округу и в ближайших регионах, но ниже, чем в среднем по России. Шизофрения диагностируется у мужчин в 1,4 раза чаще, чем у женщин, и, как правило, раньше у мужчин [7] - пиковый возраст начала заболевания составляет 20–28 лет для мужчин и 26–32 года для женщин [8]. Начало в детстве иногда может возникнуть в возрасте до 13 лет [9] [10]. Более позднее начало может произойти в возрасте от 40 до 60 лет, известное как позднее начало, а также после 60 лет, известное как очень позднее начало. Таким образом, шизофрения является проблемой, актуальной для трудоспособного населения и требующей профилактики среди молодежи.

Ключевые слова: шизофрения, эпидемиология, возрастная структура.

INCIDENCE OF SCHIZOPHRENIA IN THE KURSK REGION FOR 2016-2020 YEARS

Georgieva I.I.

FSBEI HE "Kursk State Medical University" of the Ministry of Health of Russia

✓ Resume

Schizophrenia is one of the main medical problems of today, it is the most frequent illness, as it accounts for about half of new admissions to psychiatric hospitals. It is one of the most serious diseases that cause severe changes in the psyche with the nature of decline and degradation. According to the World Health Organization, more than 26 million people suffer from schizophrenia, which puts this disease in the list of the 20 most leading causes of disability worldwide [2].

In Russia, the epidemic situation in schizophrenia has stabilized with a tendency to improve. The study was carried out on the basis of official epidemiological data. Indicators of primary incidence of schizophrenia in the Kursk region in 2017 - 2018 higher than the average for the Central Federal District and in nearby regions, but lower than the average for Russia. Schizophrenia is diagnosed in men 1.4 times more often than in women, and, as a rule, earlier in men [7] - the peak age of onset of the disease is 20–28 years for men and 26–32 years for women [8]. Childhood onset can sometimes occur before age 13 [9] [10]. A later onset can occur between the ages of 40 and 60, known as late onset, and after 60, known as very late onset. Thus, tuberculosis is a problem that is relevant for the working-age population and requires prevention among young people.

Key words: schizophrenia, epidemiology, age structure.

FSBEI HE Sog'liqni saqlash vazirligining "Kursk davlat tibbiyot universiteti"

✓ **Rezyume**

Shizofreniya - bu bugungi kunning asosiy tibbiy muammolaridan biri, bu eng keng tarqalgan kasallik, chunki u psixiatriya shifoxonalariga yangi qabul qilinganlarning taxminan yarmini tashkil qiladi. Bu tanazzul va tanazzul tabiati bilan psixikada jiddiy o'zgarishlarni keltirib chiqaradigan eng jiddiy kasalliklardan biridir. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra, 26 milliondan ortiq odam shizofreniya kasalligiga chalingan, bu ushbu kasallikni dunyo bo'ylab nogironlikning 20 ta etakchi sabablari ro'yxatiga kiritmoqda [2]. Rossiyada shizofreniyada epidemik vaziyat yaxshilanish tendentsiyasi bilan barqarorlashdi. Tadqiqot rasmiy epidemiologik ma'lumotlar asosida o'tkazildi. Kursk viloyatida 2017 - 2018 yillarda shizofreniya bilan kasallanishning birlamchi ko'rsatkichlari Markaziy Federal okrugi va yaqin mintaqalar bo'yicha o'rtacha ko'rsatkichdan yuqori, ammo Rossiya uchun o'rtacha ko'rsatkichdan past. Shizofreniya erkaklarda ayollarga qaraganda 1,4 marta tez-tez aniqlanadi va qoida tariqasida, ilgari erkaklarda [7] - kasallikning eng yuqori yoshi erkaklar uchun 20-28 yosh va ayollar uchun 26-32 yosh [8]. Bolalik boshlanishi ba'zan 13 yoshdan oldin sodir bo'lishi mumkin [9] [10]. Keyinchalik boshlanish 40 dan 60 yoshgacha bo'lishi mumkin, kech boshlanish deb nomlanadi va 60 yoshdan keyin juda kech boshlanish deb nomlanadi. Shunday qilib, shizofreniya mehnatga layoqatli aholi uchun dolzarb muammo bo'lib, yoshlar orasida profilaktika talab etiladi.

Kalit so'zlar: shizofreniya, epidemiologiya, yosh tarkibi.

Актуальность

В настоящее время во всем мире шизофрения – одно из самых актуальных заболеваний в современной клинической и социальной психиатрии. Это заболевание характеризуется высокой распространенностью, тяжестью клинических проявлений, нередко ведущих к глубокой инвалидизации, большими экономическими затратами, трудовыми потерями и социальному урону.

В развитии шизофрении выделяют следующие причины его возникновения и распространения [1, 2]:

1. Наследственная предрасположенность. При наличии близких родственников (отца, матери, брата или сестры), страдающих этим заболеванием, риск развития шизофрении увеличивается до 10%, то есть, примерно в 20 раз по сравнению со средним риском по популяции. Вместе с тем, 60% больных имеют неотягощенный семейный анамнез [3 - 6].

2. Перинатальные вредности. К числу факторов, повышающих риск развития шизофрении, относят внутриутробные инфекции, осложненные роды и время рождения.

3. Социальные условия. Отмечают устойчивую корреляцию распространенности шизофрении с рядом социальных факторов, в том числе – уровнем урбанизации (горожане болеют чаще сельских жителей), бедностью, неблагоприятными условиями жизни в детском

возрасте и переездами семьи в связи с неблагоприятными социальными условиями [4, 7, 8].

4. Стиль воспитания. Наличие ранних травмирующих переживаний, игнорирования жизненно важных потребностей, перенесенного в детстве сексуального или физического насилия.

5. Вредные зависимости. Шизофрения, алкоголизм, наркомания и токсикомания нередко тесно связаны между собой, однако отследить характер этих связей не всегда возможно. При появлении первых признаков шизофрении больные иногда пытаются устранить неприятные ощущения (подозрительность, ухудшение настроения и другие симптомы) употребляя наркотики, алкоголь и лекарственные препараты с психоактивным действием, что влечет за собой увеличение риска развития наркомании, алкоголизма и других зависимостей.

6. Аномалии структуры головного мозга. У больных шизофренией выявляются отличия в анатомической структуре гиппокампа и височных долей, увеличение желудочков и снижение активности лобной доли, отвечающей за рассуждение, планирование и принятие решений.

В центре внимания специалистов находится возрастная и социальная структура больных. В России наступила стабилизация эпидемической ситуации по шизофрении с тенденцией к ее улучшению, о чем свидетельствует динамика

основных показателей по шизофрении. За 10 лет (с 2010 по 2020 г.) снизились следующие основные показатели по шизофрении: заболеваемость шизофренией – с 85,1 до 48,3 на 100 тыс. населения (на 43,2%); заболеваемость шизофренией детей с 2-15 лет – с 15,3 до 9,7 на 100 тыс. детей (на 36,6%); распространенность шизофренией на окончание года – с 190,7 до 109,8 на 100 тыс. населения (на 42,4%); смертность от шизофрении – с 17,9 до 6,5 на 100 тыс. населения (на 63,7%) [9, 10].

Цель исследования – изучить первичную заболеваемость шизофренией и ее возрастную структуру по Курской области за 2016-2020 годы.

Материал и методы

Сведения о числе впервые выявленных больных шизофренией с их возрастной детализацией получены из отчетных документов Курского областного психоневрологического диспансера. Сведения о заболеваемости шизофренией в регионах центрального федерального округа за 2019-2020 год взяты из официальных статистических материалов ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России. Данные о первичной заболеваемости в расчете на численность населения представлены в виде интенсивных показателей, возрастая структура впервые выявленных по Курской области – экстенсивных показателей, оценка достоверности разности относительных величин проведена по критерию Стьюдента.

Результаты и обсуждение

В 2020 г. в России было выявлено 65234 новых случаев шизофрении, что на 7,9% меньше, чем в 2017 г. Уровень первичной заболеваемости шизофренией в России в 2018 г. составил 44,4 на 100 000 населения, в Центральном федеральном округе – 27,9 на 100 000, что достоверно ниже, чем в целом по стране ($p \leq 0,01$). В Курской области первичная заболеваемость в 2017 г. составляла 39,9 случаев на 100 000, в 2018 г. – 31,7 на 100 000, то есть имеет место значимая убыль показателя ($p \leq 0,05$). При этом показатель заболеваемости в регионе и в 2017, и в 2018 гг. значительно выше, чем в среднем по федеральному округу ($p \leq 0,05$), но ниже общероссийского ($p \leq 0,01$). Из регионов, с которыми Курская область непосредственно граничит, по итогам 2018 г. достоверно более высокий уровень заболеваемости отмечен в Брянской области (38,9 на 100 000, $p \leq 0,05$), более низкие значения – в Белгородской (17,1), Воронежской (24,3) и Орловской (24,5) областях. Спад

заболеваемости по сравнению с 2017 годом имеет место во всех регионах Центрального федерального округа.

В структуре впервые выявленных больных шизофренией в Курской области доля детей до 14 лет с 2014-2016 годы увеличилась с 2,3% до 4,05%, рост статистически незначителен ($p > 0,05$). С 2016 по 2018 годы доля детей достоверно сократилась с 4,05% до 0,63% ($p \leq 0,05$). Таким образом, к 2018 году выявление шизофренией в младшей возрастной группе свелось к единичным случаям, несмотря на массовые обследования детей.

Выявление шизофрении в возрастной группе 15-17 лет на протяжении 5 лет имело характер единичных случаев, и доля данной возрастной группы в структуре впервые выявленных больных изменялась в пределах 0,69-2,06%.

Долю первичных случаев в возрастной группе 18-29 лет следует оценивать как стабильную. В 2015 году она незначительно увеличилась с 14,7% до 15,47% ($p > 0,05$), а с 2015 – 2018 годы отмечается незначительная тенденция снижения доли возрастной категории впервые выявленных пациентов с 15,47% до 13,25% ($p > 0,05$). Таким образом, долю молодежи 15 – 29 лет в структуре контингента впервые выявленной шизофрении следует оценить как стабильную в течение последних 5 лет.

Доля пациентов 30 – 39 лет на протяжении всех 5 лет возрастает, и увеличилась она статистически значимо: с 20,7% до 24,6% ($p > 0,05$).

Возрастная категория 40 – 60 лет на протяжении всех 5 лет преобладала в структуре впервые выявленных больных шизофренией. В 2014 – 2015 году доля больных этого возраста оставалась относительно стабильной, незначительно снизилась с 46,17% до 45,5%. В 2016 году отмечен достоверно более низкий показатель: доля случаев, выявленных в 40 – 60 лет, снизилась до 39,9% ($p > 0,05$). В 2017 – 2018 году показатель вновь стабилизируется на уровне 44 – 46%.

Доля больных старше 60 лет оставалась относительно стабильной с 2014 – 2017 годы. В 2018 году доля пациентов старшей возрастной группы достоверно возросла с 12,87% до 16,4% ($p \leq 0,05$).

Выводы

1. Показатели первичной заболеваемости шизофренией в Курской области в 2017 – 2018 гг. выше, чем в среднем по Центральному федеральному округу и в сравнении с большинством ближайших

регионов, но ниже, чем в среднем по России.

2. В возрастной структуре впервые выявленных больных шизофренией в Курской области стабильно преобладают лица в возрасте 40 – 60 лет, растет удельный вес возрастной группы 30 – 40 лет, а доля молодежи 15 – 29 лет остается относительно стабильной. Таким образом, шизофрения является проблемой, актуальной для трудоспособного населения и требующей профилактики среди молодежи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Холмогорова, А. Б. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, А.А. Далныкова, А.Б. Шмуклер // Социальная клиническая психиатрия. — 2017 — № 4 — С. 81–86.
2. Краснов, В.Н. Расстройства аффективного спектра. / В.Н. Краснов. - М.: Практическая медицина, 2019, 432 с.
3. Куликов, А.Ю. Анализ стоимости болезни лечения пациентов, страдающих депрессивными расстройствами в условиях здравоохранения РФ /А.Ю. Куликов, Ю.М. Дедюрина //Фармакоэкономика. 2018 Т. 4 № 1 С. 24–33.
4. Шматова, Ю.Е. Общественное психическое здоровье: тенденции и проблемы / Ю.Е. Шматова, О.И. Фалалеева, К.А. Гулин. - Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2020 186 с.
5. Гурович И.Я. и др. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии / И.Я. Гурович, Е.Б. Любов. - М.: Медпрактика, 2003 264 с.
6. Шабунова, А.А. Общественное развитие и демографические вызовы
7. Современности / А.А. Шабунова // Проблемы развития территории. 2016 № 2 (70). С. 7–17.
8. Гурович, И.Я. Бремя депрессивных расстройств в отечественных психиатрических службах /И.Я. Гурович, Е.Б. Любов //Журнал неврологии и психиатрии. 2019 № 3 С. 77–82.
9. Васькова, Л.Б. Методы и методики фармакоэкономических исследований/ Л.Б. Васькова, Ю.М. Дедюрина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019 112 с.
10. Еричев, А. Н. Когнитивно-поведенческая психотерапия больных с параноидным бредом / А.Н. Еричев, А.М. Моргунова, А.П. Коцюбинский //Российский психиатрический журнал. — 2017 — № 4 — С. 45–50.
11. Решетников, М.М. Психическое здоровье населения – современные тенденции и старые проблемы/ М.М. Решетников // Нац. психолог. журн. 2020 №1 (17). С. 9–15.

Поступила 09.03. 2021

ЗАФАРОН (CROCUS ALATAVICUS L.) ДОРИВОР ЎСИМЛИГИНИНГ ТАБИИЙ РЕСУРСЛАРИ, УЛАРДАН САМАРАЛИ ФОЙДАЛАНИШ ВА МУҲОФАЗА ҚИЛИШ

Зулунова Г.К., Хамидов Г.К.

Фаргона давлат университети

✓ Резюме

Муалифлар таъкидлашича, ҳозирги глобализация ва тез ўзгарувчан замонда заъфарон ўсимликлари ресурсларидан кенг фойдаланиш ва муҳофаза қилиш зарур. У қимматли восита сифатида узоқ йиллар ўзимиз ва келгуси авлодларимизга хизмат қилиши зарур. Шунингдек, минтақанинг иқтисодий ривожланиши, коммуникация инфратузилмасини яхшилаш учун катта туртки бўлади. Заъфарон ўсимлигини иқлимлаштириш ва уни тоғли ва тоғолди ҳудудларида кўпайтириш, ушбу муҳим дори воситасига бўлган эҳтиёжimizни қондиради.

Калит сўзлар: Зафарон (crocus alatavicus L.), доривор ўсимликлар табиий ресурслари, фойдаланиш ва муҳофаза қилиш.

РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И ЗАЩИТА ПРИРОДНЫХ РЕСУРСОВ ЕСТЕСТВЕННЫХ ЗАПАСОВ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЯ CROCUS ALATAVICUS L.

Зулунова Г.К., Хамидов Г.К.

Ферганский государственный университет

✓ Резюме

Авторы подчеркивают необходимость широкого использования и защиты ресурсов растения шафран в условиях нынешней глобализации и быстро меняющихся времен. Он должен служить нам и будущим поколениям в течение многих лет как ценный инструмент. Также экономическое развитие региона станет большим толчком для улучшения инфраструктуры связи. Климатизация шафрана и его распространение в горных и предгорных районах удовлетворит нашу потребность в этом важном лекарственном средстве.

Ключевые слова: шафран (crocus alatavicus L.), Природные ресурсы, использование и охрана лекарственных растений.

RATIONAL USE AND PROTECTION OF NATURAL RESOURCES OF NATURAL RESOURCES OF MEDICINAL PLANTS CROCUS ALATAVICUS L.

Zulunova G.K., Khamidov G.K.

Fergana State University

✓ Resume

The authors emphasize the need for widespread use and protection of the resources of the saffron plant in the context of current globalization and rapidly changing times. It should serve us and future generations for many years as a valuable tool. Also, the economic development of the region will be a great impetus for improving the communications infrastructure. The climatization of saffron and its spread in the mountainous and foothill regions will satisfy our need for this important medicine.

Key words: saffron (crocus alatavicus L.), Natural resources, use and protection of medicinal plants.

Долзарблиги

Дунёда аҳоли сонинг ортиши кенг ассортиментдаги доривор, озиқ овқатбоп ва хушбўй зиравор ўсимликлар хом ашёси хилма хиллигини кўпайтиришни, ҳамда улардан янги турдаги маҳсулотларни ишлаб чиқишни тақозо этмоқда. Ноанъанавий ва қимматли доривор ўсимликлар, жумладан эрма заъфаронни

(Crocus sativus L.) республикаимиз шароитида ўсиш-ривожланишини асаслаш, интродукциясини баҳолаш, фитокимёвий таркибини аниқлаш, кўпайтириш йўллариини ишлаб чиқиш, кенг масштабли плантацияларини ташкил этиш, муҳофазага муҳтож турларни

сақлаб қолиш борасидаги илмий тадқиқот ишлари ишлари муҳим аҳамиятга эга

Мамлакатимиз турли хил касалликларни доривор ўсимликлар асосида даволаш бўйича ўзининг кўп асрлик анъаналарига эгадир. Буюк юртдошларимиз Ал-Беруний, Ал-Хоразмий, Абу Али ибн Синодек мутафаккир олимларимиз томонидан қадимда тиббиёт амалиётида қўллашга тавсия этилган бой меросимиз мавжуд ва у бугунги кунда Ўзбекистон Республикаси Фанлар академиясининг Биоорганик кимё институти, Ўсимлик моддалари кимёси институти, Тошкент фармацевтика институти ва бошқа бир қатор олийгоҳлар томонидан бу ишлар муофакятли давом эттирилмоқда.

Бугунги кунда республикаимизда 2958 та қишлоқ врачлик пунктлари фаолият кўрсатаётган бўлиб, уларнинг қошида ёки уларга яқин бўлган масофаларда 1258 та дорихона шаҳобчалари ташкил этилган ва улар томонидан аҳолининг дори воситаларига бўлган эҳтиёжи қондириб келинмоқда [1-4].

Ривожланган мамлакатлар Корея, Хитой бугунги кунда ҳам доривор ўсимликларни маданий ҳолда етиштирилиб, замонавий табобатда кенг қўлланилиб келинади. Ибн Синонинг «Тиб қонунлари» китобида касалликларнинг давоси доривор ўсимликларнинг барги гули, банди ёки томиридан тайёрланган малҳамлардан фойдаланиш ҳақида ёзилган. Замонавий тиббиёт ривожланган замонда гиёҳлардан фойдаланишга зарурат борми, дейиши мумкин. Ўйлаб кўринг-чи, инсон соғлиги учун қай бири афзал: кимёвий усулда тайёрланган дори воситаларими ёки табиий гиёҳлар? Кимёвий йўл билан тайёрланган дори инсон организмнинг маълум аъзосига даво қилиш баробарида бошқасига салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Бундай препаратларни кўп қабул қилиш туфайли бошқа хасталикларга чалиниш, аллергия касалликлар билан оғриш ҳоллари ҳам содир бўлади. Сабаби, улар организмнинг иммунитетини пасайтиради. Бу билан бундай дорилардан воз кечиш керак, демоқчи эмасман. Улардан ўз ўрнида, дейлик, касаллик хавфи юқори паллада тез таъсир кўрсатиши учун фойдаланиш мақсадга мувофиқ. Энди бизда ҳам доривор ўсимликларни етиштириш, асраш ва фармацевтика саноатида кенг қўллаш пайти келди. Бунинг учун, аввало, ёввойи ҳолда ўсаётган шифобахш ўсимликларни асрашимиз керак, имкони борларинигина маданий ҳолда кўпайтиришимиз зарур. Бу борада куйдагиларни таъкидламоқчимиз [10].

Малҳам гиёҳ – олтиндан қиммат. Қолаверса, доривор ўсимликлар халқ саломатлиги баробарида мамлакат иқтисоди учун ҳам қониқойида. Шунинг учун доривор ўсимликларни кўпайтириш биотехнологиясини яратиш долзарб ҳисобланади.

Заъфарон – сапсардошлар оиласига мансуб кўп йиллик ўсимлик. Одатда ёввойи ҳолда учрамайди, ватани – Кичик Осиё ва Болқон ярим ороли. Ўзбекистонда ҳам заъфаронларнинг айрим турлари Тошкент ва Фарғона вилоятларидаги адири ва тоғларда табиий ҳолда ўсади. Заъфарон шамолдан пана, жануб томонга бироз қия бўлган, қуруқ тупроқларда ўсади [4].

Ботаник таърифи: бўйи 30 см гача борадиган, туганак пиёзли кўп йиллик ўсимлик. Барглари тик ўсади гуллари хушбўй аксарят сариқ гулбанди калта-калта бўлиб деярли кўринмайди одатда тупроқ тагида бўлади. Бу ўсимлик уруғ тугмайди туганак пиёзчаларидан кўпаяди. Уни экиш муддати ўсимлик тиним даврига ўтаган вақтда, яъни июль-август ойларига тўғри келади. Заъфарон туганак пиёзлари 10 сантиметр узюқликда, 15 сантиметр чуқурликда, 60 сантиметр кенгликда экилади [15, 18, 20, 23, 24, 27].

Дориворлик хусусиятига эга бўлган турлари: *Crocus sativus* (экма зафарон), *Crocus pallasii* Gold Ўзбекистонда *C. alata* Regel et semen (ок зафарон) ва *C. korolkovii* Regel et Maw (олатоғ зафарони) ўсади [9, 11].

Ҳозирги кунда ушбу ўсимлик тиббиёт ва озиқ-овқат саноатида кенг ишлатилади. Унинг таркибида 50 фоиздан ортиқ бўёқ берувчи кроцин, 2,7 фоиз ёғ, 0,32 фоиз эфир мойи, В, В2 витаминлари, азотли моддалар, қанд, калий ва кальций бирикмалари мавжуд бўлиб, кўплаб касалликларни даволашда қўлланилади. Ўсимлик ўзига хос хушбўй хиди, ёрқин ранг ва таъм бериши боис турли таомларга қўшилади. Ундан қандолат маҳсулотлари, кремлар, музқаймоқ тайёрлашда ҳам фойдаланилади. Заъфарон қўшилган озиқ-овқат маҳсулотлари бир неча кунгача сифатини йўқотмайди [12, 17, 19, 21, 22, 26].

Заъфарон фойдаси ҳақида Ибн Сино: Буриштирувчи ва эритувчидир. Бунда буриштириш ва елимлар хусусияти бўлганидан етилтирувчи ҳамдир. Иссиқлиги мўътадил бўлиб, тикилмаларни очади. Сасишни тузатиб, ички аъзоларни кучайтиради. Заъфарон ичиш рангни чиройли, кўзни равшан, юракни қувватли қилади. Балғам кўчишини осонлаштиради ва нафас аъзоларини кучли қилади деб ёзиб қолдирган.

Зираворнинг номи арабча «сарик» сўзидан олинганини инобатга оладиган бўлсак, заъфарон дастлаб бўёқ сифатида кадрланганини тушуниш қийин эмас. Экма зафарон гулининг тумшукчалари узига хос хушбўй ҳидга эга, шунинг учун тиббиёт амалиётидан ташқари қандолат маҳсулотлари, пишлок, ликёрлар ишлаб чиқаришда ранг, хушбўй ҳид беришда кенг қўлланилади: Angelo Gismondi, Mariagiovanna Serio, Lorena Canuti, Antonella Canini. Biochemical, Antioxidant and Antineoplastic Properties of Italian Saffron (Crocus sativus L.) [14].

Заъфароннинг гул устунчаси озиқ маҳсулот сифатида тайёрланади. Бунинг учун заъфарон гулининг оналик устунчаси авайлаб қирқиб олиниб, тезда қуритилади. 1 кг қуруқ заъфарон олиш учун тахминан 2000 та гули керак. Шу боис бўлса керак, ҳар йили бутун дунё бўйича бор-йўғи 300 тонна заъфарон етиштирилади. Кўриб турганингиздек, мазкур усул жуда машаққатли бўлгани учун заъфарон ўрта асрлардан буён баҳоси тушмаган ягона зиравор ҳисобланади. Заъфарондан кўз томизғилари, турли-туман дорилар, қувватбахш дамламалар тайёрланади. Умуман, халқ табобатида заъфарон юздан ортиқ касалликларни даволашда ишлатилади. Жумладан:

- онкологик касалликларнинг олдини олади (ўсмага қарши таъсир кўрсатади ва саратон хужайралари ўсишига тўсқинлик қилади);
- қонни тозалайди (қонни тозалаб, янгилайди. Бундан чиқди, юрак-қон томир тизимини мустаҳкамлаб, организмнинг барча хужайраларини озиқлантиради);
- мия фаолиятини яхшилайди (иссиқ сут билан ичилган заъфарон бош мия тўқималарининг ўсишига ёрдам беради, хотирани кучайтиради);
- бош оғриғи ва уйқусизликни қолдиради;
- ошқозон-ичак функциясини тартибга солади;
- ортиқча сафродан халос этади;

Тиббиёт амалиётида зафаронни гуллаш даврида гул тугунчалари йиғиб олиниб, қуритилиб антиспазмолитик, стимуллаштирувчи, оғриқ қолдирувчи, сийдик ҳайдовчи, юрак ҳамда жигар хасталигини даволовчи восита сифатида қўлланилади [16].

Заъфарон кўп йиллик ўсимлик ҳисобланади, ўсимлик экилган майдонлардан 7 йилгача ҳосил олиш мумкин. Ҳосилдорлик биринчи йилда гектарига 1-1,5 кг/га ташкил этса, йилдан-йилга туганак пиёзлари кўпайиши ҳисобига ошиб боради. Сабаби Ўзбекистон шароитида бир йилда битта туганак еттига туганаккача кўпаяди. Мамлакатимизда кенг

миқёсда заъфарон етиштирилиши қишлоқ хўжалиги ривожланиши, фармацевтика корхоналари маҳаллий хомашё билан таъминланиши, шунингдек, экспорт ҳажмини оширишда муҳим омил бўлиши кутилмоқда. Тадқиқотларнинг кўрсатишича, заъфарон юртимиз тупроқ-иқлим шароитига тўлиқ мос бўлиб, уни Фарғона водийси, Тошкент, Самарқанд, Қашқадарё, Сурхондарё, Навоий ва Жиззах вилоятларининг тоғ ва тоғолди ҳудудларида, боғ ва тоқзорлар қатор ораларида, ўрмон ҳудудларида етиштириш имконияти мавжуд [6].

Бугунги кунда заъфарон Эрон, Туркия, Озарбойжон, Россия, Хитой, Ҳиндистон, Австралия каби ўн бешдан ортиқ мамлакатда етиштирилади.

Бу йил мамлакатимизда биринчи бор Жиззах вилояти Бахмал туманида Италиядан олиб келинган тугунақлар экилиб ҳосилдорлик олинди.

Пиёзларни экишдан олдин Италиялик мутахассислар маҳаллий ходимлар билан услубий семинар ва амалий машғулотлар ўтказди. Шунингдек, замонавий агротехника технологиялари намойиш этилди.

Хулоса

Ҳозирги глобализация ва тез ўзгарувчан замонда заъфарон ўсимликлгини ресурсларидан кенг фойдаланиш ва муҳофаза қилиш зарур. У қимматли восита сифатида узок йиллар ўзимиз ва келгуси авлодларимизга хизмат қилиши зарур. Шунингдек, минтақанинг иқтисодий ривожланиши, коммуникация инфратузилмасини яхшилаш учун катта туртки бўлади.

Заъфарон ўсимлигини иқлимлаштириш ва уни тоғли ва тоғолди ҳудудларида кўпайтириш, ушбу муҳим дори воситасига бўлган эҳтиёжimizни қондиради.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР:

1. Протокол №222 “О мерах совершенствования деятельности ГАК «Узфармсаноат» и дальнейшему развитию фармацевтической отрасли”, 07.08.2013.
2. Протокол №5 “2015-2017 йилларда ўрмон хўжаликлари тизимини ривожлантириш, доривор ва озуқабоп ўсимликлар хом ашёсини етиштириш. Протокол №222 “О мерах совершенствования деятельности ГАК «Узфармсаноат» и дальнейшему развитию фармацевтической отрасли”, 07.08.2013.
3. Протокол №32 “Доривор ўсимликлар асосидаги дори воситаларини ва биологик фаол қўшимчаларни (БФЮ) маҳаллий корхоналарда ишлаб чиқаришни

- ривожлантириш чора - тадбирлари тўғрисида”, 20.05.2015.
4. Махмудов А.В. *Crocus L.* туркуми турларининг Ўзбекистон шароитида интродукцияси биоэкологик хусусиятлар Ташкент: 2017.
 5. Акопов И.Э. Важнейшие отечественные лекарственные растения и их применение. - Ташкент: Медицина, - 1986. - С. 114-116. Ўзбекистон фармацевтик хабарномаси №3, 2018
 6. Гарагезов Т.Г., Гасымов К.Г., Серкерев С.В., Новрузов Э.Н., Мурадов П.З., Шахмурадов И.А. Стратегия Изучения Биологии Апшеронской Популяции Шафрана (*Crocus sativus L.*) // АМЕА-нин Хабарлари (biologiya va tibb elmlari), - 2017. Cild 70. - №2. - С.164 - 173.
 7. Драгункина А. Изменение крокусов под влиянием температурного фактора. //Вестник Карапалпакского филиала АН РУз. - Нукус, - 1965. - С. 26-30.
 8. Драгункина А. Крокус - перспективная культура для озеленения г. Нукуса. Природные ресурсы низовьев Амударьи. - Ташкент: Фан, 974. - С. 214-217.
 9. Седельникова Л.Л. Онтогенез крокуса алатавского в Сибири //Вестник ВГУ, 2011. № 2. С.75-76.
 10. Тухтаев Б.Ё. Махкамов Т.Х. ва бошқалар... “Доривор ва озукабоп ўсимликлар плантацияларини ташкил этиш ва хом - ашёсини тайёрлаш” буйича йўриқнома Тошкент 2015, Р. 3
 11. Шарипов А.Х. Интродукция Среднеазиатских видов рода шафран (*Crocus L.*) в условиях Ботанического сада. //Интродукция и акклиматизация растений. вып. 24. - Ташкент: Фан, -1991.- с 128.
 12. Abdullaev F.I. Use of in vitro assays to assess the potential antigenotoxic and cytotoxic effects of saffron (*Crocus sativus L.*) // Toxicology in vitro., - 2003. - №17 (5-6). - P. 751.
 13. Azizbekova N.Sh. and Milyaeva, E.L. Ontogenesis of saffron (*Crocus sativus*) and changes in stem apices. Soviet Journal of Development Biology, - 1979. - №9. - P.266 - 271.
 14. Angelo Gismondi, Mariagiovanna Serio, Lorena Canuti, Antonella Canini. Biochemical, Antioxidant and Antineoplastic Properties of Italian Saffron (*Crocus sativus L.*) // American Journal of Plant Sciences, - 2012. - №3. - P. 1573-1580.
 15. Caiola M.G., Canini A. Looking for saffron's (*Crocus sativus L.*) Parents // Functional Plant sciences and Biotechnology, - 2010. 4. Issue 2. - P. 1-14.
 16. Dodopoulos S. Cultivation of Saffron // Athens, - 1977. - P. 130.
 17. Dashtir M.H., Zeinali F., Anvari M., Hosseini S.M. Saffron (*Crocus sativus L.*) extract prevents and improves d-galactose and NANO2 induced memory impairment in mice // EXCLI Journal, - 2012. №11. - P. 328-337.
 18. Erol O., Kaya H., Şik L., Tuna M., Can L., Tanyola? M. The genus *Crocus*, series *Crocus* (Iridaceae) in Turkey and 2 East Aegean islands a genetic approach //Turkish Journal of Biology, 2014. №38. - P.48-52.
 19. Greenberg-Kaslasi D. Vegetative and reproductive development in the saffron crocus (*Crocus sativus L.*). M.Sc // Thesis, The Faculty of Agriculture, The Hebrew University of Jerusalem, Rehovot (Hebrew, English abstract), - 1991. - P. 122-126.
 20. Hosseinzadeh H., Abootorabi A., and Sadeghnia R. Protective Effect of *Crocus sativus* Stigma Extract and Crocin (trans-crocin 4) on Methyl Methanesulfonate-Induced DNA Damage in Mice Organs // DNA and Cell Biology, 2008. Volume 27. - P.1-8.
 21. Jan S., Wani A., Kamili N., Kashwari M. Distribution, chemical composition and medical importance of saffron (*Crocus sativus L.*) //African Journals of Plant Sciences, 2014. Vol. 8(12).-P. 537-545.
 22. Molina R.V., Valero M., Navarro Y., Guardiola J.L., Garcí'a-Luis A. Temperature effects on flower formation in saffron (*Crocus sativus L.*) // Journal Scientia Horticulturae, - 2005. -№103. - P. 361-379.
 23. Negbi M., Dagan, B., Dror, A. and Basker, D. Growth, flowering, vegetative reproduction and dormancy in the saffron crocus (*Crocus sativus L.*). // Israel Journal of Botany, - 1989. №38. - P. 95-113.
 24. Negbi M. Physiological research on the saffron crocus (*Crocus sativus*). // In F. Tammara and L. Marra, - 1990. - № 5. - P. 183-207.
 25. Kerndorff H. Observations on crocus (Iridaceae) in Jordan with special reference to *Crocus moabiticus* // Herberita, - 2015. - №44. - P. 33-53.
 26. Karimi E., Oskoueian E., Hendra R. and Jaafar Z.E. Evaluation of *Crocus sativus L.* Stigma Phenolic and Flavonoid Compounds and Its Antioxidant Activity // Journal of Molecules, - 2010. №15. - P. 6244

Келиб тушган вақти 09.03. 2021

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА И ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ВОДОПОЛЬЗОВАНИЯ СЕЛЬСКОГО И ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАНА

Саидова С.А., Сайдуллаева К.М., Юсупова М.Ш.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Республика Узбекистан., г. Фергана.

✓ Резюме

Самым доступным источником воды сейчас считается централизованная система водоснабжения. Ее используют в приготовлении горячей еды, напитков, для питья в сыром виде. И многим знакома ситуация, когда из крана бежит вода с неприятным запахом или "странным вкусом". Причина этого проста: забор часто идет из поверхностных источников с очисткой от механических примесей вроде песка и обеззараживанием хлором. Высокое качество питьевой воды является результатом комплексного решения, основными из которых являются разработка и внедрение современных технологий водоочистки, использование социально – гигиенического мониторинга, интегрального подхода к оценке качества питьевой воды. Гигиенические обоснованных решений использование части водоснабжения.

Ключевые слова: бытовые водоочистные устройства, вода питьевая, доочистка питьевой воды. Оценка риска, интегральная оценка питьевой воды, безвредность питьевой воды.

HYGIENIC ASSESSMENT AND WAYS TO OPTIMIZE WATER USE FOR RURAL AND URBAN POPULATION IN THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Saidova S.A., Saidullaeva K.M., Yusupova M.Sh.

Fergana Medical Institute of Public Health, Republic of Uzbekistan., Fergana.

✓ Resume

The most accessible source of water is now considered to be a centralized water supply system. It is used in the preparation of hot food, drinks, and for drinking raw. The high quality of drinking water is the result of an integrated solution, the main of which are the development and implementation of modern water treatment technologies, the use of social and hygienic monitoring, an integral approach to assessing the quality of drinking water. The high quality of drinking water is the result of an integrated solution, the main of which are the development and implementation of modern water treatment technologies, the use of social and hygienic monitoring, an integral approach to assessing the quality of drinking water.

Key words: household water treatment devices, drinking water, post-treatment of drinking water. Risk assessment, integral assessment of drinking water, safety of drinking water.

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASIDA QISHLOQ VA SHAHAR AHOLISINI SUVDAN FOYDALANISHNI OPTIMALLASHTIRISH USULLARI VA GIGIENIK BAHOLASH

Saidova S.A., Saydullaeva K.M., Yusupova M.Sh.

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti, O'zbekiston Respublikasi., Farg'ona

✓ Rezyume

Hozirgi kunda suvning eng qulay manbai markazlashtirilgan suv ta'minoti tizimi deb hisoblanadi. U issiq ovqat, ichimliklar tayyorlashda va xom ashyoni ichishda ishlatiladi. Va ko'pchilik suv jo'mrakdan yoqimsiz hid yoki "q'alati ta'm" bilan oqib chiqadigan vaziyatni yaxshi biladi. Buning sababi oddiy: to'siq ko'pincha sirt manbalaridan kelib chiqadi, masalan qum va mexanik aralashmalardan tozalanadi va xlor bilan dezinfeksiya qilinadi. Ichimlik suvining yuqori

sifati kompleks echimning natijasidir, ularning asosiysi zamonaviy suv tozalash texnologiyalarini ishlab chiqish va joriy etish, ijtimoiy va gigienik monitoringdan foydalanish, ichimlik suvi sifatini baholashga ajralmas yondashuvdir. Suv ta'minotining bir qismidan foydalanish bo'yicha gigienik qarorlar qabul qilinadi.

Kalit so'zlar: maishiy suv tozalash uskunalari, ichimlik suvi, ichimlik suvini tozalashdan keyin tozalash. Xavfni baholash, ichimlik suvini integral baholash, ichimlik suvi xavfsizligi.

Актуальность

Вода является для человека наиболее ценным природным богатством, потому что она незаменима. Нет ни одной отрасли хозяйства, где не использовалась бы вода. Вода – это источник всего живого на Земле. Нет воды – нет жизни. К сожалению, качество питьевой воды желает быть лучше и в моем поселке, где проживаю я, мои родители и друзья.

Питьевая вода должна быть физиологически полноценной, ее минеральный состав, содержание микроэлементов (фтора, йода, селена и т.п.) должны быть адекватными биологическим потребностям организма. Кроме того, вода должна быть безвредной в радиационном отношении, т.е. содержать безопасное количество природных радионуклидов иметь такую суммарную объемную радиоактивность, которая не превышает гигиенического норматива.

В отдельных случаях, когда питьевая вода является недоброкачественной, она может стать причиной эпидемий. Исключительно большое значение имеет водный фактор в распространении: острых кишечных инфекций, глистных инвазий, вирусных заболеваний, важнейших тропических трансмиссивных заболеваний. Основным резервуаром патогенных микроорганизмов, кишечных вирусов, яиц гельминтов в окружающей среде являются фекалии и хозяйственно-бытовые сточные воды, а также теплокровные животные (крупный рогатый скот, домашняя птица и дикие животные).

Классические водные эпидемии инфекционных заболеваний регистрируются сегодня преимущественно в странах с низким уровнем жизни. Однако и в экономических развитых странах Европы, Америки регистрируются локальные эпидемические вспышки кишечных инфекций.

В Республике Узбекистан и за рубежом широко изучено физиологическое действие и дана гигиеническая оценка йода и фтора как микроэлементов способных вызывать эндемические заболевания - соответственно эндемической зоб, и флюороз. Теоретические и экспериментальные исследования подтвердили, что водный фактор не играет

роли в развитии эндемического зоба. Поскольку потребность организма в основном обеспечивается за счет йода пищевого рациона. Йоду питьевой воды, как правило, может быть отведена лишь роль индикатора общего уровня содержания йода во внешней среде. И наоборот, наиболее выраженными водами оказались эндемии флюороза, вызываемые повышенными концентрациями фтора в питьевой воде. Весьма значительные масштабы эндемических очагов флюороза известны во многих местах земного шара: они имеются во многих областях и в других районах в Рес. Уз. области Ферганы.

Цель работы: оценить воздействие антропогенных и природных факторов на санитарное состояние водных ресурсов и обосновать систему мероприятий по оптимизации водопользования населения в Узбекистане особенно в Ферганском долине. Установить причинно-следственные связи между показателями качества воды и состоянием здоровья населения.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

1. Выявить социально-демографические особенности территории Ферганской долине водопользования.
2. Изучить санитарно-топографические, гидрологические особенности формирования водных систем хозяйственно-бытового водопользования Ферганской долины.
3. Выявить приоритетные показатели в составе подземных и поверхностных вод, определяющие неблагоприятие условий хозяйственно-питьевого водоснабжении Ферганской долины.
4. Дать комплексную гигиеническую оценку системы хозяйственно-питьевого водоснабжения Ферганской долины.
5. Оценить роль водного фактора в формировании инфекционной и неинфекционной заболеваемости, этиологически обусловленной качеством питьевой воды Ферганской долины.
6. Научно обосновать комплекс управленческих решений, направленных на

обеспечение безопасных условий водопользования населения Ферганской долины.

Нами установлены приоритетные факторы антропогенного и природного характера, определяющие санитарно-гигиеническое неблагополучие водопользования сельского населения Ферганской долины.

В дальнейших комплексных исследованиях будет научно обоснована система мероприятий по оптимизации условий водопользования и будет разработано санитарный прогноз развития санитарной ситуации в области питьевого водопользования.

Будем выявлять причинно-следственные связи между показателями качества воды и показателями здоровья населения, особенно содержания фтора, так как имеет не менее характерный биологическое значение его недостаточности, в питьевой воде, являющейся особенно важным этиологическим фактором заболеваемости зубов кариесом.

Заключения

Для фтора оказалось не менее характерным биологическое значение его недостаточности, в питьевой воде, являющейся особенно важным этиологическим фактором заболеваемости зубов кариесом. Важность значения этого факта велика в связи с тем, кариес ведет к преждевременной потере зубов и способствует развитию хронических инфекционных заболеваний, сердца и суставов. Заболеваемость кариесом растет во всем мире, особенно в Узбекистане области Ферганы и экономически развитых странах. Пораженность населения кариесом достигла такой степени, что обращаемость стоматологических больных в поликлиники

занимает второе место после обращаемости к терапевтам. Поэтому, за рубежом и в нашей Республике все возрастающее признание получает фторирование воды, как наиболее эффективное профилактическое мероприятие.

С указанных позиций проведенное исследование представляет собой новое научное решение правового обеспечения удовлетворения потребностей населения в питьевой воде нормативного качества.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Вода питьевая. Гигиенические требования и контроль за качеством ГОСТ 950:2011
2. Авчинников А. В. Гигиеническая оценка современных способов обеззараживания питьевой воды (обзор). // Гигиена и санитария.- 2001 — № 2.- С. 11—20.
3. Апельцина Е. И., Алексеева Л. П., Черская Н. О. Проблемы озонирования при подготовке питьевой воды. // Водоснабжение и санитарная техника М.- 1992.- № 4 - С. 9—10.
4. Байкова И. Г., Печинков В. Г., Пальчуков П. П. Принципы организации многофункционального использования водных объектов на территории города. // Тезисы докладов Международного конгресса: Вода. Экология. Технология. ЭКВАТЭК—98.- М.- 1998.- С. 24.
5. Баранов А. А. Модель безопасного водопользования в профилактике острых кишечных инфекций (на примере Белгородской области): Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.07 / МНИИГ им Ф. Ф. Эрисмана 2000 - 23 с.

Поступила 09.03. 2021

АКТУАЛЬНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ СЛУЖБЫ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В СЕМЕЙНЫЕ ПОЛИКЛИНИКИ ДЕТЯМ РАННЕГО ВОЗРАСТА

¹Бабаджанова Хурсаной Мелибаевна, ²Райимова Зулфияхон Махаматжоновна

¹Ферганский медицинский институт общественного здоровья.

²Ферганский региональный филиал Республиканского центра социальной адаптации детей

✓ Резюме

Цель: Совершенствование ранней медико-реабилитационной, психолого-педагогической помощи детей раннего возраста. Внедрение службы раннего вмешательства в семейные поликлиники.

Материал и методы: Специалистами с 2013 по 2020 гг. были исследованы и оказаны медико-реабилитационные, психолого-педагогические услуги в командном составе более 4019 детям. В первой группе 972 дети с рождения до 3 лет, 1423 дети с 3 до 7 лет (2395 детей), во второй группе 1076 детей от семи до восемнадцати лет, получивших курсы комплексной медико-педагогической реабилитации за период с 2013-2020 гг.

Результаты: Из 2395 детей с рождения до 7 лет, получивших курсы комплексной медико-педагогической реабилитации за период с 2013-2020 гг., явные положительные психофизические изменения (я/и) в динамике наблюдалось у 39,1%, относительное улучшение (о/и) – 50,0% и у 12,1% детей изменений не отмечалось (б/и). Из 1076 детей от семи до восемнадцати лет, получивших курсы комплексной медико-педагогической реабилитации за период с 2013-2020 гг., явные положительные психофизические изменения (я/и) в динамике наблюдалось у 19,2%, относительное улучшение (о/и) – 47,4% и у 38,2% детей изменений не отмечалось (б/и).

Выводы: Развитие ранней медико-реабилитационной, педагогической, психологической службы. Создание в бюджетных семейных поликлиниках, по штатным единицам службы раннего вмешательства для детей с особыми потребностями, с риском на инвалидность, в составе: врача педиатра, детского невропатолога, детского психолога, дефектолога-логопеда, инструктора ЛФК даёт возможность снизить риск возникновения вторичных патологий.

Ключевые слова: Ранняя, комплексная служба всесторонней медико-педагогической помощи, Социальное партнёрство, социальная политика, поддержка детей с особыми потребностями. Командный, комплексный подход к медико-педагогической, психологической реабилитации.

ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКАЛАРГА КОМПЛЕКС ЭРТА АРАЛАШУВИ ХИЗМАТИНИ ЖОРИЙ ЭТИШ ДОЛЗАРБЛИГИ

¹Бабаджанова Х.М., ²Райимова З.М.

¹Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти,

²Республика болалар ижтимоий мослашуви маркази

✓ Резюме

Мақсад: Ногиронлик хавфи бўлган болалар учун эрта тиббий-реабилитация, психологик-педагогик ёрдамни таъминлаш этиш механизмларини ва методларини такомиллаштириш. Оилавий поликлиникаларда “Эрта аралашуви хизмати”ни таъдиқ этиш.

Материал ва усуллар: Филиалда 2013-2020 йилларда тиббий-реабилитация (массаж, ЛФК, бассейн, иппотерапия), педагогик-психологик (психолог, дефектолог, логопед) ёрдами кўрсатилган, жами 4019 нафар алоҳида эҳтиёжли, ногиронлиги бўлган болалардан. Биринчи гуруҳда 0-3 ёшгача 972, 3-7 ёшгача 1423, иккинчи гуруҳда 7-18 ёшгача

1076 нафар болаларнинг реабилитация курсидан сўнг жисмоний, ақлий, нутқий, психологик ривожланиши ижобий динамикаси таҳлил қилинди. Улардан биринчи гуруҳ болаларининг ўзгаришлар динамикасида, аниқ ўзгаришлар 39,1%, нисбатан 50,0%, ўзгаришсиз 12,1% ташкил этди. Иккинчи гуруҳ болаларида аниқ ижобий ўзгаришлар 19,2%, нисбатан – 47,4%, деярли ўзгаришсиз 38,2% ташкил этди.

Хулоса: Оилавий поликлиника, туғилгандан уч ёшгача бўлган алоҳида эҳтиёжли, ногиронлиги бўлган болаларга эрта аралашуви хизматини ташкил этиш, хизмат штабига педиатр, болалар неврологи, психолог, логопед-дефектолог, тиббий жисмоний тарбия инструкторларини киритиш.

Калит сўзлар: Алоҳида эҳтиёжли бола, Эрта аралашуви хизмати. Тиббий-реабилитацион, педагогик-психологик, ҳуқуқий ёрдам. Ижтимоий маданий мослаштириш.

THE URGENCY OF INTRODUCING THE SERVICE OF COMPLEX EARLY INTERVENTION IN FAMILY CLINICS

¹Babadjanova Xursanoy Melibayevna, ²Rayimova Zulfiyakxon Maxamatjonovna

¹Fergana Medical Institute of Public Health.

²Republican Center for Social Adaptation of Children

✓ Resume

Purpose: Improvement of early medical rehabilitation, psychological and pedagogical assistance to young children. Implementation of early intervention service in family polyclinics.

Material and methods: Specialists from 2013 to 2020. medical-rehabilitation, psychological-pedagogical services were investigated and provided in the command staff of more than 4019 children. In the first group there are 972 children from birth to 3 years old, 1423 children from 3 to 7 years old (2395 children), in the second group there are 1076 children from seven to eighteen years old who received courses of complex medical and pedagogical rehabilitation for the period from 2013-2020.

Results: Out of 2395 children from birth to 7 years old who received courses of complex medical and pedagogical rehabilitation for the period from 2013-2020, obvious positive psychophysical changes (s / s) in dynamics were observed in 39.1%, relative improvement (o / i) - 50.0% and in 12.1% of children no changes were noted (b / i). Of 1076 children from seven to eighteen years old who received courses of complex medical and pedagogical rehabilitation for the period from 2013-2020, obvious positive psychophysical changes (s / s) in dynamics were observed in 19.2%, relative improvement (s / s) - 47.4% and 38.2% of children showed no changes (b / i).

Conclusions: Development of early medical rehabilitation, pedagogical, psychological service. The creation of an early intervention service for children with special needs, with a risk of disability in budget family polyclinics, by staff units, consisting of: a pediatrician, a pediatric neurologist, a child psychologist, a speech therapist, an exercise therapy instructor makes it possible to reduce the risk of secondary pathologies by 19, 9%.

Key words: Early, comprehensive service of comprehensive medical and pedagogical assistance, Social partnership, social policy, support for children with special needs. Team, integrated approach to medical, pedagogical, psychological rehabilitation.

Актуальность

Одним из приоритетных направлений государственной политики Республика Узбекистан в области здравоохранения, образования и социальной защиты является поддержка детей с особыми потребностями [1,2,3,4].

Несмотря на политику государства по внедрению программ и становлению систем по предупреждению инвалидности и поддержки детей, имеющие инвалидность,

численность таких детей, к сожалению, не уменьшается. В мировой практике развитие и становление системы поддержки детей проводится не одно десятилетие. Ухудшение экологии, высокий уровень заболевания матерей во время беременности, социально-экономические, психолого-педагогические проблемы не уменьшают количества детей с ограниченными возможностями, делая эту проблему особенно актуальной. Во многих

странах направление деятельности, получившее название Earliintervention (раннее вмешательство), приобрело характер крупнейших социальных проектов, целью которого являлось спасение детей, имеющих проблемы развития в раннем возрасте.

Особенностью состояния мозга новорождённых является онтогенетическая «незрелость» его морфофункциональных систем. Пластичность мозга в этот момент определяет большие потенциальные возможности коррекции нарушенных в своём развитии функций. Ранняя комплексная профессиональная помощь ребёнку позволяет более эффективно компенсировать нарушения в его психофизическом развитии и тем самым смягчить, а возможно, предупредить вторичное отклонение [6,7,8].

К сожалению, педагогическая, психологическая помощь детям с особыми потребностями и их родителям остаётся за стенами медицинского учреждения. В раннем возрасте теряется драгоценное время, необходимое для развития ребенка [6,7,8,11].

Возможность восстановления основных жизненных навыков и адаптация при психофизических нарушениях, в основном, происходят до трех лет. Нейрофизиолог Глен Домман разработав систему реабилитации детей с тяжелыми поражениями центральной нервной системы, пришел к выводу, что наиболее эффективно на развитие мозга можно влиять в период его активного роста до 6-7 лет. Причем уже после трех лет этот процесс замедляется, а после семи практически прекращается. Как показывают приведенные данные, чем младше ребенок, в том числе в возрасте до одного года, тем проще проходит процесс его лечения и обучения. При этом должны учитываться, что в фокусе социальной работы в области здравоохранения должна находиться не психопатология, а адаптивные способности детей и их родных, используемые для ускорения выздоровления или адаптации ребенка с особыми потребностями [9,10,11].

Чтобы организовать адекватную защиту и поддержку детей с ограниченными возможностями, мы должны обеспечить их не только качественным медицинским обслуживанием, но и образованием, и каждый специалист, врач, педагог, социальный работник работающий в команде должен знать основы закономерностей развития ребенка в условиях патологии. Многие проблемы ребёнка с ограниченными возможностями возникают из-за невнимания

к принципиальному положению единства основных закономерностей психического развития в норме и в патологии. Из этого следует, что служба раннего вмешательства должна работать в семейных поликлиниках, сельских врачебных пунктах по оплачиваемым штатным единицам вместе с врачами, в состав, которого должен входить врач педиатр, детский невропатолог, дефектолог, психолог, инструктор ЛФК, по возможности социальный работник. [6,7,8]. Для того чтобы ребенок успешно развивался, необходимо помнить не только о его физическом здоровье, но и о том, что с самых первых дней жизни он нуждается в общении, для него важно играть и активно исследовать внешний мир, учиться и развивать свои способности. Именно поэтому в осуществлении раннего вмешательства специалисты уделяют большое внимание работе с родителями. Их активное включение в процесс развития ребёнка является столь необходимым, также как и роль профессионалов. Показывая, необходимость охватить все стороны развития и представить родителям и родным наиболее полную информацию о развитии ребенка с инвалидностью позволит лучше понять роль семейного окружения для благополучного достижения поставленной цели. Необходимо подключать родителей к инициированию обучения своих детей в массовых детских дошкольных учреждениях и общеобразовательных школах, готовить их к активной взрослой жизни в обществе, воспитывать уважение к культурным традициям и ценностям народа. Социализация детей раннего возраста не должна ограничиваться овладением социально-бытовых навыков, но и развитием отношений между разными людьми, эмоциональных связей, окружающих ребенка [9,11,12].

Эффективность реабилитации и адаптации детей с особыми потребностями является актуальной социальной проблемой. В 2012 году, в рамках проекта, на основании приказа министра здравоохранения от 21.09.2011г. №271 “Об организации комплексной медико-педагогической помощи детям раннего возраста” в Республике Узбекистанв городских многопрофильных поликлиниках г.Ташкента создана служба раннего вмешательства детям группы риска от рождения до трёх лет. Приказом министра здравоохранения от 16.05.2014 под №172 года принято положение “Об организации и расширении внедрения комплексной медико-

педагогической помощи детям раннего возраста при центральных многопрофильных поликлиниках гг. Андижана, Намангана и г. Ферганы” (которые просуществовали в рамках проекта до 2018 года), а так-же на базе Ферганского регионального филиала РЦСАД, который ведёт свою деятельность до сих пор.

Целью комплексной медико-педагогической помощи детям раннего возраста, входящим в группу риска, является оказание помощи семьям, которые воспитывают детей раннего возраста, имеющих нарушения развития или риск их проявления, для содействия их оптимальному развитию и адаптации в обществе. Анализ проблемы медицинской помощи и социальной работы предполагает получение ответов на вопросы: Как и какими возможными силами, на каком этапе организовать лечебно - педагогическую, социальную помощь детям раннего возраста группы риска.

Цель исследования: Механизмы создания, развития и обеспечения комплексной медико-реабилитационной и социальной защиты детей с особыми потребностями с раннего возраста. Ранняя диагностика психофизических нарушений у детей и предупреждение развития вторичных физиологических и психологических проблем. Организация и развитие службы ранней всесторонней медико-реабилитационной, педагогической и психологической помощи в семейных поликлиниках и сельских врачебных пунктах. Активное включение в процесс раннего развития ребенка с особыми потребностями не только системы здравоохранения, но и системы образования и других структур, а также их родителей и близких окружающих людей.

Материал и методы

Информационная консалтинговая служба Ферганского филиала республиканского центра социальной адаптации детей, при которой функционирует с 2013 года медико-психологическая, педагогическая комиссия (МППК), с 2014 года служба раннего вмешательства (СРВ), и применяются методики медико-реабилитационной и психолого-педагогической диагностики детей с 2-х недельного возраста до 3-х лет. Специалистами филиала разработаны и применяются на практике специализированные вопросники для родителей по раннему выявлению нарушений

психофизического развития детей. Ведётся командный комплексный подход по раннему вмешательству и дальнейшее сопровождение детей, в состав которого входят: педиатр, невропатолог, психоневролог, дефектолог, психолог, инструктор ЛФК и социальный работник. Это может быть консультирование, индивидуальные занятия, групповые занятия, командное обсуждение дальнейших индивидуальных планов и мероприятий.

Педиатр проводит первичный приём, оценивает физическое и психическое состояние здоровья ребёнка. Проводит скрининг слуха и зрения. Участвует в междисциплинарном обсуждении, логопед-дефектолог формирует познавательную деятельность, навыки предметно-игровых действий, развивает общую и мелкую моторику, консультирует по вопросам формирования навыков самообслуживания, слуховое восприятие, речевое дыхание, обогащает импрессивный словарь, развивает речь.

Психолог осуществляет коррекцию психического и эмоционально-личностного развития, консультирует по вопросам воспитания ребёнка в семье, помогает и родителям по преодолению трудностей при воспитании особого ребёнка.

Невропатолог оказывает консультационную помощь родителям, информирует специалистов о вопросах заболеваемости ребёнка и с учётом этого вносит коррективы в организацию работы с ним.

Инструктора лечебной физкультуры и массажа занимаются с детьми для восстановления двигательной активности.

За последние 7 лет с 2013 по 2020 гг. оказаны медико-реабилитационные, психолого-педагогические услуги в командном составе более 4019 детям с такими диагнозами как, тяжелое перинатальное поражение центральной нервной системы с риском перехода в детский церебральный паралич, детский церебральный паралич, последствия острого нарушения мозгового кровообращения, последствия перенесенных менингоэнцефалитов, органические поражения центральной нервной системы, врожденные аномалии развития ЦНС, задержка психоречевого развития, наследственно-генетические заболевания, синдром Дауна, Аутизм, тяжелые заболевания опорно-двигательного аппарата, тяжелые последствия черепно-мозговых травм и

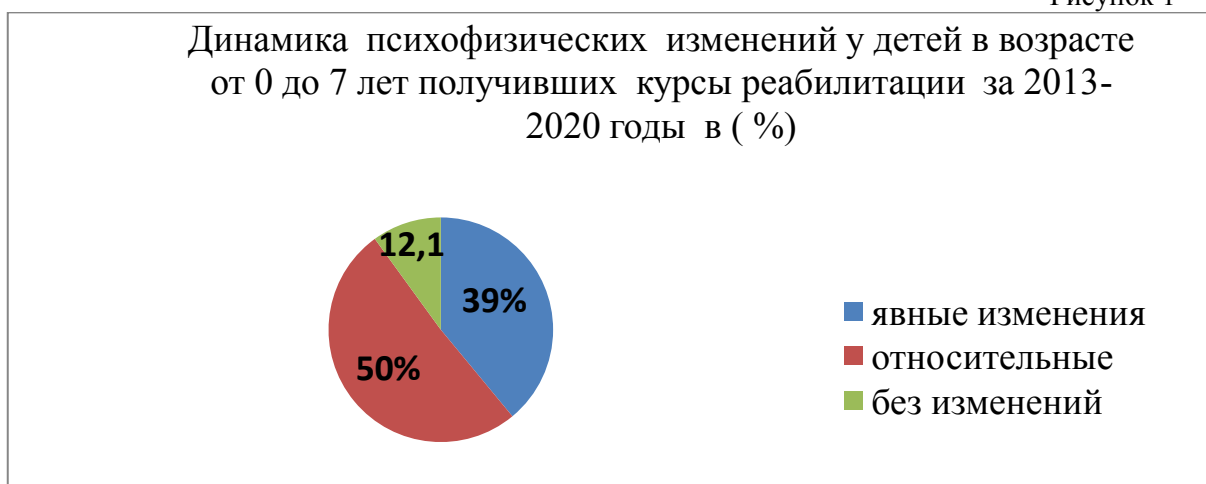
другие. Из них дети до трёх лет – 972, от трех до семи лет -1423, т. е. от рождения до 7 лет 2395, от 8 лет до 18 лет - 1076. Специалисты регулярно проводили занятия с детьми обучающие семинары с мамами, воспитывающими детей до 3 лет, с 3-7 лет, 8 лет и старше. Занятия проводились по индивидуально-развивающим программам развития ребенка, предполагающих развитие когнитивных, социально-личностных, коммуникативных и других аспектов личности в соответствии с его психофизическими возможностями и потребностями. С этой целью применяются различные методики реабилитации (занятия лечебной физкультурой, массаж, бассейн с применением обычных ЛФК и методик рефлексотерапии, Бобата, Войта и др.).

Педагоги проводили занятия и обучали родителей методикам таким как, АРТ терапия (музыка, сказка терапия, песочная терапия), методика Монтессори, Гленна Домана (методика стимуляции умственных процессов), флор тайм, работа в сенсорной комнате, иппотерапия и другие.

Результат и обсуждение

Из 2395 детей с рождения до 7 лет, получивших курсы комплексной медико-педагогической реабилитации за период с 2013-2020 гг., (Рисунок 1) явные положительные психофизические изменения (я/и) в динамике наблюдалось у 39,1%, относительное улучшение (о/и) – 50,0 % и у 12,1% детей изменений не отмечалось (б/и).

Рисунок 1



(Рисунок 2)



Из 1076 детей от семи до восемнадцати лет, получивших курсы комплексной медико-

педагогической реабилитации за период с 2013-2020 гг., явные положительные

психофизические изменения (я/и) в динамике наблюдалось у 14,98%, относительное улучшение (о/и) – 46,84% и у 38,2% детей изменений не отмечалось (б/и). (Рисунок 2)

Статистические данные явных, относительных положительных результатов, а

также не имевших положительный результат у детей получавших медико-реабилитационные, психолого-педагогические услуги за 2013-2020 годы (Таблица 1)

Таблица 1

Годы	Прошедшие курс в ед.	0-3 ед.	4-7 ед.	я/и%	о/и%	б/и%	8-18 ед.	я/и %	о/и%	б/и %
2013	194	50	34	37	50,5	12,5	110	11,8	45,5	42,7
2014	459	100	206	39,1	51,7	9,2	153	12,7	44,9	42,4
2015	573	161	245	38,7	48,6	12,7	167	10,3	44,4	45,3
2016	660	206	284	37,9	51,4	10,7	170	11,1	46,8	42,1
2017	671	194	303	41,1	52,1	6,8	174	13,2	47,3	39,5
2018	666	182	266	40,1	51,7	8,2	218	12,9	47,1	40,0
2019	638	224	261	41,9	50,3	8,8	153	28,7	51,3	20,0
2020	248	79	85	37,3	48,5	14,2	84	19,2	47,4	33,4
Всего	4019	972	1423	39,1	50	12,1	1076	14,98	46,84	38,2

Однако не все родители из отдаленных районов имеют возможность посещать филиал. Исходя, из потребностей и экономических возможностей родителей, целесообразно развивать службу раннего вмешательства на местах в семейных поликлиниках и сельских врачебных пунктах.

Заключение

По таблице №1 видно, что дети родителей обратившихся в раннем возрасте имеют в динамике наибольший положительный явный (39,1%) результат, чем детей обратившихся после семи лет (14,98%) и данная служба, оказалась востребована. К сожалению статистика, показывает, что родители детей, проживающие в отдаленных районах, обращаются к нам после 5-7 лет. Это говорит о том, что проводя только лечебные мероприятия со стороны врачей, упускается драгоценное время медико-педагогической реабилитации и адаптации в чем нуждаются в этот период дети и их семьи.

Специалисты филиала справляются с задачей организации медико-педагогической, психологической помощи детям ранее признанные как необучаемые. Чтобы эти дети смогли посещать общеобразовательные дошкольные учреждения. После посещения Информационной консалтинговой службы филиала по рекомендации медико-психологической, педагогической комиссии

(МППК) более 65 детей с особыми потребностями пошли в общеобразовательные учреждения.

Комплексные реабилитационные мероприятия лечебной физкультурой, массаж, занятия в бассейне совмещаются с занятиями психолога и дефектолога. Разработаны более 30 ти методических пособий, рекомендаций для специалистов, педагогов, студентов вузов, и воспитателей с целью повышения их компетентности по уходу и развитию детей имеющие особые потребности и инвалидность.

Успешное включение детей в общеобразовательную среду зависит от раннего выявления его состояния здоровья. Опыт работы специалистов филиала показывает, что раннее начало целенаправленной коррекционно-педагогической работы, определения оптимального содержания, методов обучения и воспитания в зависимости от резервных возможностей и индивидуальных особенностей ребенка, своевременного включения родителей в коррекционно-педагогический процесс даёт положительные результаты в изменении динамики. Всё это возможно только при обеспечении единства требований к специалистам: медикам, дефектологам, психологам и учителей к воспитанию и обучению ребенка, выбора правильных форм взаимодействия специалистов, участвующих в комплексной

реабилитации ребенка с нарушениями в развитии.

В данное время остроте этой проблемы уделяется особенно много внимания со стороны нашего государства. Если раньше работа с детьми осуществлялась в специальных интернатах изолированно от общества, то сейчас совместно с Международными фондами, Негосударственными Некоммерческими Организациями, Министерством Здравоохранения, Министерством образования сотрудничают над разрешением комплекса проблем детей со специфическими нуждами, развития инклюзивного образования в целях интегрирования их в общество. Открываются специализированные дневные учреждения, оказывающие медицинскую, педагогическую, психологическую помощь детям с особыми потребностями, дабы родители имели возможность работать и не сдавать детей в институциональные учреждения.

Рекомендации:

1. Создание условий для предоставления социальной, психологической, медицинской и педагогической помощи детям раннего возраста;
2. Дальнейшее совершенствование механизмов оказания медицинской, психологической, педагогической и социальной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и их семьям;
3. Обеспечить адекватный уровень индивидуального развития личности, усвоение подрастающим поколением накопленного социального опыта, с последующей возможностью его использования на практике.
4. Активное включение в процесс раннего развития ребенка с особыми потребностями системы здравоохранения, образования и других структур, а также их родителей и родных.
5. Формирование позитивного общественного мнения по отношению к людям с особыми потребностями;
6. Создание в семейных поликлиниках, сельских врачебных пунктах по оплачиваемым штатным единицам службы раннего вмешательства в составе врача педиатра, детского невролога, детского психолога, дефектолога логопеда, инструктора ЛФК.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Конституция Республики Узбекистан, 1992 год.
2. “Бола ҳуқуқларининг кафолатлари тўғрисида”ги Ўзбекистон Республикаси Қонуни Тошкент-2009 йил. <https://lex.uz/docs/1564779>
3. Закон Республики Узбекистан “Об образовании”, 1997 г. <https://nrm.uz>
4. “Конвенция о правах ребёнка, ратифицированная Республикой Узбекистан 9 декабря 1992 года.
5. Закон Республики Узбекистан “О социальной защищённости инвалидов в Республике Узбекистан”, 2008 год.
6. Умарбекова Ю.А., Базаров А.А., Латипова Н.М., Хусанова Д.Г., Муминова Л.Р. Алоҳида эҳтиёжга эга болаларга мажмуавий хизматлар кўрсатилишида мутахассислар ва ота-оналарнинг ҳамкорлиги. Ташкент 2016
7. Чичерина Я.Е., Исаева Д.И., Бондарева Е.В. Ранняя диагностика и вмешательство. /РЦСАД Ташкент 2010.
8. Муминова Л.Р., Чичерина Я.Е., Нуркелдиева Д.А., Назарова Э.Н. и др. Диагностика психофизического развития детей первых трёх лет жизни. / Методическое пособие. Ташкент 2008.
9. Министерство Высшего и среднего специального образования РУз. РЦСАД. unicef. Курсы переподготовки по социальной работе с детьми и семьями для практиков системы социальной защиты детей РУз. 2009.
10. Гленн Доман. Путь к здоровью /Научно-методическое издание.-Ташкент: Янги аср авлоди, 2015. 48 с.
11. Бакк Анн, Грюневальд К. Забота и уход. Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства, 2001
12. Ярская-Смирнова Е.Р., Наберушкина Э.К. Ногиронлар билан ижтимоий иш. - М.:2003.
13. Сорокин В.М. Характер длительных эмоциональных переживаний родителей, воспитывающих детей с инвалидностью. /Социальное и душевное здоровье ребёнка и семьи. М., 1998
14. «Анализ социальной защищённости детей с особыми потребностями в Республике Узбекистан» РЦСАД, UNICEF, издательство «ФАН», 2007 год.

Поступила 09.05.2021

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИНИНГ ТУРЛИ ГЕМОДИНАМИК ФЕНОТИПЛАРИ ЮЗАГА КЕЛИШИДА АЛЬДОСТЕРОННИ ЎРНИ ВА УНИ БАҲОЛАШ

Қорахонов Р. Қ.

ORCID: 0000-0002-1032-4012

Тошкент Тиббиёт Академияси, Тошкент, Ўзбекистон.

✓ Резюме

Тадқиқотнинг мақсади: Ишемик этиологияли сурункали юрак етишмовчилигининг турли гемодинамик фенотиплари юзага келишида альдостерон ўрнини ўрганиш.

Материал ва услублар. Биз тадқиқотимизнинг ушбу бўлимида 60 нафар СЮЕ мавжуд беморларда миокардиал фиброз жараёнларини англаторувчи альдостерон марказий гемодинамика ва юқори патологик ремоделираниш кўрсаткичларига патогенетик таъсирини ўргандик. Тадқиқотга қўйидаги таъхисли беморлар киритилмади: ўткир МИ ва номуқобил стенокардия, артериал гипотония, II ва III даражали атриовентрикуляр камал, тузма ва орттирилган ревматик юрак нуқсонлари, бош мия қон айланишининг ўткир бузилиши, аутоиммун касалликлар ва бириктирувчи тўқиманинг диффуз касалликлари, ўткир ва сурункали яллигланиш касалликлари авж олиш даври, буйрак ва юрак фаолияти бузилиши билан кечаётган буйрак касалликлари - сурункали буйрак касаллиги ривожланган ҳолатлар, жигар етишмовчилиги билан кечувчи жигар касалликлари, бронхиал астма ва ўпканинг сурункали обструктив каллигини авж олиш даври оғир даражадаги нафас етишмовчилиги билан, онкологик касалликлари, руҳий хасталиклар, алкогольизм ва бошқа оғир касалликлар.

Натижалар. Миокардда кечувчи фиброз жараёнларида иштирок этувчи альдостерон бир нечта текишувлар асосида аниқланиб, олинган натижалар 20 нафар соғлом кўнгилли шахслардан иборат назорат гуруҳи кўрсаткичлари билан таққосланди. Кузатувда бўлган ҳар учала гуруҳдаги беморларда организмдаги коллаген алмашинуви мувозанатида бевосита иштирок этувчи альдостерон миқдорий кўрсаткичи референс кўрсаткичларидан статистик аҳамиятли даражада юқорилиги аниқланди.

Хулоса. СЮЕ мавжуд беморларда миокардиал фиброз жараёнларини англаторувчи альдостерон ЧҚҚОФ оралиқ ва сақланган гемодинамик фенотипларида яққол олиши ва касалликнинг оғирлиги даражаси билан ҳамоханлиги аниқланиб, касалликни кечиши ва ноҳуш асоратлари ривожланиши ҳамда даволаш самардорлигини баҳолашдаги баиоратлаш аҳамияти исботланди.

Калит сўзлар: Сурункали юрак етишмовчилиги, альдостерон, чап қоринча қон олиш фракцияси.

РОЛЬ И ОЦЕНКА АЛЬДОСТЕРОНА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ФЕНОТИПАХ ХРОНИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА СЕРДЦА

Қараханов Р. Қ.

ORCID: 0000-0002-1032-4012

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан.

✓ Резюме

Цель исследования: изучить роль альдостерона в возникновении различных гемодинамических фенотипов хронической сердечной недостаточности ишемической этиологии.

Материалы и методы. В этом разделе нашего исследования мы изучили патогенетические эффекты альдостерона на центральную гемодинамику и высокую частоту патологического

ремоделирования, отражающую процессы фиброза миокарда у 60 пациентов с SYuE. В исследование не включались пациенты со следующими диагнозами: острый ИМ и стенокардия, артериальная гипотензия, атриовентрикулярная фибрилляция II и III степени, врожденные и приобретенные ревматические пороки сердца, острые цереброваскулярные нарушения, аутоиммунные заболевания и диффузное заболевание соединительной ткани, острые и хронические воспалительные процессы, заболевания почек с абстинентным периодом, почечная и сердечная дисфункция - случаи запущенной хронической болезни почек, заболевания печени, связанные с печеночной недостаточностью, бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких с тяжелой дыхательной недостаточностью, онкологическими заболеваниями, психическими заболеваниями, алкоголизмом и другими серьезными заболеваниями.

Полученные результаты. Альдостерон, который участвует в процессах фиброза в миокарде, был идентифицирован на основе нескольких исследований, и результаты сравнивались с результатами контрольной группы из 20 здоровых добровольцев. Было обнаружено, что во всех трех группах пациентов количество альдостерона, непосредственно участвующего в балансе метаболизма коллагена в организме, было статистически значимо выше контрольных значений.

Заключение. Альдостерон, который представляет собой процессы фиброза миокарда у пациентов с СКВ, показал заметное усиление интерстициального и сохраненного гемодинамических фенотипов и соответствовал тяжести заболевания, подтверждая прогноз прогрессирования заболевания и побочных эффектов, а также эффективность лечения.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, альдостерон, фракция левожелудочкового кровотока.

ROLE AND ASSESSMENT OF ALDOSTERONE IN DIFFERENT HEMODYNAMIC PHENOTYPES OF CHRONIC HEART DEFICIENCY

Karakhanov R. K.

ORCID: 0000-0002-1032-4012

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan.

✓ Resume

Objective: to study the role of aldosterone in the occurrence of various hemodynamic phenotypes of chronic heart failure of ischemic etiology.

Materials and methods. In this section of our study, we examined the pathogenetic effects of aldosterone on central hemodynamics and the high incidence of pathological remodeling, reflecting the processes of myocardial fibrosis in 60 patients with SYuE. The study did not include patients with the following diagnoses: acute myocardial infarction and angina pectoris, arterial hypotension, atrioventricular fibrillation II and III degrees, congenital and acquired rheumatic heart defects, acute cerebrovascular disorders, autoimmune diseases and diffuse connective tissue disease, acute and chronic inflammatory processes, kidney disease with withdrawal period, renal and cardiac dysfunction - cases of advanced chronic kidney disease, liver disease associated with liver failure, bronchial asthma and chronic obstructive pulmonary disease with severe respiratory failure, cancer, mental illness, alcoholism and other serious illnesses.

Results. Aldosterone, which is involved in the processes of fibrosis in the myocardium, has been identified on the basis of several studies, and the results were compared with the results of a control group of 20 healthy volunteers. It was found that in all three groups of patients, the amount of aldosterone, directly involved in the balance of collagen metabolism in the body, was statistically significantly higher than the control values.

Conclusion. Aldosterone, which is a process of myocardial fibrosis in patients with SLE, showed a marked increase in interstitial and persistent hemodynamic phenotypes and was consistent with the severity of the disease, confirming the prognosis of disease progression and side effects, as well as the effectiveness of treatment.

Key words: chronic heart failure, aldosterone, left ventricular bleeding fraction.

Долзарблиги

Бугунги кунга қадар сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) ривожланишида нейрогуморал модел, жумладан СА ва РАА ҳамда иммун — яллиғланиш тизимларини касаллик патогенизидаги тутган ўрни кўплаб ўтказилган тадқиқотларда ўрганилган бўлиб, аммо касалликни кечиши, унинг нохуш асоратлари (ўлим ва шифохонага қайта ётиш ҳолатлари) юзага келишида муҳим ҳисобланган миокардиал фиброз жараёнлари тўлақонли ўрганилмаган. Миокарддаги фиброз жараёнлари юрак ремоделланишидаги асосий патологик жараёнлардан бири ҳисобланади. Ушбу жараёнларни сифат ва сон жиҳатдан англатувчи биологик маркерларни аниқланиши ҳамда амалиётга тадбиқ этилиши СЮЕнинг турли гемодинамик фенотипларини муқобил даволашда янги истиқболлар очади [5]. Ўтказилган қатор тадқиқотларда СЮЕ мавжуд беморларнинг қон зардобдаги альдостеронни фаоллиги миокард гипертрофияси билан ҳамоҳанглиги, юрак ремоделланишида муҳим ҳисобланган макрофаглар миграцияси, фибробластлар пролиферацияси ва фиброз жараёнларига рағбатлантирувчи таъсир кўрсатиши, касалликнинг авж олиб бориши ҳамда нохуш асоратлари ривожланишини англатиши исботланган [1,2,3,4].

Тадқиқотнинг мақсади: Ишемик этиологияли сурункали юрак етишмовчилигининг турли гемодинамик фенотиплари юзага келишида альдостерон ўрнини ўрганиш ва уни баҳолаш.

Материал ва услублар

Биз тадқиқотимизнинг ушбу бўлимида 60 нафар СЮЕ мавжуд беморларда миокардиал фиброз жараёнларини англатувчи альдостерон марказий гемодинамика ва юқори патологик ремоделланиши кўрсаткичларига патогенитик таъсирини ўргандик. Беморлар клиник-гемодинамик ҳолати ва эхокардиография(ЭхоКГ) текширув натижаларига кўра, 3 гуруҳга ажратилиб, биринчи гуруҳни 16 нафар (6 – СЮЕ II ФС, ўртача $62,3 \pm 1,2$ ёш, 4 эркак ва 2 аёл; 10 - СЮЕ III ФС, ўртача $67,4 \pm 2,5$ ёш, 6 эркак ва 4 аёл) ЧҚҚОФ ($<40\%$) паст СЮЕ, иккинчи гуруҳни 20 нафар (10 - СЮЕ II ФС ўртача $65,5 \pm 1,7$ ёш, 8 эркак ва 2 аёл; 10 - СЮЕ III ФС ўртача $61 \pm 1,7$ ёш 6 эркак ва 4 аёл) ЧҚҚОФ (41-49%) оралик СЮЕ, учинчи гуруҳни 24 нафар (14- СЮЕ II ФС, ўртача $64,7 \pm 1,3$ ёш, 8 эркак ва 6 аёл; 10- СЮЕ III ФС ўртача $64,6 \pm 0,9$ ёш, 4 эркак ва 6 аёл) ЧҚҚОФ ($>50\%$) сакланган СЮЕ мавжуд беморлар ташкил этди. Тадқиқотга жалб этилган беморларнинг клиник тавсифи 1-жадвалда келтирилган.

1-жадвал. Тадқиқот гуруҳларининг умумий характеристикаси:

Кўрсаткичлар	Жами n=60	ЧҚҚОФ паст СЮЕ, 1-гуруҳ, n=16	ЧҚҚОФ оралик СЮЕ, 2-гуруҳ, n=20	ЧҚҚОФ сакланган СЮЕ, 3-гуруҳ, n=24
Ёши (йил)	$64,1 \pm 1,4$	$64,7 \pm 1,2$	$63,4 \pm 1,1$	$64,7 \pm 0,8$
Жинси (аёл/эркак)	36/24	10/6	14/6	12/12
Тана-вазн индекси ($\text{кг}/\text{м}^2$)	$30,9 \pm 0,8$	$30,8 \pm 0,8$	$31,4 \pm 0,7$	$30,9 \pm 0,6$
СЮЕ давомийлиги	$4,7 \pm 2,6$	$4,9 \pm 2,8$	$4,5 \pm 2,4$	$3,9 \pm 1,9$
Инфаркдан кейинги кардиосклероз	28	8 (33,3%)	12 (60%)	8 (33,3%)
Аорта қоранар шунтлаш ёки стентлаш амалиёти	10	2 (12,5%)	4 (20%)	4 (16,7%)
Ритм бузилиши ва қамаллар	24	10 (62,5%)	4 (20%)	8 (33,3%)
Юрак аневризмалари	8	2 (12,5 %)	4 (20%)	2 (8,3%)
Чап қоринча қон отиш фраксияси %	$48,8 \pm 0,3$	$36,7 \pm 0,3$	$46,1 \pm 0,3$	$60,2 \pm 0,4$
Клиник ҳолатни ба-	$6,5 \pm 0,2$	$6,3 \pm 0,2$	$6,7 \pm 0,2$	$6,8 \pm 0,2$

холаш шкаласи, балл				
6 дақиқалик юриш си намаси	282,6±9,8	274,4±10,1	280,5±10,4	289,7±8,1

Натижа ва таҳлиллар

Миокардда ривожланган фиброз жараёнларини англутувчи альдостерон иммунофермент таҳлил усулида, марказий гемодинамика кўрсаткичларилари ва миокард ремоделлениши ЭхоКГ усулида аниқланиб, олинган натижалар 20 нафар соғлом кўнгилли шахслардан иборат назорат гуруҳи кўрсаткичлари билан таққосланди.

Кузатувда бўлган ҳар учала гуруҳдаги беморларда организмдаги коллаген алмашинуви мувозанатида бевосита иштирок этувчи альдостерон микдорий кўрсаткичи референс кўрсаткичларидан статистик аҳамиятли даражада юқорилиги аниқланди (2-жадвал).

2-жадвал: Сурнкали юрак етишмовчилиги мавжуд беморларда альдостероннинг микдорий кўрсаткичлари

Кўрсат- кич	Назорат Гуруҳи кўрсат- кичлари	ЧҚҚОФ паст СЮЕ, 1-гуруҳ, n=16		ЧҚҚОФ оралик СЮЕ, 2-гуруҳ, n=20		ЧҚҚОФ Сақланган СЮЕ, 3-гуруҳ, n=24	
		ПФС	ШФС	ПФС	ШФС	ПФС	ШФС
Альдо- стерон пг/мл	86,8 [47,8; 199,1]	358,5 [211,1; 502,4]	513,1*** [338,8; 674,9]	490,7 [356,7; 658,5]	590,4* ** [529,7; 656,8]	528,3 [411,1; 667,7]	603,4** * [523,5; 723,7]

Изоҳ: *-кўрсаткичлар фарқи ишончилиги, $p<0,05$; **- $p<0,01$; ***- $p<0,001$.

Ўтказилган қатор тадқиқотларда СЮЕ мавжуд беморларда миокарднинг ремоделланиши ва фиброз жараёнлари авж олиб боришида бевосита иштирок этувчи қон зардобдаги РАА тизимининг таркибий қисми бўлган альдостерон микдорини ошиши қайд этилган бўлиб, биз ўтказган тадқиқотда ҳам барча беморларда ушбу гормоннинг микдори назорат гуруҳи кўрсаткичларидан статистик аҳамиятли даражада юқорилиги аниқланди ($p<0,001$). Альдостерон 1-гуруҳ беморларнинг II ва III ФСда референс кўрсаткичдан мос равишда қон зардобдаги альдостерон микдори СЮЕ II ва III ФСда мос равишда 4,1 баробар (358,5 пг/мл) ва 5,9 баробар (513,1 пг/мл), 2-гуруҳ беморларнинг II ва III ФСда референс кўрсаткичдан мос равишда 5,6 баробар (490,7 пг/мл) ва 6,8 баробар (590,4 пг/мл), 3-гуруҳ беморларнинг II ва III ФСда референс кўрсаткичдан мос равишда 6,1 (528,3 пг/мл) ва 6,9 (603,4 пг/мл) га ошганлиги қайд этилди. Бу миокарда коллаген алмашинуви бузулиши жадаллиги касаллиқнинг ФС оғирлиги билан ҳамоханглигини билдиради.

Тадқиқотга жалб этилган беморларда альдостерон микдорини марказий гемодинамика кўрсаткичлари билан корреляцион боғлиқлиги таҳлил қилинганда (3-жадвал), 1-гуруҳ беморларда альдостеронни СЮЕ II-III ФСда ЧҚОДҚ билан кучсиз мусбат ($r=0,20$, $r=0,22$, $r=IЭ$), ЧҚҚОФ билан (мосравишда $r=-0,70$; $r=-0,75$, $p<0,001$) ишонарли кучли манфий корреляцион боғлиқлиги аниқланди. Ушбу гуруҳда юзага келган бу ҳалотни организмдаги сурункали тизимли гипоксия, секин фаолликдаги яллиғланиш ва фиброз жараёнлари оқибатида миокарднинг қисқариш фаолиятини кескин пасайганлиги, уни яққол ривожланган дезапптив ремоделланиши билан тушунтириш мумкин. 2-гуруҳдаги беморларда альдостерон СЮЕ III ФСда СДЎ, СДХ ва ССХ билан ишонарли мусбат (мос равишда $r=0,35$, $r=0,39$, ва $r=0,35$, $p<0,01$), касаллиқнинг II- III ФСда ЧҚОДҚ билан кучсиз мусбат ($r=0,23$, $r=IЭ$, $r=0,28$, $p<0,05$), ЧҚМВИ билан ишонарли ўртача мусбат (мос равишда $r=0,31$, $p<0,05$; $r=0,43$, $p<0,01$) ЧҚҚОФ билан ишонарли ўртача манфий (мос равишда

$r=0,37$; $r=0,38$, $p<0,01$) корреляцион боғлиқлик аниқланди. 3-гурухдаги беморларда альдостеронни СЮЕ II-III ФСда ЧҚОДҚ билан (мос равишда $r=0,33$, $p<0,05$; $r=0,34$, $p<0,01$), ҚАТҚ билан ($r=0,31$,

$p<0,05$; $r=0,34$, $p<0,01$), ЧҚМВИ билан ($r=0,44$, $r=0,50$, $p<0,001$) ва ЧҚДНҚ билан ($r=0,38$; $r=0,41$, $p<0,01$) ишонарли ўртача мусбат корреляцион боғлиқлиги аниқланди.

3-жадвал: Сурнкали юрак етишмовчилиги мавжуд беморларда марказий гемодинамика кўрсаткичларини қон зардобдаги альдостерон миқдори билан ўзаро боғлиқлиги

Кўрсаткичлар	1-гурух, n=16 Корреляцион боғлиқлик, r		2-гурух, n=20 Корреляцион боғлиқлик, r		3-гурух, n=24 Корреляцион боғлиқлик, r	
	II ФС	III ФС	II ФС	III ФС	II ФС	III ФС
СДЎ, мм	0,14	0,18	0,17	0,35**	0,15	0,20
СДХ, мл	0,13	0,34**	0,19	0,39**	0,15	0,21
ССХ, мл	0,03	0,18	0,11	0,35**	0,17	0,21
ЧҚОДҚ, мм	0,20	0,22*	0,23	0,28**	0,33*	0,38**
ҚАТҚ, мм	0,09	0,14	0,12	0,17	0,31*	0,34**
ЧҚҚОФ, %	-0,70***	-0,75***	-0,37**	-0,38**	-0,07	-0,08
ЧҚМВИ, г/м ²	0,21	0,20	0,31*	0,43***	0,44***	0,50***
ЧҚДНҚ	0,13	0,12	0,13	0,15	0,38**	0,41**

Изоҳ: *-кўрсаткичлар фарқи ишончилиги, $p<0,05$; **- $p<0,01$; *** $p<0,001$.

СДЎ-сўнги диастолик ўлчам, СДХ-сўнги диастолик ҳажм, ССХ- сўнги систолик ҳажм, ЧҚОДҚ-чап қоринча орқа девори қалинлиги, ҚАТҚ-қоринчалар аро тўсик қалинлиги, ЧҚҚОФ-чап қоринча қон отиш фракцияси, ЧҚМВИ-чап қоринча миокарди вазни индекси, ЧҚДНҚ-чап қоринча деворининг нисбий қалинлиги

Кузатувдаги беморларнинг 3-гурухида альдостерон билан ЧҚҚОФ ўртасида ишонарли корреляцион боғлиқлик аниқланмади. Аммо, ушбу гуруҳлардаги беморларда коллаген алмашинуви бузилишида бевосита иштирок этувчи альдостеронни ЧҚОДҚ, ҚАТҚ, ЧҚМВИ ва ЧҚДНҚ билан мусбат корреляцион боғланишни касалликнинг ФС ошиб боришига ҳамоҳанг тарзда ишонарли ортиб бориши СЮЕ юзага келиши ва авж олиб бориши асосида ётувчи ЧҚ гипертрофияси, юракни патологик ремоделланиши ҳамда миокарддаги фиброз жараёнлари жадаллигини англатади.

Муҳокама. Бизнинг тадқиқотимизга жалб этилган беморларда СЮЕ ФС ошиб боришига ҳамоҳанг тарзда қон зардобдаги альдостерон миқдорини референс кўрсаткичлардан юқорилиги аниқланиб, хусусан альдостерон

миқдорини ЧҚҚОФ паст СЮЕ мавжуд беморларда назорат гуруҳи кўрсаткичларидан 1,7-2,5 баробар, ЧҚҚОФ оралиқ ва сақланган СЮЕ мавжуд беморларда мос равишда 1,8-2,8 ва 2,1-3,1 баробарга юқорилиги касалликнинг оғир ФСда яллиғланиш ва фиброз жараёнлари жадал тусдалигини англатади. Бу кўрсаткич биринчи гуруҳдаги беморларда кўпроқ организмдаги сурункали тизимли гипоксия ва секин кечувчи яллиғланиш ҳамда эндотелиал дисфункция, 2-3 гуруҳдаги беморларда фиброз жараёнларини яққол ривожланганлигини англатади ва илгари ўтказилган тадқиқотлар хулосасига мос келади [4,5].

Хулоса

1. Маълумки, фиброгенез мураккаб жараён бўлиб, унда бир нечта омиллар иштирок этади, улардан энг муҳими альдостерондир. Альдостеронни миокардга таъсири кардиомиоцитларда минералокортикоид рецепторлар мавжудлиги аниқлангангандан сўнг маълум бўлди.

2. ЧҚҚОФ оралиқ сақланган СЮЕ мавжуд беморларда ЧҚҚОФ паст СЮЕ мавжуд беморларга нисбатан фиброз маркери ҳисобланган альдостерон миқдорини референс

кўрсаткичлардан статистик ахамиятли даражада юқорииги, аксарият беморларда ЧҚнинг концентририк ремоделланиши ва гипертрофияси аниқланганлиги экстрацеллюляр матрикса ортиқча коллагенлар тўпланиб бориши, миокард қаттиқлашиши ва фиброз жараёнлари жадаллигини аниқлатади ва илгари ўтказилган тадқиқотлар хулосаси билан мос келади.

3. Кузатув натижаларига таянган ҳолда ЧҚҚОФ оралиқ ва сақланган СЮЕ да фиброз жараёнлари яққол ривожланганлигини инобатга олиб, ушбу беморларни даволашда азилсартан медоксомил ва эплеренонни биргаликда қўлланиши ижобий гемодинамик, нейрогуморал ва кардиопротектив самара беради.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. De Boer R.A., van Veldhuisen DJ, Gansevoort RT et al. The fibrosis marker aldosterone and outcome in the population // J. Intern Med.-2012.-Vol.272(1).-P. 55-64.
2. Гямджян К.А., Максимов М.Л., Павлова Л.И. Клиническая ценность определения альдостерона у больных ХСН-сравнение с мозговым натрийуретическим пептидом в диагностике хронической сердечной недостаточности// Журнал сердечная недостаточность.-Том -16.-С 187-192.
3. Jugbauer C.G. Panel of emerging cardiac biomarkers contributes for prognosis rather than diagnosis in chronic heart failure // Biomark Med.-2014.-Vol. 8.-P. 777-789.
4. Курлянская Е.К., Мрочек А.Г., Денисевич Т.Л., Колядка М.Г., Русских И.И., Прогностическая роль биомаркеров у пациентов с хронической сердечной недостаточностью// Кардиология.-2020.-№60(1).-С. 16-22.
5. Курбонов А.К. Роль фиброзных процессов при хронической сердечной недостаточности и оптимизации её лечения. /Автореф. Дис... д-ра философии и по мед. наук. 14.00.06.-Ташкент, 2018.-51 с.

Келиб тушган вақти 09.05.2021

УДК 614.31.35.37.38.

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСА РИСК – ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОТАЮЩИХ

Ашурова М. Д., Абдуллаева У. Я., Ёкубова М.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья,
Республика Узбекистан., г. Фергана

✓ Резюме

В данной статье рассматривается интегрированная оценка влияния комплекса наиболее вероятных риск - факторов в отдельных возрастно-половых и профессиональных группах и выявлена взаимосвязь между медико-социальными характеристиками заболеваемости работающих и образом жизни в семье. Установлено дифференцированное влияние условий труда и образа жизни на заболеваемость работающих основных цехов.

Ключевые слова: образ жизни, промышленно-производственные условия, гигиеническая оценка, заболеваемость, микроклимат.

INFLUENCE OF THE RISK FACTORS COMPLEX ON THE HEALTH STATE OF WORKERS

Ashurova M. Dj., Abdullaeva U. Y., Yakubova M.

Fergana public health medical institute

✓ Resume

In this article described the integrated estimation of influence of a complex of the most probable risk - factors in separate age-sexual and professional groups is given and the interrelation between medico-social characteristics of disease working and a way of life in a family is revealed. The differentiated influence of working conditions and way of life on disease of working producing departments is established.

Key words: lifestyle, industrial production conditions, hygienic assessment of incidence, microclimate.

XAVF OMADLARI KOMPLEKSINING ISHCHILARNING SALOMATLIK HOLATIGA TA'SIRI

Ashurova M. Dj., Abdullaeva U. Y., Yakubova M.

Farg'ona Jamoat Salomatligi Tibbiyot Instituti,

✓ Rezyume

Ushbu maqolada alohida ehtimoliy xavf-xatarlar majmuasining ta'sirini integral baholash tasvirlangan - alohida yosh-jinsiy va kasbiy guruhlardagi omillar keltirilgan va kasallikning tibbiy-ijtimoiy xususiyatlari va oilada turmush tarzi o'rtasidagi o'zaro bog'liqlik aniqlangan . Ishlab chiqaruvchi bo'limlarning kasalliklariga ish sharoitlari va turmush tarzining differentsiatsiyalangan ta'siri o'rnatildi.

Kalit so'zlar: turmush tarzi, sanoat ishlab chiqarish sharoitlari, kasallanishni gigienik baholash, mikroiklim.

Актуальность

Некоторые факторы труда, условия и виды занятости (продолжительность

рабочего дня, недели, степень тяжести труда, сочетание нескольких видов занятости) носят

постоянный характер при воздействии на человека и связаны с его физическим и психическим здоровьем. Они могут влиять на здоровье наряду с другими социальными факторами.

Трудовой процесс осуществляется в определенных условиях производственной среды, которые характеризуются совокупностью элементов и факторов материально-производственной среды, влияющих на трудоспособность и состояние здоровья человека в процессе работы. Производственная среда и факторы трудового процесса составляют в совокупности условия работы.

На здоровье человека, его жизнедеятельность большое влияние оказывают опасные и вредные факторы. Вопросы оценки влияния образа жизни на здоровье работающих представляют особое значение. Анализ данной проблемы выявления закономерностей в процессе взаимодействия между поведением отдельного человека, трудовых коллективов на производстве и в быту и состоянием их здоровья выступает как одно из основополагающих звеньев социально-гигиенической профилактики. Решение этой проблемы обязательно предполагает изучение и анализ факторов образа жизни, ибо он оказывает непосредственное влияние на здоровье и выступает как важнейшая форма профилактики заболеваний и укрепления здоровья [1,4].

Накоплено множество фактических данных о связях между отдельными проявлениями условий жизни и специальными характеристиками здоровья населения, в том числе в различных проявлениях образа жизни и поведения рассматриваемых групп населения [2,5].

Подкрепляются утверждения, что достижение определенного материального благополучия существенно влияет на здоровье, гигиеническое поведение и образ жизни населения [3,6].

Несмотря на то, что производство минеральных удобрений в настоящее время превратилось в крупную отрасль промышленности, имеющую большое народнохозяйственное значение, вопросы гигиены труда в азотной промышленности освещены крайне мало, особенно с учетом комплексного подхода к оценке факторов

риска и углубленного изучения заболеваемости работающих.

Цель исследования: Основной целью работы явилась гигиеническая оценка ведущих вредных и опасных факторов; углубленное изучение заболеваемости с временной утратой трудоспособности; выявление причинно-следственных связей между факторами риска и здоровьем работающих; обоснование комплекса эффективных оздоровительных мер по улучшению условий труда, быта и охраны окружающей среды.

Материал и методы

Для решения задач по комплексному углубленному изучению заболеваемости работающих с учетом комплекса факторов (производственно профессиональных, социальных и др.) проводили полицевой учет заболеваемости. Изучение условий и образа жизни работающих проводилось методом опроса-интервью 2000 работающих (по 1000 работающих на каждом предприятии).

В процессе обработки и анализа материалов исследования применялись: социологические, когортные методы, методы сравнительного анализа, а также современные методы санитарной статистики. В частности, при анализе данных определялись средние величины, ошибки средних. При сравнении выборочных характеристик использовалась оценка достоверности различий и показателя с помощью критерия t-Стьюдента, формулы Пуассона.

Результат и обсуждение

Заболеваемость с ВУТ на 100 работающих за изучаемый период составила по п/о «Азот» $58,5 \pm 0,4$ случая и $660,7 \pm 0,001$ дня нетрудоспособности, а по «Электрохимпром» г.Чирчика $58,4 \pm 0,4$ случая и $825 \pm 0,001$ дня нетрудоспособности, средняя длительность одного случая соответственно составила 11,3 и 14,1 дня.

В структуре заболеваемости работающих заводов минеральных удобрений, ведущее место на обоих предприятиях занимали болезни органов дыхания, костно-мышечной системы, травмы и отравления, органов пищеварения, системы кровообращения, а также нервной системы и органов чувств.

От всех зарегистрированных случаев и дней заболеваемости с временной утратой трудоспособности, заболеваемость мужчин составил 70,1%, а соответственно по 2 предприятию эти показатели составили 69,4%.

Как в большинстве возрастных групп, так и в целом по обоим предприятиям, со стажем работы в производстве азотных минеральных удобрений 8 лет и более, уровень заболеваемости более чем в 3 раза выше, чем в начальных стажевых группах. Так в 1-м предприятии рабочих со стажем 8 лет и более, число случаев ЗВУТ составило 64,3+1,3 а число дней 976,9 дней, тогда как у работающих со стажем работы до 3 лет она составляла ($p < 0,001$).

Нами установлена прямая сильная корреляционная связь между возрастом стажем работающих и уровнем их заболеваемости. ($Чх/у=0,80+0,01$ и $Чх/у=0,78+0,01$). Это позволяет заключить, что с увеличением стажа работы под воздействием неблагоприятных производственных факторов увеличивается уровень заболеваемости работающих.

Установлено, что ведущее место по числу случаев и потере дней трудоспособности занимает основная производственная группа – аппаратчики, за ней следует слесари по ремонту оборудования и грузчики.

Для оценки значимости производственных факторов и образа жизни в развитии заболеваний, все работающие были разделены на 3 группы: болевшие, длительно и часто болеющие и неболевшие группы.

Следует отметить, что в среднем на 2 предприятиях на 100 круглогодичных работающих приходилось 24,0 неболевших и 76,0-болевших лиц, из них лиц болевших 1 раз приходилось 37,7%, 2 раза – 28,7%, 3 раза – 21,4%.

Основной контингент работающих имели 8 и более лет стажа работы (41,6%). 24,4% имели стаж от 5 до 8 лет, 18,3% - от 3 до 5 лет, и лишь 15,7% имели стаж работы до 3 лет.

Изучение особенностей заболеваемости работающих, проживающих в различных жилищных условиях, выявило четкую зависимость между заболеваемостью работающих и жилищных условий ($\chi^2=23,84$, $p<0,001$) указывающих на неблагоприятное влияние плохих условий проживания.

Среди одиноких работающих, длительно и часто болеющих имеется 18,5%, а не болеющих 7,5% ($\chi^2 = 975$, $p < 0,05$). Воздействие внутрисемейных отношений, на заболеваемость работающих подтверждаются увеличением риска заболевания среди работающих из неблагополучных семей. Так половина (53,1%) ДЧБ проживали в неблагополучных семьях, в психологическом отношении, тогда как 80,5% не болеющих проживали в благополучных семьях ($\chi^2 = 37,4$, $p < 0,001$).

Что касается влияния курения на состояние здоровья работающих заводов минеральных удобрений, установлено, что для установления характера такой зависимости полученные данные были подвергнуты корреляционному анализу и установлено лишь наличие опосредованной, слабой взаимосвязи между курением и уровнем ДЧБ ($\chi^2 = 4,70$, $p < 0,05$).

Таким образом, результаты наших исследований указывают, что на заболеваемость работающих оказывают положительные влияния благоприятные жилищные условия, семейное положение (полная семья), благоприятный психологический климат семьи, высокий уровень образования, соблюдение режима труда и отдыха, питания, занятия физкультурой и спортом. Это сказывается не только на уровне частоты заболеваний, но в той или иной мере и снижает уровня ДЧБ среди работающих. А, наоборот, отсутствие вышеперечисленных положительных факторов, наличие и выраженность вредных привычек, способствуют ухудшению состояния здоровья, увеличения уровня заболеваемости с ВУТ, а также формирования контингента ДЧБ. Вредные условия производства работающих в основных цехах оказывают отрицательное влияние на состояние их здоровья, снижает резистентность, увеличивают риск формирования и развития различных заболеваний, что следует учитывать при разработке лечебно-оздоровительных, профилактических мероприятий.

Выводы:

1. Ведущее место по заболеваемости обследуемых занимали болезни органов дыхания (26,4±0,4 случаев и 200,9 дней; 16,9±0,3 сл. и 179,5 дня), соответственно, среди работающих п/о «Азот» и ЧПО

«Электрохимпром», что связано с длительным контактом рабочих с токсическими веществами (аммиак, CO, окислы азота), уровни которых нередко превышали ПДК.

2. Наиболее высокие показатели нетрудоспособности работающих в связи с болезнями системы кровообращения (в основном, это гипертоническая болезнь 4,2±0,1 случая и 59,7±0,4 дней), связаны с нервной перегрузкой (высокая степень ответственности за безаварийное течение технологического процесса, концентрация внимания, оперативное выполнение команд и др.), высоким уровнем шума (повышение допустимых величин на 6 дБ и более), а также наличием вредных привычек и неблагоприятным психологическим климатом в семье.

3. Выявлено, что со стажем работы на промышленных предприятиях минеральных удобрений (8 и более лет) уровень заболеваемости более чем в 3 раза выше, чем в начальных стажевых группах. Установлена прямая сильная корреляционная связь между стажем работающих и уровнем их заболеваемости ($Чх/у=0,80\pm0,1$ и $Чх/у=0,81\pm0,1$). Следовательно, с увеличением стажа работы под воздействием неблагоприятных производственных факторов увеличивался уровень заболеваемости работающих.

Практические рекомендации:

1. Система профилактики профессиональной и снижения общей заболеваемости работающих предприятий азотных минеральных удобрений должна строиться поэтапно и включать находящиеся в тесной взаимосвязи мероприятия технического и санитарно-технического, санитарно-гигиенического и социально-медицинского характера.

2. Из санитарно-гигиенических рекомендуются следующие мероприятия: проведение регулярных исследований гигиенических условий труда с количественным определением вредных производственных факторов; обеспечение достаточной освещенностью и оборудование вспомогательных и санитарно-бытовых помещений, включающих: гардеробную, умывальную, душевую, уборную в комплексе для женщин комнаты личной гигиены, комнаты отдыха и приема пищи; обеспечение

спецодеждой и средствами индивидуальной защиты в зависимости от характера выполняемой работы.

3. Прогностические таблицы для комплексной оценки риска заболеваемости работающих, облегчает анализ эффективности проводимых мероприятий по укреплению их здоровья на уровне цехов, здравпунктов, МСЧ, в целом завода. Об эффективности этих мероприятий можно судить по снижению ЗВУТ, ДЧБ, увеличение индекса здоровья, по переходу работающих из одной группы риска, диспансерного наблюдения в группы здоровья в течение определенного отрезка времени.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ашурова М.Д., Азимова М., Хошимова А. Влияние образа жизни и промышленно - производственных факторов на состояние здоровья работающих. //Актуальные вопросы современной медицины г.Екатеринбург-2014-С-62-64.
2. Ашурова М.Д. Санитарно-гигиеническая оценка условий труда предприятий азотных минеральных удобрений. //Актуальные вопросы современной пульмонологии. Махачкала, 2016.- С-56-61
3. Батурин А.К., Каганов Б.С., Шарафетдинов Х.Х. Питание подростков: современные взгляды и практические рекомендации; М:3 2006; 54с.
4. Ивойлов В.М., Штернис Т.А. Условия жизни, состояние здоровья и медицинская активность работающих на химических производствах /Монография. Кемерово 2006.-200 с.
5. Лисицин Ю. П.Общественное здоровье и здравоохранение / Ю. П. Лисицин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 512 с. <https://cpkmed.ru/>
6. Медик В. А.Общественное здоровье и здравоохранение / В. А. Медик, В. К. Юрьев – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 288 с. <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433256.html>

Поступила 09.05.2021

PSYCHOLOGY OF THE RELATIONSHIP OF THE DOCTOR AND THE PATIENT

Ashurova M. J., Abdullaeva U. Y., Jalolov J. o I., Alijonov A. A.

Fergana public health medical institute

✓ Resume

In this article, the authors show deep research in the specific psychological relationship between the doctor and the patient. Of the authors' data, the main psychological attitude is to take into account the sex, age and mentality of patients. Despite the social status of patients, a methodical, pathogenetic approach is always needed in the correction of the patient's pathological conditions.

Key words: psychology of relations between a doctor and a patient, taking into account the gender, age and mental characteristics of patients.

ПСИХОЛОГИЯ ОТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

Ашурова М. Д., Абдуллаева У.Я., Джалолов Д. И., Алижонов А. А.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

✓ Резюме

В данной статье авторами показано глубокие исследования в специфических психологических отношений врача и пациента. Из данных авторов главный психологический отношение необходимо учитывать половой, возрастной и менталитет больных. Несмотря социальный статус больных всегда необходимо методичное, патогенетическое подход в коррекции патологических состояний пациента.

Ключевые слова: психология отношений врача и пациента, учёт половой, возрастной и менталитетный особенность больных.

DOKTOR VA BEMORLAR MUNOSABATLARI PSIXOLOGIYASI

Ashurova M.J., Abdullaeva U. Y., Jalolov J. I., Alijonov A. A.

Farg'ona jamoat salomatligi instituti

✓ Rezyume

Ushbu maqolada mualliflar shifokor va bemor o'rtasidagi o'ziga xos psixologik munosabatlarda chuqur izlanishlar ko'rsatmoqdalar. Mualliflarning ma'lumotlaridan asosiy psixologik munosabat bemorlarning jinsi, yoshi va mentalitetini hisobga olishga qaratilgan. Bemorlarning ijtimoiy holatiga qaramay, bemorning patologik sharoitlarini tuzatishda doimo metodik, patogenetik yondashuv zarur.

Kalit so'zlar: bemorlarning jinsi, yoshi va ruhiy xususiyatlarini hisobga olgan holda shifokor va bemor o'rtasidagi munosabatlar psixologiyasi.

Relevance

Communication is the way people interact to communicate information. One can assume that one of the tasks of communication in the process of a doctor-patient is the implementation of not only a purely informational function, but two more. One of them is a way of overcoming loneliness, creating a world in which other people join besides the person (sick person), and this is an opportunity to expand the personal,

personal universe. Communication is, first of all, interaction, the very presence of another person already predetermines the transfer of information and involuntarily the functioning of a person is built in such a way as to facilitate or make it difficult for another person to receive this information. For example, the so-called "stone" amiaemic, mask-like face, when a person closes in a visor, so that other people, those with whom he

communicates, receive as little information as possible. However, in this case they also receive information - that the person does not want to pass on to them the information that it is closed. That is, it is impossible to completely exclude the transmission of information when interacting with people in any way. The next task of communication, in addition to conveying information and a way to avoid loneliness, is to implement an appeal for help. The core of the doctor-patient interaction as a psychological communicative phenomenon is the realization of the patient's attempt to call for help. In the chapter on paralinguistic, it was already mentioned how important non-verbal elements play in the process of communication. The well-known researcher psycholinguist Merobyan believes that only 7% of information is transmitted with the help of speech, 38% of the information is transmitted by paralinguistic elements, that is, by the way these words are pronounced and 55% by the expression of a person. Still very large informative loading bear poses, gestures, movements of hands and feet. Significant information about another person is also carried by such elements as this person's clothes, hairdo, clothing accessories. All this is involved in communicative processes.

What factors influence the general processes of interactions, including the interaction between the doctor and the patient?

1. The expression of a person.
2. Distance of communication. In the chapter dealing with territorial behavior, mention was made of the distance of interpersonal communication: proximity, remoteness, or optimality of the interlocutor's location also facilitates or makes communication difficult or even impossible. It is unlikely that serious communication is possible at a distance of 2 km without the help of communication facilities.
3. Socio-psychological factors and mechanisms of psychological defense. The actions of the latter in communicative processes play an important role. For example, the mechanism of introjection promotes

Communicative processes. This is a kind of division of people into "our" AND "not our". With "our" it is simple and easy, with "not our" it is difficult and hostile. Here, loneliness is overcome, and the axial property of the human psyche is the simplification of a world filled only with "ours" and "non-citizens."

4. Elements of social attractiveness of people - what is attractive in this or that social environment. For example, in the environment of scientists it is talent and talent, professionalism. In a student environment, these

are certain manners to hold, belonging to a certain group, that is, what determines social status.

It is easier for beautiful people to establish initial contacts with other people than for those who are perceived as ugly. To paraphrase a well-known proverb, one can say that "they meet in the face, they accompany you to liking". In the first stages of Communication, appearance is of great importance because of a person who carries more than half of the Information, NO LONGER PATIENT

While chatting with a popular and meticulous general practitioner about his referrals to psychiatrists, he remarked that he found his patients "less than satisfied" with psychiatric consultations. This set me thinking of an experience I had had the previous day.

That evening, I had two demanding patients - Ms. A and Ms. B - in successive sessions, of whom the second, Ms. B, on arrival informed me that the first patient, Ms. A, was complaining to her husband while leaving my consulting room of her dissatisfaction with the consultation. Later after I had "finished" with Ms. B, she remarked, "Now I too am dissatisfied" and promptly stomped out.

Reflecting on what happened, I realized that I had seen two difficult categories of patients. Ms. A had been insisting that she did have a major physical disorder which had not been recognized in her previous consultations, was reluctant to consult a psychiatrist, denied any psychological stressors and complained that she did not believe that her illness could be due to psychological factors and that despite this was advised otherwise and prescribed "sedatives." I too had felt unsatisfied with the consultation as she left on a sour note. Ms. B, on the other hand, did not believe she had a problem, insisted that her suffering was due to issues with her husband's family and was reluctant to take drugs for someone else's "mistake." She was unhappy at being told that her fears and suspicions about her husband's family could be part of her belief system and that she would feel less animosity and more calm with drugs.

She left suspecting me of conspiring with her husband's family against her. Both Ms. A and Ms. B have not since come back for consultation.

Go to:

Physician-patient communication

At its worst, patient dissatisfaction could be fatal to the treating physician. The case of 50-year-old Dr. Vasant Waman Jaykar, a cardiologist of Mumbai, who was shot dead in January 2001 by a

deceased patient's dissatisfied relative, brings home the point. [1] Thankfully, dissatisfaction very rarely takes this extreme form; nor does it cause patients to lean towards the other extreme, i.e., the Gandhian approach of showing the other cheek. The reaction is generally muted like in the case of A and B, who stopped at voicing their rejection of the physician. Such rejection may at times be more passive. All these responses may seriously harm the physician.

Research has shown that the way patients perceive their connection with their physician significantly influences their sense of satisfaction and level of concern about their health. [2] In the fast-paced managed-care environment, relationship-building conversations can get lost in the pressure to perform. The demands of keeping abreast of the latest medical-treatment approaches can overshadow the need to practice and improve communication skills. A good effective, empathic physician-patient communication leads to improved patient compliance, better clinical outcomes and reduction in "doctor-shopping" and malpractice litigations. [3]

Neuwirth [3] notes that good communication is good business practice. He further suggests that contrary to general assumptions, communication skills are not strictly inborn assets or talents but rather skills that can be learned and developed - much like those needed to learn to play a musical instrument. The musical instrument metaphor is particularly apt, as playing the instrument well requires continuous practice and improvement, regardless of the level of talent. The need to address physician-patient communication lies in the necessity to continuously improve and hone one's ability to communicate in ways that build and sustain positive patient relationships. The importance of patient's perceptions, physician empathy and communication style can never be overemphasized. [4]

Patient perceptions matter

Many of our patients complain that the duration of consultation was inadequate and that the consultation was hurried. Physicians commonly redirect and focus clinical interviews on issues they consider important, before giving patients even the opportunity to complete their statement of concerns. Kim Marvel and others [5] suggested that patients, asked to describe their concerns by a physician, were most often redirected after the first expressed concern and after a mean time of only 18-23 seconds. The frequency with which experienced physicians solicited the patient's complete agenda is quite low (28%). This resulted in missed opportunities to gather potentially

important patient data. Once the discussion became focused on a specific concern, the likelihood of returning to complete the agenda was very low (8%). However, going back to the agenda by an open-ended solicitation by asking "Anything else?" repeatedly until a complete agenda has been identified appears to take six seconds longer than interviews in which the patient's agenda is interrupted.

Fossum and Arborelius[6] identified components of patient-centered consultations which resulted in patient satisfaction. The main characteristics were flexibility, faster pace and frequent movement back and forth between discussion topics and communication tasks - for example, a fluid movement between discussing the etiology of the problem, patient concerns and patient expectations. In contrast, a steady, slow, sequential movement through the topics was associated with patient dissatisfaction, most likely because this style entailed little or no "shared understanding" or "involving patient" communication.

Effective communication can be difficult under the best of circumstances. When the patient is emotionally distressed, extra effort is required to ensure that the patient accurately perceives what is communicated. Attending to the patient's emotional state improves the patient's perception of the communication exchange. [4]

Thus, it seems that waiting for patients to air their concerns completely before redirecting them and later focusing on each concern seems ideal. However, to focus on each concern as and when the patient airs it and then continue with an open-ended solicitation until the complete agenda of the patient is met could well be another acceptable option. The latter option takes hardly six seconds more than when the interview is interrupted. Finally, a fluid movement between topics rather than a sequential movement through the topics led to better patient satisfaction. Greater patient satisfaction was associated with greater interview length,

Increases in the proportional time spent by the physician in presenting information and discussing prevention and shorter chart review times. [7] Go to:

Empathy and patient satisfaction: the value of the relationship:

In psychotherapy, as well as in the general practice of medicine, the empathic relationship is primary. Without a sense of connection and mutual understanding, physician-patient communication becomes an exchange of medical information divorced from the context and complexities of the

patient's life. Current research highlights the need to recognize the importance of attending to the patients' emotion-laden comments and to improve empathic skills.

Patient satisfaction and treatment compliance were shown by Kim and colleagues [8] to relate directly to a physician's empathic behavior. In their study, perception of physicians' "affective empathy" and "sense of partnership" had the strongest impact on patient satisfaction and compliance. By contrast, "cognitive empathy" and "information sharing" had little effect on patient satisfaction and a negative effect on compliance. Kim and colleagues concluded that improving empathic communication skills might be the most effective approach to improving patient satisfaction and treatment compliance.

The patients in the study by Zachariae and colleagues, [9] rated the importance of physicians' ability to listen and communicate on par with their ability to respond to emotional needs. They showed that patient distress was negatively correlated with physician attentiveness and empathy, and patient self-efficacy was positively correlated with attentiveness and empathy.

Parchman and colleagues' findings[10] support what is intuitively understood about physician-patient relationships - that the length of relationship increases trust and communication effectiveness.

It could therefore be concluded that affective empathy and a sense of partnership as against merely information sharing lead to better patient compliance and self-efficacy.

Go to:

Communication style and approach

There is a belief among doctors that being proficient and delivering specialized service is more valuable than human values and doctor-patient relationship. This leads to physicians adopting a dispassionate approach when communicating with patients.

The age-old belief that how you say something matters more than what you say was borne out by few studies examining physician communication style and patient response. Heisler and colleagues! [11] found that physicians' ability to provide illness-related and treatment-related information in such a way that patients fully understood the importance of self-management was predictive of good self-management practices.

Engaging in social talk contributed to a perception of being understood, according to a study by Takayama and Yamazaki.[12] Here, patients perceived open-ended questions and a "partnership-building approach" as contributing to

their sense of mutual participation. The physicians' provision of medical information and counseling increased the patient's perception of "self-participation." There was a strong correlation between their sense of "successful communication" and their sense of participation and the "physician's collaborativeness." The authors suggested that sensitivity to the patient's emotional state could help to improve patients' perception of successful communication.

Ambady and colleagues[131] examined the tone of voice from short clips taken at the beginning and end of surgeons' consultations. Of the surgeons who participated in the study, half had been involved in malpractice claims and half had not. Using analysis of tone of voice only, analyzers, who were blind to the physicians' claims history, were able to identify surgeons with a history of malpractice claims. Analyzers' higher ratings of "dominance" and lower ratings of "concern/anxiety" were predictive of malpractice history.

This suggests that a communication style sensitive to patient's emotional state, as well as one which improves bonding with patient, improves patient outcome and reduces patient dissatisfaction.

Go to:

Disadvantages faced by psychiatrists

Patients who consult psychiatrists are noncooperative as many lack insight into their illness. Many land up with multiple consultations and investigations rather than seeing a psychiatrist. This interferes with rapport-building and establishment of an empathetic relationship in some cases. It has also been shown that patients' illness perceptions before the consultation, in particular, the uncertainty about what was wrong with them and the symptoms making them feel helpless, depressed, etc., predicted patient dissatisfaction. Poor mental health is known to be associated with dissatisfaction. Hence unlike the doctor-patient relationship in the medical setting, the psychiatrist-client relationship seems to start with an inherent disadvantage. Both patient and psychiatrist factors contribute to this difficult relationship. They are: Contributions of the patient

- Stigma
- Denial of psychiatric causation of illness
- Discomfort in revealing inner/hidden painful material
- Lack of trust in others
- Unfamiliarity with psychiatric consultation
- Unrealistic expectations about

the consultation Contributions of the psychiatrist

• Lack of interest in patient with no fascinating problems « Irritation with patient for

- verbosity
- lack of clarity
- lack of consistency
- disappointment anger at
- failure of treatment
- poor compliance

Psychiatrists need to be aware of and be sensitive to, the contributions of these factors to poor relationship.

Psychiatrists develop skills that often help people to cope with their mental-health problems, enabling them to make progress towards a solution after other help has failed. People with mental illness are extremely unhappy and difficult to reach, may feel cut off from the rest of the world and find it almost impossible to have trust or confidence in anyone. Their psychiatrist can be the one person who can make a difference and can give hope at the most despairing times. While it is often difficult to effect, psychiatrists can make an enormous contribution to improving the quality of life of their patients, reducing their symptoms and distress and making an impact on their social conditions. [14]

Thus it is an efficient psychiatrist-patient relationship which serves as a foundation for improved patient satisfaction and compliance.

Redress for the dissatisfied

In a panel discussion on medical ethics in Mumbai some time back, discussion veered towards the issue of prominent reports in the newspapers of assaults on medical practitioners by goons in the city at the instigation of aggrieved patients. A well-informed gentleman in the audience asked a question: “A relative has been mistreated by a doctor. What avenues does he have to seek redress?” A member of the panel suggested the State Medical Council and, failing that, the

Medical Council of India. “What are the chances of the patient obtaining a fair and prompt hearing? Will these august bodies take immediate action against the erring doctor? How many doctors have been tried by these august bodies; and of these, how many were found guilty in the past decade?” “Alas!” confessed the panelist, “Both these bodies are inefficient and ineffective. To the best of our knowledge few doctors have been tried, though several complaints have been brought before these agencies.” “Is there no other avenue for my relation?” asked the gentleman. “Well, there are the courts of law,” started the panelist. “I’m afraid that’s a nonstarter. I should know,” said the gentleman and added, “The courts are clogged and no decision can be expected for decades.” As the panelist shrugged, the gentleman remarked, “In that case, perhaps the underworld has it right. It might be best to bump off the offending doctor.” He was speaking only partly in jest.[1]

LIST OF REFERENCES:

1. Pandya SK. Doctor-patient relationship: The importance of the patient's perceptions. J Postgrad Med. 2001;47:3-7. [\[PubMed\]](#)
2. Zoppi K, Epstein RM. Is communication a skill? Communication I behaviors and being in relation. Fam Med. 2002;34:319-24. [\[PubMed\]](#)
3. Neuwirth ZE. An essential understanding of physician-patient communication, Part II. J Med Pract Manage. 1999;15:68-72. [\[PubMed\]](#)
4. Patricia LB. Lockyear, PsyD Physician-Patient Communication: i Enhancing Skills to Improve Patient Satisfaction CME activity-Medscape Today.

Entered 09.05.2021

Рузматова Х. К., Ашурова М. Дж., Ашурова М. Дж.

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти, Ўзбекистон Фарғона ш.

✓ **Резюме**

Талабаларнинг репродуктив саломатлик муаммолари ҳақида хабардорлик даражаси ўрганилди. Хабардорлик даражасининг қониқарсизлиги, маълумотларнинг сифатсизлиги ёки етишмаслиги аниқланди. Аксарият талабалар фикрича ҳозирги даврда ўқувчилар ва талабаларни репродуктив саломатлик муаммолари ҳақидаги маълумотларни оммавий ахборот воситалари, мактаб ва олийгоҳларда, телевидения орқали етказиш мақсадга мувофиқдир.

Калит сўзлар: репродуктив саломатлик, хавф омиллари, турмуш тарзи, гинекологик касалликлар

REPRODUCTIVE HEALTH PROBLEMS OF ADOLESCENTS AND WOMEN OF FERTILE AGE

Ruzmatova K. K., Ashurova M. Dj., Ashurova M. Dj.

Fergana medical institute of public health Uzbekistan, Fergana

✓ **Resume**

The level of awareness of students about the problem of reproductive health was studied. It is revealed that there is a problem of bad informing, poor-quality of information, or simply its lack. Most students agree that currently it would be possible to better inform students about the problem of reproductive health in the mass media, schools, universities, and on television.

Keywords: reproductive health, risk factors, lifestyle, gynecological diseases

ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ И ЖЕНЩИНЫ
ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Рузматова Х. К., Ашурова М. Дж., Ашурова М. Дж.

Ферганский медицинский институт здравоохранения Узбекистан, Фергана

✓ **Резюме**

Изучен уровень осведомленности студентов о проблеме репродуктивного здоровья. Выявлено, что существует проблема плохого информирования, некачественной информации или просто ее отсутствия. Большинство студентов согласны с тем, что в настоящее время можно было бы лучше информировать студентов о проблеме репродуктивного здоровья в средствах массовой информации, школах, университетах и на телевидении.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, факторы риска, образ жизни, гинекологические заболевания.

Долзарблиги

Репродуктив саломатлик инсоният тараққиётида, унинг умумий саломатлигининг бир қисми бўлса-да, марказий звенони эгаллаб келмоқда. У барча-барчага, ҳам эркакларга, ҳам аёлларга, вақт ўтиб — эрта-индин катталар қаторига қўшилажак болалар ва ўсмирларга ҳам тааллуқли бўлиб, уларнинг бутун оилавий ҳаётини, уни қандай ташкил этишни, ушбу масалага оид бўлган барча ахборотлардан воқиф

бўлишни, ҳомиладорлик ва ундан сакланишнинг хавфсиз усуллари, контрацептив воситалар ва улардан фойдаланиш, булар билан боғлиқ масалаларда соғлиқни сақлаш тизими хизматидан тўлақонли ва эркин фойдаланиш ҳуқуқини, ҳар бир инсоннинг ўз репродуктив ҳуқуқи мавжудлигини, шунинг баробарида, ҳар ким ўз оиласида туғилажак фарзандларининг, зурриёдининг соғлом бўлишини таъминлаши

шарт ва зарурлигини англатади. Ушбу масалаларда етарли билим ва тажрибага, амалий кўникмаларга, тиббий саводхонлик ва тиббий маданиятга эга бўлмаган одам ўз ҳаётида қатор муаммоларга дуч келиши, турли касалликларга йўлиқиши, айрим ҳолларда тузатиб бўлмайдиган хатоликларга йўл қўйиши, ўзи ёки фарзандлари оғир дардга чалиниши, ногирон, носоғлом фарзандларни дунёга келтириши, бир умрга ҳар бир оила аъзоси учун, пировардида жамият учун ташвиш туғдирадиган носоғлом оилани шакллантириши, насл-насабга зарар етказилиши ёки бўлмаса бепуштлиқ ҳолатлари рўй бериши мумкинлиги жамиятимиз ҳаётидаги бор ҳақиқатдир. Шу боисдан ҳам, бутун дунёда репродуктив саломатлик фақат тиббий муаммо эмас, балки, тиббий — ижтимоий, қолаверса, ижтимоий-сиёсий муаммо ҳисобланади.

Республика аҳолиси саломатлигини сақлаш муҳим миллий хавфсизлик муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Репродуктив саломатлик миллат саломатлиги ва келажагининг энг муҳим таркибий қисмларидан бири бўлиб қолмоқда [1,2,7].

Илмий мақсад: Талабаларнинг репродуктив саломатлик муаммолари ҳақида хабардорлик даражаси ўрганиш, ўсмир-қизлар ва туғиш ёшидаги аёллар репродуктив саломатлиги муаммоларини ўрганиш.

Тадқиқот усуллари – назарий: тадқиқот муаммолари бўйича адабиётлар, ўқув-услубий, меъёрий ҳужжатларни ўрганиш, тиббий-ижтимоий, ижтимоий-гигиеник, олинган маълумотларни статистик ишланмаси.

Натижа ва таҳлиллар

Белоруссиялик олимлар Э.Д. Смоленко, И.М. Прищепа, О.Л. Кудина, ОА Пересада ва бошқаларнинг таъкидлашларича, бу шунингдек қониқарли ва ишончли жинсий ҳаётни, оилани режалаштириш масалаларини мустақил равишда ҳал қилиш қобилиятини англатади. Инсон репродуктив тизимининг ривожланиши ва шаклланишида балоғат даври алоҳида ўрин тутаети, чунки организмда биологик ва психологик қайта қуриш, янги ижтимоий муҳитга мослашиш жараёнлари юз беради. Ушбу "турғунлик" даврида мустақиллик истаги, янги шахсни қидириш, ота-оналарнинг фикр-мулоҳазалари ва қадриятларидан воз кечиш истаги пайдо бўлати. Ўсмирлик даврида юзага келадиган гормонал ўзгаришлар жинсий ва ҳиссий хатти-ҳаракатларга катта таъсир кўрсатади ва баъзида агрессивликда намоён бўлати. Бу ҳолатни билиш, ўсмирнинг хулқ-атвори хусусиятларини ўрганиш учун жуда муҳимдир. Ўсмирлик психологик хусусиятини

билишда атроф муҳитнинг микроижтимоий (оила, мактаб, яқин атрофидаги инсонлар) ва макроижтимоий омиллари (жамият ва маданият) катта аҳамиятга эга. Бу давр катталар дунёсини тезкор билиш, катталар каби ҳаракат қилиш истаги билан ажралиб туради. Ўсмирнинг ижтимоий ривожланишида жамият ва соғлиқни сақлаш соҳасида, шу жумладан, ижтимоий фаолиятнинг турли соҳаларда, қадриятлар ва меъёрларда инсонларнинг руҳий ҳолатини эътиборга олиш аҳамиятли ҳисобланади [3,4,5,8].

Бир қатор текширувлар (Алексеев С.В., Гуркин Ю.А.) натижаларига кўра 16 ёшдаги ўсмирларнинг ярми жинсий тажрибага эга бўлишмоқда. 20-21 ёшда жинсий фаол ёшлар 80%ни ташкил қилган. Уларнинг асосий қисми никоҳдан ўтиш зарур эмас деб ҳисоблашади. Тиббий билимларга эга бўлмаган ҳолда ўзининг ва ҳамроҳининг саломатлигига масъулиятсиз ёндашиш репродуктив ва жинсий саломатликка хавф туғдиради, никоҳсиз фарзандларнинг дунёга келиши, ЖИЙОК тарқалиши ўсмир қизларнинг ҳомиладорлик даражасини ортиши ва шахсий муаммоларни келтириб чиқаради. Шунинг учун репродуктив саломатлик муаммоларига ЖИЙОК, ОИВ, ОИТС билан касалланиш ва абортлар киритилмоқда. Ҳозирги кунда 30 га яқин жинсий йўл билан юқадиган касалликлар аниқланган. ЖССТ маълумотида кўра дунёда йилига 33 млн аҳолида жинсий аъзолар юқумли касалликлари аниқланган. Шундан аёлларда эркаларга нисбатан 5 баробар кўп касалланиш қайд этилган.

Репродуктив саломатликни сақлашга оид энг долзарб муаммоларидан бири абортлар бўлиб қолмоқда. Халқаро кенгашларда қабул қилинган барча ҳужжатларда абортни туғилишни назорат қилиш мақсадида тарғибот қилмаслик, зарурат туғилганда барча хавфсизлик чораларини кўриш зарурлигини белгилаб қўйилган. Шунга қарамай ривожланаётган мамлакатларда абортлар сони камайгани йўқ.

Халқаро ташкилотлар маълумотларига кўра:

- дунёда барча ҳомиладорликнинг 3/2 қисми аборт қилинмоқда;
- контрацепция усуллариининг 21-28% ни абортлар ташкил қилади;
- дунё бўйича йилига 45 млн абортлар қилиниб, бу фертил ёшдаги 1000 аёлга 37-40 аборт тўғри келади;
- барча абортларнинг 1/3 қисми асоратларга олиб келади;
- иккиламчи бепуштлиқнинг 80% да абортлар сабаб бўлати;
- оналар ўлими ҳолати 13% абортлар туфайли юзага келади.

ЖССТ маълумотларига кўра йилига Африка давлатларида - 5 млн.га яқин, Осиёда - 10 млн.га яқин, Европада - 1 млн, Лотин Америкасида ва Кариб минтақасида - 4 млн. абортлар асоратли кечиши аниқланган. Аборт қилинган ҳар 10 та аёлнинг 1 дан 5 тагачаси сепсис, қон кетиши, травмалар каби асоратлар туфайли шошилишчи тиббий ёрдамга муҳтож бўлишади. Йилига 78 000 аёллар аборт оқибатида вафот этади ва юзлаб аёллар турли касалликларни юктириб олади. Ғарбий Европа мамлакатларида ҳар 1000 та 15-19 ёшли қизларнинг 5 дан 25 тагачаси, Англияда 1000 тага нисбатан 47 та ўсмирлар ҳомиладорлик ҳолатига тўғри келади.

Абортлар даражасининг юқорилиги замонавий контрацепция усуллари ҳақида билим етишмаслиги, оиланинг режалаштириш хизмати сифати пастлигидан далолат беради.

Репродуктив тизимнинг ўсиши ва ривожланишига кўпгина омиллар таъсир қилиши аниқланган, шунингдек ҳомиладорликнинг кечиши ва туғруқлар ҳолатига онанинг турли касалликларга чалинганлиги таъсир этади.

Яшаш шароитининг болалар репродуктив саломатлигига таъсири ҳақида гапирилганда оилавий шароити, ноқулай экологик муҳит, инфор­мацион юк­ла­ма­нинг кўплиги, гиподинамиянинг таъсирини таъкидлаб ўтиш лозим.

Кўплаб изланишлар атмосфера ҳавосини саноат чиқиндилари билан ифлосланиши репродуктив фаолиятга салбий таъсир кўрсатишини исботлади. Ўсмирларнинг тиббий ва психоэмоционал муаммосини ўсишига ҳозирги кунда жинсий ривожланиш тезлашиши, урбанизация, ОАВ таъсир қилмоқда. Охи­рги 10 йилликларда ўсмирларнинг эрта жинсий фаолият муаммоси долзарб­лашмоқда. ЖССТ маълумоти­га кўра дунёдаги туғруқларнинг 10% 15-19 ёшларга тўғри келмоқда. Россияда бу кўрсаткич 14-15% ни ташкил қилади.

Қизларнинг саломатлик ҳолатини назорат қилиш доимий ва тўлиқ олиб борилмаяпти. Шу сабабли соғлиқни сақлаш ташкилотлари олдида саломатликни сақлаш стандартларини киритиш ва умумий саломатлик ҳолатини, шунингдек репродуктив саломатлик бузилишини эрта диагностика қилиш вазифаси турибди. Репродуктив тизим шаклланишининг индивидуал прогнозни ишлаб чиқиш, гинекологик касалликларни қайталанишини олдини олиш чораларини кўриш лозим [3,6].

Ўзининг тадқиқотларида О.В.Шаропова оилада тиббий ижтимоий муаммолари, оналик ва болаликни муҳофаза қилиш масалаларини ўрганиб, Россияда аёлларнинг 1/5 қисмини 18

ёшгача бўлган қизлар ташкил қилиши, 10-15 ёш (9.2%) қизлар туғруқ ёшидаги бўғинга кириши ҳақида маълумот келтирган (Шаропова О.В. 2005).

Е.В.Уварова фикрича менструал цикл менархларда регуляр ишлаши лозим. Айрим ҳолларда максимал регуляция муҳлати олдин белгилангандек 2 йил эмас, балки дастлабки ярим йилни ташкил этиши керак (Уварова Е.В., 2006). Бугунги кунда қизларнинг репродуктив тизимининг ривожланиши лютеин фазаси (НЛФ) етишмовчилиги билан кечмоқда. Аниқланишича қизларнинг соматик касалликлари лютеин фазаси етишмовчилигига олиб келмоқда, шу сабабли менструал цик­лнинг бузилиши 10-14, 15-17 ёшдаги қизлар орасида йилдан-йилга ошиб бормоқда ва дори воситаси билан коррекция қилишга тўғри келмоқда. Шу сабабли қизларнинг репродуктив саломатлиги катта ижтимоий аҳамиятга эга бўлмоқда.

Шундай ноқулай ҳолатлар қаторига аёлларда соматик, юқумли ва гинекологик касалликларнинг мавжудлиги, доимий психологик зўриқиш ҳолатида яшаш ва сурункали стресс ҳолатлари руҳий бузилишларга олиб келадиган, нотўғри овқатланиш, тиббий ёрдамнинг сифати туфайли Россияда аёллар репродуктив саломатлигининг ёмонлашишига олиб келган (Каткова И.П., 2002).

Аҳоли саломатлигига таъсир этувчи, уни белгилловчи ўзгарувчан, социал шароитларнинг, омилларнинг турли-туманлиги, мураккаблиги туфайли инсонларнинг урф-одати, хатти-ҳаракати, ҳаётий фаоллигининг саломатлик кўрсаткичларига таъсирини, айниқса, биргаликда таъсир этувчи омилларни инобатга олган ҳолда, ижтимоий-гигиеник тадқиқотларни ўтказиш талаб этилади. Бундан ташқари, аҳоли саломатлиги айрим кўрсаткичлар, индекслар билангина баҳоланиб қолмасдан, у мураккаб, комплекс системалар йиғиндисидан иборат. Бунинг учун эса клиник, психологик, социологик, санитар-гигиеник, математика-статистик, бир сўз билан айтганда, комплекс ижтимоий-гигиеник ва клиник-социал тадқиқот усулларидан фойдаланиш лозим.

Бундай тадқиқот услублари нафақат аҳоли, унинг айрим гуруҳлари саломатлигига таъсир этувчи ижтимоий омилларни ҳар томонлама тўлиқ таҳлил этишга имкон яратибгина қолмасдан, балки бир бутун турмуш тарзининг тиббий-ижтимоий қирраларини, аҳоли, айрим ижтимоий гуруҳларининг фаолият турлари, фаоллиги, кенг қирраларини ўрганишга имкон беради. Бундай тадқиқотлар аҳоли саломатлигига турмуш тарзининг бевосита таъсирини аниқлайди.

Ҳозирги пайтда ижтимоий-гигиеник ва айниқса, бевосита беморларни кузатишни ўз ичига олган (клиник-ижтимоий тадқиқотлар) комплекс тадқиқотлар ижтимоий шароитлар билан аҳоли саломатлиги орасидаги коррелятив боғланишларни очиб бермоқда. Аммо шунинг ҳам айтиш лозимки, шу кунгача турмуш тарзини ўрганувчи комплекс ижтимоий-гигиеник тадқиқотлар жуда кам ўтказилган.

Репродуктив саломатлик муаммоси бўйича Фарғона Давлат Университети 1 ва 4 курс талабаларининг билим даражасини аниқлаш мақсадида анкета сўрови ўтказилди. Уларга “Менинг репродуктив саломатлигим” мавзусида 15 та савол вариантлари берилди. Анкета сўровида 19-20 ва 22-24 ёшдаги 75 нафар талаба қатнашиб, улардан 65 таси қизлар 10 таси йигитлардир.

Анкета натижаларига кўра қуйидагича маълумотлар олинди. 4-курслар ичида сўралганларнинг кўпчилиги қисми “Репродуктив саломатлик бу-” деган саволга, “Тўлиқ жисмоний, ақлий ва ижтимоий осойишталик ҳолати” деб тўғри жавоб беришган, аммо 1-курслар ичида фақат 22% студентлар тўғри жавоб беришган.

Репродуктив саломатлик муаммоси бутун дунёда жуда муҳим муаммолардан бири бўлиб қолди, шунинг учун ҳам барча кучлар уни ҳал этишга қаратилиши керак. Энг аввало ота-оналар керакли билимларни фарзандларига беришлари керак. “Ота-онангиз сиз билан репродуктив саломатлик ҳақида гаплашганми?” деган саволга 1-курсларнинг 45% “Ҳа” деб, 4-курсларнинг эса фақат 30% игина “Ҳа” деб жавоб беришган, “Сизнинг даврангизда, гуруҳингизда репродуктив саломатлик, ҳомиладорлик, абортлар ва жинсий алоқалар ҳақида суҳбатлар бўладими?” деган саволга эса 3-курсларнинг 51% бу мавзуда доимо гаплашишларини айтишган. Шунингдек, ҳозирда бу ҳақда тўлиқ маълумотга эга бўлмаслик ёки маълумотларни саёзлиги муаммоси ҳам мавжуд. 1-ва 4-курсларнинг кўпчилиги, ҳозирги вақтда ОАВда, мактабларда, университетларда, телевидениеда ўқувчилар ва талабалар учун репродуктив саломатлик ҳақида маълумотлар бериб борилса яхши бўлиши ҳақида фикр билдирганлар.

Репродуктив саломатликнинг бузилишини сабабларидан бири жинсий йўл билан юқадиган касалликлар (ЖИЙОК) ҳисобланади. Анкета натижаларини кўрсатишича 1-курсларнинг ҳаммаси ҳам ЖИЙОК зарарланишни олдини олишни билмас эканлар, кўпчилиги жинсий алоқадан тийилсагина касалликни юқтирмаслик мумкин деб ўйлаган. Биз биламизки, жинсий йўл билан юқадиган касалликлар (ЖИЙОК) билан қон

қуйиш, бир марталик шприцларни кўп марта ишлатиш ва бошқа сабаблар билан ҳам касалликни юқтириш мумкин. 4-курслар ЖИЙОК борасида жуда яхши кўрсаткичларни кўрсатишди. “Қай ҳолларда ЖИЙОК билан зарарланиш мумкин?” деган саволга сўралганларнинг 90% и қон қуйиш орқали ва ҳимояланмаган жинсий алоқа деб тўғри жавоб берганлар, лекин “ЖИЙОК билан зарарланишни олдини қандай олиш мумкин?” деган саволга фақат 57% игина тўғри жавоб берганлар.

Абортлар, алкоголизм, жинсий ҳаётни эрта бошланиши шу ва шунга ўхшаш сабаблар репродуктив саломатлик муаммоларининг ажралмас қисми бўлмоқда. 4-ва 1-курсларда сўралганларнинг 1/3 қисми жинсий алоқага киришнинг энг маъқул ёши деб 16-18 ёшни ҳисоблашган. Эрта жинсий алоқалар исталмаган ҳомиладорлик ва оқибатида абортларга олиб келиши мумкин. Ҳозирги пайтда абортларнинг ортиб кетишига одамларнинг масъулиятсизлиги деб (67%) ҳисоблашган, 1-курсда сўралганларнинг 30% бизда бу муаммо йўқ деб ўйлайди, лекин ҳар йили дунёда 45 млн. абортлар амалга оширилмоқда. Бу кўрсаткич жуда ҳам катта кўрсаткич бўлиб, талабалар бу муаммога эътибор беришмаган ёки бу билан қизиқишмаган деб ҳисоблаш мумкин.

Хулоса

Хулоса қилиб айтиш мумкинки, соғлом турмуш тарзи кўникмаларини шакллантириш, тиббий ёрдам сифатини яхшилаш, тиббий маданиятини ошириш, уларни руҳий тайёрлаш ҳар қандай касалликни, жумладан репродуктив саломатликни сақлашнинг асосий шарти ҳисобланади. Кўпгина текширишлар хулосаларига кўра касалликни етарли даражада олмасликнинг асосий сабабларидан бири – касалликнинг ўзига хос хусусиятлари, даволаш ва профилактика принциплари тўғрисида етарли маълумотга эга бўлмаслиқдир. Инсонларнинг шу касаллик тўғрисида маълумотга эга бўлмасликлари даволаш самарадорлигини пасайтиради, касалликнинг кечиши ва оқибатини оғирлаштиради. Бу эса инсонлар турмуш сифатининг пасайиши, даволанишга кетган харажатларнинг ошишига сабаб бўлади.

Оиланинг мустаҳкамлиги кўпгина омиларга, жумладан улардан асосийси – она ва боланинг саломатлигига боғлиқдир. Она соғлом бўлсагина, ундан жисмоний ва ақлий жиҳатдан соғлом фарзанд дунёга келади. Аёлнинг болалик, ўсмирлик давриданок репродуктив саломатлигига катта аҳамият бериш масъулиятли вазифа ҳисобланади.

Аҳолининг репродуктив жиҳатдан соғломлиги даражаси ўша аҳоли истиқомат қилаётган жамиятнинг соғломлиги даражасига, миллий генофонд саломатлиги даражасига бевосита таъсир кўрсатади. Шу боисдан ҳам, бутун дунёда репродуктив саломатлик фақат тиббий муаммо эмас, балки, тиббий-ижтимоий, қолаверса, ижтимоий-сиёсий муаммо ҳисобланади.

Ўсмирларни ўз саломатлигини сақлашга ўргатиш учун ота-оналар, педагоглар дунё миқёсида ўсмирлар саломатлик ҳолати ҳақида ўзлари маълумотга эга бўлишлари, соғлом авлодни вояга етказишга қаратилган дастурларни бажарилишида миллий кадриятларни эътиборга олишлари, репродуктив саломатлик ҳақидаги ўсмир ёшларнинг муаммо ва эҳтиёжларини билиши, репродуктив саломатлик, жинсий алоқа ҳақида маълумотлар базасини яратишда аниқ текширилган маълумотлардан фойдаланишлари керак.

АДАБИЁТЛАР РЎХАТИ:

1. Ашурова М.Д., Атаджанова Д.Ш. Жамиятда соғлом она ва болани шакллантириш механизмларини такомиллаштириш. Ўзбекистонда аёлларининг фан, таълим, маданият ва бизнес соҳасидаги ютуқлари” Жиззах. 2017 йил 54-56 бетлар
2. Ашурова М.Д. “Аёл саломатлиги –келажак баркамоллиги”. “Она ва бола саломатлигини

муҳофаза қилишнинг долзарб муаммолари, ютуқлари ва истикболлари” Республика илмий-амалий анжумани **Бухоро** 8-9 ноябрь 2018 246-247 бетлар.

3. Иванов Н.Я., Личко А.Е. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков. Методика исследования. СПб, Изд-во Инст. им. В.М. Бехтерева. 2002.
4. Каткова И.П. Репродуктивное здоровье россиянок. // «Народонаселение», № 4. — 2002. — С. 27-42.
5. Ласточкина М.А. Социально-гигиеническая грамотность как фактор репродуктивного поведения женщин // СОЦИС. - 2007. - №9. - с.114 - 117.
6. Лузан Л.В. Медико-социальное исследование заболеваний, передаваемых половым путем, у несовершеннолетних // Дисс. ... канд. мед. наук. — СПб., 1997. — 161 с.
7. Фарзандлари соғлом юртнинг-келажаги буюқдир. Ўзбекистон республикаси президенти Ш.М.Мирзиёвнинг 2017 йил 5-январдаги тиббиёт ходимлари билан учрашувида сўзлаган нутқи. <https://old.xs.uz/>
8. Муминова Ф. Оилада соғлом ҳаёт тарзи кўникмаларини шакллантириш омиллари. Коллеж ва ҳаёт №7, 2002. — 20-21 б.

Келиб тушган вақти 09.05.2021

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА И ВЛИЯНИЯ НА СОСТОЯНИЕ РАБОТАЮЩИХ ТЕПЛИЧНЫХ ХОЗЯЙСТВ ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

¹Турдиев Ш.М., ²Хаширбаева Д.М.

¹Ферганский медицинский институт общественного здоровья,

²Ташкентский фармацевтический институт

✓ Резюме

В данном научном исследовании освещены вопросы комплексных работ, посвященных изучению состояния работающих в условиях защищенного грунта и подвергающихся воздействию комплекса неблагоприятных факторов химической, физической, экологической природы и трудового процесса, особенно в тепличных хозяйствах, с учётом современных инфраструктур и использованиями технологических новшеств в Ферганском долине.

Ключевые слова: пестициды, растениеводство, сельское хозяйство, санитарно-гигиенические условия, теплицы, гидропонном субстрате, овощных культур.

HYGIENIC ASSESSMENT OF WORKING CONDITIONS AND INFLUENCE ON THE STATE OF OPERATING GREENHOUSE FARMS IN FERGANA REGION

¹Turdiev Sh.M., ²Khashirbaeva D.M.

¹Fergana Medical Institute of Public Health,

²Tashkent Pharmaceutical Institute

✓ Resume

In this scientific study, the issues of complex work devoted to the study of the state of workers in protected ground conditions and exposed to a complex of adverse factors of chemical, physical, ecological nature and the labor process, especially in greenhouses, taking into account modern infrastructures and the use of technological innovations in the Fergana Valley, are highlighted.

Key words: pesticides, crop production, agriculture, sanitary and hygienic conditions, greenhouses, hydroponic substrate, vegetable crops.

FARG'ONA VILOYATIDA ISHLAB CHIQRILADIGAN GREZHOU XO'JALIKLARINING ISHLAB CHIQRISH VA ISHLARI VA TA'SIRINI GIGIENIK BAHOLASH

¹Turdiev Sh.M., ²Xashirbaeva D.M.

¹Farg'ona tibbiyot sog'liqni saqlash instituti,

²Toshkent farmatsevtika institute

✓ Rezyume

Ushbu ilmiy ishda muhofaza qilinadigan er sharoitida va kimyoviy, fizik, ekologik tabiat va mehnat jarayonining salbiy omillari ta'sirida bo'lgan ishchilarning holatini o'rganishga bag'ishlangan kompleks ish masalalari, ayniqsa issiqxonalarda, ayniqsa issiqxonalarda Farg'ona vodiysida zamonaviy infratuzilmalar va texnologik yangiliklardan foydalanish masalalari yoritilgan.

Kalit so'zlar: pestitsidlar, o'simliklarni etishtirish, qishloq xo'jaligi, sanitariya-gigiena sharoitlari, issiqxonalar, gidroponik substrat, sabzavot ekinlari.

Актуальность

До настоящего времени комплексных работ, посвященных изучению состояния работающих в условиях защищенного грунта и подвергающихся воздействию комплекса неблагоприятных факторов химической, физической, экологической природы и трудового процесса, не проводились. В связи с этим назрела необходимость в более углубленном гигиеническом обосновании оздоровительных мероприятий по улучшению здоровья работников тепличных хозяйств. Благоприятные санитарно-гигиенические условия труда способствуют сохранению здоровья человека и поддержанию устойчивого уровня его работоспособности. Поэтому проблема охраны труда работников защищенного грунта является актуальной. Ее решение позволит не только повысить эффективность тепличного растениеводства, но и решить важную социальную задачу, связанную с оздоровлением условий труда [1,2,5,7,8,]. Актуальность решения вопросов охраны труда связано и с тем, что тепличное растениеводство, являясь современным направлением отрасли сельского хозяйства, для которого ежегодно выделяются территории, организывает новые рабочие места, тем самым увеличивается занятость населения [3,4,6,9,10].

Цель исследования: изучение влияния факторов производственной среды и трудового процесса на состояние здоровья работающих на объектах защищенного грунта в Ферганской области и научное обоснование медико-профилактических мероприятий.

Материал и методы

Настоящие исследования выполнены на тепличных хозяйствах Ферганской области, специализирующемся на круглогодичном выращивании овощных культур в блочных теплицах сетчатым и полиэтиленовым покрытием на гидропонном субстрате. Под нашим наблюдением находилась группа работающих овощеводов защищенного грунта. Состояние здоровья было изучено по данным углубленного медицинского осмотра. Проанализировано 105 медицинских карт амбулаторного больного (учетная форма № 025/у). Для решения поставленных задач были проведены комплексные исследования в производственных условиях: санитарно-гигиенические, санитарно-химические, клинические, медико-социологические и математико-статистические.

Результат и обсуждения

К 2021 году площадь защищенного грунта в целом в Ферганской долине составляла более 150 га. Анализ показателей, характеризующих напряженность трудового процесса работников защищенного грунта показал, что выполняемые многие агротехнические приемы (прореживание, пасынкование, сортировка, подготовка рабочих растворов пестицидов, процесс опрыскивания и др.) требуют от работников значительного психоэмоционального напряжения, зависящего от характера выполняемой работы, деятельности сосредоточенного наблюдения, монотонности нагрузок, сменности, продолжительности рабочего дня и других факторов.

При анализе заболеваемости по данным углубленного медицинского осмотра выяснилось, что отклонения в той или иной степени имели все работники. В тоже время при опросе жалобы предъявляются редко, и только целенаправленное обследование позволяло выявить многие нарушения. При изучении общей заболеваемости у работников основной группы были выявлены высокие показатели по следующим нозологическим формам болезни: органов дыхания (40-54%), системы кровообращения (8-21%), нервной системы и органов чувств (7-14%), нарушения обмена веществ и эндокринной системы (10-14%), мочевыводящих путей (5-9%), костно-мышечной системы (6-12%), кожи и подкожной клетчатки (2-8%), органов пищеварения (6-9%). Стандартизованные коэффициенты показали, что заболеваемость с временной ВУТ у тепличниц обусловлена не столько различием возраста, а стажем работы, и более выраженным неблагоприятным влиянием на женский организм комплекса химических и физических факторов производственной среды. Применение пестицидов широкого спектра действия, а также специфические условия микроклиматических условий является отягощающим обстоятельством [9,10]. Выращивание овощных культур в искусственно созданных условиях предполагает использование в закрытом грунте разнообразных химических препаратов: удобрений, стимуляторов роста, дезинфицирующих веществ, пестицидов. Для борьбы с вредителями и болезнями овощей проводится дезинфекция теплиц и парников, стерилизация почвы, осуществляется протравливание семян, обработка растений пестицидами на протяжении всего периода вегетации [3,4].

Обработка растений проводится с момента появления вредителей или болезни каждые 7-14 дней, как правило, комбинированными растворами фунгицидов. Выбор препаратов, а также сроки обработки устанавливаются в каждом конкретном случае. Как следует из полученных данных, концентрация пестицидных препаратов колеблется в широких диапазонах. Так, в момент применения пестицидов содержание их в 10-15 раз превышает установленные ПДК. (СанПиН №0294-11 «Гигиенические нормативы. ПДК вредных веществ в воздухе рабочей зоны»). Вследствие герметичности тепличных сооружений, особенно пленочных, слабой подвижности в них воздуха, интенсивного испарения в условиях нагревающего микроклимата создаются условия для длительного удерживания ядохимикатов в рабочей зоне. Нами установлено, что снижение концентрации пестицидов в тепличных сооружениях до уровня ПДК происходит в течение длительного времени (24—72 часа) в зависимости от многих условий (характера препаратов, системы вентиляции, конструкции теплиц).

Выводы:

1. На объектах защищенного грунта, условия трудовой деятельности работников характеризуются воздействием на организм комплекса вредных производственно-профессиональных факторов. Ведущими факторами в этом комплексе являются: дискомфортные микроклиматические условия (нагревающий микроклимат, высокая влажность воздуха, его неподвижность, повышенная солнечная инсоляция), загрязнение воздуха рабочей зоны аэрозолями химических веществ (пестицидами). Трудовой процесс характеризуется большим объемом немеханизированных операций, функциональным перенапряжением верхних и нижних конечностей [7,6].

2. Система мер, направленных на оздоровление условий труда, снижение общей заболеваемости работников тепличных хозяйств, должна включать: повышение эффективности санитарного надзора за применением пестицидов, особенно импортных препаратов; за соблюдением технологии производства и контроль состояния производственной среды; своевременную аттестацию рабочих мест по условиям труда с учетом специфики женского организма; улучшение медицинского

обслуживания; дифференцированное диспансерное наблюдение; гигиеническое обучение работающих.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абрамова Е.В. Влияние условий труда на иммунологическую реактивность организма работников тепличного хозяйства / Е.В. Абрамова / Автореферат и диссертация по медицине (14.00.50) М. 2009. <http://medical-diss.com>
2. Артамонова В.Г. Актуальные проблемы диагностики и профилактики профессиональных заболеваний / В.Г. Артамонова // Мед. труда и пром. экология. 2009. - № 5. - С. 4-6.
3. Артамонова В.Г. Профессиональные болезни / В.Г. Артамонова, Н.Н. Шаталов. М.: Медицина, 2012. - С. 87-90.
4. Свидовый В.И. Гигиеническая оценка условий труда и состояние здоровья работников защищенного грунта / В.И. Свидовый, В.В. Фролов, Т.С. Луцкевич // Гиг. и сан. 2001. - № 7. - С.28-30.
5. Клисенко М.А., Лебедева Т.А., Юркова З.Ф. Химический анализ микроколичеств ядохимикатов. /М.: Медицина, 2011. - 312с.
6. Комплексная оценка социально-экономической эффективности мероприятий по улучшению условий труда (методические рекомендации). /Вторая редакция. -М.: ВЦНИИОТ, 1984. 59с. ДСП.
7. Рыжкова Н.С., Смирнов Г.Н., Широков Ю.А. Проблемы улучшения условий труда работников защищенного грунта // Современные тенденции развития науки и технологий. – 2017. – № 2–3. – С. 91–94.
8. Абрамова Е.В. Влияние условий труда на иммунологическую реактивность организма работников тепличного хозяйства /Е.В. Абрамова /М. 2009. С- 29.
9. Амиров Н.Х. и соавт., Гигиена труда в сельскохозяйственном производстве. /Амиров Н.Х. и соавт., 2010;
10. Артамонова В.Г. Профессиональные болезни / В.Г. Артамонова, Н.Н. Шаталов. М.: Медицина, 2012. - С. 87-90.

Поступила 09.05.2021

СОБЛЮДЕНИЕ РЕЖИМА ДНЯ - ОСНОВА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

У.А.Тешабоев, М.Ш.Юсупова, Ш.Р.Умаралиев

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

✓ Резюме

Авторами в данной исследовании показывают что, здоровый образ жизни - это способность человека соблюдать распорядок дня, заниматься физическими упражнениями, полноценно и качественно питаться, соблюдать правила гигиены и воздерживаться от вредных привычек. Упражнения естественным образом стимулируют тело.

Ключевые слова: соблюдение режима дня, воздерживаться от вредных привычек, основа здорового образа жизни.

COMPLIANCE WITH THE REGIME OF THE DAY IS THE BASIS OF A HEALTHY LIFESTYLE

U.A. Teshaboev, M. Sh. Yusupova, Sh.R. Umaraliev

Fergana Medical Institute of Public Health

✓ Resume

The authors in this study show that a healthy lifestyle is a person's ability to follow a daily routine, exercise, eat well and of high quality, observe hygiene rules and refrain from bad habits. Exercise naturally stimulates the body.

Key words: adherence to the daily routine, refrain from bad habits, the basis of a healthy lifestyle.

SOG'LOM KUN TARTIBIGA RIOYA QILISH - SOG'LOM TURMUSH TARZINING ASOSIDIR

U.A.Teshaboev, M. Sh. Yusupova, Sh.R. Umaraliev

Farg'ona Jamoat salomatligi tibbiyot instituti

✓ Rezyume

Ushbu tadqiqot mualliflari sog'lom turmush tarzi - bu odamning kun tartibiga rioya qilish, jismoniy mashqlar qilish, yaxshi va sifatli ovqatlanish, gigiena qoidalariga rioya qilish va yomon odatlardan voz kechish qobiliyatidir. Jismoniy mashqlar tanani tabiiy ravishda rag'batlantiradi.

Kalit so'zlar: kun tartibiga rioya qilish, yomon odatlardan saqlanish, sog'lom turmush tarzining asosi.

Актуальность

У человека интересная природа... Он хорошо заботится о деревьях и цветах во дворе, заботится о своей одежде, чтобы на нее не попадала моль, и старается не заразить дорогие ценности. Но когда он один, он не тратит столько любви, внимания и времени. Почему?

Ведь человеческий организм и психика тоже нуждаются в заботе! Пока мы мечтаем о долголетьи, возможно ли этого добиться, не

беспокоясь о собственном здоровье! Нет. Конечно, единственный и верный способ увидеть здоровье и долголетие - это здоровый образ жизни.

Здоровый образ жизни - это способность человека соблюдать распорядок дня, заниматься физическими упражнениями, полноценно и качественно питаться, соблюдать правила гигиены и воздерживаться от вредных привычек. Упражнения

естественным образом стимулируют тело. Вот почему энергичные, беспокойные люди всегда бдительны, сильны, энергичны и мужественны даже в преклонном возрасте.

К сожалению, в нынешних условиях урбанизации наблюдается значительное снижение физической активности среди населения и молодежи. Поэтому формирование в обществе здорового образа жизни, массовая борьба с бездействием, защита высоких физических и умственных способностей людей, вовлечение широких слоев населения, особенно молодежи, в спорт приобретают все большее значение. В нашей стране неинфекционные заболевания являются причиной 78% всех смертей ежегодно. В 2017 году заболевания системы кровообращения, в том числе ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия и ее осложнения (инфаркт миокарда, инсульт и др.), заняли первое место в структуре стандартизированных причин смерти по полу и возрасту (69 процентов). За ними последовали злокачественные опухоли (8 процентов), диабет (3 процента) и респираторные заболевания (3 процента).

В 2014-2015 годах исследование, проведенное Министерством здравоохранения Республики Узбекистан совместно со Всемирной организацией здравоохранения среди населения в возрасте 18-64 лет, показало отрицательные результаты. В частности, две трети населения (67%) не потребляют достаточное количество овощей и фруктов (менее 400 граммов в день), а половина имеет избыточный вес (индекс массы тела ≥ 25 кг / м²). Каждый пятый взрослый соотечественник страдает ожирением (индекс массы тела ≥ 30 кг / м²). Повышенный уровень холестерина в крови отмечен у 46% населения. 42% мужчин и 1,5% женщин курят. Высокое кровяное давление ($\geq 140/90$ мм рт. Ст.) Было зарегистрировано почти у одной трети населения. Пятая часть людей в возрасте 40–64 лет имеет 30-летний риск развития сердечно-сосудистых заболеваний в течение десяти лет. Среднее количество потребляемой соли в день среди людей составляет 14,9 грамма, что в 3 раза больше рекомендуемой цифры (менее 5 граммов в день).

По оценкам Всемирной организации здравоохранения, экономический ущерб, нанесенный неинфекционными заболеваниями в 2016 году, составил около 9,3 триллиона сумов, или 4,7 процента валового внутреннего продукта страны.

Следует отметить, что соблюдение режима дня - основа здорового образа жизни. Режим дня - это непрерывный процесс, который происходит со дня рождения человека, когда человек выполняет различные действия - работу, отдых, питание, спорт и т. д. - в определенное время, по порядку, в последовательности. Естественно, режим дня не может быть одинаковой для всех, и она зависит от возраста, состояния здоровья, трудоспособности и условий жизни человека. К его общим требованиям относятся правильное распределение физического труда с практической работой, своевременный отдых, прием пищи в определенное время и по норме каждый день, отход ко сну в определенное время и раннее пробуждение, прогулки на свежем воздухе и так далее. Здоровый или нездоровый образ жизни человека также зависит от того, правильно или неправильно составлена режима дня. Грамотно составленная повестка дня играет важную роль в правильном развитии организма во всех отношениях, укреплении воли, высокой продуктивности, долгосрочном сохранении хорошей работоспособности, профилактике заболеваний. Для этого необходимо вести здоровый образ жизни. Для здорового образа жизни существуют следующие условия:

Чем больше человек занимается умственной работой, тем больше кислорода и питательных веществ требуется нервной системе. Чтобы удовлетворить эту потребность, вы должны сначала подышать свежим воздухом, потреблять необходимые питательные вещества.

Правильное - здоровое питание должно быть организовано таким образом, чтобы пища не давила на организм, а, наоборот, быстро и легко усваивалась и обеспечивала организм необходимыми питательными веществами. Пусть мысли великих людей будут для нас примером. Ахмад Дониш предсказал, что «каждый проживет 120 лет, если будет соблюдать правила питания».

Махатма Ганди говорит, что «999 из тысячи болезней можно вылечить с помощью правильного питания». Ибн Сина неоднократно говорил: «Если вы хотите переваривать пищу, ешьте медленно».

Некоторые заболевания обостряются из-за неправильного питания. Пища, съеденная в гневе, плохо переваривается. Пища, употребляемая после сильной усталости, также нарушает пищеварительную деятельность. Неслучайно Хазрат Алишер Навои сказал, что «дикий напиток, выпитый в тишине и покое,

лучше сладкого пирога, съеденного со стыдом и невзгодами».

Организация дня и режима работы на основе биологических режимов. Известно, что во всей Вселенной, как и в природе, события повторяются в определенном порядке. Явления в природе и в нашем теле подчиняются определенному закону.

Мы должны организовать нашу повседневную жизнь в соответствии с определенным порядком, и этот порядок должен соответствовать изменениям природы и нашего тела. Поэтому наша задача - защитить свое тело и душу от внешних и внутренних воздействий. Для этого давайте сначала окружим наши души крепостью мира. Согласно Ар-Рази, когда болеет душа, болеет и тело. Согласно Ибн Сине, пища, которую едят, когда человек гневается или когда одна часть тела испытывает боль, плохо переваривается.

Негативные психические состояния часто приводят к таким заболеваниям, как высокое кровяное давление, невроз, желудочный сок, опухоли, диабет. По мнению ученых, человек не должен поддаваться чрезмерному эмоциональному возбуждению, а должен действовать с умом, жить с большими целями и соответственно работать. «Это единственный способ избавиться от душевных страданий, угрожающих здоровью».

Кроме того, в нашем жарком климате можно закалить организм как нетрадиционными методами, так и традиционными методами. Например, различные ножные ванны, прогулки по соленым и каменистым тропам, а также прогулки на свежем воздухе до и после сна укрепляют иммунную систему организма. Если мы будем бегать хотя бы 25-30 минут каждый день и делать разные упражнения, мы быстро заметим положительные изменения в себе. В частности, заметно, что активизируется сердечно-сосудистая функция, улучшается дыхание, укрепляются кости и становятся сильнее мышцы. Нам также приятно, что наши суставы более подвижны, пища лучше переваривается, а наша нервная система спокойна.

Еще один фактор здорового образа жизни - чистота. Тот, кто следует этому, будет здоров. Свобода - первое правило поддержания чистоты кожи. Ведь кожа защищает организм от внешних вредных воздействий: холода, жары, влаги, механических и химических повреждений, активно участвует в обмене веществ. Поэтому каждый должен в первую

очередь уделять внимание содержанию своего тела в чистоте.

По данным Всемирной организации здравоохранения, проблема избыточного веса и ожирения в мире растет в последние несколько десятилетий. В 2015 году неинфекционные заболевания унесли жизни 40 миллионов человек, что составляет 70% всех смертей во всем мире.

Заключение

Нездоровый образ жизни и отсутствие физической активности являются основными причинами инвалидности и преждевременной смерти во всем мире, поскольку они вызывают неинфекционные заболевания, такие как сердечно-сосудистые заболевания, инсульт, злокачественные опухоли, хроническое воспаление органов дыхания и диабет.

Одним словом, человек живет долгой и счастливой жизнью, когда придерживается здорового образа жизни. Современный активный человек всегда должен вести здоровый образ жизни. Это обеспечить здоровья и уменьшения заболеваемости в регионе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Шайхова Г.И. Учебное пособие к практическим занятиям по гигиене питания Медицина Ташкент -2013.
2. Ванханен В.Д. Руководство к практическим занятиям по гигиене питания / В.Д.Ванханен., Е.А.Лебедева. – М. Медицина, 1987. <https://library.tma.uz>
3. Габович Р.Д. Гигиенические основы охраны продуктов питания от вредных химических веществ / Р.Д.Габович, Л.С.Припутин. – Киев, Здоровье, 1987. <http://library.tma.uz>
4. Доценко В.А. Организация лечебно-профилактического питания /В.А.Доценко, Г.И.Бондарев, А.Н.Мартинчик. – Л. : Медицина, 1987.
5. Доценко В.А. Практическое руководство по санитарному надзору за предприятиями пищевой и перерабатывающей промышленности, общественного питания и торговли / В.А.Доценко. – СПб. : ГИОРД, 1999.
6. Королев А.А. Гигиена питания., /3-е издание М. 2008
7. Королев А.А. и др. Медицинская экология: учеб.пособие / (А.А.Королев, М.В.Богданов, Ал.А.Королев и др.) – М. : Издательский центр «Академия», 2003.

8. Тутельян В.А. и др. Микронутриенты в питании здорового и больного человека / (В.А.Тутельян, В.Б.Спиричев, Б.П.Суханов, В.А.Кудашева). – М.: Колос, 2002.
9. Петровский К.С. Гигиена питания: руководство / К.С.Петровский : в 2 т. – М. : Медицина, 1971.
10. Покровский А.А. Метаболические аспекты фармакологии и токсикологии пищи / А.А.Покровский. – М. : Медицина, 1983.
11. Рацион, питание и предупреждение хронических заболеваний / Серия техн. Докладов ВОЗ. – Женева : ВОЗ, № 880, 1993. <https://www.who.int>
12. Скурихина И.М. и др. Руководство по методу анализа качества и безопасности пищевых продуктов / под.ред. И.М.Скурихина, В.А.Тутельяна. – М. : Брандес: Медицина, 1998.
13. Тутельяна В.А. и др. Справочник по диетологии / Под.ред. В.А.Тутельяна, М.А.Самсонова. – М. : Медицина, 2002.
14. Суханов Б.П. и др. Госсанэпиднадзор за отводом участка, проектированием, строительством и вводом в эксплуатацию пищевым объектов. / Б.П.Суханов, М.Г.Керимова, В.П.Тулупов., под.ред. А.А.Тутельяна. – М. : ГЕОТАР-МЕД, 2003
15. Ш.С.Бахритдинов., А.С.Худайбергенов. Нутрициология /Тошкент 2000. <https://studylib.ru>
16. Скурихина И.М. и др. Химический состав пищевых продуктов: справочные таблицы содержания основных пищевых веществ и энергетической ценности пищевых продуктов / под.ред. И.М.Скурихина, М.Н.Волгарева. – М. Агропромиздат, 1987.
17. Скурихина И.М. и др. Химический состав пищевых продуктов: справочные таблицы содержания аминокислот, жирных кислот, витаминов, макро- и микроэлементов, органических кислот и углеводов / под.ред. И.М.Скурихина, М.Н.Волгарева. – М. Агропромиздат, 1987.
18. Скурихина И.М. и др. Химический состав российских продуктов питания: справочник / под.ред. И.М.Скурихина, В.А.Тутельяна. – М. : ДеЛи Принт, 2002.

Поступила 09.05.2021

**ONE OF THE ASPECTS OF TEACHING ACADEMIC ENGLISH:
WORDS LINKING IDEAS IN THE SCIENTIFIC DISCOURSE**

PhD in Philology, Associate Professor, Head of the Foreign Languages Department,
Kursk State Medical University, Kursk, Russia

✓ **Resume**

According to the author, the role of connecting words, or so-called connectors, in the organization of any scientific discourse can hardly be overestimated. In fact, these are special discourse markers, the function of which is to send signals to listeners or readers and direct their attention to a logical change in the author's thought.

Key words: aspects of teaching academic English: words of ideas in scientific discourse.

**ОДИН ИЗ АСПЕКТОВ ПРЕПОДАВАНИЯ АКАДЕМИЧЕСКОГО АНГЛИЙСКОГО
ЯЗЫКА:
СЛОВА ИДЕИ В НАУЧНОМ ДИСКУРСЕ**

И.Ф. Шамара

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

✓ **Резюме**

По мнению автора роль соединительных слов, или так называемых соединителей в организации любого научного дискурса трудно переоценить. Фактически, это особые дискурс-маркеры, функция которых состоит в том, чтобы подавать сигналы слушателям или читателям и направлять их внимание на логическое изменение мысли автора.

Ключевые слова: аспекты преподавания академического английского языка: слова идеи в научном дискурсе.

**ACADEMIC INGLIZ TILINI O'QITISHNING ASPEKTSIONLARI:
ILMIY DISKURSDAGI G'OYALARNI BILANGAN SO'ZLAR**

I.F. Shamara

Filologiya fanlari nomzodi, dotsent, Chet tillar kafedrası mudiri,
Kursk davlat tibbiyot universiteti, Kursk, Rossiya

✓ **Rezyume**

Muallifning fikriga ko'ra, biron bir ilmiy nutqni tashkil qilishda birlashtiruvchi so'zlarning yoki bog'lovchi deb ataladigan rolning ahamiyati juda katta. Aslida, bu maxsus nutq markerlari, ularning vazifasi tinglovchilarga yoki o'quvchilarga signallarni yuborish va ularning e'tiborini muallif fikridagi mantiqiy o'zgarishga yo'naltirishdir.

Kalit so'zlar: akademik ingliz tilini o'qitish aspektlari: ilmiy nutqdagi g'oyalar so'zlari.

Relevance

Compliance with the requirements of international standards (including the IMRAD format for scientific medical articles) is a prerequisite for publishing the results of scientific research in modern scientific journals included in international scientometric databases. Each of the sections of a scientific medical article (Introduction, Methods, Results, Discussion) is characterized by the use of one or another

compositional speech form - description, narration, reasoning. Of course, in its pure form, these forms are used very rarely, more often-with the predominance of one of them. So, for example, in the section "Discussion" – as the name implies - the argumentative (reasoning) is preferably used, in the section "Methods" - the descriptive (description) and narrative (narrative), in the section "Results" - the constative (statement) and

descriptive. However, it is impossible not to notice the "inclusions" of all these forms in the entire text of the article.

One of the characteristic features of the argumentative is the use of connectors, in fact, they are discursive markers that convey different types of logical textual communication – the so-called "words linking ideas". They play a key role in the design of a scientific text, as they allow the author to express clearly, precisely and unambiguously his point of view. Linguistic means of cohesion and connection between paragraphs of a text or between phrases within a paragraph are necessary in order to formulate a thought, to ensure consistency of presentation, to make the text as clear as possible for perception, to argue, to provide an evidence base.

The purpose of this study was to identify the most common connectors and their distribution in the entire body of the text of modern scientific medical articles. The texts of articles from the latest issues of the British Medical Journal were selected for analysis by random sampling.

Our hypothesis that the largest number of logical connectors is found in the "Discussion" section was confirmed (in our study -62% of connectors were found in this section). Somewhat less frequently (namely, in 23% of cases), their use was noted in the section "Methods". In the "Introduction" and "Results" sections, their use accounted for 9% and 6% of cases, respectively. This is quite understandable by the functional features of each of these sections of the article.

Our findings have confirmed that among the most common connectors are those that reflect additional, contrastive and causative connections, and the most "popular" - as in previous years – remain *However*-15% and *Therefore* -11%. In the group of connectors that express comparative connections, the *Similarly* connector takes the leading position.

Somewhat unexpected was the fact that we did not find any cases of using connectors that transmit confirming connections (*Certainly*, *Of course*, *Indeed*, *In fact*), as well as expressing cataphoric connections (*as follows*, *the following*). A possible reason for this may be the lack of representativeness of the sample. Another interesting observation is that the use of connectors that reflect the author's personal attitude to the information presented – *Interesting*, *Important*, *Reassuringly*, *Rather*, *Comprehensive* - has become more frequent.

The results of the analysis of the texts of the articles showed that the connectors are quite extensively used by the authors of scientific articles in modern medical journals in English. Their repertoire is quite broad, and their use is not limited to the analytical section "Discussion". We have revealed their presence even in the "Abstract" sections of some articles.

The conducted research allows us to conclude that the use of logical connectors allows the author to draw the reader's attention to the pattern of presenting information, changing the direction of reasoning, expressing the author's attitude or evaluating the described information. These discursive markers are nothing more than a kind of signals that make the interaction between the author and the reader, and, consequently, the specific scientific discourse, more effective.

We find it imperative to include these linking words into the process of teaching post-graduate students. Not only should they understand the rules of composition while reading authentic research articles, but also use connectors in the text products of their own – be it a presentation at a scientific conference or describing the results of their research while writing an original article or just an abstract to it in the English language.

Conclusion

The role of linking words or the so called connectors in the organization of any scientific discourse cannot be overestimated. Actually, they are special discourse markers whose function is to give signals to the listeners or readers and to direct their attention to the logical change of the author's thought.

LIST OF REFERENCES:

1. Шамара И.Ф. Научный медицинский дискурс: о некоторых особенностях раздела «обсуждение» в научной медицинской статье на английском языке // Теория языка и межкультурная коммуникация// научный рецензируемый журнал. №2 (29), КГУ, 2018, с.52-58. Дата публикации: 22.05.2018 г.
2. Шамара И.Ф. Аннотация научной медицинской статьи: от анализа дискурсивной структуры к созданию собственного текста на английском языке // Теория языка и межкультурная коммуникация// научный рецензируемый журнал. №2 (33) КГУ, 2019, с. 185-193
3. BMJ 2019;367:16090
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.16090>
4. BMJ 2019;367:15922
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.15922>
5. BMJ 2019;367:15919
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.15919>
6. BMJ 2019;367:15873
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.15873>
7. BMJ 2019;367:16109
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.16109>
8. PM 2019
<http://dx.doi.org/10.1016/j.Ipm.2019.08.015>
9. PM 2019
<http://dx.doi.org/10.1016/j.Ipm.2019.07.036>

Entered 09.05.2021

**МАКТАБ ИЧКИ МУҲИТ ОМИЛЛАРИНИ ЎҚУВЧИЛАР САЛОМАТЛИГИГА
ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ
(Адабиётлар таҳлили)**

¹Эрматов Н.Ж., ¹Юсуфов Н.И., ²Абдуллаева Ў.Я., ¹Мирзаева Х.Х.

Тошкент тиббиёт академияси ¹ Фарғона жамоат саломатлиги тиббёт институти ²

✓ **Резюме**

Муалифлар хулосасига кўра мактаб ичи омиллари камайтириши ва болалар саломатлигига таъсирини камайтириши санитария меъёрлари ва қоидалари 0342-16 мос бўлиши керак. Ҳозирги даврда замонавий мактабларни қуриш ва реконструкция жараёнларида меъёрда кўрсатиб ўтилган талабларга амал қилиниб келиниши давлат меъёрий қоидалари илмий асосланганлигини яна бир қайд қилиб боллар ўсиш жараёнини ҳисобга олиш кераклигини қайд қилиб ўтадилар.

Калит сўзлар: мактаб ички муҳит омиллари, ўқувчилар саломатлиги, саломатликга таъсирини ўрганиш.

**STUDYING THE INFLUENCE OF SCHOOL ENVIRONMENTAL FACTORS ON STUDENT
HEALTH
(Literature review)**

¹Ermатов N.J., ¹Yusufov N.I., ²Abdullaeva O.Ya., ¹Mirzaeva X.X.

Tashkent Medical Academy ¹ Fergana Medical Institute of Public Health ²

✓ **Resume**

According to the authors, sanitary norms and regulations 0342-16 should be complied with to reduce in-school factors and their impact on children's health. At the present time in the process of construction and reconstruction of modern schools, it is necessary to take into account the process of growth of children, once again noting that the observance of the requirements specified in the norm is scientifically based state regulations.

Keywords: study of school internal environmental factors, impact on student health, health.

**ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ШКОЛЫ НА ЗДОРОВЬЕ
СТУДЕНТОВ
(Литературный обзор)**

¹Ерматов Н.Ю., ¹Юсуфов Н.И., ²Абдуллаева О.Я., ¹Мирзаева Х.Х.

Ташкентская Медицинская Академия ¹
ферганский медицинский институт общественного здоровья²

✓ **Резюме**

По мнению авторов, необходимо соблюдать санитарные нормы и правила 0342-16, чтобы снизить школьные факторы и их влияние на здоровье детей. В настоящее время при строительстве и реконструкции современных школ необходимо учитывать процесс роста детей, еще раз отмечая, что соблюдение требований, указанных в норме, является научно обоснованным государственным регламентом.

Ключевые слова: изучение факторов внутренней среды школы, влияние на здоровье учащихся, здоровье.

Долзарблиги

Мамлакатимизда сўнги бир неча йиллар ичида мактаблар ички муҳит ҳаво сифатини назоратга олишга алоҳида эътибор қаратилмоқда. Болалар атмосфера ҳавоси ифлосланишига нисбатан энг сезгир гуруҳлардан бири сифатида қаралади, чунки улар организми фаол ривожланиш босқичида бўлади ва бу ҳолат ёши катта инсонларга нисбатан кўпроқ организмни озуқа модда билан, хусусан кислород билан таъминлашга эҳтиёж сезади. Бундан ташқари мактаб ёши болалари куннинг асосий вақтини мактабларда ўтказишади. Дастлаб мактабларда бола организмга мактаб ичи омиллари таъсирини ўрганиш учун таълим муассасида мавжуд бўлиши мумкин бўлган ички муҳит ҳавосини ифлослантирувчи асосий моддаларни ўрганиш талаб этилади [4].

Мактаб ёши болалар организмнинг ўсиш ва ривожланиш қонуниятлари болалар ва ўсмирлар учун атроф — муҳит ва ички муҳит омиллари гигиеник меъёрлаштиришнинг назарий асоси ҳисобланади. Бу қонуниятларни билиш болалар ва ўсмирлар гигиенаси шифокорига бола саломатлиги ва унинг атроф муҳит билан бирлигини тушуниш ва тушунтириб беришга имкон беради.

Ўсиб келаётган ёш авлоднинг саломатлиги ва ривожланишини назорат қилишда санитар шифокор олинган маълумотни фақатгина ўсаётган организмнинг ёшга боғлиқ ўзига хосликларини билиш асосидагина тўғри интерпретация қилиши мумкин [1].

Бола организмга ташқи муҳит ҳавоси таъсири ҳиссаси кам, аммо ички муҳитда бола дарс жараёнида фойдаланадиган бўёқлар, маркерлар, елимлар ва қаламларда мавжуд бўладиган турли кимёвий зарарли омиллари каби таъсир этиши мумкин бўлган ҳолатлар мавжуд. Мактаб синфхоналарида мавжуд бўлган ҳаво алмашилиш тизими ҳам муҳим аҳамиятга эга. Одатда меъёр даражадаги ҳаво оқими синфхона ичи ҳароратини бир меъёрда сақлашга ва ҳаво сифатини яхшилашда ўрни катта [4].

Синфхоналар ички муҳит ҳавоси нафақат кимёвий моддалар, балким физик ва биологик омиллари бирлашмаси таъсири остида ифлосланади [3]. Турли касаллик чақирувчи патоген бактериялар, замбуруғлар, учувчи органик бирикмалар ва кичик дисперсли чанглари мавжуд бўлиши мумкинлиги тўғрисида кўплаб илмий-тадқиқот ишлари олиб борилган.

Дунё олимлари томонидан олиб борилган тадқиқот ишлари натижаларига кўра, мактаб

ички муҳитини ифлослантирувчи моддалар миқдори ва болаларда кузатилган касалликлар таққослама таҳлиллари олиб борилган ва бу икки омил ўртасида ўзаро боғлиқ бўлган ҳолатлар аниқланган. Ривожланган мамлакатларда олиб борилган тадқиқот иши натижаларига тўхталадиган бўлсак шаҳар ҳудудида ва йирик автотранспортлар ҳаракатланадиган йўللари атрофида жойлашган мактаблар хона ичи омиллари ўрганилганда асосий кимёвий ифлослантирувчи модда бу азот оксиди (NO_2) ва физик табиатли ифлослантирувчилар шовқин ҳамда кичик дисперсли каттик заррачалар (PM-10 ва PM-2.5) эканлиги аниқланган [5].

Юқорида келтирилган тадқиқот иши ҳулосасида мактаблар ички муҳит ҳавосида зарарли омиллари миқдорини камайтиришга қаратилган чора-тадбирлар тизими тавсия этилган, хусусан синфхоналарда яхши шамоллатиш тизими (вентиляция) ни жорий этиш ва ёки мавжуд бўлса самарадорлик даражасини доимо назорат қилиш, шамоллатиш тизимига қўшимча ҳолда уларнинг унумдорлигини ошириш учун филтрларни ўрнатиш келтириб ўтилган. АҚШ да ўтказилган илмий тадқиқот натижаларига кўра мактаб ички муҳити омиллари оптималлаштириш ривожланиб келаётган болалар саломатлигида муҳим аҳамиятга эга ва қуйидаги аҳамиятли томонлар келтириб ўтилган [3].

-ҳар хил шароитли ҳоллардан қатъий назар доими мактаб ичи зарарли омиллари назорат қилиш ва болалар жисмоний ривожланишини мониторинг қилиб бориш;

-мактаб ичи синфхоналари ва бошқа болалар учун хизмат кўрсатувчи хоналарни модернизация қилиб туриш ва шамоллатиш тизимига алоҳида эътибор қаратиш;

-махсус материаллардан ифлосланишни инобатга олган ҳолда ўқув жиҳозларини тўғри танлаш, синфхоналарни хавфсиз кўргазма ва ўқув қуроллари билан таъминлаш.

Ички муҳит ҳавоси сифат кўрсаткичи бевосита ҳаво нафас олиш органи орқали бола организмга кирганлиги учун, асосан болаларда нафас олиш тизими турли касалликларига сабабчи бўлади. Мисол учун келтириш мумкинлиги кўп ҳолларда астматик касалликлар, аллергия табиатли ва сурункали яллиғланиш касалликлари кузатилган ва тадқиқот натижаларида келтирилган.

Маълумот сифатида келтириб ўтиш мумкинлиги мамлакатимиз омиллари томонидан юқорида мактаб ичи омиллари камайтириш

ва болалар саломатлигига таъсирини камайтириш мақсадида Санитария меъёрлари ва қоидалари 0342-16 “Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных школах” ишлаб чиқилган бўлиб, ҳозирги даврда замонавий мактабларни қуриш ва реконструкция жараёнида меъёрга кўрсатиб ўтилган талабларга амал қилиниб келинмоқда. Аммо йилдан-йилга туғилиш даражасининг ортиб бориши, замонавий ўқув материалларининг ишлаб чиқилиши, турли ахборот технологияларни ўқув жараёнига жорий қилиниши мавжуд муаммоларни ўз ечимини топишига тўсқинлик қилмоқда.

Хулоса

Хулоса қилиб айтганда юқоридагиларни инобатга олган ҳолда мактаб ичи омилларини доимо ўрганиб бориш ва болалар саломатлигига таъсирини баҳолаш соҳа мутахассислари олдида турган долзарб масалалар қаторидан доимо ўрин олиши шарт.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Болалар ва ўсмирлар гигиенаси – дарслик. Г.И. Шайхова таҳрири остида. Тошкент – 2009 й. 329ст-22ст.,
2. Сан Пин № 0341-16 “Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных школах” Ташкент-2016.
<http://www.sanepid.uz/ru/docs/sanatoriya-qoida-vanormalari>
3. Indoor air quality in schools., E Cartieaux 1, M-A Rzepka, D Cuny., 2011 Jul;18(7):789-96. - DOI: [10.1016/j.arcped.2011.04.020](https://doi.org/10.1016/j.arcped.2011.04.020)
4. Human exposure to NO₂ in school and office indoor environments., Heidi Salonen¹, Tunga Salthammer² - DOI: [10.1016/j.envint.2019.05.081](https://doi.org/10.1016/j.envint.2019.05.081)
5. Indoor Air Quality Levels in Schools: Role of Student Activities and No Activities., Gaetano Settimo¹, Luciana Indinnimeo² - DOI: [10.3390/ijerph17186695](https://doi.org/10.3390/ijerph17186695)

Келиб тушган вақти 09.05. 2021

“K.N.PLASTPRODUKT” ПЛАСТМАССА МАҲСУЛОТЛАРИНИ ИШЛАБ ЧИҚАРИШ КОРХОНАСИДА МИКРОИҚЛИМ КЎРСАТКИЧЛАРИНИ ГИГИЕНИК БАҲОЛАШ

Шарипова С.А., Ахмадалиева Н.О., Рустамов А.А.

Тошкент тиббиёт академияси

✓ Резюме

Тошкент шаҳридаги “K.N.PLASTPRODUKT” пластмасса маҳсулотларини ишлаб чиқариш корхонасида микроиқлим кўрсаткичлари гигиеник баҳоланди. Йилнинг иссиқ ойлари (июль, август) учун микроиқлим кўрсаткичлари комфорт кўрсаткичлардан бир қанча фарқ қилиб, экструзион машина операторларининг иш жойларида йилнинг илиқ давриларидасоат 9.00да $28,9 \pm 0,1^{\circ}\text{C}$, соат 12⁰⁰ да $30,8 \pm 0,35^{\circ}\text{C}$ ни ташиқил этган бўлса, соат 15⁰⁰ да $34,8 \pm 0,25^{\circ}\text{C}$ ни ташиқил қилди. Бу эса ҳаво ҳарорати РЭД дан $1,8^{\circ}\text{C}$ дан $5,8^{\circ}\text{C}$ га ошганлигидан далолат беради. Қуювчиларнинг иш жойларида эса соат 9⁰⁰ $29,9 \pm 0,21^{\circ}\text{C}$, соат 12⁰⁰ да $31,0 \pm 0,4^{\circ}\text{C}$, соат 15 00 да $35,1 \pm 0,24^{\circ}\text{C}$ ни ташиқил этди. Бу эса РЭД дан $0,9^{\circ}\text{C}$ дан $6,1^{\circ}\text{C}$ гача ошганлиги аниқланди.

Калит сўзлар: пластмасса маҳсулотларини ишлаб чиқариш, микроиқлим кўрсаткичлари, ҳаво ҳарорати, ҳавонинг намлиги, ҳавонинг ҳаракат тезлиги.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИКРОКЛИМАТА НА ПРЕДПРИЯТИИ ПРОИЗВОДСТВЕ ПЛАСТМАССОВЫХ ИЗДЕЛИЙ «КН ПЛАСТПРОДУКТ»

Шарипова С.А., Ахмадалиева Н.О., Рустамов А.А.,

Ташкетская Медицинская Академия

✓ Резюме

Была проведена гигиеническая оценка микроклимата на предприятии по производству пластмассовых изделий «КН ПЛАСТПРОДУКТ» в г. Ташкенте. Для более теплых месяцев года (июль, август) показания микроклимата существенно отличались от показателей комфортности на рабочих местах операторов экструзионных машин, которые составляли $28,9 \pm 0,13^{\circ}\text{C}$ в 9.00 часов, $30,8 \pm 0,35^{\circ}\text{C}$ в 12 часов и $34,8 \pm 0,25^{\circ}\text{C}$, в 15 ч. Это означает, что температура воздуха повысилась с $1,8^{\circ}\text{C}$ до $5,8^{\circ}\text{C}$. На рабочих местах учредителей она составила $29,9 \pm 0,21^{\circ}\text{C}$ в 9.00, $31,0 \pm 0,4^{\circ}\text{C}$ в 12.00 и $35,1 \pm 0,24^{\circ}\text{C}$ в 15.00. Было выявлено, что температура выше по сравнению с ПДУ на $0,9^{\circ}\text{C}$ до $6,1^{\circ}\text{C}$.

Ключевые слова: производство пластмассовых изделий, индикаторы микроклимата, температуры воздуха, влажность воздуха, скорость движения воздуха.

HYGIENIC ASSESSMENT OF MICROCLIMATE INDICATORS AT PLASTIC PRODUCTS PRODUCTION PLANT "KN PLASTPRODUKT"

S. A. Sharipova, N. O. Akhmadaliev, A. A. Rustamov

TMA, Department of Environmental Hygiene

✓ Resume

A hygienic assessment of the microclimate was carried out at the enterprise for the production of plastic products "KN PLASTPRODUKT" in Tashkent. For the warmer months of the year (July, August), the microclimate readings significantly differed from the comfort indicators at the workplaces of the extrusion machine operators, which were $28.9 \pm 0.13^{\circ}\text{C}$ at 9:00, $30.8 \pm 0.35^{\circ}\text{C}$ at 12:00 and $34.8 \pm 0.25^{\circ}\text{C}$, at 15:00. This means that the air temperature has increased from 1.80°C to 5.8°C . At the workplaces of the founders, it was $29.9 \pm 0.21^{\circ}\text{C}$ at 9.00, $31.0 \pm 0.4^{\circ}\text{C}$ at 12.00 and $35.1 \pm 0.24^{\circ}\text{C}$ at 15.00. It was found that the temperature is higher compared to the MPL by 0.9°C to 6.1°C .

Key words: production of plastic products, indicators of microclimate, air temperature, air humidity, air speed.

Долзарблиги

Пластмасса махсулотлари ўзига хос физик-кимёвий хусусияти бўйича, механик ва иссиқликка чидамлилиги, ҳамда коррозияга учрамаслиги сабабли ҳозирги кунда кенг ишлаб чиқаришда қўлланилмоқда. Охирги 15 йил давомида пластмасса махсулотларни ишлаб чиқариш йилига 120 млн. тоннага етган [1,2]. Уни ишлаб чиқаришда инсон саломатлиги учун ҳавф туғдирадиган зарарли ва ҳавфли омиллар захарли газ, пар ва чанг кўринишида ташқи муҳитга тарқалади. Шу билан бир қаторда аввал ўрганилмаган янги ишлаб чиқариш омилларини келиб чиқишига сабаб бўлади. Бу эса ўз навбатида ишловчиларни саломатлигига салбий таъсир кўрсатмоқда [1, 4].

Тадқиқот мақсади - Тошкент шаҳридаги “K.N.PLASTPRODUKT” пластмасса ишлаб чиқариш корхоналарида микроклим кўрсаткичларини гигиеник баҳолаш.

Текшириш усуллари: “K.N.PLASTPRODUKT” пластмасса ишлаб чиқариш корхонасидаги микроклим кўрсаткичлари Ассман психрометри, анемометр ёрдамида аниқланди, олинган натижалар СанҚваМ № 0324-16 “Иш жойларида микроклимни санитар меъёрлари” билан баҳоланди.

Ишлаб чиқариш жараёнидаги микроклим бу ишчиларнинг иш ҳолатига, меҳнат фаолиятига, саломатлигига, меҳнат унумдорлигига таъсир кўрсатадиган ва шу билан ишчиларнинг иссиқлик алмашинув жараёнига таъсир этадиган физик омилларнинг комплекси ҳисобланади. Меҳнатни муҳофаза қилишнинг асосий вазифаларидан бири иш жойлари ҳавосида микроклимни гигиеник меъёр талаб даражасида бўлиши. Доимий ҳароратни сақлаш учун инсон организми термостабил ҳолатда бўлиши керак, иссиқлик баланси иссиқлик ишлаб чиқариш ва иссиқлик бериш координацияси натижасида эришилади.

Ишлаб чиқаришдаги метеорологик омил технологик жараёнга боғлиқ ҳолда жойнинг иқлими, йил даври ва бионинг тузилишига боғлиқ бўлади. Вентиляция тизими ҳаво алмашинуви, иссиқлик изоляцияси, ортиқча иссиқлик ва намлик ажралиб чиқишига қарши чора-тадбирларни ишлаб чиқишда асосий роль ўйнайди. Берилган маълумотлар ташқи

муҳитдаги метеорологик шароитга асосан ўзгарувчан бўлади.

Натижа ва таҳлиллар

Пластмасса махсулотлар ишлаб чиқариш корхонасидаги микроклим кўрсаткичлари йилнинг илиқ ва совуқ даврларида ўтказилди. Иш жойларида ҳаво ҳарорати, намлик, ҳавонинг ҳаракат тезлиги ўлчанди. Олинган натижалар СанҚ ваМ № 0324-16 “Иш жойларида микроклимни санитар меъёрлар” билан баҳоланди.

Бунда баъзи иш жойлардаги метеорологик шароитлар йилнинг илиқ даври учун нафақат оптимал кўрсаткичлардан, балки рухсат этилган санитар меъёр (СанҚваМ №0324-16 “Иш жойларида микроклимнинг санитар меъёрлар”) дан фарқ қилди. Иш жойларидаги микроклим параметрлари хоналарнинг шамоллатилиши тўғри ташкиллаштирилганлиги сабабли, турли иш жойларида микроклим турли кўрсаткичларда бўлди.

Йилнинг иссиқ ойлари (июль, август) учун микроклим кўрсаткичлари комфорт кўрсаткичлардан бир қанча фарқ қилиб, жадвалда берилган маълумотларга қараганда, экструзион машина операторларининг иш жойларида йилнинг илиқ давриларида соат 12⁰⁰ да 30,8±0,35⁰С ни ташкил этган бўлса, соат 15⁰⁰ да 34,8±0,25⁰С ни ташкил қилди. Бу эса ҳаво ҳарорати РЭД дан 1,8⁰С дан 5,8⁰С га ошганлигидан далolat беради. Қуювчиларнинг иш жойларида эса соат 9⁰⁰ 29,9±0,21⁰С, соат 12⁰⁰ да 31,0±0,4⁰С, соат 15⁰⁰ да 35,1±0,24⁰С ни ташкил этди. Бу эса РЭД дан 0,9⁰С дан 6,1⁰С гача ошганлиги аниқланди.

Экструзион машина операторларининг иш жойларида йилнинг совуқ давриларида соат 9⁰⁰ да 15,7±0,2⁰Сни ташкил этган бўлса, соат 12⁰⁰ да 16,9±0,1⁰С ни, соат 15⁰⁰да 21,4±0,1ташкил қилди. Бу эса эса оптимал кўрсаткичлардан паст бўлиб, лекин РЭД талабларига мос келиши аниқланди.

Микроклимнинг қолган кўрсаткичларнинг ўзгариши деярли кузатилмади. Ҳавонинг ҳаракат тезлиги рухсат этилган меъёрларнинг пастки чегараларини ташкил этди (1-жадвал).

Бухгалтерлар ва раҳбар ёрдамчиларининг иш жойларидаги микроклим кўрсаткичларинг ҳаво ҳарорати ва ҳавонинг ҳаракат тезлиги йилнинг илиқ ва совуқ даврларида РЭД нинг юқори ва қуйи чегараларига мос келиши аниқланди (2-жадвал)..

Йилнинг илик ва совук давлари учун пластмасса корхонаси цехларидаги ишловчиларнинг иш жойларидаги микроклим кўрсаткичлари, М±m

Иш жойлари	Йил даври	Ҳаво ҳарорати, °C			Нисбий намлик, %			Ҳавонинг ҳаракат тезлиги, м/с		
		9 ⁰⁰	12 ⁰⁰	15 ⁰⁰	9 ⁰⁰	12 ⁰⁰	15 ⁰⁰	9 ⁰⁰	12 ⁰⁰	15 ⁰⁰
Экструзия машина операторлари	Илик давр	28,9±0,1	30,8±0,35	34,8±0,25	40,9±0,1	41,7±0,1	42,0±0,1	0,3±0,21	0,28±0,1	0,29±0,008
	Совук давр	15,7±0,2	16,9±0,1	21,4±0,1	49,2±0,02	50,8±0,2	48±0,1	0,3±0,06	0,35±0,3	0,26±0,09
Қуювчилар	Илик давр	29,9±0,21	31,0±0,4	35,1±0,24	40,1±0,08	42,0±0,3	42,8±0,3	0,20±0,1	0,21±0,5	0,21±0,07
	Совук давр	16,0±0,05	20,8±0,1	21,9±0,1	51,5±0,1	51,8±0,41	52,0±0,4	0,29±0,09	0,3±0,8	0,28±0,05
СанҚваМ №0324-16 бўйича оптимал (рухсат этилган меъёр)	Илик	22-24°C (20-29°C)			40-60% (29°C да 45% гача)			0,3 м/с гача (0,4-0,7 м/с)		
	Совук	17-19°C (13-21°C)			40% (75% гача)			0,2 м/с гача (0,4 м/с гача)		

Йилнинг илик ва совук давлари учун пластмасса корхонасидаги хизматчиларнинг иш жойларидаги микроклим кўрсаткичлари, М±m

Иш жойлари	Йил даври	Ҳаво ҳарорати, °C			Нисбий намлик, %			Ҳавонинг ҳаракат тезлиги, м/с		
		9 ⁰⁰	12 ⁰⁰	15 ⁰⁰	9 ⁰⁰	12 ⁰⁰	15 ⁰⁰	9 ⁰⁰	12 ⁰⁰	15 ⁰⁰
Бухгалтерлар	Илик	26,8±0,9 8	29,8±0,04	30,8±0,5	40,8±0,02	41,0±0,3	42,9±0,008	0,3±0,15	0,35±0,2	0,36±0,18
	Совук	19,8±0,2 1	20,9±0,3	22,8±0,2	49,9±0,1	50,5±0,2	50,9±0,03	0,2±0,1	0,19±0,3	0,18±0,1
Раҳбар ёрдамчиси	Илик давр	27,8±0,9 8	30,8±0,04	31,8±0,5	41,8±0,02	42,0±0,3	44,9±0,008	0,32±0,15	0,34±0,2	0,35±0,18

	Совук давр	17,8±0,2 1	19,9±0,3	20,8±0,2	49,5±0,1	51,6±0,2	51,9±0,03	0,18±0,12	0,19±0,34	0,19±0,11
СанҚваМ №0324-16 бўйича оптимал (рухсат этилган меъёр)	Илик	24-26°C (22-31°C)			40-60% (31°C да 35% гача)			0,2 м/с (0,3-0,6 м/с)		
	Совук	21-23°C (17-24°C)			40% (75% гача)			0, 1м/с гача (0, 2м/с гача)		

Текширув вақтида кузатувдаги цехлардан олинган метеорологик омилларнинг натижаларини гигиеник меъёрлар билан таққосланганда, мазкур омилларнинг гигиеник меъёрларга мувофиқ эканлиги аниқланди.

Цехлардаги микроклим омилларини ўлчаганимизда ва олинган натижаларни таққослаганимизда, олинган натижалар йилнинг илиқ даврида рухсат этилган меъёрга мос келиши, фақатгина экструзион машина операторлари ва қуюв участкасидаги қуювчиларнинг иш жойларидаги ҳарорат меъёридан юқори эканлиги кузатилди.

Хулоса

Шундай қилиб, “K.N.PLASTPRODUKT” пластмасса маҳсулотларини ишлаб чиқариш корхонасидаги микроклим кўрсаткичларини таҳлил қилганимизда, экструзия машина операторларининг ва қуювчиларнинг иш жойларида микроклим кўрсаткичлари йилнинг илиқ даври учун иситувчи ҳисобланади. Қолган иш жойларида эса

микроклим кўрсаткичлари йилнинг совуқ ҳамда илиқ даврларида меъёр даражасида.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Абрамов В.В., Чалая Н.М. Состояние и перспективы развития машиностроения в переработке пластмасс // Пластические массы. 2000. - № 5. - С. 3-6.
2. Абрамов В.В., Чалая Н.М. Оценка системы рынка оборудования для переработки пластмасс в России // Пластические массы. 2001. - № 5. - С.4-7.
3. СанК ваМ № 0324-16 “Иш жойларида микроклимни санитар меъёрлар”
4. Афанасьева Р.Ф., Репик Г.Н., Павлухин Л.В. Критерии теплового состояния человека для обоснования нормативных требований к производственному микроклимату //Гигиена и санитария. – 2003. – №3. – С 79.

Келиб тушган вақти 09.05. 2021

РОЛЬ СОВРЕМЕННЫХ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Маль Г.С., Болдина Н.В.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия,
Курск

✓ Резюме

Важным инновационным шагом внедрения в педагогический процесс является диссеминация педагогического опыта. Современными формами диссеминации инновационного педагогического опыта могут быть самыми разнообразными. Это - семинар-практикум, игра, педагогическая студия. Инновационная деятельность педагога является «двигателем» развития образовательных систем.

Ключевые слова: роль современных инновационных технологий в повышении качества медицинского образования, инновационная деятельность педагога.

THE ROLE OF MODERN INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN IMPROVING THE QUALITY OF HEALTH EDUCATION

Mal G.S., Boldina N.V.

FSBEI HE "Kursk State Medical University" of the Ministry of Health of Russia, Russia, Kursk

✓ Resume

An important innovative step of implementation in the pedagogical process is the dissemination of pedagogical experience. Modern forms of dissemination of innovative pedagogical experience can be very diverse. This is a workshop, a game, a pedagogical studio. The innovative activity of the teacher is the "engine" of the development of educational systems.

Key words: the role of modern innovative technologies in improving the quality of medical education, innovative activities of a teacher.

SOG'LIQNI SAQLASH TA'LIMI SIFATINI OSHIRISHDA ZAMONAVIY INNOVATSION TEKNOLOGIYALARNING ROLI

Mal G.S., Boldina N.V.

FSBEI HE Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining "Kursk davlat tibbiyot universiteti",
Rossiya, Kursk

✓ Rezyume

Pedagogik jarayonni amalga oshirishning muhim innovatsion bosqichi bu pedagogik tajribani tarqatishdir. Innovatsion pedagogik tajribani tarqatishning zamonaviy shakllari juda xilma-xil bo'lishi mumkin. Bu ustaxona, o'yin, pedagogik studiya. O'qituvchining innovatsion faoliyati - bu ta'lim tizimlarini rivojlantirish "dvigateli".

Kalit so'zlar: tibbiy ta'lim sifatini oshirishda zamonaviy innovatsion texnologiyalarning o'rni, o'qituvchining innovatsion faoliyati.

Актуальность

И нновационная деятельность педагога – это одна из важнейших составляющих образовательного процесса. В современном формате термин “инновация” имеет много смысловых значений. Одно из таковых

свидетельствует, что инновация – это нововведение в педагогическую деятельность, изменения в технологии и содержании обучения и воспитания с целью повышения их эффективности. Содержание инновации

формируется на основе изменений, а функция изменений составляет основу инновационной деятельности. Термин “инновация” был введен одним из ее основоположников Йозефом Шумпетером, который провозгласил инновацию как новое приложение научных и технических знаний, способное привести к успеху на рынке.

Инновационная деятельность в педагогическом процессе представлена в виде процесса, направленного на претворение результатов научных исследований и разработок в новый или усовершенствованный продукт, способный быть реализованным на рынке, в усовершенствованный или новый технологический процесс, который может быть использован в практической деятельности.

В настоящее время инновационная инфраструктура в педагогической сфере необходима для развития сферы образования и обеспечения модернизации с учетом главных направлений и перспектив социально-экономического развития России на длительный период, реализации приоритетных направлений политики нашего государства в сфере образования, интеграции системы образования страны в международное образовательное пространство, более полного удовлетворения образовательных потребностей россиян.

В настоящее время выделяют 3 вида инноваций по масштабу самых важных изменений: локальные (независимые друг от друга изменения компонентов); модульные (взаимосвязанные группы нескольких локальных инноваций); системные (полная реконструкция системы как целого). В инновационной педагогической деятельности можно выделить следующие актуальные аспекты: технологизацию обучения, использование самых новых концептуальных оснований профессионально-педагогической деятельности, использование информационных технологий, освоение и внедрение внешнего инновационного опыта, учебно-методическое обеспечение инноваций в обучении, создание проекта авторского инновационного опыта.

Для реализации высококачественной организации образовательного процесса преподаватель современного медицинского вуза должен обладать определенными качествами инновационного потенциала личности: творческая способность создавать новые идеи и представления; открытость личности ко всему новому; культурно-

эстетическая развитость и образованность; готовность совершенствовать свою деятельность; развитое инновационное сознание. Чтобы это внедрить в жизнь от зарождения инновационной идеи до ее воплощения проходит несколько стадий: возникновение идеи нового, перевод идеи в цель. Чтобы цель стала реальностью, осуществляются следующие этапы и вехи в постановки цели: информация о субъективном образе реальной ситуации у педагогического коллектива; сбор информации, информация о возможном плане действий по изменению существующей ситуации; о желаемом образе нового; формулировка цели и принятие ее всеми членами образовательного процесса.

Важным инновационным шагом внедрения в педагогический процесс является диссеминация педагогического опыта.

Современными формами диссеминации инновационного педагогического опыта могут быть самыми разнообразными. Это - семинар-практикум, игра, педагогическая студия. Во главе студии - педагог-наставник, чей опыт важен для инновационного педагогического процесса. Следующей формой являются педагогические мастерские, мастер-классы. В этих мастерских педагоги показывают накопленный опыт. Примером диссеминации являются творческие группы – это главные формы распространения педагогического опыта.

Актуально создание банка педагогического опыта. В банк включаются темы, проблемы, результат. Все данные вносятся в компьютер. В результате использования инновационных педагогических технологий у студентов развиваются исследовательские способности, познавательные интересы, умение мыслить абстрактно, коммуникабельность, интеллект и творческие способности; повышается уверенность в собственных силах, умение адекватно оценивать себя.

Для оценки эффективности инновационной деятельности целесообразно использовать разного рода показатели: обновление содержания образования; обновление форм работы; сочетание самоанализа, самоконтроля с самооценкой

Таким образом, инновационная деятельность педагога является «двигателем» развития образовательных систем.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Великая И.П. Новые технологии и инновационные процессы в медицинском образовании// Сб. статей международной

- научно-практической конференции
Медицинское образование в XXI веке:
новые вызовы и новые возможности под
общ. ред. В.И. Кошель. – Ставрополь: Изд-
во СтГМУ.- 2019. – С. 42-44.
2. Максименко Е.В., Хрипунова А.А.,
Максименко Л.Л. Использование
инновационных педагогических технологий

в вузе Сб. статей международной научно-
практической конференции Медицинское
образование в XXI веке: новые вызовы и
новые возможности под общ. ред. В.И.
Кошель. – Ставрополь: Изд-во СтГМУ.-
2019. – С. 82-84.

Поступила 09.05.2021

**ВОСПИТАНИЕ СТУДЕНТОВ - ЭТО ВАЖНЕЙШИЙ ФАКТОР,
СПОСОБСТВУЮЩИЙ ДАЛЬНЕЙШЕМУ РАЗВИТИЮ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА
В УЗБЕКИСТАНЕ**

Норкулов С.Д., Максудова З.С., Абидов А.Б., Назиров Ш.А.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

✓ **Резюме**

Предложенные программы воспитания и социализации студентов по мнению авторов будут способствовать дальнейшему развитию гражданского общества Узбекистана, эффективному развитию социокультурного потенциала молодежи, сохранению историко-культурного наследия, повышению роли университетского сообщества в реализации политики национальных интересов, патриотическому и духовно-нравственному воспитанию студентов.

Ключевые слова: воспитание студентов, важнейший фактор способствующий дальнейшему развитию гражданского общества.

**TALABALARNING TA'LIMI O'ZBEKISTONDA FUQAROLIK JAMIYATINING
MUVOFIQIY RIVOJLANISHINI RIVOJLANTIRISHNING ENG MUHIM OMAMIDIR**

Norqulov S.D., Maqsudova Z.S., Abidov A.B., Nazirov Sh.A.

Toshkent tibbiyot akademiyasi, O'zbekiston

✓ **Rezyume**

Talabalarni o'qitish va ijtimoiylashtirish bo'yicha taklif qilinayotgan dasturlar, mualliflarning fikriga ko'ra, O'zbekistonda fuqarolik jamiyatini yanada rivojlantirish, yoshlarning ijtimoiy-madaniy salohiyatini samarali rivojlantirish, tarixiy va madaniy merosni asrab-avaylash, milliy manfaatlar siyosatini amalga oshirishda, talabalarni vatanparvarlik va ma'naviy-axloqiy tarbiyalashda universitet hamjamiyatining rolini oshirish.

Kalit so'zlar: talabalar tarbiyasi, fuqarolik jamiyatini yanada rivojlantirishga yordam beradigan eng muhim omil.

**EDUCATION OF STUDENTS IS THE MOST IMPORTANT FACTOR PROMOTING
THE FURTHER DEVELOPMENT OF CIVIL SOCIETY IN UZBEKISTAN**

Norkulov S.D., Maksudova Z.S., Abidov A.B., Nazirov Sh.A.

Tashkent Medical Academy, Uzbekistan

✓ **Resume**

The proposed programs for the education and socialization of students, according to the authors, will contribute to the further development of civil society in Uzbekistan, the effective development of the socio-cultural potential of youth, the preservation of the historical and cultural heritage, the enhancement of the role of the university community in the implementation of the policy of national interests, the patriotic and spiritual and moral education of students.

Key words: education of students, the most important factor contributing to the further development of civil society.

Актуальность

В вузе студент становится субъектом образования, активно осваивает его содержание, выстраивает и оценивает способы

своей деятельности, Студент впервые сталкивается со многими видами деятельности, являющимися компонентами его

будущей профессии и анализирует ее результаты. Передача «личностного знания» возможна, как правило, только в диаде «учитель-ученик». Субъектность, как основное свойство личности проявляется в способности делать выбор и брать на себя ответственность за сделанный выбор, проявлять свою индивидуальность и регулировать свое поведение. Позиция субъекта обеспечивает студенту непрерывность профессионально-личностного становления. Анализ научно-исследовательской литературы в части содержания понятия «профессиональная компетентность» [1,2], выделяет некоторые индивидуальные качества личности будущего специалиста, формирующие его профессиональную пригодность и составляющие содержание представлений о сущности студента - субъекта иноязычного образования:

- работоспособность (выполнение профессиональных обязанностей в определенные сроки);

- предприимчивость (инициативность во внедрении инноваций в профессиональную деятельность, владение иностранными языками, совершенствование образовательных технологий, извлечение иноязычной информации);

- организованность (способность четко организовать свой труд, способность планировать, прогнозировать, контролировать и координировать профессиональную деятельность, анализировать и резюмировать информацию, в том числе иноязычную);

- лидерство (способность к руководству и воспитанию деловых качеств у коллег либо подчиненных, быстро принимать адекватные решения возникающих проблем);

- коммуникативность (способность поддерживать контакты с коллегами, зарубежными партнерами в сфере профессионального общения, создавать атмосферу доверия, толерантности и взаимопонимания);

- социальная ответственность (способность сочетать в работе государственные, корпоративные и личные интересы).

Воспитание личности – сложный процесс. Чтобы его реализовать, необходимы несколько важных факторов: правильный и творческий подход к воспитанию, его непрерывность, ответственность членов общества за воспитание, личный пример, приоритет семейного воспитания. Надо отметить, что 30% населения нашей страны составляет молодежь от 14 до 30 лет. Поэтому

государственная молодежная политика направлена, в первую очередь, на создание условий для получения молодежью образования и профессии, важна и организация содержательного досуга. Основными направлениями молодежной политики Узбекистана являются: обеспечение прав, свобод и законных интересов; охрана жизни и здоровья молодежи; содействие её духовному, интеллектуальному, физическому и нравственному развитию; обеспечение доступного и качественного образования; создание условий для трудоустройства и занятости; воспитание в духе патриотизма, гражданственности, толерантности, уважительного отношения к законам, национальным и общечеловеческим ценностям, способность противостоять вредным влияниям; защита от действий, приводящих к подрыву нравственных устоев, от идей терроризма и религиозного экстремизма, сепаратизма, фундаментализма, культа насилия и жестокости; повышение уровня правового сознания и правовой культуры; поддержка и стимулирование талантов; создание условий для развития молодежного предпринимательства; формирование стремления к здоровому образу жизни, а также создание условий для организации содержательного досуга и массового развития молодежного спорта; реализация комплексной системы мер по моральной и материальной поддержке молодых семей, созданию для них достойных жилищных и социально-бытовых условий; развитие сотрудничества с международными организациями, осуществляющими деятельность в сфере реализации прав и свобод молодежи [3].

Система образования имеет занимает важное место в данном процессе, так как основной задачей образовательных учреждений является содействие интеллектуальному, духовному, эмоциональному, трудовому и физическому развитию учащихся, закладке основ приверженности общечеловеческим ценностям, созданию необходимых условий для саморазвития, проявления внутреннего потенциала и творческих способностей, достижению успеха.

На видеоселекторном совещании 19 марта 2019 года глава нашего Узбекистана Ш. М. Мирзиёев выдвинул пять важных инициатив: первая – привлечение молодежи к музыке, художественной литературе, театру и другим видам искусства; вторая – приобщение к

занятиям спортом; третья – эффективное использование компьютерных технологий и Интернета; четвертая – системная организация работы по повышению духовности молодежи и пропаганде читательской культуры; пятая – обеспечение женщин работой. Эти инициативы сегодня активно внедряются в жизнь. В частности, Ташкентская медицинская академия проводит эффективную работу по совершенствованию системы воспитательной работы, формированию у студентов высоких духовно-нравственных качеств, укреплению иммунитета от чуждых идей и идеологий, внедрению здорового образа жизни и организации содержательного досуга.

Велика роль духовности в воспитании молодежи Узбекистана в духе национальной идеи и идеологии, поскольку сильное, могучее государство можно построить лишь на фундаменте идейной зрелости и высокой духовности подрастающего поколения. Существенным упущением собой, с учителями и персонажами образования в последние годы выступает исторических и художественных событий понимание значимости воспитания в учебном процессе. Для ее осуществления необходима гражданская позиция педагогического коллектива вуза. При этом надо иметь в виду, что воспитательный потенциал и влияние высокого интеллекта в знании разных областей науки, а также уровень духовно-просветительских дисциплин и жизненных ситуаций нравственной культуры, поскольку проявляется неравномерно и имеет своё изучение в науке, получение знаний должны иметь свою специфику и направлены на исправление. Гуманитарные дисциплины служат очищению души [4. С. 216]. Первоочередная задача воспитания в вузе – это развитие личности гражданина Узбекистана и ведение в комплексе учебно-воспитательный процесс.

Духовно-нравственное развитие узбекской молодежи в вузе обеспечивается программами воспитания – социализации:

1. Патриотизм;
2. Социальная солидарность;
3. Гражданственность;
4. Мусульманская религия;
5. Семья;
6. Труд и творчество;
7. Природа и искусство;
8. Гуманизм.

Каждая воспитательная программа (подпрограмма) осуществляется направлениям:

1. Учебная деятельность;
2. Вне учебная деятельность;
3. Вневузовская деятельность.

Структура воспитания в вузе группируется вокруг исконных национальных ценностей. В педагогическом плане каждая из них формулируется как вопрос, обращенный человеком самому себе, поставленный педагогом перед обучающимся, как воспитательная задача, поиск решения, которой направляет учебно-воспитательную деятельность[5].

Заключение

Предложенные нами программы воспитания и социализации студентов будут способствовать дальнейшему развитию гражданского общества Узбекистана, эффективному развитию социокультурного потенциала молодежи, сохранению историко-культурного наследия, повышению роли университетского сообщества в реализации политики национальных интересов, патриотическому и духовно-нравственному воспитанию студентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гаврилова М.И., Одарич И.Н. Профессиональная компетентность бакалавра // Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2015. № 1 (10). С. 22-23. <https://www.researchgate.net>
2. Тараносова Г.Н., Абрамова Т.А. Повышение уровня профессиональной компетентности педагогов в работе с одаренными детьми // Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2017. Т. 6. № 3 (20). С. 254-257 <https://www.researchgate.net/publication>
3. Закон Республики Узбекистан от 14.09.2016 г. № ЗРУ-406 «О государственной молодежной политике» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // <https://www.lex.uz/>.
4. Аль-Газали Абу Хамид. Весы деяний и другие сочинения / пер. с арабского./М.:Ансар,2004.216с.<http://www.libex.ru/detail/book28452.html>
5. 5.Фаберман Б.Л., Мусина Р.Г., Джумабаева Ф.А. Современные методы преподавания в вузах. – Т.: 2001, 193. <https://refdb.ru>

Поступила 09.05. 2021

YOSH VA JINS TANLAMAYDIGAN SURUNKALI KASALLIK -BRONXIAL ASTMA

Abdullayeva O. Y.¹, Mamadjonova O. H.²

¹Fargʻona Jamoat Salomatligi Tibbiyot Instituti Kommunal va mehnat gigiyenasi kafedra assistenti,
Fargʻona viloyati

²Fargʻona Jamoat Salomatligi Tibbiyot Instituti T.P.I. yoʻnalishi 3- bosqich talabasi, Fargʻona viloyati

✓ *Rezyume*

Ushbu maqolada jins va yoshdan qatʻiy nazar, insonlarda eng keng tarqalgan surunkali kasalliklardan biri bronxial astmaning tarixi, tasnifi, alomatlari va belgilari, asoratlari, tashxislash, kasallikni davolash hamda oldini olish haqida maʼlumotlar berib oʻtiladi.

Kalit soʻzlar; allergenlar, mukolitiklar, glyukokartikosteroidlar, beta- adrenomimetiklar, spirometriy.

CHRONIC DISEASE OF AGE AND GENDER - BRONCHIAL ASTHMA

Abdullayeva O. Y.¹, Mamadjonova O. H.².

¹Assistant of the Department of Communal and Occupational Hygiene, Fergana Institute of Public Health, Fergana region

²Ferghana Public Health Medical Institute T.P.I. 3rd year student, Fergana region

✓ *Resume*

This article provides information on the history, classification, symptoms and signs, complications, diagnosis, treatment and prevention of one of the most common chronic diseases in humans, regardless of gender and age.

Keywords; allergens, mucolytics, glucocorticosteroids, beta-adrenomimetics, spirometry.

ХРОНИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ВОЗРАСТА И ПОЛ - БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

Абдуллаева О. Я.¹, Мамаджонова О. Х.².

¹Ассистент отдела коммунальной и профессиональной гигиены Ферганского института здравоохранения Ферганской области

²Ферганский медицинский институт общественного здоровья
Т.Р.И. Студент 3 курса, Ферганская область

✓ *Резюме*

В этой статье представлена информация об истории болезни, классификации, симптомах и признаках, осложнениях, диагностике, лечении и профилактике одного из наиболее распространенных хронических заболеваний человека, независимо от пола и возраста.

Ключевые слова; аллергены, муколитики, глюкокортикостероиды, бета-адреномиметики, спирометрия.

Dolzarbli

Astma (yunoncha asthma - halloslash, boʻgʻilib qolish) bronxlar teshigining toʻsatdan torayib qolishi yoki yurak kasalliklari natijasida tutadigan boʻgʻilish xuruj. Bronxial astma nafas yoʻllarining surunkali kasalligi boʻlib, uning asosida doimiy

yalligʻlanish belgilari yotadi. Yalligʻlanish jarayonida bronxlar sezuvchanligi ortib, natijada bronx-oʻpka tizimida oʻzgarishlar yuzaga keladi. Bu oʻzgarishlar bemorlarda takror-takror nafas qisishi, hansirab qolish, koʻkrak qafasida xirillash

va og'irlik paydo bo'lishiga hamda kechalari yo'tal xuruji tutishiga olib keladi.

Astma so'zi "bo'g'ilish", "hansirash" ma'nolarini bildirishi bejizga emas. Chunki bronxial astmaga duchor bo'lganlar bronxlar shilliq qavatining shishishi, shilliq ishlab chiqarishning kuchayishi va bronxospazm tufayli tez-tez nafas qisishidan shikoyat qiladi.

Kasallik tarixi. Gippokrat zamonida (miloddan avval) ham ayni bahor kezlari o'simliklar changining atrofga tarqalib kishilarda allergiya qo'zg'ashi ma'lum bo'lgan. Lekin u vaqtlarda allergiya holatidan hech kimning xabari yo'q edi. Gippokrat nafasi qisib qolgan bemorlarga efedra giyohini yoqib tutunidan hidlash zarurligini tavsiya etgan. Abu Bakr ar-Roziy "Tibbiyotga doir mukammal kitob" asarida bronxial astma alomatlarini batafsil bayon etib ba'zi gullarning va ayrim ovqat mahsulotlarining bu kasallikka sabab bo'lishini ko'rsatib o'tadi.

Keyinchalik esa Abu Ali ibn Sino "Tib qonunlari" ning uchinchi kitobida astma to'g'risida so'z yuritib, bu kasallik xurujlari boshlanishida tabiiy va iqlimiy omillarning ahamiyati katta ekanini qayd etadi. Nafas qisishi xurujlarining badan terisiga toshma toshishi bilan birga davom etishini ham Ibn Sino birinchi bo'lib kuzatgan. O'n sakkizinchi asrda bir qancha olimlar astmani "asabiy holatlar natijasida o'pkaning tirishib qisilishidan "boshlanadigan alohida bir turdagi hansirash deya fikr bildirishgan. Rus terapevti Sokolskiy fikriga ko'ra, xurujlar asosan kechalari, ya'ni odamning his-tuyg'ulari junbushga kelganda vegetativ asab tizimi qo'zg'alishi natijasida tutib qoladi, bu ko'pincha bronxial astmaning psixonevroz holati sifatida talqin etiladi. O'n to'qqizinchi asr boshlariga kelib avstriyalik pediatri shifokor Pirke "allergiya" atamasini klinik amaliyotga birinchi marta joriy etdi. Pirke ko'pgina kishilarning organizmi befarq bo'ladigan moddalarga nisbatan ayrim odamlarning organizmi o'ta sezgir bo'lishini payqadi. Uning ta'kidlashicha astma allergik kasallik hisoblanib, bu – organizmning ayrim ta'sirlarga javob odatdan tashqari, ya'ni boshqacha tarzda javob berishidir.

Bronxial astma etiologiyasi. Astmani rivojlantiruvchi eng xavfli omillarga ekzogen allergenlar hisoblanadi. Laboratoriya sinovlari astmatik bemorlarda va xavf guruhidagi insonlarda allergenlarga sezuvchanlik yuqori darajada ekanligini tasdiqlaydi. Eng keng tarqalgan allergenlarga bu maishiy allergenlar — uy va kitob changi, shuningdek, akvariumdagi baliqlar ozuqasi, uy hayvonlari qazg'oqi, o'simlik tabiatli allergenlar va nutritiv deb ataluvchi oziq-ovqat allergenlari sanaladi. Bronxial astmadan aziyat

chekuvchi bemorlarning 20-40 foizida dori-darmonlarga, 2 foizida salbiy ta'sir qiluvchi ishlab chiqarish joylarida ishlash, masalan, parfumeriya do'konlarda ishlash natijasida allergiya kuzatiladi. Infektsion omillar ham bronxial astma patogeneza muhim bo'g'in hisoblanadi, chunki mikroorganizmlar, ularning metabolik mahsulotlari allergen sifatida ta'sir qilishi va shu sabab sensibilizatsiyaga olib kelishi mumkin. Bundan tashqari, infektsiya bilan doimiy aloqada bo'lish bronxial yo'llarning yallig'lanishini faol holatda ushlab turadi. Gapten allergen deb atalmish, oqsil tuzilishli bo'lmagan allergenlar inson organizmiga tushishi va uning oqsillari bilan bog'lanishi natijasida ham allergik xurujlar yuzaga kelishi va bronxial astma xavfini oshiradi. Sovuq qotish, nasliy tarix va stress holatlari kabi omillar ham bronxial astma etiologiyasida muhim o'rin tutadi.

Bronxial astma tasnifi. 1) Yuzaga kelishi bo'yicha: a) Allergik bronxial astma; b) Noallergik bronxial astma; d) Aralash bronxial astma; e) Aniqlanmagan bronxial astma. 2) Og'irlik darajasi bo'yicha: a) Intermittiv; b) Yengil darajadagi persistiv; d) O'rta darajadagi persistiv; e) Og'ir darajadagi persistiv. 3) Holati bo'yicha: a) Kuchayishi; b) Remissiya; d) Beqaror remissiya; e) Barqaror remissiya. 4) Nazorat darajasi bo'yicha: a) Nazorat ostida; b) Qisman nazorat qilinadi; d) Boshqarib bo'linmaydigan.

Alomatlari va belgilari. Bronxial astmada nafas qisilishi xurujlari uch bosqichga bo'linadi: 1) Qo'zg'atuvchi ta'siri davri; 2) Avj olishi davri; 3) Orqaga rivojlanish davri.

Qo'zg'atuvchi ta'siri davri infektsion-allergik tabiatga ega bronxial astmatik bemorlarda yaqqolroq namoyon bo'ladi: burun-halqum a'zolari tomonidan vazomotor reaksiyalar (burun oqishi, tinimsiz aksa urish).

Ikkinchi davr (u to'satdan boshlanishi mumkin) ko'krak qafasidagi torlik hissi bilan ifodalanadi, bu erkin nafas olish imkonini bermaydi. Nafas olish keskin va qisqa bo'lib, nafas chiqarish uzoq va shovqinli bo'ladi. Nafas olish baland ovoqli xirillash, yopishqoq balg'amli yo'tal yuzaga kelib, bu nafas olish aritmiyasini keltirib chiqaradi.

Xuruj paytida bemorning holati majburiy, u odatda, oldinga egilgan holda o'tirib, tirsaklarini tizzalariga tirashga harakat qiladi. Yuzi shishib ketadi va nafas chiqarish vaqtida bo'yin venalari shishadi. Xurujning og'irligiga qarab, nafas chiqarishdagi qarshilikni yengishga yordam beradigan muskullar ishtirokini kuzatsa bo'ladi.

Perkussiyada ovoz aniq va bo'sh qutini urganda chiqadigan ovozga o'xshash, chunki o'pkada havo ortib ketgan, o'pka harakatchanligi cheklanadi va ularning chegaralari pastga siljiydi.

O'pka eshitib ko'rilganda uzoq va zaiflashgan hamda quruq xirillash bilan nafas chiqarishi eshitiladi. Orqaga rivojlanish davrida balg'amning asta-sekin chiqarilishi boshlanadi, xirillashlar soni pasayadi va nafas qisilishi xuruji tobora pasayib ketadi.

Asoratlari. Nafas qisilishining davomiyligi va kasallikning og'irligiga qarab bronxial astma o'pka emfizemasi va ikkilamchi yurak-o'pka yetishmovchiligi kabi asoratlar qoldirishi mumkin. Beta-adrenostimulyatorlarning peredozirovkasi yoki glyukokortikosteroidlar dozasining keskin kamaytirilishi, shuningdek massiv allergen bilan aloqa qilish astmatik status (Status asthmaticus)ga olib kelishi mumkin, bunda nafas qisilishi xurujlari birin-ketin yuzaga keladi va ularni to'xtatish deyarli imkonsiz.

Tashxislash. Tashxis odatda shikoyat va alomatlarga tayangan holda pulmonolog tomonidan qo'yiladi. Barcha boshqa tadqiqot usullari kasallikning og'irligi va etiologiyasini aniqlashga qaratilgan. Spirometriya bu bronxial obstruksiya darajasini baholash, uning o'zgarishi va tiklanishini aniqlash, shuningdek, tashxisni tasdiqlash uchun yordam beradi. Bronxial astmada bronxolitik ingalyatsiyadan keyin 1 sekunddagi nafas chiqarish hajmi 12%ga (200ml) ko'paydi. Ammo aniqroq ma'lumot olish uchun spirometriya bir necha marta bajarilishi kerak. Pikfloumetriya yoki nafas chiqarishning cho'qqiga chiqqan faolligini o'lchash bemorning umumiy holatni monitoring qilish va natijalarni solishtirish imkonini beradi.

Qo'shimcha tashxis usullari; allergenlar bilan sinovlar, qonning gaz tarkibini baholash, EKG, bronxoskopiya va rentgenogrammani o'z ichiga oladi. Laboratoriya tahlillari allergik astma tabiatini tasdiqlash uchun, shuningdek, davolash samaradorligini nazorat qilish uchun muhim ahamiyatga ega. Umumiy qon tahlili: eozinofiliya va ECHTning biroz ortishi kuzatiladi. Umumiy balg'am tahlili; balg'amga mikroskop ostida qaralganda unda ko'p miqdorda eozinofillarni, Sharko-Leyden kristallarini, Kurshman spirallarini aniqlash mumkin. Neytral leykotsitlar faol yallig'lanish jarayoni ostida bo'lgan, infeksiya bilan bog'liq bronxial astma bilan og'rigan bemorlarda aniqlash mumkin. Qonning biokimyoviy tahlili - tashxislashning asosiy usuli emas, bemor holatini aniqlash uchun qo'shimcha sifatida qo'llaniladi. Immunitet holatini o'rganish: bronxial astmada T-supressorlarning soni va faolligi keskin kamayadi, qonda immunoglobulinlarning soni ortadi. Immunoglobulin E miqdorini aniqlash uchun testlardan foydalanish allergologik sinovlari

o'tkazish imkoniyat bo'lmaganda muhim ahamiyatga ega.

Bronxial astmani davolash. Bronxial astma surunkali kasallik bo'lgani va xurujlar davriyligidan qat'iy nazar, davolashning asosida allergenlar bilan aloqani cheklash, to'g'ri parhezga rioya qilish va to'g'ri ishda ishlash yotadi. Agar allergenni aniqlash imkoni bo'lsa, o'ziga xos giposensibilitiv davolash allergenga organizmning reaksiyasini kamaytirishga yordam beradi. Nafas qisilishi xurujlarini bartaraf etish maqsadida aerosol shaklida beta-adrenomimetiklar qo'llaniladi, ular bronxlarni tezda kengayishiga va balg'am ko'chishiga yordam beradi. Unday preparatlar fenoterol gidrobromidi, salbutamol, ortsiprenalin. Har bir holatda doza alohida-alohida tayinlanadi. Shuningdek, nafas qisilishi xurujlarini m-xolinolitik guruhidagi preparatlar yaxshi bartaraf etadi; ipratropiy bromid aerosoli va uning fenoterol bilan birlashmasi. Bronxial astma bilan kasallangan bemorlar orasida ksantin mahsulotlari juda mashhurdir. Ular uzoq vaqt ta'sir ko'rsatadigan, tabletka shaklidagi astma xurujlarini oldini olish uchun tayinlanadi.

So'nggi yillarda, mastotsitlarning (granulositlarning bir turi) degranulyatsiyasiga to'sqinlik qiladigan dorilar astmani davolashda ijobiy natijalar bermoqda. Bular ketotifen, natriy kromoglikat va kaltsiy ionlari antagonistlari. Bronxial astmaning o'gir shakllarini davolashda gormonal terapiya qo'llaniladi, bemorlarning chorak qismi glyukokortikosteroidlarni talab qilishadi. Ertalab 15-20mg Prednilozon va oshqozon shilliq qavatini himoya qiluvchi antasidlar qabul qilinadi. Kasalxonada gormonal preparatlar in'ektsiya shaklida qo'llanilishi mumkin. Astmani davolashning o'ziga xos xususiyati - eng kam miqdorda va eng samarali preparatlardan foydalanishdir. Balg'amni yaxshi ajralishi uchun ekspektoranlar va mukolitik preparatlar buyuriladi. Shuningdek, astmani yuzaga kelishida ishtirok etadigan kasalliklar-surunkali bronxit, pnevmoniyalarni o'z vaqtida davolash ham muhim o'rin tutadi. Bronxial astmani davolashda xalq tabobatida qo'llaniladigan usullarni ishlatish ham ancha samarali hisoblanadi. Shuni bilish muhimki, bronxial astmani davolash kechiktirilganda, u zo'rayib bir qancha og'ir asoratlar qoldirishi mumkin. Ya'ni o'tkir o'pka emfizemasi, o'pka barotravmasi, yurak-tomir faoliyatining buzilishi ro'y beradi. Shuning uchun ham bemorga tashxisni to'g'ri qo'yib, davolashni boshlash va bunda kasallikning og'ir-yengilligini hisobga olish juda-juda zarur.

Bronxial astmani oldini olish. Bronxial astmaning kechishi avj olish va remissiya

davrlaridan iborat. Kasallik o'z vaqtida aniqlanganda tegishli davolash choralari bilan uozq muddatli va samarali remissiyaga erishish mumkin. Kasallikning yakuni bemor o'z salomatligi haqida qanday qayg'urishi va shifokor ko'rsatmalariga qanday amal qilishiga bog'liq. Surunkali bronxitni oldini olish, chekishni tashlash va allergenlar bilan aloqani kamaytirish profilaktikada muhim ahamiyatga ega. Bu xavf ostida bo'lgan yoki oila tarixiga ega odamlar uchun ayniqsa muhimdir.

So'nggi yigirma yil ichida astma bilan kasallanish holatlari ko'paydi va bugungi kunda astma ta'siridan taxminan 300 million kishi aziyat chekadi. Bu jins va yoshdan qat'iy nazar, insonlarda eng keng tarqalgan surunkali kasalliklar sirasidandir. Bronxial astma bilan kasallanganlar orasida o'lim darajasi juda yuqori. So'nggi yigirma yil ichida bolalardagi bronxial astma holatlari ortib borishi bunday holatni nafaqat kasallik, balki ijtimoiy muammo deb qarashga undamoqda.

ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. "Odam anatomiyasi "A .G '.Ahmedov; "IQTISOD-M OLIYA", 2007. 444 b.
2. <https://anatomy.tma.uz/ru>
3. 2)"Patalogik fiziologiya" Tibbiyot fanlari doktori, professor X.M. Xaqberdiyev. Tosh. 2009. <https://www.twirpx.com>
4. 3)"Nafas organi kasalliklari" M.A.Ubaydullayev. 2008. <https://library.tma.uz>
5. 4)"Ichki kasalliklar propedevtikasi" E.Y.Qosimov, Sh.G. Muminova, B.N.Nuriddinov <https://uz.tgstat.com/>

Kelib tushgan vaqti 09.05.2021

**O'ZBEKISTONDA ATMOSFERA HAVOSI IFLOSLANISHINI OLDINI OLISHGA
QARATILGAN QONUNIY CHORA VA TADBIRLAR**

U.Sh.Maxamatov¹, M.A.Xabibullayeva²

¹Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti. Ovqatlanish, bolalar va o'smirlar gigiyenasi kafedrası,
²RSHTYIMFF vrach laboranti

✓ **Rezyume**

Mualiflar fikriga ko'ra atmosfera havosini zavodlardan, avtomashinalardan chiqarilayotgan ifloslangan xavolarni tozalash bo'yicha eng ilg'or va samarali texnologiyalardan foydalanishni yo'lga qo'yish, tabiiy havo ishlab chiquvchi manbalarini muhofaza qilish va ulardan oqilona foydalanish bo'yicha oldimizda turgan dolzarb vazifalarni amalga oshirishda beparvo bo'lmashimiz darkor.

Kalit so'zlar: O'zbekistonda atmosfera havosi ifloslanishini oldini olish, qonuniy chora va tadbirlar.

**LEGAL MEASURES AND MEASURES TO PREVENT ATMOSPHERE AIR POLLUTION
IN UZBEKISTAN**

U.Sh.Maxamatov¹, M.A.Xabibullayeva²

¹Ferghana Public Health Medical Institute. Department of Nutrition, Hygiene of Children and Adolescents,
²RSHTYIMFF doctor laboratory assistant

✓ **Resume**

According to the authors, we must not neglect the urgent tasks ahead to establish the use of the most advanced and effective technologies for the purification of atmospheric air from factories and cars, the protection and rational use of natural air sources.

Keywords: Prevention of air pollution in Uzbekistan, legal measures and measures.

**ПРАВОВЫЕ МЕРЫ И МЕРЫ ПО ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ВОЗДУХА
АТМОСФЕРЫ В УЗБЕКИСТАНЕ**

У.Ш.Максаматов¹, М.А. Хабибуллаева²

¹Ферганский медицинский институт общественного здравоохранения.
Кафедра питания, гигиены детей и подростков,
²РШТЫМФФ врач лаборант

✓ **Резюме**

По мнению авторов, нельзя сбрасывать со счетов насущные задачи по налаживанию использования самых современных и эффективных технологий очистки атмосферного воздуха заводов и автомобилей, защиты и рационального использования природных источников воздуха.

Ключевые слова: Предупреждение загрязнения атмосферного воздуха в Узбекистане, правовые меры и меры.

Dolzarbliigi

Atmosferaning ifloslanishi deganda havoga Azaharli birikmalarning qo'shilishi natijasida uning fizik va kimyoviy xususiyatlarini o'zgarishi tushuniladi.

Atmosfera havosi ifloslanish sabablari: Atmosferaning ifloslanishi deganda havoga begona birikmalarning qo'shilishi natijasiga uning

fizik va kimyoviy xususiyatlarining o'zgarishi tushuniladi.

Atmosfera tabiiy va antropogen yo'llar orqali ifloslanadi. Antropogen omillarga: vulqonlar otilishi, chang to'zonlar, o'rmon va dashtlardagi yong'inlar, o'simlik changlari mikroorganizmlar kosmik chang va boshqalar tabiiy ifloslanish

manbalaridir. Antropogen ifloslanish manbalariga energetika, sanoat korxonalari, transport, maishiy chiqindilar va inson ishtiroki orqali yuzaga keladigan zararlovi manbalar kiradi. So'nggi yillarda inson ta'sirining kuchayishi natijasida gazlar muvozanatining o'zgarishi kuzatilmoqda. Atmosferaning sun'iy ifloslanishiga: avtomobil transporti birinchi o'rinni (40%), energetika sanoati ikkinchi o'rinni (20%), korxona va tashkilot ishlab chiqarishi uchinchi o'rinni (14%), qishloq xo'jaligi ishlab chiqarishi, maishiy kommunal xo'jaligi va boshqalar zimmasiga ifloslanishning (26%) to'g'ri keladi.

Atmosferadagi gazlar doimiy miqdorining o'zgarishi sayyoramiz uchun salbiy oqibatlariga olib kelishi aniqlangan. Atmosferaning mahalliy, regional va global ifloslanishi kuzatiladi. Agregat holatiga ko'ra atmosferani ifloslovchi birikmalarni to'rt guruhga bo'lish mumkin; qattiq, suyuq, gazsimon va aralash birikmalar, havoni ifloslovchi asosiy modda va birikmalarga aerozollar, qattiq zarrachalar, qurum, azot oksidlari, uglerod oksidlari, oltingugurt oksidlari, xlorftoruglevodorodlar, metal oksidlari va boshqalar kiradi, Atmosferaga o'n minglab tonna modda va birikmalar chiqarilgan bo'lib, ularning o'zaro birikib hosil qilgan aralashmalari to'la o'rganilmagan. Bunday nomalum birikmalarning tirik jonzoatlarga shu jumladan inson sog'lig'iga tasiri aniq baholangan emas.

Yer sharining har xil mintaqalarida qaysiki, qayerda kimyoviy korxonalar ko'p bo'lgan joylarda atmosfera havosining ifloslanishi juda sezilarlidir. Masalan: Yaponiyada, AQShda, Yevropada, Rossiyada, Tojikiston va Xitoyda, Respublikamizda esa Toshkent, Farg'ona, Chirchiq, Bekobod, Navoiy, Olmaliq kabi shaharlarni ko'rsatish mumkin.

Atmosfera havosini ifloslantiruvchi manbalar haqida qisqacha to'xtalib o'tamiz:

-sanoat jarayonlari

Turli xil sanoat jarayonlari atmosferaga turli xil gazlar va zarralarni chiqaradi.

-Gazlar emissiyasi

Masalan, qog'oz sanoati xlorga asoslangan qog'ozni oqartirish jarayonlari natijasida dioksinlarni chiqaradi. Neft-kimyo sanoati CO₂, azot oksidi va oltingugurt oksidlarini boshqa birikmalar qatoriga qo'shadi. CO₂, SO₂ va simob chiqindilariga eng katta hissa qo'shadigan kompaniyalar ko'mirdan foydalanganligi sababli energiya kompaniyalari hisoblanadi.

-Bo'yoqlar va laklar

Qurilishda ham, avtomobilsozlikda ham, boshqa sohalarda ham yuzalarni bo'yash va laklash to'xtatilgan zarralarni hosil qiladi. Bo'yoq, lak va

laklarning bu zarralari aksariyat hollarda zaharli hisoblanadi.

-To'qimachilik sanoati

Bu neft sanoatidan keyin ifloslantiruvchi ikkinchi sanoat sanaladi. To'qimachilik ishlab chiqarishda yog' va kislota tumanlari, chang, tolalar, erituvchi bug'lar va hidlar ajralib chiqadi.

Ushbu ifloslantiruvchi moddalar asosan kiyimni tugatish jarayonida ishlab chiqariladi.

- Avtomobil transporti

Shaharlardagi transport vositalarining katta kontsentratsiyasi havoni har xil ifloslantiruvchi moddalarni, ham gazlarni, ham moddiy zarralarni keltirib chiqaradi. Avtomobil transporti CO₂ ning eng katta manbalaridan biridir, ammo ular uglerod zarralarini ham tarqatadi.

-Dizel

Dizel yoqilg'isidan foydalanadigan transport vositalari benzin ishlatadigan vositalarga qaraganda o'rtacha to'rt baravar ko'p ifloslanmoqda. Ushbu turdagi transport vositasi havoga yuzlab gaz va qattiq moddalarni chiqaradi. Bularga CO₂, uglerod oksidi, oltingugurt dioksidi va azot oksidlari kiradi. Xuddi shunday, ular uchuvchan organik birikmalar chiqaradi, masalan benzol va elementar uglerod zarralari, oltingugurt sulfatlari, og'ir metallar va turli xil organik zarralar.

- Qoldiq yoqilg'ini yoqish

Neft

Benzin, dizel yoqilg'isi, moylash materiallari, plastmassa va boshqa hosilalarni ishlab chiqarish uchun neftni qayta ishlash natijasida juda ko'p miqdorda ifloslantiruvchi gazlar va zarralar ajralib chiqadi. Chiqarilgan gazlar orasida oksid, karbonat angidrid, azot oksidi va oltingugurt dioksidi mavjud.

Shuningdek, har xil turdagi material zarralari, ayniqsa og'ir metallar hosil bo'ladi.

-Ko'mir

Ko'pgina mamlakatlarda ko'mir isitish uchun eng ko'p ishlatiladigan yoqilg'i hisoblanadi va bu 2017 yilga kelib 46,5 tonna CO₂ ekvivalenti chiqarilishini anglatadi. Boshqa tomondan, ko'mir yoqish havoga chiqadigan SO₂ va simobning asosiy manbai hisoblanadi.

- uy sharoitida yonish

Hisob-kitoblarga ko'ra, uylarda yonish atrof-muhitning mayda zarralari (PM_{2.5}) tomonidan global ifloslanishning 12 foizini tashkil qiladi. Yog'och yoki ko'mir pechkalari tutun hosil qiladi, bu Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra, nafas olish yo'llari kasalliklarining 33 foizini tashkil qiladi.

- O'rmon yong'inlari

O'rmon yong'inlari har yili atmosferaga millionlab tonna gaz va kislota yomg'irini tashlaydi. Boshqa

tomondan, ular atrof-muhitga turli diametrdagi moddiy zarralarni qo'shib, havoni ifloslantiradi, sog'liqqa ta'sir qiladi.

- qishloq xo'jaligi va chorvachilik

-Biosidlardan foydalanish

Biosidlarni qo'llash paytida, ayniqsa havo purkagich tizimi orqali mahsulotning katta miqdori havo oqimlari bilan olib ketiladi. Ko'rib chiqilayotgan mahsulotga qarab, ta'sirlar terining tirnash xususiyati va jiddiy nafas olish muammolariga qadar o'zgarishi mumkin.

-Shakarqamish

Ushbu hosilni boshqarish o'rim-yig'im oldidan nazorat ostida kuyishni o'z ichiga oladi. Ushbu qishloq xo'jaligi amaliyoti hosilni atmosferaga CO₂ va mayda zarrachalar manbasiga aylantiradi.

- Axlatxonalar

Axlat axlatxonalari, ayniqsa, ochiq joylar havoning ifloslanish manbai hisoblanadi. Bu ularni yoqish bilan ham, chiqindilarni parchalanishi bilan ham sodir bo'ladi.

Yonish, shuningdek, "iflos hidlar" deb nomlangan havo ifloslanishining yana bir parametriga ta'sir qiladi. Axlat chiqindilaridan chiqadigan yomon hidlar qo'shni shaharlarning hayot sifatiga ham ta'sir qiladi.

- Sigaret tutuni

Sigareta va sigarlarda tamakini yoqish natijasida chiqadigan tutun atrof-muhitga ko'plab moddalarni chiqaradi, ularning aksariyati kanserogen hisoblanadi. Ushbu ifloslantiruvchi moddalarga passiv ta'sir qilish bolalarda pnevmoniyani keltirib chiqarishi mumkin va 9,3% nafas yo'llari infeksiyalari shu sabab bilan bog'liq.

Oqibatlari:

Oxirgi 25-30 yil ichida kislotali yomg'irlar ayrim davlatlarda haqiqiy ekologik falokatga aylanib qoldi. Har qanday qazilma yoqilg'i yondirilganda chiqindi gazlar tarkibida oltingugurt va azot qo'sh oksidlari bo'ladi. Atmosferaga millionlab tonna chiqarilayotgan bu birikmalar yomg'irni kislotaga aylantiradi. So'nggi yillarda AQSh, Kanada, Germaniya, Shvesiya, Norvegiya, Rossiya va boshqa rivojlangan davlatlarda kislotali yomg'irlar ta'sirida katta maydondagi o'rmonlar quriy boshladi. Bunday yomg'irlar tuproq hosildorligini pasaytiradi, binolar, tarixiy yodgorliklarni emiradi, inson sog'ligiga zarar etkazadi.

Ayrim hududlarda havoning harakatsiz turib qolishi oqibatida kuzatiladigan zaharli tuman "smog" insonlar sog'ligiga o'ta salbiy ta'sir ko'rsatadi. 1952 yili 5-9 dekabrda Londonda yuz bergan smog oqibatida 4000 dan ortiq kishi nobud bo'lgan. Fotoximik smog deganda sanoat va transport chiqindi gazlarning quyosh nurlari

ta'sirida reaksiyaga kirishib xavfli birikmalarni hosil qilishni tushuniladi. Jumladan, ozon, formaldegid va boshqa birikmalarning hosil bo'lishi va miqdorining ortishi uzatiladi. Yer yuzida atmosfera havosining ifloslanishini kamaytirish uchun tezlik bilan zarur choralar ko'rilishi lozim. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) ma'lumotlariga ko'ra, 2016 yilda dunyo aholisining 90% dan ortig'i havoni nafas olish xavfsiz bo'lmagan joylarda yashagan.

Kuchli texnologiyalarasri — 21 asr boshiga kelib, aviatsiya, kosmik raketalar ta'siri ham e'tiborga olinib boshlandi. Tovushdan tez uchadigan samoletdan azot oksidi chiqishi stratosferaozoniga ta'sir ko'rsatadi.

Atmosfera havosini ifloslanishini oldini olish choralari

Atmosfera havosini zararli chiqindilardan himoya qilish murakkab va kompleks tadbirlardan biridir. Tadbirlarni 4 ta asosiy guruhga bo'lish mumkin:

1. Texnologik
2. Loyihalashtirish
3. Sanitar-texnik
4. Qonuniy

Atmosfera havosini ifloslanishini oldini olishni radikal tadbiri yopiq texnologik jarayonlarni tashkil qilishdir.

Texnologik tadbirlarga quyidagilar kiradi:

1. Ishlab chiqarishda zararli moddalarni kam zararli yoki bezarar moddalar bilan almashtirish. *Masalan:* qozonxonada ko'mir va mazut yoqishdan gaz yoqishga, avtomobil dvigatelini benzindan gaz va vodorod bilan ishlashga o'tkazish. Ishlab chiqarishda potentsial kanserogenlarni qo'llashni ta'qiqilash, yoki kam xavfsiziga alishtirish

2. Xom-ashyoni zararli qo'shimchalardan tozalash. Mazutdan oltingugurt chiqarib tashlab ishlatish. Gazlarni ham oltingugurtdan holi qilib, keyin ishlatish yaxshi natija beradi.

3. CHanglanuvchi materiallarga quruq ishlov berishdan nam ishlovga o'tqazish. Bunga misol qilib quruq maydalovchi tegirmonlarni (sement ishlab chiqarishda) namli maydalashga o'tkazishni olish mumkin. Natijada shu bosqichda hosil bo'ladigan changlar ushlanib qoladi.

4. Olovli isitishni elektr isitishga o'tkazish. Alyuminiy eritish zavodida ko'mir bilan eritishdan elektr eritishga o'tish natijasida zavodni havo basseyni ancha tozalanadi.

5. Jarayonlarni germetizatsiyalash, changlanuvchi materiallarni transportirovka qilishda gidro- va pnevmotransporirovkadan foydalanish.

6. Uzlukli jarayonlarni uzluksiz jarayonlarga o'tkazish. Jarayonlar o'rtasidagi uzilishlar

natijasida havoga birdaniga ko'p miqdorda chiqindilar chiqadi.

Rejalashtirish tadbirlariga —shahar territoriyasini_____ zonalashtirish, tabiiy changlanishga qarshi kurash, sanitar himoya mintaqalarini tashkil etish, yashash hududini rejalashtirish, shahar territoriyasini ko'kalamzorlashtirish tadbirlari kiradi.

Korxonalarini qurilishi uchun yer tanlashda joyning relyefi va aeroiklim sharoitlari hisobga olinadi. Chunki bu tabiiy shamollatish va korxona chiqindilarini atmosferada tarqalishida katta ahamiyatga ega.

SHahar territoriyasini zonalarga bo'lishda «Shamol guli» va joyning relyefiga katta ehtibor beriladi. Ishlab chiqarish zonasi asosan shaharning shamol yo'nalishi bo'yicha aholi yashash rayonlaridan keyin joylashtiriladi.

SHaharda tabiiy changga qarshi kurash: ko'chalarga asfalt yoki boshqa changga qarshi qoplamalarni yotqizish, ko'kalamzorlashtirish, shaharni zararli chiqindilardan tozalashdan iborat. Tashqi muhitga noxush hidlar va zararli chiqindilar chiqaruvchi ishlab chiqarish korxonasini bosh loyihasini tuzishda «Ishlab chiqarish korxonalari loyihalashni sanitariya normalari» (SN 245-71) talablariga binoan bu korxonalar yashash maydonlaridan sanitar himoya mintaqasi (SHM) bilan ajratilgan bo'lishi kerak.

Sanitar himoya mintaqalarini o'lchami atmosfera havosini ifloslantiruvchi manbadan yashash maydoni chegarasigacha belgilanadi.

Sanoat korxonasini ishlash quvvati, atrof muhitga chiqarayotgan chiqindisi tarkibi va miqdoriga qarab SHM 5 turga bo'linadi.

1-sinf korxonalari uchun SHM masofasi — 1000 m

2-sinf korxonalari uchun SHM masofasi - 500 m

3-sinf korxonalari uchun SHM masofasi - 300 m

4-sinf korxonalari uchun SHM masofasi - 100 m

5-sinf korxonalari uchun SHM masofasi - 50 m

Ayrim hollarda SHM Sanitariya Epidemiologiya Bosh boshqarmasi va Davlat Qurilish tashkiloti bilan kelishilgan holda 3 martadan ko'p bo'lmagan masofaga uzaytirilishi mumkin.

Uzaytirilishiga sabab, sanoat korxonalari qoshidagi havoni tozalash inshootlari yaxshi ishlamasligi yoki tozalash inshootlarini umuman bo'lmasligi, korxona joylashgan joydagi havo muallaq turadigan yoki tumanli bo'lishi sabab bo'lishi mumkin.

Sanitariya himoya mintaqasi ko'kalamzorlashtirilishi zarur. SHunday qilinganda daraxtlar zararli moddalar uchun tabiiy to'siq vazifasini o'tab, chang, aerozol va boshqa ta'sirchan moddalarni o'zida ushlab qoladi.

Yashil zonalar havodagi chang miqdorini 2-3 marta kamaytiradi. Ular havodagi sulfid angidrid gazini o'ziga singdirib oladi va sulfatlarga aylantiradi.

Sanitariya himoya mintaqasining 70% ini ko'kalamzorlashtirish mumkin, I, II, III sinf sanoat korxonalari 10% maydonini garaj, kirxona, oshxona va hokazolar uchun, 20% maydonini esa yo'l va yo'lkalarga ajratish mumkin. IV va V darajali sanoat korxonalari, turar joylar oralig'idagi himoya masofasi ochiq qoldirilib, o'tloqlarga, daraxtzorlarga aylantirilishi maqsadga muvofiq.

Sanitariya himoya mintaqasiga o't o'chirish deposi, hammom, kirxona, garaj, omborlar, konstruktorlik byurolari, o'quv yurtlari, laboratoriyalar, garaj va boshqalarni qurish mumkin.

Sanitar-texnik tadbirlari- bu havo basseyini tozalash inshootlari yordamida tozalashdir. Maxsus usulda qurilgan tozalash inshootlari mazkur sanoat korxonalaridan ajralib chiqayotgan zararli omillarni kamaytirish yoki butunlay yo'qotish bilan shug'ullanadi.

Shuni inobatga olgan holda Respublikamiz Mustaqillikka erishgandan so'ng jamiyatda yashayotgan insonlar, barcha korxona, muassasa, tashkilotlar atmosfera havosi muassafoligini saqlash, uning ifloslanishining oldini olish borasida qonunchilik talablarini bajarilishi qat'iy zarurligini belgilab qo'ydi.

Prezident I.A. Karimov "O'zbekiston XXI asr bo'sag'asida: xavfsizlikka tahdid barqarorlik shartlari va taraqqiyot kafolatlari" asarida mana shu haqiqatga urg'u berib: "Asrlar tutash kelgan pallada butun insoniyat, mamlakatimiz aholisi juda katta ekologik xavfga duch kelib qoldi, — deb ta'kidlaydi. — Buni sezmaslik, qo'l qovushtirib o'tirish o'z-o'zini o'limga mahkum qilish bilan barobardir. Endilikda atmosfera havosini asrab-avaylash va muhofaza qilish muhim ekologik vazifalardan biri hisoblanadi. 1996 yil 27-dekabirda qabul qilingan "Atmosfera havosini muhofaza qilish to'g'risida"gi qonun mazkur masalani huquqiy jihatdan tartibga soluvchi qimmatli hujjatdir.

Mazkur qonun 30 moddadan iborat. Qonunda atmosfera havosi tabiiy resurslarning tarkibiy kismi ekanligi, u umum-milliy boylik hisoblanishi va davlat tomonidan muhofaza qilinishi belgilab qo'yilgan.

Atmosfera havosini muhofaza qilish to'g'risidagi qonunning asosiy vazifalari quyidagilardan iborat:

*atmosfera havosining tabiiy tarkibini saqlash;

*atmosfera havosiga zararli kimyoviy, fizikaviy, biologik va boshqa xil ta'sir ko'rsatilishining oldini olish hamda kamaytirish;

* davlat organlari, korxonalar, muassasalar, tashkilotlar, jamoat birlashmalari va fuqarolarning atmosfera havosini muhofaza qilish sohasidagi faoliyatini huquqiy jihatdan tartibga solishdan iboratdir.

* Ho'jalik faoliyatida(XFU) Xlorftoruglerodlar, bromli metil, galonlar, erituvchilar kabi birikmalarning ishlatilishi ham ozonqatlamining siyraklashishiga olib keladi.

Ushbu qonun kuchga kirgach, sanoat, energetika va transportdan atmosferaga chiqarilayotgan zararli moddalar miqdori 1989 yilga nisbatan 2 million tonnaga kamaydi. Statsionar manbalardan chiqariladigan ifloslantiruvchi moddalar miqdori esa 600 ming tonnaga qisqardi.

Xulosa

Xulosa qilib aytganda atmosfera havosini zavodlardan, avtomashinalardan chiqarilayotgan ifloslangan xavolarni tozalash bo'yicha eng ilg'or va samarali texnologiyalardan foydalanishni yo'lga qo'yish, tabiiy havo ishlab chiquvchi manbalarini muhofaza qilish va ulardan oqilona foydalanish bo'yicha oldimizda turgan dolzarb vazifalarni amalga oshirishda beparvo bo'lmasligimiz darkor. Zero, toza havoni asrshimiz, undan oqilona foydalanish va kelgusi avlodlarga sof, musaffo holda yetkazib berish har birimizning burchimiz hisoblanadi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:

1. Karimov I. A. «O'zbekiston XXI asr bo'saasida: xavfsizlikka tahdid, barqarorlik shartlari va taraqqiyot kafolatlari» Toshkent. O'zbekiston, 1997.
2. Baratov P. Tabiatni muhofaza qilish. T.Oqituvchi, 1991.
3. Biologik xilma-xillikni saqlash milliy strategiya va harakat rejasi. T.1998.
4. Umumiy gigiyena va ekologiya M.A.Azizov«O'qituvchi», 2003.
5. B.A.Duschanov, S.S.Solixo'jayev, SH.T.Iskandarova, «Umumiy gigiyena», T., «Ibn Sino», 2001.
6. Tilovov T. Ekologiyaning dolzarb muammolari. Qarshi. Nasaf, 2003.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ У ДЕТЕЙ

Бойназаров А.А., Сайдуллаева К.М.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

✓ Резюме

Авторами клинико-теоретически анализированы клиническое течение и ранняя диагностика внебольничных пневмоний средней тяжести у детей. По заключению авторов оптимальным решением для выбора макролидов как препаратов первого ряда будет отсутствие типичных для пневмококковой пневмонии клинических и рентгенологических признаков, а также сформулированные ранее показания: подозрение на атипичные инфекции или аллергия на бета-лактамы антибиотики.

Ключевые слова: клинико-теоретически анализированы клиническое течение и ранняя диагностика внебольничных пневмоний средней тяжести у детей. бета-лактамы антибиотики.

BOLALAR STATIONARDAN TASHQARI O'RTA OG'IRLIQDAGI PNEVMONIYA ERTA TASHXISI VA KLINIK KECHISHI

Boynazarov A.A., Saydullaeva K.M.

Farg'ona jamoat salomatligi instituti

✓ Rezyume

Mualliflar klinik va nazariy jihatdan bolalardagi o'rtacha og'irlikdagi jamoaviy pnevmoniyaning klinik yo'nalishini va erta tashxisini tahlil qildilar. Mualliflarning xulosasiga ko'ra, birinchi darajali dorilar sifatida makrolidlarni tanlashning optimal echimi pnevmokokk pnevmoniyasi uchun xos bo'lgan klinik va rentgenologik belgilarning yo'qligi, shuningdek ilgari tuzilgan ko'rsatmalar bo'ladi: atipik infektsiyalarga shubha qilish yoki beta-laktamga allergiya antibiotiklar.

Kalit so'zlar: klinik kursning klinik va nazariy tahlili va bolalarda o'rtacha og'irlikdagi jamoaviy pnevmoniyaning erta tashxisi. beta-laktam antibiotiklari.

CLINICAL CURRENT AND EARLY DIAGNOSTICS OF MEDIUM SEVERITY OUT-OF-SOCIAL PNEUMONIA CHILDREN

Boynazarov A.A., Saidullaeva K.M.

Fergana Medical Institute of Public Health

✓ Resume

The authors clinically and theoretically analyzed the clinical course and early diagnosis of community-acquired pneumonia of moderate severity in children. According to the authors' conclusion, the optimal solution for choosing macrolides as first-line drugs will be the absence of clinical and radiological signs typical for pneumococcal pneumonia, as well as the indications formulated earlier: suspicion of atypical infections or allergy to beta-lactam antibiotics.

Key words: clinical and theoretical analysis of the clinical course and early diagnosis of community-acquired pneumonia of moderate severity in children. beta-lactam antibiotics.

Актуальность

Пневмонии остаются одной из наиболее актуальных проблем педиатрии в связи с высоким уровнем заболеваемости, ошибками ее диагностики и лечения.

Для улучшения сложившейся ситуации за рубежом изданы практические руководства по пневмонии у детей. Однако специалисты, участвующие в подготовке данных документов, отмечают недостаточный уровень доказательности многих положений и необходимость дальнейших исследований.

Большинство ранее проведенных исследований было направлено на изучение тяжелых внебольничных пневмоний и возникающих при них осложнений. Однако легкие и среднетяжелые формы внебольничных пневмоний, преобладающие в амбулаторной практике, ставят перед исследователями не менее серьезные задачи.

За последние годы критерии диагностики пневмонии у детей претерпели определенные изменения. Наибольшее значение из всех используемых клинических признаков имеет сочетание фебрильной температуры и одышки (или синдрома дыхательных расстройств) при условии отсутствия признаков бронхиальной обструкции (уровень доказательности В). Однако есть определенные сомнения в надежности этих критериев для легкой и пневмонии, поскольку они могут наблюдаться и при других болезнях дыхательных путей у детей до 5 лет.

Рентгенография грудной клетки всегда считалась «золотым стандартом» диагностики пневмоний. Инфильтративные (очаговые и долевые) изменения в легочной ткани обычно связывали с бактериальной пневмонией, а интерстициальные - с вирусной.

Однако исследования последних лет показали бесперспективность использования рентгенологических признаков для ориентировочной этиологической диагностики пневмонии.

Для диагностики нетяжелых внебольничных пневмоний в амбулаторных условиях современные руководства предлагают использовать наиболее достоверные клинические признаки, рентгенографию легких и общий анализ крови.

Хотя уровень лейкоцитоза более $10 \times 10^9/\text{л}$, а по некоторым данным выше $15 \times 10^9/\text{л}$, как маркер бактериальной пневмонии оспаривается.

Как известно, пневмония в детском возрасте является полиэтиологическим заболеванием. Возбудителями инфекции при

внебольничной пневмонии могут быть как типичные бактериальные агенты (*Streptococcus pneumoniae*), так и атипичные возбудители (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*) и респираторные вирусы. Частота участия указанных возбудителей различна у детей разных возрастных групп.

Продолжает обсуждаться роль вирусов при внебольничной пневмонии и само понятие "вирусной пневмонии", которую за рубежом диагностируют у 30-67% детей. Тем более что благодаря совершенствованию методов лабораторной диагностики, включая ПЦР, появились сообщения об обнаружении ранее неизвестных пневмотропных вирусов, таких как метапневмовирус, бокавирус и коронавирус.

Определенный интерес у клиницистов вызывают пневмонии смешанной бактериальной или вирусно-бактериальной этиологии, которые могут иметь более тяжелое течение.

Этиологическая диагностика внебольничной пневмонии остается серьезной проблемой. Существуют объективные трудности в определении этиологической структуры внебольничной пневмонии, связанные с выполнением лабораторных исследований у больных без четко доказанного диагноза пневмонии.

Сложности лабораторной этиологической диагностики обусловлены чрезвычайной требовательностью пневмококка к условиям культивирования и транспортировки материала для исследования. Детекция атипичных возбудителей сопряжена с возможностью получения «ложноположительных» или «ложноотрицательных» результатов. В этой связи в интерпретации результатов лабораторной диагностики возможны ошибки, что, безусловно, не способствует принятию правильных терапевтических решений.

Поскольку в амбулаторной практике принято пользоваться эмпирической антибактериальной терапией, сведения об этиологической структуре пневмонии и уровне резистентности возбудителей к антибактериальному препарату должны периодически обновляться. Однако исследования этиологической структуры внебольничной пневмонии давно не проводились в нашей стране, тем более у детей с легкой и пневмонией.

Эффективность лечения пневмонии

напрямую зависит от точности этиологической диагностики и соблюдения принципов рациональной антибактериальной терапии, которые сформулированы в современных руководствах по внебольничной пневмонии. Тем не менее, до сих пор нет единого мнения об антибактериальных препаратах первой и второй линии для лечения внебольничной пневмонии.

Объектом исследования были дети с рентгенологически подтвержденной внебольничной пневмонией. Для изучения этиологической структуры внебольничной пневмонии использован комплекс современных методов исследования, направленных на выявление возможных бактериальных (типичных и атипичных), а также вирусных возбудителей.

Обязательным условием исследования был сбор материала до начала антибактериальной терапии.

Антибактериальная терапия назначалась эмпирически до установления этиологии внебольничной пневмонии в соответствии с принципами рациональной антибактериальной терапии.

Препаратами выбора были амоксициллин (амоксициллин/клавуланат). Детям с аллергией или при подозрении на атипичную пневмонию назначался азитромицин. Все препараты назначались внутрь в стандартных возрастных дозировках.

Группу сравнения составили 45 детей без признаков острых респираторных заболеваний, поступивших для плановых операций в хирургическое отделение ОДММЦ г. Андижан и школьные детские учреждения, аналогичного с больными пневмонией возраста.

Среди обследованных 56 больных в возрасте от 1 до 17,5 лет с рентгенологически подтвержденной внебольничной пневмонией преобладали дети дошкольного возраста (58,9%), более половины из которых составили дети до 3-х лет. Соотношение мальчиков и девочек в общей группе наблюдений составило 1,25:1.

Наряду с общими клиническими методами исследования всем детям проводилась рентгенография органов грудной клетки, выявившая у 22 (39,3%) больных очаговые, у 23 (41,0%) - долевые и у 11 (19,7%) - сегментарные изменения. Рентгенологические изменения чаще локализовались в правом легком (73,2%, $p < 0,001$), преобладали нижнедолевые легочные поражения (63,4%, $p < 0,001$). Рентгенография органов грудной

клетки выполнялась дважды, с интервалом 3 - 4 недели (всего выполнено 112 исследований).

Лабораторные исследования, включали: микробиологические исследования трахеального аспирата полуколичественным бактериологическим методом с последующей идентификацией выделенных культур микроорганизма и определением их чувствительности к антибиотикам (56 исследований); иммунологические исследования с определением антител IgM, IgA, IgG изотипов к *M. pneumoniae* и *C. pneumoniae* с помощью ИФА и использованием тест-систем Savyon (Израиль) и ELISA Medac

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием методов математической статистики, представленных в пакетах компьютерных программ "Statistica ver.6.1" (StatSoft Inc. США).

Для определения достоверности различий полученных результатов использовали критерий Стьюдента (t) и критерий хи квадрата Пирсона, за уровень значимости принимали значения $p < 0,05$.

Дополнительно к основной группе больных нами для оценки рациональности антибактериальной терапии и соответствия лечения внебольничной пневмонии у детей в амбулаторных условиях современным стандартам были проанализированы 97 амбулаторных карт детей, получавших лечение по поводу внебольничной пневмонии в детской городской поликлинике № 1,3 и 5.

Все исследования осуществлялись с письменного и устного информированного согласия родителей и опекунов детей.

По совокупности выполненных лабораторных исследований инфекционные (бактериальные и/или вирусные) патогены были выделены у 53 (94,6%) из 56 больных внебольничной пневмонией.

S. pneumoniae бактериологически выделен из трахеального аспирата у 15 (28,3%) из 53 больных внебольничной пневмонией. Среди контингента больных с выделением *S. pneumoniae* пневмококковая пневмония как моноинфекция была выявлена у 2 (13,3%) больных, в 2 (13,3%) случаях - в ассоциации с *M. pneumoniae* и у большинства (11 случаев, 73,4%) детей - в ассоциации с вирусами.

Отсутствие достоверных различий в частоте выявления антител к *C. pneumoniae* методом ИФА у больных с острой пневмонией и у детей без признаков острой респираторной инфекции значительно снижает

диагностическую ценность серологической диагностики хламидийной инфекции при пневмонии у детей.

Нарастание специфических антител к антигенам других возбудителей при установленной пневмококковой и гемофильной инфекциях было показано в исследованиях Улановой М.А., полагавшей, что данный феномен может быть обусловлен как поликлональной стимуляцией гуморального иммунитета, так и перекрестно реагирующими антигенами других микробов, что является важнейшим механизмом защиты макроорганизма от ряда условно патогенных микроорганизмов.

Наши данные еще раз подтверждают тот факт, что при диагностике инфекционных заболеваний следует опираться не столько на результаты отдельных лабораторных тестов, сколько на клинико - лабораторную картину в целом.

В своем исследовании мы решили проверить возможности использования клинических и дополнительных рентгенологических признаков для дифференциальной диагностики «типичной» и «атипичной» пневмоний, от которой зависит эффективность выбора антибактериальной терапии.

Для этого мы сопоставили клинические и дополнительные рентгенологические признаки с выявленными нами при тщательной лабораторной диагностике возбудителями респираторных инфекций.

Больные внебольничной рентгенологически подтвержденной пневмонией были сначала разделены нами на группы в зависимости от наличия или отсутствия наиболее достоверных клинических признаков пневмонии: сочетания фебрильной температуры и одышки (или синдрома дыхательных расстройств).

Наше исследование показало, что сочетание фебрильной температуры и одышки позволяет врачу не только диагностировать пневмонию, но и предположить пневмококковую этиологию болезни как одну из наиболее вероятных, выбрав для стартовой терапии амоксициллин или амоксициллин/клавуланат, так как имеются достоверные отличия частоты сочетания этих признаков от микоплазменной и хламидийной пневмонии. Хотя подобное сочетание клинических признаков потребует дифференциальной диагностики с вирусной пневмонией.

Наличие упорной фебрильной температуры без одышки не позволяет исключить ни микоплазменную инфекцию, ни даже

пневмококковую пневмонию у более старших детей. Тем не менее, риск развития последней меньше, чем при сочетании двух признаков: фебрильной температуры и одышки, $p < 0,01$.

У детей с локальной физикальной симптоматикой в легкие и рентгенологические изменения, патогномичными пневмонии, но не имеющих ни фебрильной температуры, ни одышки, наиболее вероятна атипичная этиология внебольничной пневмонии. В подобной ситуации стартовая терапия должна начинаться с макролидного препарата.

Многие исследования последних лет показали, что вне зависимости от этиологии пневмонии (бактериальной, вирусной или смешанной) возможны все варианты рентгенологических изменений, характерные для пневмонии: очаговые, сегментарные и долевые, в связи с чем они не могут использоваться для ориентировочной этиологической диагностики.

Тем не менее, высказано предположение, что, используя при оценке рентгенологических изменений дополнительный критерий (интенсивность и четкость инфильтрации), можно дифференцировать пневмококковую пневмонию, при которой имеется интенсивная, четко очерченная, гомогенная (типичная) инфильтрация, и атипичные пневмонии с менее четкими, негетерогенными, мягко теньевыми изменениями на рентгенограмме.

Для проверки этой оригинальной гипотезы был проведен дополнительный экспертный анализ рентгенограмм с разделением всех 47 больных с уточненной этиологией пневмонии на две группы имеющих и не имеющих четкие, интенсивные рентгенологические изменения.

Выполненный анализ показал, что среди больных с «типичными» инфильтративными изменениями чаще присутствуют больные с микоплазменной инфекцией, чем с пневмококковой и вирусной пневмониями (45,8% vs 16,7 и 16,7, соответственно, $p < 0,05$).

Среди больных с менее четкими «атипичными» рентгенологическими признаками пневмонии значительно больше больных со пневмококковой или вирусной пневмонией по сравнению с микоплазменной и хламидийной (47,8% и 34,9% vs 13,0% и 4,3%, соответственно, $p < 0,05$, $p < 0,001$ и $p < 0,01$).

Больные со пневмококковой пневмонией чаще имеют менее четкие, «атипичные» рентгенологические изменения, чем «типичные»: 47,8% и 16,7%, соответственно, ($p < 0,05$), а при атипичных пневмониях, наоборот, чаще выявлены более четкие

«типичные», чем «атипичные» изменения: при микоплазменной (45,8% vs 13,0%, соответственно, $p<0,01$) и хламидийной (20,8% vs 4,3%, соответственно, $p<0,05$). При изолированной вирусной инфекции отмечена тенденция к более частому обнаружению нечетких, «атипичных», чем «типичных» рентгенологических изменений (34,9% vs 16,7%, соответственно, $p>0,05$).

Наши исследования показали, что дополнительная оценка рентгенограмм по четкости и интенсивности изменений у детей со внебольничной пневмонией в амбулаторных условиях не может помочь врачу в решении вопроса о возможной «типичной» (кокковой) и «атипичной» этиологии пневмонии и повлиять на выбор антибактериальной терапии.

Однако нельзя исключить, что этот же критерий оценки рентгенограмм окажется более информативным для больных, нуждающихся в стационарном лечении, большинство из которых составляют дети с внебольничной пневмонией или с неадекватно леченными атипичными пневмониями.

Одной из задач нашего исследования была оценка рациональности антибактериальной терапии и соответствия лечения внебольничной пневмонии у детей в амбулаторных условиях стандартам медицинской помощи.

Для решения поставленной задачи проанализировано 97 амбулаторных карт детей и подростков в возрасте от 3 месяцев до 17,5 лет, с рентгенологически подтвержденной внебольничной пневмонией.

Выполненный анализ показал, что в большинстве случаев лечение внебольничной пневмонии у детей соответствовало современным стандартам. Однако, несмотря на это, в каждом третьем (35,0%) случае были зарегистрированы типичные ошибки: назначение детям, ранее не получавшим антибактериальных препаратов, ингибиторзащищенных аминопенициллинов (32,9%), необоснованный выбор макролидного антибиотика в качестве стартовой терапии (34,3%), использование гентамицина (1,0%) и других парентеральных форм препаратов (20,9%), замена одного бета-лактама антибиотика на другой бета-лактама с аналогичным спектром антимикробной активности вместо его замены на макролидный препарат.

В нашем исследовании учитывались результаты анализа чувствительности к антибиотикам штаммов пневмококка,

выделенных от больных пневмонией, которые показали, что *S. pneumoniae* сохраняет чувствительность к препаратам пенициллинового ряда и макролидам на уровне, достаточном для применения этих антибиотиков в качестве эмпирической терапии.

Располагая данными о возбудителе пневмонии у конкретного больного, безусловно, легче сделать правильный выбор между пенициллиновыми и макролидными препаратами. Тем не менее, как показали наши наблюдения, принципы рациональной антибактериальной терапии, сформулированные в современных руководствах, вполне себя оправдывают, обеспечивая у большинства больных терапевтический эффект.

Выводы

Выбор пенициллиновых (амоксциллина или амоксициллина /клавуланата) препаратов в качестве стартовой терапии обеспечивал терапевтический эффект у всех детей с пневмококковой пневмонией, но у большинства больных с атипичными пневмониями потребовал коррекции антибактериальной терапии и перехода на макролидный препарат из-за отсутствия эффекта.

Назначение макролидного антибиотика (азитромицина) как при пневмококковой, так и атипичной пневмонии обеспечивало эффект у всех больных. Тем не менее, это не означает, что для стартовой терапии следует сделать выбор в пользу макролидов при пневмониях любой этиологии.

Оптимальным решением для выбора макролидов как препаратов первого ряда будет отсутствие типичных для пневмококковой пневмонии клинических и рентгенологических признаков, а также сформулированные ранее показания: подозрение на атипичные инфекции или аллергия на бета-лактамы антибиотиков.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдуллаева М.Н. Активность протеолитических систем крови, эйкозаноидов, иммунологических механизмов и их коррекции при острой пневмонии у детей раннего возраста. /Дисс... док.мед.наук. С. Петербург. 1992. - 311 с.
2. Абдуллаходжаева М.С., Кузнецова Т.А. Экспертная оценка детской смертности от острых бронхолегочных заболеваний в г.

- Ташкенте. //Мед. журн. Узбекистана. - 1995. - №1. - С. 24-26.
3. Айнабекова Б.А. Региональные особенности течения пневмоний, диагностика и лечение. Алматы. /Автореф. д.м.н.. .2002. - 44 с.
 4. Акимова Ф.А. Значение грудного вскармливания в предупреждении заболевания и летальности у детей от пневмонии и острых кишечных инфекций. //Центрально - Азиатский медицинский журнал - 1999- № 2- С. 164 -168.
 5. Алексеева Н.В., Колотухин А.И. Значение интенсивности перекисных процессов у детей находящихся в критическом состоянии //Полиорганная мембранная патология у детей (сборник научных статей). Москва. - 2001. С. 111-115.
 6. Алимов А.В. Клинико-патогенетическая характеристика эндотоксикозов при острых осложненных пневмониях у детей раннего возраста. Методы коррекции. Авторефер. дисс. док. мед. наук.. Ташкент 2003. 38 С.
 7. Алимухамедова М.Р. Клиническая эффективность иммунокорректирующей терапии при тяжелых пневмониях у детей раннего возраста в зависимости от преморбидного фона в условиях Приаралья. Авторефер. дис...к.м.н. Ташкент 1999. 16 С.
 8. Алтыбаева С.Ш. Болаларда бронх-упка касаллик кайта ривожланишига сабаб булувчи омиллар // Педиатрия - Тошкент, 2002- №2 - 3. - Б. 32-34.
 9. Антибактериальная терапия. Практическое руководство. Под редакцией Л.С. Страчунского. Москва, 2000г.321 ст.
 10. Антипкин Ю.Г., Лапшин В.Ф., Уманец Т.Р. Принципы диагностики и лечения негоспитальных пневмоний у детей. Здоровье Украины, 2008. 24/1: 11-13.
 11. Артыков З.Ю. Клинико-диагностическое значение трансаминаз ароматических аминокислот при осложненных пневмониях у детей раннего возраста. Дисс. ... канд.мед.наук.- Ташкент, 2001. - 120 с.
 12. Асадов Д.А., Яркулов А. Б., Махамаджанова М.А. Узбекистон республикасида 1999 йилдаги гудаклар улимининг тахлили ва камайтириш истикболлари // Педиатрия. 2000. - №1. - С. 5-13.
 13. Асадов Д.А., Яркулов А.Б., Ахмедова Д.И, Анализ причин младенческой смертности в республике Узбекистан за 1998 г. и пути ее снижения// Педиатрия (узб) . 1999. - №1. - С. 6-9.
 14. Баранов А.А., Страчунский Л.С. Применение антибиотиков у детей в амбулаторной практике. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия, 2013. - Том 9, №3.- С. 200-210.

Поступила 09.05.2021

**МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ И ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УЗИ У ДЕТЕЙ**

Савастюк Антон Евгеньевич

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

✓ **Резюме**

По данным авторов при воспалительных изменениях диаметр червеобразного отростка значительно увеличивается, по сравнению со средними показателями нормы.

На сегодняшний день наиболее популярным и практичным методом исследования основания червеобразного отростка является УЗИ, несмотря на наличие более точных методов диагностики (КТ). Но при проведении УЗИ червеобразный отросток не всегда визуализируется из-за своего положения, которое окончательно формируется после первых лет жизни.

Ключевые слова: морфометрическая и топографическая характеристика червеобразного отростка, УЗИ у детей.

**BOLALARDA UZI FOYDALANISH VAQTIDA CHUVALCHANSIMON O'SIMTASI
MORFOMETRIK VA TOPOGRAFIK XUSUSIYATLARI**

Savastyuk Anton Evgenievich

Belorusiya davlat tibbiyot universiteti, Belorussiya

✓ **Rezyume**

Mualliflarning fikriga ko'ra, yallig'lanish o'zgarishi bilan, appendiksning diametri normaning o'rtacha qiymatlari bilan solishtirganda sezilarli darajada oshadi.

Bugungi kunda, aniqroq diagnostika usullari (KT) mavjud bo'lishiga qaramay, qo'shimchani asosini tekshirishning eng mashhur va amaliy usuli ultratovush hisoblanadi. Ammo ultratovush paytida, qo'shimchani har doim ham hayotning birinchi yillaridan keyin hosil bo'lgan pozitsiyasi tufayli ingl.

Kalit so'zlar: qo'shimchani morfometrik va topografik xususiyatlari, bolalarda ultratovush tekshiruvi.

**MORPHOMETRIC AND TOPOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF THE WORM
PROCESS DURING USE IN CHILDREN**

Savastyuk Anton Evgenievich

Belarusian State Medical University, Belarus

✓ **Resume**

According to the authors, with inflammatory changes, the diameter of the appendix increases significantly compared to the average values of the norm.

Today, the most popular and practical method for examining the base of the appendix is ultrasound, despite the availability of more accurate diagnostic methods (CT). But during ultrasound, the appendix is not always visualized due to its position, which is finally formed after the first years of life.

Key words: morphometric and topographic characteristics of the appendix, ultrasound in children.

Актуальность

Правая подвздошная область у детей имеет большое практическое значение для диагностики и лечения острого аппендицита. В детском возрасте аппендицит развивается быстрее, а деструктивные изменения в отростке, приводящее к аппендикулярному перитониту, возникают значительно чаще, чем у взрослых. Эти закономерности наиболее выражены у детей первых лет жизни, что обусловлено анатомо-физиологическими особенностями детского организма, влияющими на характер клинической картины заболевания и в некоторых случаях требующими особого подхода к лечению юных пациентов.

Цель исследования:

1. Изучить результаты ультразвукового исследования диаметра основания червеобразного отростка у детей разных возрастных групп.
2. На основе литературных данных изучить особенности развития и варианты положения червеобразного отростка в детском возрасте.

Материал и методы

Были изучены результаты ультразвукового исследования 56 пациентов, обратившихся в РНПЦ «Детской хирургии» г. Минска с жалобами на боли в животе. Проведён статистический анализ данных, касающихся основания червеобразного отростка.

Результат и обсуждение

56 пациентов были разделены на 4 возрастные группы: 1-3 года, 4-9 лет, 10-13 лет, 14-16 лет. Средний размер основания червеобразного отростка составил: у детей 1-3 года — 4,3 мм., 4-9 лет — 5,8 мм., 10-13 лет — 6,6 мм., 14-18 лет — 7,1 мм. В этот статистический анализ не вошли пациенты, у которых были выявлены хирургические патологии: 8 флегмонозных аппендицитов и 1 гангренозный.

Среди исследуемых пациентов, не имевших хирургической патологии, самый крупный диаметр отростка был диагностирован у девочки 15 лет - 8,3 мм., что превышает средние показатели, но, в данном случае, не является следствием воспалительного процесса в отростке. Наименьший диаметр был у мальчика возрастом 3 года – 4,1 мм.

По литературным данным, просвет червеобразного отростка может

увеличиваться и из-за процессов, не свойственных воспалительным. Там могут скапливаться газы, фекалии, жидкости. В следствие этого, при проведении УЗИ может использоваться метод измерения стенки червеобразного отростка [1].

Среди пациентов с хирургическими патологиями было диагностировано 8 флегмонозных аппендицитов в следующих возрастных группах: 4-9 лет — 4 ребенка (средний диаметр основания червеобразного отростка равен 9,35 мм), 10-13 лет — 2 ребенка (средний диаметр основания червеобразного отростка равен 9,95 мм), 14-18 лет — 2 ребенка (средний диаметр основания червеобразного отростка равен 11,0 мм). Выявлен один случай гангренозного аппендицита в возрастной группе 4-9 лет (диаметр червеобразного отростка равен 9,3 мм), других хирургических патологий выявлено не было (рис.3. УЗИ воспаленного червеобразного отростка).

Средний диаметр основания червеобразного отростка у детей с острым аппендицитом значительно превосходит средние показатели у детей без этой хирургической патологии. Вероятно, это связано с развитием воспалительного процесса в отростке, сопровождающегося утолщением его стенки. Причину возникновения данного процесса можно объяснить, зная строение червеобразного отростка.

Слизистая оболочка червеобразного отростка имеет кишечные железы (крипты), покрытые однослойным призматическим эпителием со сравнительно небольшим содержанием бокаловидных клеток. Собственная пластинка слизистой оболочки без резкой границы (из-за слабого развития мышечной пластинки слизистой) переходит в подслизистую основу. В собственной пластинке и подслизистой основе располагаются крупные скопления лимфоидной ткани. Мышечная оболочка имеет два слоя: внутренний – циркулярный и наружный – продольный. Снаружи отросток покрыт серозной оболочкой, которая образует собственную брыжейку отростка [2].

Именно из-за большого скопления лимфоидной ткани и происходит воспалительный процесс в червеобразном отростке.

На момент рождения ребенка отросток представляет собой конусовидный вырост,

открытый в слепую кишку, и не имеет крипт. Лимфоидные фолликулы отсутствуют до 1-2 месяцев. К 3-5 годам происходит полное развитие лимфоидного аппарата, изменяется строение слизистой, образуются крипты, формируется примитивный клапан Герлаха. Именно с этого возраста воспаление червеобразного отростка является наиболее вероятным [3].

У детей первого года жизни преобладают деструктивные формы аппендицита с перитонитом из-за недоразвития большого сальника, тонкой стенки червеобразного отростка и его нетипичным положением.

Сальник начинает покрывать червеобразный отросток только в подростковом возрасте, что обеспечивают защиту от распространения воспалительного процесса, однако иногда затрудняет исследование червеобразного отростка из-за того, что под покровом сальника отросток не всегда хорошо визуализируется.

Среди всех исследуемых нами пациентов у 34% червеобразный отросток не визуализировался на УЗИ. Это связано с индивидуальностью положения отростка в правой подвздошной области у каждого ребенка.

По литературным данным наиболее часто встречающимися являются следующие положения: нисходящее (до 45%) – червеобразный отросток спускается вниз и находится в области входа в малый таз; передневосходящее (у 10%); задневосходящее, или ретроцекальное (у 20%) – червеобразный отросток располагается за слепой кишкой и направляется дорсально кверху, именно при таком положении возникают наибольшие диагностические трудности; медиальное (15%) – отросток направлен к средней линии и верхушка его обращена к корню брыжейки тонкой кишки; латеральное (у 10%) – кнаружи от слепой кишки, направлен вверх [4].

При рождении червеобразный отросток ребенка представляется конусовидный вырост, сообщаящийся со слепой кишкой. По мере роста организма и изменения положения органов, червеобразный отросток может изменить своё положение, например, достичь задней части слепой кишки (ретроцекальное положение) [5].

Помимо зависимости визуализации червеобразного отростка от положения, по литературным данным, также существует зависимость визуализации от возраста, роста и веса у детей. Средние показатели возраста,

веса и роста детей с визуализированным отростком (8.6 ± 0.3 лет, 29.9 ± 0.9 кг, 127.7 ± 1.7 см, соответственно) были заметно ниже, чем у детей с невизуализированным отростком (9.8 ± 0.4 лет, 36.0 ± 1.8 кг, 134.7 ± 2.5 см, соответственно) [6].

На сегодняшний день УЗИ является общепризнанным и наиболее доступным методом диагностики острого аппендицита. Однако наиболее информативным методом является компьютерная томография.

Чувствительность, специфичность и точность КТ немного выше, чем у УЗИ. Но УЗИ является более дешевым и практичным методом, несмотря на то, что результат во многом зависит от опыта врача.

Вывод

По результатам статистического анализа диаметра основания червеобразного отростка можно судить о том, что в разных возрастных группах, в норме, диаметр червеобразного отростка значительно отличается.

При воспалительных изменениях диаметр червеобразного отростка значительно увеличивается, по сравнению со средними показателями нормы.

На сегодняшний день наиболее популярным и практичным методом исследования основания червеобразного отростка является УЗИ, несмотря на наличие более точных методов диагностики (КТ). Но при проведении УЗИ червеобразный отросток не всегда визуализируется из-за своего положения, которое окончательно формируется после первых лет жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ultrasonography of normal and abnormal appendix in children / N. H. Park [et al.] // World J. of Radiol. – 2011. – Vol. 3, № 4. – P. 85–89
2. Аппендикс человека [Электронный ресурс] // Википедия. – Режим доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/Аппендикс_человека. – Дата доступа: 28.04.2021.
3. Особенности клинической картины и диагностика аппендицита у детей до 3–5 лет // Болезни червеобразного отростка у детей: клиника, диагностика, хирургическая тактика и лечение: учеб. пособие для студентов, обучающихся по спец. «Педиатрия» и «Лечебное дело» / Иванов. гос. мед. акад., Каф. дет. хирург. болезней, анестезиологии, реаниматологии ; сост.: И. С. Буров [и др.]. – Иваново, 2018. – С. 29–35

4. Разумовский А.Ю. [и др.]. Острый аппендицит у детей: федерал. клин. рекомендации /Рос. Ассоц. дет. Хирургов; гл. ред. В. М. Розинов; разраб.: А.Ю. Разумовский [и др.]. – Москва, 2013. – С. 8-9
5. Jorge A. Development of the vermiform appendix in children from different age ranges / A. Jorge, J. R. Ferreira, Y. G. Pacheco // Braz. J. Morphol. Sci. – 2009. – Vol. 26, № 2. – P. 68–76
6. Ozel A. et al. Sonographic appearance of the normal appendix in children / A. Ozel [et al.] // J. of Clin. Ultrasound. – 2011. – Vol. 39, №4. – P. 183–186.

Поступила 09.05.2021

ИЗУЧЕНИЕ ПИЩЕВОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Паттахова Малика Хусановна malikapattahova@gmail.com

Ташкентская Медицинская академия

✓ Резюме

Цель исследования. Изучение фактического питания больных с хроническими заболеваниями печени, определяющееся как фактор развития болезни.

Материалы и методы. Для оценки пищевого состояния пациентов использованы методы анкетирования и метод опроса рекомендованный ВОЗ, где учитываются определённые пищевые продукты, регулярно употребляемые больным вне стационара в завтрак, обед и ужин. При этом учитывается количество и химический состав питания и степень энергозатраты.

Результаты. Выявилось несоблюдение диеты № 5 по Певзнеру у некоторых пациентов.

Выводы. В суточном рационе питания пациентов с хроническими заболеваниями печени основные белковые продукты питания на 10-25 %, витамин С, железо и ПНЖК на 20-35 % ниже гигиенической нормы. Величина основного обмена составляет у мужчин 1565 ккал, у женщин 1450 ккал, специфические динамические действия пищи составляет 150,7 ккал, общая энергетическая ценность составляет 2347,5 ккал для мужчин, 2171,0 ккал для женщин.

Ключевые слова: хронические заболевания печени, пищевой статус, иммунная воспалительная реакция, повреждение гепатоцитов.

STUDYING THE FOOD STATUS OF PATIENTS WITH CHRONIC LIVER DISEASES

Pattakhova Malika Khusanovna malikapattahova@gmail.com

Tashkent Medical Academy

✓ Resume

Evaluation of Nutritional Status of Patients with Chronic Liver Disease

Purpose: Evaluation of the actual nutrition of patients with chronic liver disease, which determines the course of the disease.

Materials and Methods: For evaluation a nutritional status of patients a questionnaire proposed by WHO was utilized. It accurately collects data concerning the amount of products consumed regularly for breakfast, lunch and dinner. In addition, chemical content of the diet and daily energy consumption were studied.

Results: A certain proportion of patients does not follow the Pevzner's diet (Diet №5).

Conclusion: In patients with chronic liver disease daily intake of protein-rich products; vitamin C, iron and polyunsaturated fatty acids (PUFAs) are below the recommended daily intake values and reach 10-25% and 20-35%, respectively. Basal metabolic rate found to be 1565 kcal and 1450 kcal for men and women, respectively. Specific dynamic action of food is 150.7 kcal, daily energy content of food is found to be 2347.5 kcal for men and 2171.0 kcal for women.

Key words: chronic liver diseases, nutritional status, immune inflammatory response, damage to hepatocytes, diet therapy.

JIGARNING SURUNKALI KASALLIKLARI BILAN KASALLANGAN BEMORLARNING OZIQ-OVQAT HOLATINI O'RGANISH

Pattaxova Malika Xusanovna

✓ **Rezyume**

Tadqiqot maqsadi. Surunkali jigar kasalliklari bilan og'rigan bemorlarning kasallikning rivojlanish omili sifatida aniq ovqatlanishini o'rganish.

Materiallar va uslublar. Bemorlarning ovqatlanish holatini baholash uchun bemor tomonidan kasalxonadan tashqarida nonushta, tushlik va kechki ovqat uchun muntazam ravishda iste'mol qilinadigan ba'zi oziq-ovqat mahsulotlarini hisobga olgan holda, JSST tomonidan tavsiya etilgan anketa usullari va so'rovnoma usuli ishlatilgan. Bunda oziq-ovqat miqdori va kimyoviy tarkibi va energiya sarfi darajasi hisobga olinadi.

Natijalar. Ba'zi bemorlarda Pevznerga ko'ra 5-sonli parhezga rioya qilmaslik aniqlandi. Xulosa. Surunkali jigar kasalliklari bilan kasallangan bemorlarning kunlik ovqatlanishida asosiy proteinli ovqatlar gigiena me'yorida 10-25%, S vitamini, temir va PUFA 20-35% past. Metabolizmning bazal darajasi erkaklar uchun 1565 kkal, ayollar uchun 1450 kkal, ovqatning o'ziga xos dinamik harakati 150,7 kkal, umumiy energiya qiymati erkaklar uchun 2347,5 kkal, ayollar uchun 2171,0 kkal.

Kalit so'zlar: jigarining surunkali kasalliklari, ovqatlanish holati, immunitetning yallig'lanish reaksiyasi, gepatotsitlarning zararlanishi.

Актуальность

Понятие «правильного» или «здорового» питания, «модификации образа жизни» активно обсуждается в настоящее время как в аспекте профилактики, так и лечения заболеваний печени. Проблема здорового питания в современной жизни становится очень актуальной. Исходные нарушения питания в значительной степени снижают эффективность лечебных мероприятий при хронических заболеваниях, травмах, ожогах, обширных оперативных вмешательствах и др., отрицательно влияют на продолжительность пребывания больных в стационаре. Накопленный опыт развития основных клинических дисциплин свидетельствует о том, что в стратегии лечебных мероприятий у больных терапевтического и особенно хирургического профиля одно из центральных мест должны занимать коррекция нарушений обмена и адекватное обеспечение энергетических и пластических потребностей. [1,2,3,4]. С питанием связаны все жизненно важные функции организма. Оно — источник развития тканей и клеток, их постоянного обновления, насыщения человека энергией. Неправильное питание — как избыточное, так и недостаточное — способно нанести существенный вред здоровью человека в любом возрасте. Это выражается в снижении уровня физического и умственного развития, быстрой утомляемости, неспособности оказывать сопротивление воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды, снижении работоспособности и даже

преждевременном старении и сокращении продолжительности жизни.

Хронические гепатиты занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваний печени. Социальная значимость хронических гепатитов определяется тем, что они могут прогрессировать в цирроз печени и гепатоцеллюлярную карциному, которые характеризуются высоким уровнем инвалидизации и смертности [5]. Гораздо меньше внимания уделялось факторам, связанным с особенностями самого организма, которые потенциально могут вступать и во взаимодействие с этиологическим агентом и влиять на эффективность лекарственных средств, используемых для лечения хронических гепатитов и, тем самым, влиять на результат лечения в целом. Среди таких факторов до настоящего времени было уделено мало внимания факторам, связанным с пищевым статусом, разнообразные нарушения которого встречаются у значительного числа больных хроническими гепатитами [6]. Эти нарушения, характеризующиеся изменениями состава тела, фактического питания и метаболизма основных макронутриентов представляют собой весьма интересный объект для изучения в связи с прогнозированием эффективности лечения хронических гепатитов различной этиологии, в частности вирусной, алкогольной, токсической и др.

Цель исследования. Изучение фактического питания больных с хроническими

заболеваниями печени, определяющееся как фактор развития болезни.

Материал и методы

Фактическое питание больных с хроническими заболеваниями печени изучалось в отделении общей терапии Ташкентской Медицинской Академии. Для оценки пищевого состояния пациентов использованы методы анкетирования и метод опроса рекомендованный ВОЗ, где учитываются определённые пищевые продукты, регулярно употребляемые больным вне стационара в завтрак, обед и ужин. При этом учитывается количество и химический состав питания и степень энергозатраты. Как известно, при осуществлении санитарно-гигиенического контроля и оценки состояния питания различных групп населения в конкретных условиях труда и быта с целью приближения питания к физиологическому оптимуму изучаются, с одной стороны, показатели, характеризующие питание как фактор окружающей среды (энергетическая ценность и химический состав рационов, режим питания и т.д.), а с другой – показатели пищевого статуса, характеризующие состояние здоровья обследуемых групп. При изучении питания нами использованы активное анкетирование. Нерациональное питание и несоблюдение диеты при хронических заболеваниях печени создают метаболические нарушения в организме и способствуют развитию гепатитов или активации хронических заболеваний печени с последующей трансформацией в цирроз печени. В фактическом питании больных хроническими заболеваниями печени имеет значение повышенное потребление жиров, углеводов, недостаток витаминов, белков и употребление алкоголя при минимальной энергозатрате. Энергетическая ценность рациона определена хронометражным методом.

В работе было изучено содержание основных пищевых веществ и пищевых

ингредиентов (белков, жиров и углеводов), некоторых витаминов и минеральных элементов в суточных рационах питания 40 пациентов с хроническими заболеваниями печени.

Результат и обсуждения

Выявилось несоблюдение диеты № 5 по Певзнеру у некоторых пациентов. Установлено, 31 % пациентов питаются 4 раза в день, 54 % 5 раза в день и 15 % 6 раза в день. Исследование показало, что 94 % пациентов питаются дома и только 6 % питаются вне дома.

Из сопутствующей патологии 43 % пациентов выявили хронический холецистит, 21 % хронический гастрит, 5 % страдают от язвенной болезни желудка, у 10 % в анамнезе наблюдались кровотечения, у 28 % пациентов выявили анемию различной степени.

Отмечен крайне низкий потребление рыбных продуктов, а в зимнее время низкое потребление свежих овощей, фруктов и ягод. Вместе с тем, в некотором избытке потребляются жирные, макаронные и хлебобулочные изделия. Содержание основных пищевых веществ, особенно белков животного происхождения составляют 61 %, а количество витаминов С, В1, В2, В6 и минеральные элементы калий, кальций, магний, фосфор, железо, медь, марганец в рационах питания ниже нормы и не соответствует физиологическим потребностям.

Результаты проведенные нами исследований показали, что в суточном рационе установлены дефицит белка в 15 %, дефицит жиров 20-25 %, особенно полиненасыщенные жирные кислоты, дефицит витаминов А, С, Р, В1, В6, В12, избыточное употребление углеводов: сахарозы – на 40 % за счет хлебных изделий, в суточном рационе дефицит микроэлементов. Состав суточного рациона питания пациентов приведен в таблице №1.

Таблица 1

Средняя потребность продуктов питания пациентов с хроническими заболеваниями печени

Average Dietary Requirement for Patients with Chronic Liver Disease

№	Название продукта Food Name	Постоянный состав продуктов питания (грамм) Average Daily Intake, g.	Физиологическая норма потребления (грамм) Recommended Daily Intake, g.
1	Пшеничных хлеб (Wheat bread)	90	200
2	Пшеничная мука (Wheat flour)	45-55	15,0
3	Макароны (Pasta)	60-65	40,0
4	Рис (Rice)	70	20
5	Сахар (Sugar)	35-45	50,0
6	Мясо (Meat)	82	150,0
7	Рыба (Fish)	2-4	20,0
8	Яйцо, штук (Egg, pc)	0,65	1
9	Молоко (Milk)	300	500,0
10	Сыр (Cheese)	10-15	10,0
11	Сливочное масло (Butter)	10-20	25-30
12	Растительное масло (Vegetable Oil)	20,5	25
13	Картошка (Potato)	200-210	400
14	Овощи (Vegetables)	80-85	550
15	Фрукты и соки (Fruits and Juices)	64-68	100,0
16	Энергичность (Energy Content)	2345+15	2171+17
17	Белки (Protein)	51+0,5	86-80
18	Жиры (Fat)	53+0,8	96-82
19	Углеводы (Carbohydrates)	240+3,1	380-330

В анкете пациентов отмечено присутствие молока, молочных продуктов, сузьма, сыр и др. Из мяса и мясных продуктов: говядина, баранина, курятина.

Из овощей: картошка, морковь, свекла, помидоры; из фруктов: яблоки, виноград, гранат, груши, хурма, инжир, персики, цитрусовые; из зерновых продуктов: хлеб, мука, горох, рис. Питание женщин и мужчин изучалась отдельно. В общем употребление молока и молочных продуктов составили в среднем 300 мл, для женщин 250 мл, для мужчин 200 мл. При сравнении результатов с гигиеническими нормами, определили что их количество в 2 раза ниже чем гигиенические нормы. Количество яйца в суточном рационе в среднем 12,6 г из них, у женщин составляет 0,65 (9,3 гр), у мальчиков 16 гр (1 шт) , сузьма 10-15 гр, сыр 10-20 гр. Анализ мяса и мясных продуктов, употребляемых за сутки в среднем: 78 гр говядина, у мужчин 77 гр, а у женщин 80 гр. Сопоставление полученных результатов с гигиеническими нормами (176 гр) ниже на 2,2 чем гигиенические нормы. Анализ зерна и зерновых продуктов, употребляемых за сутки в среднем: хлеб у женщин 74 гр, у мужчин 94 гр

в среднем 84 гр, рис в среднем суточном рационе составляет 64 гр из них у мужчин 95 гр, у женщин 33 гр, горох 10-15 гр, пшеничная мука 250-300 гр. Общее количество зерна и зерновых продуктов 500-1400 гр. Сопоставление полученных результатов с гигиеническими нормами показало, что зерновые продукты в 1,2 раза выше нормы. Анализ овощей и фруктов, употребляемых за сутки: картошка 83,5 гр, из них у женщин 72 гр, а у мужчин 95 гр., морковь в среднем 46 гр., из них у мужчин 44 гр., у женщин 48 гр, огурцы 10-11 гр., репка 1 гр., помидор 20-30 гр., лук 0,10-0,15 гр., зелень 1-5 гр. Общее количество овощей и фруктов составляют 190,5 гр. Сопоставление полученных результатов с гигиеническими нормами показали в 1,5-2 раза ниже.

Выводы

1. В суточном рационе питания пациентов с хроническими заболеваниями печени основные белковые продукты питания, такие как молочные продукты, мясо, рыба и курятина на 10-25 %, витамин С, железо и ПНЖК на 20-35 % ниже гигиенической нормы.

2. Величина основного обмена составляет у мужчин 1565 ккал, у женщин 1450 ккал, специфические динамические действия пищи составляет 150,7 ккал, общая энергетическая ценность составляет 2347,5 ккал для мужчин, 2171,0 ккал для женщин.

3. Необходимо провести диетическую коррекцию суточного рациона, дополнительно обогащать белками, аминокислотами как лизин, моновенасыщенными жирными кислотами, в частности линоленовой и арахидоновой кислотой. Предлагается обогатить рацион мясом, печенью, рыбой, молочными продуктами и овощами, фруктами.

4. Строго соблюдать идеальную формулу питания 1:1:4 суточного рациона. Соблюдать 4х кратный режим питания и разнообразить ассортимент суточного рациона, увеличить пектиновые вещества на 5-10 %.

5. Предлагается принимать фиточаи с желчегонным и гепатопротекторным эффектом, соки шиповника, сушеного урюка и других лечебных трав.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. В.А. Тутельян, чл.-корр. РАМН, профессор М.Г. Гаппаров, профессор А.В. Погожева и др, Методическое письмо. «Способ определения пищевого статуса больных и методы его коррекции специализированными продуктами лечебного питания в условиях стационарного и санаторно-курортного лечения». /Санкт-Петербург, 2004 год/.
2. Маевская М.В., Ивашкин В.Т. Печень и питание. Оптимальная диета при неалкогольной жировой болезни печени. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2018;28(5):105-116
3. Маевская М.В., Маевский Р.М. Еда как образ жизни. Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол 2016;26(5):104–15 [Mayevskaya M.V., Mayevsky R.M. Food as a lifestyle Rus J Gastroenterol Hepatol Colproctol. 2016;26(5):104–15 (In Rus.)].
4. Lu W., Li S., Li J., et al. Effects of omega-3 fatty acid in nonalcoholic fatty liver disease: a meta-analysis. Gastroenterol Res Pract. 2016;2016:1459790.
5. Юшук Н. Д., Знойко О. О., Якушечкина Н. А. и др. Оценка социально-экономического бремени гепатита С в Российской Федерации // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2013, № 2 (69), с. 18–33.
6. Hart C. L., Morrison D. S., Batty G. D., et al. Effect of body mass index and alcohol consumption on liver disease: analysis of data from two prospective cohort studies // BMJ. 2010. - Vol.340. -. -P.C1240.

Поступила 09.04.2021

ЎСМИР-ҚИЗЛАР ВА ТУҒИШ ЁШИДАГИ АЁЛЛАР РЕПРОДУКТИВ САЛОМАТЛИГИ МУАММОЛАРИ

Сиддиқов Бобиржон Турсинали ўғли, Ашулова Манзура Джалолдиновна

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти,

✓ Резюме

Талабаларнинг репродуктив саломатлик муаммолари ҳақида хабардорлик даражаси ўрганилди. Хабардорлик даражасининг қониқарсизлиги, маълумотларнинг сифатсизлиги ёки етишмаслиги аниқланди. Аксарият талабалар фикрича ҳозирги даврда ўқувчилар ва талабаларни репродуктив саломатлик муаммолари ҳақидаги маълумотларни оммавий ахборот воситалари, мактаб ва олийгоҳларда, телевидения орқали етказиш мақсадга мувофиқдир.

Калит сўзлар: репродуктив саломатлик, хавф омиллари, турмуш тарзи, гинекологик касалликлар

REPRODUCTIVE HEALTH PROBLEMS OF ADOLESCENTS AND WOMEN OF FERTILE AGE

Sidiqov Bobirjon Tursinali o'g'li, Ashurova Manzura Djaloldinovna

Fergana medical institute of public health

✓ Resume

The level of awareness of students about the problem of reproductive health was studied. It is revealed that there is a problem of bad informing, poor-quality of information, or simply its lack. Most students agree that currently it would be possible to better inform students about the problem of reproductive health in the mass media, schools, universities, and on television.

Keywords: reproductive health, risk factors, lifestyle, gynecological diseases

ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ И ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Сидигов Бобиржон Турсинали о'ғли, Ашулова Манзура Джалолдиновна

Ферганский медицинский институт общественного здравоохранения

✓ Резюме

Был изучен уровень осведомленности студентов о проблеме репродуктивного здоровья. Выявлено, что существует проблема плохого информирования, низкого качества информации или просто ее отсутствия. Большинство студентов согласны с тем, что в настоящее время можно было бы лучше информировать студентов о проблеме репродуктивного здоровья в средствах массовой информации, школах, университетах и на телевидении.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, факторы риска, образ жизни, гинекологические заболевания

Долзарблиги

Репродуктив саломатлик инсоният тараққиётида, унинг умумий саломатлигининг бир қисми бўлса-да, марказий звенони эгаллаб келмоқда. У барча-барчага, ҳам эркакларга, ҳам аёлларга, вақт ўтиб — эрта-индин катталар қаторига қўшилажак болалар ва ўсмирларга ҳам тааллуқли бўлиб, уларнинг бутун оилавий

ҳаётини, уни қандай ташкил этишни, ушбу масалага оид бўлган барча ахборотлардан воқиф бўлишни, хомиладорлик ва ундан сақланишнинг хавфсиз усуллари, контрацептив воситалар ва улардан фойдаланиш, булар билан боғлиқ масалаларда соғлиқни сақлаш тизими хизматидан

тўлақонли ва эркин фойдаланиш ҳуқуқини, ҳар бир инсоннинг ўз репродуктив ҳуқуқи мавжудлигини, шунинг баробарида, ҳар ким ўз оиласида туғилажак фарзандларининг, зурриёдининг соғлом бўлишини таъминлаши шарт ва зарурлигини аңлатади. Ушбу масалаларда етарли билим ва тажрибага, амалий кўникмаларга, тиббий саводхонлик ва тиббий маданиятга эга бўлмаган одам ўз ҳаётида қатор муаммоларга дуч келиши, турли касалликларга йўлиқиши, айрим ҳолларда тузатиб бўлмайдиган хатоликларга йўл қўйиши, ўзи ёки фарзандлари оғир дардга чалиниши, ногирон, носоғлом фарзандларни дунёга келтириши, бир умрга ҳар бир оила аъзоси учун, пировардида жамият учун ташвиш туғдирадиган носоғлом оилани шакллантириши, насл-насабга зарар етказилиши ёки бўлмаса бепуштлик ҳолатлари рўй бериши мумкинлиги жамиятимиз ҳаётидаги бор ҳақиқатдир. Шу боисдан ҳам, бутун дунёда репродуктив саломатлик фақат тиббий муаммо эмас, балки, тиббий — ижтимоий, қолаверса, ижтимоий-сиёсий муаммо ҳисобланади.

Республика аҳолиси саломатлигини сақлаш муҳим миллий хавфсизлик муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Репродуктив саломатлик миллат саломатлиги ва келажагининг энг муҳим таркибий қисмларидан бири бўлиб қолмоқда [1,2,7].

Тадқиқот усуллари – назарий: тадқиқот муаммолари бўйича адабиётлар, ўқув-услубий, меъёрий ҳужжатларни ўрганиш, тиббий-ижтимоий, ижтимоий-гигиеник, олинган маълумотларни статистик ишланмаси.

Белоруссиялик олимлар Э.Д. Смоленко, И.М. Прищепа, О.Л. Кудина, ОА Пересада ва бошқаларнинг таъкидлашларича, бу шунингдек қониқарли ва ишончли жинсий ҳаётни, оилани режалаштириш масалаларини мустақил равишда ҳал қилиш қобилятини аңлатади. Инсон репродуктив тизимининг ривожланиши ва шаклланишида балоғат даври алоҳида ўрин тутаети, чунки организмда биологик ва психологик қайта қуриш, янги ижтимоий муҳитга мослашиш жараёнлари юз беради. Ушбу "турғунлик" даврида мустақиллик истаги, янги шахсни қидириш, ота-оналарнинг фикр-мулоҳазалари ва қадриятларидан воз кечиш истаги пайдо бўлати. Ўсмирлик даврида юзага келадиган гормонал ўзгаришлар жинсий ва ҳиссий хатти-ҳаракатларга катта таъсир кўрсатади ва баъзида агрессивликда намоён бўлати. Бу ҳолатни билиш, ўсмирнинг хулқ-атвори

хусусиятларини ўрганиш учун жуда муҳимдир. Ўсмирлик психологик хусусиятини билишда атроф муҳитнинг микроижтимоий (оила, мактаб, яқин атрофидаги инсонлар) ва макроижтимоий омиллари (жамият ва маданият) катта аҳамиятга эга. Бу давр катталар дунёсини тезкор билиш, катталар каби ҳаракат қилиш истаги билан ажралиб туради. Ўсмирнинг ижтимоий ривожланишида жамият ва соғлиқни сақлаш соҳасида, шу жумладан, ижтимоий фаолиятнинг турли соҳаларда, қадриятлар ва меъёрларда инсонларнинг руҳий ҳолатини эътиборга олиш аҳамиятли ҳисобланади [3,4,5,8].

Бир қатор текширувлар (Алексеев С.В., Гуркин Ю.А.) натижаларига кўра 16 ёшдаги ўсмирларнинг ярми жинсий тажрибага эга бўлишмоқда. 20-21 ёшда жинсий фаол ёшлар 80%ни ташкил қилган. Уларнинг асосий қисми никоҳдан ўтиш зарур эмас деб ҳисоблашади. Тиббий билимларга эга бўлмаган ҳолда ўзининг ва ҳамроҳининг саломатлигига масъулиятсиз ёндошиш репродуктив ва жинсий саломатликка хавф туғдиради, никоҳсиз фарзандларнинг дунёга келиши, ЖИЮК тарқалиши ўсмир қизларнинг ҳомиладорлик даражасини ортиши ва шахсий муаммоларни келтириб чиқаради. Шунинг учун репродуктив саломатлик муаммоларига ЖИЮК, ОИВ, ОИТС билан касалланиш ва абортлар киритилмоқда. Ҳозирги кунда 30 га яқин жинсий йўл билан юқадиган касалликлар аниқланган. ЖССТ маълумотида кўра дунёда йилига 33 млн аҳолида жинсий аъзолар юқумли касалликлари аниқланган. Шундан аёлларда эркакларга нисбатан 5 баробар кўп касалланиш қайд этилган.

Репродуктив саломатликни сақлашга оид энг долзарб муаммоларидан бири абортлар бўлиб қолмоқда. Халқаро кенгашларда қабул қилинган барча ҳужжатларда абортни туғилишни назорат қилиш мақсадида тарғибот қилмаслик, зарурат туғилганда барча хавфсизлик чораларини кўриш зарурлигини белгилаб қўйилган. Шунга қарамай ривожланаётган мамлакатларда абортлар сони камайгани йўқ.

Халқаро ташкилотлар маълумотларига кўра:

- дунёда барча ҳомиладорликнинг 3/2 қисми аборт қилинмоқда;
- контрацепция усуллариининг 21-28% ни абортлар ташкил қилади;
- дунё бўйича йилига 45 млн абортлар қилиниб, бу фертил ёшдаги 1000 аёлга 37-40 аборт тўғри келади;

-барча абортларнинг 1/3 қисми асоратларга олиб келади;

- иккиламчи бепуштлиқнинг 80% да абортлар сабаб бўлади;

-оналар ўлими ҳолати 13% абортлар туфайли юзага келади.

ЖССТ маълумотларига кўра йилига Африка давлатларида -5 млн.га яқин, Осиёда -10 млн.га яқин, Европада -1млн, Лотин Америкасида ва Кариб минтақасида -4 млн.абортлар асоратли кечиши аниқланган. Аборт қилинган ҳар 10 та аёлнинг 1 дан 5 тагачаси сепсис, қон кетиши, травмалар каби асоратлар туфайли шошилишча тиббий ёрдамга муҳтож бўлишади. Йилига 78 000 аёллар аборт оқибатида вафот этади ва юзлаб аёллар турли касалликларни юқтириб олади. Ғарбий Европа мамлакатларида ҳар 1000 та 15-19 ёшли қизларнинг 5 дан 25 тагачаси, Англияда 1000 тага нисбатан 47 та ўсмирлар ҳомиладорлик ҳолатига тўғри келади.

Абортлар даражасининг юқорилиги замонавий контрацепция усуллари ҳақида билим етишмаслиги, оиланинг режалаштириш хизмати сифати пастлигидан далолат беради.

Репродуктив тизимнинг ўсиши ва ривожланишига кўпгина омиллар таъсир қилиши аниқланган, шунингдек ҳомиладорликнинг кечиши ва туғруқлар ҳолатига онанинг турли касалликларга чалинганлиги таъсир этади.

Яшаш шароитининг болалар репродуктив саломатлигига таъсири ҳақида гапирилганда оилавий шароити, ноқулай экологик муҳит, информацион юкламанинг кўплиги, гиподинамиянинг таъсирини таъкидлаб ўтиш лозим.

Кўплаб изланишлар атмосфера ҳавосини саноат чиқиндилари билан ифлосланиши репродуктив фаолиятга салбий таъсир кўрсатишини исботлади. Ўсмирларнинг тиббий ва психоэмоционал муаммосини ўсишига ҳозирги кунда жинсий ривожланиш тезлашиши, урбанизация, ОАВ таъсир қилмоқда. Охириги 10 йилликларда ўсмирларнинг эрта жинсий фаолият муаммоси долзарбланимоқда. ЖССТ маълумотида кўра дунёдаги туғруқларнинг 10% 15-19 ёшларга тўғри келмоқда. Россияда бу кўрсаткич 14-15% ни ташкил қилади.

Қизларнинг саломатлик ҳолатини назорат қилиш доимий ва тўлиқ олиб борилмаяпти. Шу сабабли соғлиқни сақлаш ташкилотлари олдида саломатликни сақлаш стандартларини киритиш ва умумий саломатлик ҳолатини, шунингдек репродуктив саломатлик бузилишини эрта диагностика қилиш вазифаси

турибди. Репродуктив тизим шаклланишининг индивидуал прогнозни ишлаб чиқиш, гинекологик касалликларни қайталанишини олдини олиш чораларини кўриш лозим[3,6].

Ўзининг тадқиқотларида О.В.Шаропова оилада тиббий ижтимоий муаммолари, оналик ва болалиқни муҳофаза қилиш масалаларини ўрганиб, Россияда аёлларнинг 1/5 қисмини 18 ёшгача бўлган қизлар ташкил қилиши, 10-15 ёш (9.2%) қизлар туғруқ ёшидаги бўғинга кириши ҳақида маълумот келтирган (Шаропова О.В. 2005).

Е.В.Уварова фикрича менструал цикл менархларда регуляр ишлаши лозим. Айрим ҳолларда максимал регуляция муҳлати олдин белгилангандек 2 йил эмас, балки дастлабки ярим йилни ташкил этиши керак (Уварова Е.В., 2006). Бугунги кунда қизларнинг репродуктив тизимининг ривожланиши лютеин фазаси (НЛФ) етишмовчилиги билан кечмоқда. Аниқланишича қизларнинг соматик касалликлари лютеин фазаси етишмовчилигига олиб келмоқда, шу сабабли менструал циклнинг бузилиши 10-14, 15-17 ёшдаги қизлар орасида йилдан-йилга ошиб бормоқда ва дори воситаси билан коррекция қилишга тўғри келмоқда. Шу сабабли қизларнинг репродуктив саломатлиги катта ижтимоий аҳамиятга эга бўлмоқда.

Шундай ноқулай ҳолатлар қаторига аёлларда соматик, юқумли ва гинекологик касалликларнинг мавжудлиги, доимий психологик зўриқиш ҳолатида яшаш ва сурункали стресс ҳолатлари руҳий бузилишларга олиб келадиган, нотўғри овқатланиш, тиббий ёрдамнинг сифати туфайли Россияда аёллар репродуктив саломатлигининг ёмонлашишига олиб келган (Каткова И.П., 2002).

Аҳоли саломатлигига таъсир этувчи, уни белгиловчи ўзгарувчан, социал шароитларнинг, омилларнинг турли-туманлиги, мураккаблиги туфайли инсонларнинг урф-одати, хатти-ҳаракати, ҳаётӣ фаоллигининг саломатлик кўрсаткичларига таъсирини, айниқса, биргаликда таъсир этувчи омилларни иноватга олган ҳолда, ижтимоий-гигиеник тадқиқотларни ўтказиш талаб этилади. Бундан ташқари, аҳоли саломатлиги айрим кўрсаткичлар, индекслар билангина баҳоланиб қолмасдан, у мураккаб, комплекс системалар йиғиндисидан иборат. Бунинг учун эса клиник, психологик, социологик, санитар-гигиеник, математика-статистик, бир сўз билан айтганда, комплекс ижтимоий-гигиеник ва клиник-

социал тадқиқот усулларида фойдаланиш лозим.

Бундай тадқиқот услублари нафақат аҳоли, унинг айрим гуруҳлари саломатлигига таъсир этувчи ижтимоий омилларни ҳар томонлама тўлиқ таҳлил этишга имкон яратибгина қолмасдан, балки бир бутун турмуш тарзининг тиббий-ижтимоий қирраларини, аҳоли, айрим ижтимоий гуруҳларининг фаолият турлари, фаоллиги, кенг қирраларини ўрганишга имкон беради. Бундай тадқиқотлар аҳоли саломатлигига турмуш тарзининг бевосита таъсирини аниқлайди.

Ҳозирги пайтда ижтимоий-гигиеник ва айниқса, бевосита беморларни кузатишни ўз ичига олган (клиник-ижтимоий тадқиқотлар) комплекс тадқиқотлар ижтимоий шароитлар билан аҳоли саломатлиги орасидаги коррелятив боғланишларни очиқ бермоқда. Аммо шуни ҳам айтиш лозимки, шу кунгача турмуш тарзини ўрганувчи комплекс ижтимоий-гигиеник тадқиқотлар жуда кам ўтказилган.

Репродуктив саломатлик муаммоси бўйича Фарғона Давлат Университети 1 ва 4 курс талабаларининг билим даражасини аниқлаш мақсадида анкета сўрови ўтказилди. Уларга “Менинг репродуктив саломатлигим” мавзусида 15 та савол вариантлари берилди. Анкета сўровида 19-20 ва 22-24 ёшдаги 75 нафар талаба қатнашиб, улардан 65 таси кизлар 10 таси йигитлардир.

Анкета натижаларига кўра қуйидагича маълумотлар олинди. 4-курслар ичида сўралганларнинг кўпчилиги қисми “Репродуктив саломатлик бу-” деган саволга, “Тўлиқ жисмоний, ақлий ва ижтимоий осойишталик ҳолати” деб тўғри жавоб беришган, аммо 1-курслар ичида фақат 22% студентлар тўғри жавоб беришган.

Репродуктив саломатлик муаммоси бутун дунёда жуда муҳим муаммолардан бири бўлиб қолди, шунинг учун ҳам барча кучлар уни ҳал этишга қаратилиши керак. Энг аввало ота-оналар керакли билимларни фарзандларига беришлари кекрак. “Ота-онангиз сиз билан репродуктив саломатлик ҳақида гаплашганми?” деган саволга 1-курсларнинг 45% “Ҳа” деб, 4-курсларнинг эса фақат 30% игина “Ҳа” деб жавоб беришган, “Сизнинг даврангизда, гуруҳингизда репродуктив саломатлик, ҳомиладорлик, абортлар ва жинсий алоқалар ҳақида суҳбатлар бўладими?” деган саволга эса 3-курсларнинг 51% бу мавзуда доимо гаплашишларини айтишган. Шунингдек, ҳозирда бу ҳақда тўлиқ маълумотга эга бўлмаслик ёки маълумотларни

саёзлиги муаммоси ҳам мавжуд. 1-ва 4-курсларнинг кўпчилиги, ҳозирги вақтда ОАВда, мактабларда, университетларда, телевидениеда ўқувчилар ва талабалар учун репродуктив саломатлик ҳақида маълумотлар бериб борилса яхши бўлиши ҳақида фикр билдирганлар.

Репродуктив саломатиликнинг бузилишини сабабларидан бири жинсий йўл билан юқадиган касалликлар (ЖЙОК) ҳисобланади. Анкета натижаларини кўрсатишича 1-курсларнинг ҳаммаси ҳам ЖЙОК зарарланишни олдини олишни билмас эканлар, кўпчилиги жинсий алоқадан тийилсагина касалликни юқтирмаслик мумкин деб ўйлаган. Биз биламизки, жинсий йўл билан юқадиган касалликлар (ЖЙОК) билан қон қуйиш, бир марталик шприцларни кўп марта ишлатиш ва бошқа сабаблар билан ҳам касалликни юқтириш мумкин. 4-курслар ЖЙОК борасида жуда яхши кўрсаткичларни кўрсатишди. “Қай ҳолларда ЖЙОК билан зарарланиш мумкин?” деган саволга сўралганларнинг 90% и қон қуйиш орқали ва ҳимояланмаган жинсий алоқа деб тўғри жавоб берганлар, лекин “ЖЙОК билан зарарланишни олдини қандай олиш мумкин?” деган саволга фақат 57% игина тўғри жавоб берганлар.

Абортлар, алкоголизм, жинсий ҳаётни эрта бошланиши шу ва шунга ўхшаш сабаблар репродуктив саломатлик муаммоларининг ажралмас қисми бўлмоқда. 4-ва 1-курсларда сўралганларнинг 1/3 қисми жинсий алоқага киришнинг энг маъқул ёши деб 16-18 ёшни ҳисоблашган. Эрта жинсий алоқалар исталмаган ҳомиладорлик ва оқибатида абортларга олиб келиши мумкин. Ҳозирги пайтда абортларнинг ортиб кетишига одамларнинг масъулиятсизлиги деб (67%) ҳисоблашган, 1-курсда сўралганларнинг 30% бизда бу муаммо йўқ деб ўйлайди, лекин ҳар йили дунёда 45 млн. абортлар амалга оширилмоқда. Бу кўрсаткич жуда ҳам катта кўрсаткич бўлиб, талабалар бу муаммога эътибор беришмаган ёки бу билан қизиқишмаган деб ҳисоблаш мумкин.

Хулоса

Хулоса қилиб айтиш мумкинки, соғлом турмуш тарзи кўникмаларини шакллантириш, тиббий ёрдам сифатини яхшилаш, тиббий маданиятини ошириш, уларни руҳий тайёрлаш ҳар қандай касалликни, жумладан репродуктив саломатликни сақлашнинг асосий шарти ҳисобланади. Кўпгина текширишлар хулосаларига кўра касалликни етарли даволай олмасликнинг асосий сабабларидан бири –

касалликнинг ўзига хос хусусиятлари, даволаш ва профилактика принциплари тўғрисида етарли маълумотга эга бўлмасликдир. Инсонларнинг шу касаллик тўғрисида маълумотга эга бўлмасликлари даволаш самарадорлигини пасайтиради, касалликнинг кечиши ва оқибатини оғирлаштиради. Бу эса инсонлар турмуш сифатининг пасайиши, даволанишга кетган харажатларнинг ошишига сабаб бўлади

Оиланинг мустаҳкамлиги кўпгина омилларга, жумладан улардан асосийси – она ва боланинг саломатлигига боғлиқдир. Она соғлом бўлсагина, ундан жисмоний ва ақлий жиҳатдан соғлом фарзанд дунёга келади. Аёлнинг болалик, ўсмирлик давриданок репродуктив саломатлигига катта аҳамият бериш масъулиятли вазифа ҳисобланади.

Аҳолининг репродуктив жиҳатдан соғломлиги даражаси ўша аҳоли истиқомат қилаётган жамиятнинг соғломлиги даражасига, миллий генофонд саломатлиги даражасига бевосита таъсир кўрсатади. Шу боисдан ҳам, бутун дунёда репродуктив саломатлик фақат тиббий муаммо эмас, балки, тиббий-ижтимоий, қолаверса, ижтимоий-сиёсий муаммо ҳисобланади.

Ўсмирларни ўз саломатлигини сақлашга ўргатиш учун ота-оналар, педагоглар дунё миқёсида ўсмирлар саломатлик ҳолати ҳақида ўзлари маълумотга эга бўлишлари, соғлом авлодни вояга етказишга қаратилган дастурларни бажарилишида миллий кадриятларни эътиборга олишлари, репродуктив саломатлик ҳақидаги ўсмир ёшларнинг муаммо ва эҳтиёжларини билиши, репродуктив саломатлик, жинсий алоқа ҳақида маълумотлар базасини яратишда аниқ текширилган маълумотлардан фойдаланишлари керак.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Ашурова М.Д. Атаджанова Д.Ш. Жамиятда соғлом она ва болани шакллантириш механизмларини такомиллаштириш. Ўзбекистонда аёлларининг фан, таълим, маданият ва бизнес соҳасидаги ютуқлари” Жиззах. 2017 йил 54-56 бетлар.
1. Ашурова М.Д. “Аёл саломатлиги – келажак баркамоллиги”. “Она ва бола саломатлигини муҳофаза қилишнинг долзарб муаммолари, ютуқлари ва истикболлари” республика илмий-амалий анжумани // **Бухоро** 8-9 ноябрь 2018 246-247 бетлар
2. Иванов Н.Я., Личко А.Е. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков. /Методика исследования. СПб, Изд-во Инст. им. В.М. Бехтерева. 2002.
3. Каткова И.П. Репродуктивное здоровье россиянок. //«Народонаселение», № 4. — 2002. — С. 27-42.
4. Ласточкина М.А. Социально-гигиеническая грамотность как фактор репродуктивного поведения женщин // СОЦИС. - 2007. – №9. – с.114 - 117.
5. Лузан Л.В. Медико-социальное исследование заболеваний, передаваемых половым путем, у несовершеннолетних /Дисс. ... канд. мед. наук. — СПб., 1997. — 161 с.
6. Фарзандлари соғлом юртнинг-келажаги буюқдир. Ўзбекистон республикаси президенти Ш.М.Мирзиёвнинг 2017 йил 5-январдаги тиббиёт ходимлари билан учрашувида сўзлаган нутқи.
7. Муминова Ф. Оилада соғлом ҳаёт тарзи кўникмаларини шакллантириш омиллари. Коллеж ва ҳаёт №7, 2002. – 20-21 б.

Келиб тушган вақти 09.03.2021

ОЦЕНКА ОРГАНИЗАЦИИ ГОРЯЧЕГО ПИТАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ

Денисова А.А.

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Гуменюк О. И.
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава РФ
Кафедра госпитальной педиатрии и неонатологии

Организация горячего питания в школе – важный компонент сохранения здоровья подрастающего поколения. Неполюценное питание школьника является фактором риска развития заболеваний многих органов и систем организма. Организация питания школьников в Российской Федерации регламентируется Федеральными законами «О качестве и безопасности пищевых продуктов», «Об образовании в Российской Федерации» и СанПин 2.3/2.4.3590-20.

Цель работы: оценка удовлетворенности учащихся общеобразовательных школ горячим питанием.

Пациенты и методы

Проведено анкетирование 148 учащихся 2-9-х классов общеобразовательных школ Саратовской области.

Результаты. По данным анкетирования 95% младших и 55% старших школьников питается в школьной столовой. Среди учащихся 44% респондентов отметили, что не наедаются предложенными порциями и блюдами в школьной столовой. Менее половины (47%) опрошенных указала на то, что их устраивает меню школьной столовой, а также они считают питание здоровым и полноценным. Основными причинами отказа от горячего питания являются: маленькие порции (39%), неудовлетворительные вкусовые качества предлагаемой продукции (38%) и остывшая еда (49%). Большая половина анкетироваемых (69%) предпочитала покупать буфетную продукцию. Большинство школьников обратили внимание на однообразие гарнира (гречневая каша), отсутствие в меню овощных салатов и необходимость увеличения количества мяса птицы (курицы). Отдельная группа учащихся указали на тот факт, что среди них есть вегетарианцы и необходимо составить отдельное меню.

Выводы

Анкетирование показало, что большинство младших школьников получает горячее питание в школе. Среди старшеклассников лишь 20% подростков удовлетворены школьным питанием. Основными причинами отказа от питания в школьной столовой у старших детей являются маленькие порции, неудовлетворительные органолептические свойства и однообразие предлагаемой продукции. Полученные результаты диктуют необходимость улучшения качества и количества меню школьной столовой.

ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Арипов А.М, Рузматова Х.К.

Ферганское медицинское институт общественное здоровье

Цель работы: изучения диагностика и смертность онкологические заболевания.

Материал и методы исследования: Исследовано материалы статистические данные ВОЗ и здравоохранение Узбекистана.

Результаты: В основе онкологического заболевания лежит нарушение регуляторного процесса тканевого роста. Клетки в нашем организме постоянно растут и делятся для того, чтобы компенсировать поврежденные или старые клетки. Когда клетка делится и обновляется всегда существует риск вероятности возникновения ошибки.

Наш организм оснащен механизмом предупреждения и исправления этих ошибок, но иногда он может дать сбой. Этот процесс наиболее вероятен при воздействии канцерогенов (веществ, способствующих возникновению рака), различные травмы (физической, тепловой или иного рода), и неблагоприятных условиях для функционирования этих механизмов (например, при гипоксии – недостатке в ткани кислорода). Если механизм контроля деления клетки «ломается», возникнет неконтролируемый рост и деление, который и называют термином «рак». Злокачественные опухоли имеют три ключевых отличия, от «доброкачественного» процесса: неконтролируемый рост, прорастание (инвазия) в соседние ткани и органы, способность к метастазированию – процессу циркуляции раковых клеток с током крови или лимфы в другие части тела. Есть много факторов риска. Некоторые из них связаны с образом жизни, и на них можно влиять, а генетика и возраст, не поддаются влиянию.

По данным Cancer Research UK, до 33% смертей от курения связаны с онкологическими заболеваниями. Примерно за 6% всех смертей приходит к алкоголю, каждая восьмая из них — от рака. Развитие 18% злокачественных опухолей приходится на инфекции. Значимая роль принадлежит ожирению, неправильному питанию с преобладанием красного, жирного, жареного мяса и полуфабрикатов, недостатком овощей, фруктов, пищевых волокон. Каждый день в мире умирает 27 тыс. человек от рака.

Онкологические заболевания унесут 9,6 миллиона жизней в этом году, гласит исследование Всемирной организации здравоохранения. Международное агентство по исследованию рака, входящее в состав ВОЗ, проанализировало ситуацию в 185 странах. Согласно их прогнозам, в 2018 году в мире выявят 18 миллионов новых случаев болезни, а 9,6 млн завершатся летальным исходом. С момента последнего исследования за 2012 год угроза рака возросла на 28%. На первом месте по распространенности рака оказалась Австралия – около 468 на 100 000. Второе место – у Новой Зеландии 438 на 100 000, третье – у Ирландии 373,7 на 100 000. В десятку стран максимального риска также вошли Венгрия, США, Бельгия, Франция, Дания, Норвегия и Нидерланды.

Всемирная организация здравоохранения считает, что число случаев заболевания раком возрастет в ближайшие 20 лет на 70%. По прогнозам ВОЗ, больше всего смертельных случаев будет зарегистрировано в Азии, но это объясняется густонаселенностью региона. На Европу придется 23% летальных исходов, на Америку – 21%.

По данным статистики МЗ РУз в Ферганском области 2009 году было зарегистрировано 14999 новых появившихся раковых клеток, из них 2014 доброкачественные, а в 2010 году 15795 из них 2192 является доброкачественными, в 2011 году это число увеличилось на 17677 а доброкачественный достигло до 4881, в 2012 году число новых опухолевых клеток резко снизилось до 14824 из них 1501 является доброкачественным.

Вывод: Так как основным фактором который влияют на появление и увеличение опухолевых заболеваний является изменение экологии, алкоголизм, курения.

ЭХИНОКОККОЗ КАСАЛЛИГИ ВА УНИ ОЛДИНИ ОЛИШ

Расулов Ш.М. Тешабоев А.М

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

Кўпгина юқумли ва паразитар касалликлар, жумладан Гельминтозлар муайян ҳайвон, ҳайвонлар гуруҳи ёки одам организмига Мослашган ва айнан шу жонзотларга хос бўлади. Аммо бир қатор Гельминтозлар турли хил ҳайвонлар: кавш қайтарувчи ҳайвонлар йирик Шохли моллар (қорамол,буғу, кўтос), майда шохли ҳайвонлар (кўй,эчки, оху, жайрон, архар ва бошқалар),от,туя,чўчка ва одам (*Homo sapiens*)учун хос бўлган гельминтозлар ҳам мавжуд. Бу тоифа касалликлар, антропозооноз, зооантропоноз ёки қисқа қилиб зооноз гельминтозлар деб аталади. Зооноз гельминтозларни, уларни қўзғатувчи гельминтларнинг биологик ривожланиш турига қараб уч гуруҳга бўлиш мумкин: Биринчи гуруҳ зооноз гельминтозларининг қўзғатувчилари ўзининг биологик ривожланишининг бирор босқичини ёки ҳайвонларда, ёки одамда ўтказди. Масалан чорва моллари ва бошқа кўп тур ҳайвонлар, жумладан одамларнинг ларвал цестодозлари-эхинококкоз, ценуроз, ингичка бўйинли цистицеркоз, *Echinococcus*, *Multiceps* ва *Taenia* авлод цестодаларининг личинкаси томонидан қўзғатилади. Бу гельминтларнинг вояга етган шакллари эса гўштхўр ҳайвонлар-ит, бўри, тулки, шоқол ва бошқалар организмларида яшайди. Иккинчи гуруҳ зооноз гельминтозларининг қўзғатувчилари ўзининг вояга етган босқичида одам организмида паразитлик қилиб унинг личинка босқичи ҳайвонлар организмида ўтади. Бундай гельминтозларга Тениаринхоз (қорамол солитёри), описторхоз, тениоз (чўчка солитёри) каби гельминтозлар киради. Учинчи гуруҳ зооноз гельминтозларининг қўзғатувчилари ўзининг вояга етган босқичида турли хил ҳайвонлар ва одам организмида паразитлик қилади-Шистоматозлар, айрим ҳолларда фасциолёз. Масалан: шистоматозлардан бир неча тур трематодалар, жумладан *Schistomabovis*, *Sch. Japonica*, *Sch.spindate* турли ҳайвонлар ва одамлар организмида паразитлик қилишга мослашган.

Ушбу гельминтозлардан энг кенг тарқалган ва ҳам ҳайвонлар, шу жумладан чорва моллари, ҳам инсон (одам)лар учун катта зарар келтирадиган ва хавф туғдиридиган гельминтозлар ларвал цестодозлар, яъни биринчи гуруҳ зооноз гельминтозларига тўхталамиз. Гельминтозоонозлар қишлоқ хўжалик ҳайвонларини зарарлаб иқтисодий зарар келтиради. Яъни, халқ хўжалигини ривожланишига салбий таъсир кўрсатади. Бу иқтисодий зарар ушбу касалликга қарши ўтказилаётган ветеринария санитария тадбирларига сарфланадиган харажатлар, касалланган ҳайвонлар маҳсулдорлигини кескин пасайиши ва касалланган ҳайвонларнинг нобуд бўлишидан юзага келади. Гельминтозоонозлар орасида энг хавфли касаллик-эхинококкоз ҳисобланади. Шунинг учун биз қўйида бу касаллик тўғрисида маълумотларни ҳавола қиламиз. Н.М.Матчанов, А.Т.Сагиева, В.М.Содиқов (1977) маълумотларига кўра Самарқанд вилояти хўжаликларидан олиб келинган ҳайвонлар гўшт комбинатида сўйилиб текширилганда, 6056 бош қўйлардан 2923 боши (48,2фоиз), 2543 бош йирик шохли ҳайвонлардан 287 боши (11,28 фоиз), 6712 бош чўчкалардан 240 боши (3,58 фоиз), 112 бош туялардан 39 боши (34,8фоиз), 1837 бош эчкилардан 6 боши (0,32фоиз), 597 бош отлардан 5 боши, яъни 0,83 фоизи эхинококклар билан зарарланганлиги аниқланган. М.Аминжановнинг (2003) текширишларига кўра қишлоқ хўжалик ҳайвонлари орасида ҳам эхинококкоз йилдан-йилга кўпаймоқда. Жумладан, 1 5 йил олдин касаллик қорамоллар орасида 24,3 фоизга, қўйлар-45,1, эчкилар-8,0, туялар-25,4, эшаклар-32,0 ва итлар орасида 15,0 фоизга 28 тенг бўлганбўлса, кейинги йилларга келиб қорамолларда 46,2 фоизга, қўйларда-65,0, эчкиларда-12,0 туяларда-35,0 эшакларда-38 ва итларда 24,3 фоизга кўпайганлиги қайд қилинган. Э.Х.Эргашев ва бошқалар (2000) нинг маълумотига кўра эхинококкоз касалигидан содир бўладиган иқтисодий зарар йилига 5млрд.сўмни ташкил этади. С.А.Беэр, Р.С.Ермолова, Ю.И.Васерин (1990) ларнинг таъкидлашича Россия давлатида эхинококкоз билан касалланган бир одамга сарфланадиган харажат 15068400 рублни, ўлим содир бўлган ҳолда 79122500 рублни ташкил қилган. Ф.П.Коваленко ва бошқалар (2000) нинг берган маълумотларига кўра Россия федерациясида эхинококкоз билан касалланган бир одамни операция қилиш жараёнидаги харажатлар 800-1400 АҚШ доллорини ташкил қилган. BortelliG., Martini M (1992) маълумотига кўра Италиянинг Сардиния вилоятида ҳар йили одам ва ҳайвонлар эхинококкозига қарши курашиш учун сарфланаётган харажатлар 23 млрд.лираниташкил қилган.

Эхинококкоз-гельминтоз касаллик бўлиб одам ва ҳайвонларнинг ички аъзолари (ўпка, жигар, буйрак ва бошқалар), баъзида мускулларда эхинококк пуфакларини паразитлик қилиши билан характерланади.

Кўзгатувчиси *Echinococcus granulosus* (Batsch, 1786), *Cestodасинфи*, *Thaeniidae* Ludwig 1886 оиласи, *Echinococcus Rudolphi*, 1801 авлодига мансуб гельминтдир. Кўзгатувчиси-*Echinococcus granulosus*, унинг вояга етган шакли ит ва бошқа йиртқичлар оиласига мансуб гўштхур ҳайвонлар организмида паразитлик қилади. Тана (стробила) си 0,5-0,6 см узунликда бўлиб 3-5 бўғинлардан ташкил топган, сколекси 36-40 илмоқча билан куролланган хартумга эга. Хар бир етилган бўғинда 750-800 донагача гельминт тухумлари бўлади. *E. granulosus* билан зарарланган бир бош итда 7-8 минг нусхагача гельминтлар ривожланади. Одамлар ва ҳайвонларга касаллик асосан итлардан юқади. Касаллик ҳайвоннинг ориқлаши, камқонлиги ва тананинг айрим қисмларида шиш пайдо бўлиши билан тавсифланади.

Касалликнинг клиник белгилари: Эхинококкоз касаллиги сурункали кечганлиги боис клиник белгилари у даражада кўзга ташланмайди. Эхинококк пуфаклари жигарда ривожланганда ҳайвон ориқлайди қўйлар отардан орқада қолади, кўринадиган шиллик пардалар сарғаяди, юпка ёғ пардалик ич ўтиши кузатилиб, жигарнинг катталашуви, дамлаш (тимпания) ва ковшашнинг сустлашуви қайд этилади. Ҳайвоннинг ўпкаси эхинококк пуфаклари билан зарарланганда, умумий ўзгаришлар-ҳайвоннинг ориқлаши, отардан орқада қолиши, иштаҳа ва ковшашнинг сустлашувидан ташқари, нафаснинг сиқилиши, ҳансираш, давомли куруқ йўтал кузатилади. Пуфак бош мияда жойлашган ҳолларда асабий бузилишлар, ўз атрофида айланиши, довдираб қолиш каби белгилар кузатилади.

Олдини олиш чора тадбирлари: *Echinococcus granulosus* тараққиёти давомида икки хўжайин организмида ривожланганлиги туфайли унга тавсия этиладиган тадбирлар икки гуруҳга бўлинади.

1.Биринчи гуруҳга оралик хўжайинлар одам ва кишлоқ хўжалик ҳайвонларининг итлардан зарарланмаслигини таъминловчи тадбирлар. 2.Асосий хўжайинлар (ит,бўри,тулки,чиябўри) ларнинг зарарланишини олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар.

1.Оралик хўжайинлар одам ва кишлоқ хўжалик ҳайвонларининг итлардан зарарланмаслигини таъминловчи тадбирлар. Уларга кўра:

а). Хўжаликлардаги кишлоқ ва овуллардаги барча итлар рўйхатга олиниб, махсус дафтарда қайд қилиниши, рўйхатга олинган итларга паспорт очилиши, паспортда итнинг ёши, зоти, жинси, ранги, лақаби, шунингдек эгасининг исми шарифи ва турар жойи кўрсатилиши;

б), хар бир сурувда 1-2 бошдан кўп ит бўлмаслиги, улар албатта эркак бўлиши, хўжалик хисобига олиниши ва озуқа билан мунтазам таъминлаб турилиши;

в), сурувларга ит келтириш, итларни сурувдан сурувга кўчириш ветеринария ходимларининг назоратисиз амалга оширилмаслиги;

г), итларни хашак, ем омборларида ва молхоналарда сақланмаслиги.

д). барча ферма ва аҳоли яшайдиган манзилгоҳларда биттадан тўғри қурилган ва жиҳозланган дегельминтизация майдончалари ёки ветеринария санитария блоки бўлиши ва улардан тўғри фойдаланиш;

е). хўжалик ва аҳоли қармоғидаги рўйхатга олинган итлар сақланадиган жойлар мунтазам тозаланиб, нажаслари йиғиштирилиб йўқотилиши;

ж), ҳудудларда рўйхатга олинмаган дайди, кераксиз ва ортиқча итларни ваколатли махсус идора ходимларига топшириш;

Итлардаги гижжасизлантириш-ларвалцестодозларга қарши курашнинг асосий тадбири бўлиб, у бу касалликларни олдини олиш ва йўқотишда муҳим аҳамиятга эга. Итларни гижжасизлантириш учун қўйдаги антгельминт препаратлар қўлланилади.

Празиквантел (1таблетка таркибида 50мг АТМ) -ит, мушук, ва бошқа гўштхўр ҳайвонларнинг1кг тирик вазнига 5мг АТМ ёки1таблетка 10кг тирик вазнига оғиз орқали юборилади.

Азиноксплюс-итларнинг10кг тирик вазнига1 дона таблетка берилади.

Альбен С-итларнинг 5кг тирик вазнига 1 дона таблетка берилади.

Ажипросплюс – итларнинг 10кг тирик вазнига 1 дона таблетка берилади.

Дронцит-итларнинг 10кг тирик вазнига 1 дона таблетка берилади.

Цестел-итларнинг 10кг тирик вазнига 1 дона таблетка берилади.

Камала – бир бош итга 2-15 гр берилади.

Филиксан – итларнинг 1кг тирик вазнига 0,2-0,4 гр берилади.

Ареколингидробромид – итларнинг 1кг тирик вазнига 5мг миқдорида 0,1 фоизли сувли эритма шаклида бериледи.

Ўзбекистон шароитида итларни Ареколингидробромид препарати билан йилига 4марта, яъни ҳар чоракда бир марта гижжасизлантирилса итларда ривожланиши мумкин бўлган ларвалцестодаларни олдини олади.

2. Асосий хўжайинлар (ит, бўри, тулки, чиябўри) ларнинг зарарланишини олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар.

Хулоса

Эхинококкларнинг асосий хўжайинлари – ит ва бошқа гўштхўр ҳайвонлар зарарланиб касалликни тарқатмаслиги учун қўйидагиларни амалга ошириш зарур.

а), ҳайвонларни қушхоналарда сўйиш, эхинококк билан зарарланган ички органларни алоҳида ажратиб уларни зарарсизлантириш;

б), хўжалик шароитида ҳаром ўлган, мажбурий сўйилган ҳайвонларни танасини ва зарарланган ички органларини қуйдирадиган махсус печ ёки биотермек зарарсизлантирадиган Беккеръ кудуғини ташкил қилиш.

в), ўлган молларнинг мурдалари, уларни ветеринария ходими кўргунга қадар итлар тегмайдиган жой ва шароитларда сақланиши лозим.

г), ветеринария кўригидан ўтмаган мажбуран сўйилган ҳайвонларни ички органларини итларга беришга йўл қўймаслик.

ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ И СМЕРТНОСТИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА

Арипов А., Усманова Р

Ферганский медицинский институт общественное здоровья,
Маргиланский 2-медицинских техникум имени Абу Али ибн Сина

Вирусный гепатит - группа инфекционных болезней, известных как гепатит А, В, С, D и Е - поражает сотни миллионов людей во всем мире, вызывая острую и хроническую болезнь печени и рак. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), вирус гепатита ежегодно уносит жизни около 1,4 млн. человек.

Цель исследования. Анализ показателей заболеваемости и смертности от ВГ.

Материалы и методы исследования

Проведено ретроспективное исследование динамики заболеваемости и смертности от вирусного гепатита методом статистического наблюдения (выкопировка из отчетных данных) по материалам отдела статистики, статистических данных ВОЗ.

Результаты и обсуждение

Гепатит А встречается в развивающихся странах с плохими санитарными условиями. Согласно оценкам экспертов, в мире ежегодно происходит 1,4 млн. случаев заболевания, большинство из них завершается выздоровлением и не требует активного лечения. Эффективными способами борьбы с этой болезнью являются улучшенная санитария и вакцинация. Вирусом гепатита В, согласно данным ВОЗ на 2015 год, инфицированы 240 млн. человек, а от его последствий ежегодно умирает около 780 тыс.: 650 тыс. от цирроза и рака печени в результате хронической инфекции гепатита В и еще 130 тыс. от острого гепатита В. Самые высокие уровни распространенности гепатита В отмечаются в Африке к югу от Сахары и в Восточной Азии, а также в районе Амазонки и в южных частях Восточной и Центральной Европы. Острый гепатит В излечим. Эффективным способом профилактики является вакцинация. Эффективность вакцины для предупреждения инфекции и развития хронической болезни, а также рака печени из-за гепатита В составляет 95%. От гепатита С страдают 150 млн. человек. Ежегодно от связанных с этим вирусом болезней печени умирают до 500 тыс. человек. Гепатитом С в наибольшей степени затронуты регионы Центральной и Восточной Азии и Северная Африка. Вакцины против гепатита С нет. Гепатит D встречается только у лиц, инфицированных гепатитом В. В настоящее время гепатитом D инфицировано 15 млн. человек в мире. Вирусом гепатита Е ежегодно заражаются 20 млн человек, регистрируется более 3 млн острых случаев заболевания и 56,6 тыс. случаев смерти. Самая высокая распространенность типа вируса Е отмечается в Восточной и Южной Азии. Лечения, способного изменить течение острого гепатита, нет. В России, по подсчетам ВОЗ, число больных и носителей вирусного гепатита составляет около 7 млн. человек (5%). По данным Роспотребнадзора, в 2015 году заболеваемость гепатитом А в стране снизилась по сравнению с 2014 годом на 39,4% (4,41 случая на 100 тыс. населения). Заболеваемость гепатитом В и С снизилась на 11,4% и 7,1% соответственно. В результате масштабного международного исследования, проведенного в 2016 году, смертность от гепатита сопоставима с ВИЧ, туберкулезом и малярией - такая статистика красноречиво свидетельствует о серьезности проблемы. Ежегодно от болезней печени, спровоцированных ВГС, умирает до 500 тысяч человек. Высокий уровень смертности обусловлен тем, что многие носители вируса не догадываются об инфицировании и не принимают необходимых мер вовремя.

Выводы

Учитывая вышеуказанные данные распространения и смертности от вирусного гепатита, необходимо систематически проводить профилактические меры по снижению этого заболевания, а также бережно обращаться к собственному здоровью, что увеличит шансы на предотвращение и излечение от недуга. Чтобы не заболеть, достаточно придерживаться правил гигиены, избегать любых контактов с кровью других людей, не отказываться от термической обработки продуктов. Снижению смертности от гепатита поспособствуют своевременное обращение к врачу и специфическое лечение различными лекарственными препаратами, доступными широкому кругу пациентов, прием которых обеспечивает максимально быстрое выздоровление.

ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЛОСТИ РТА ПРИ ХБП

Даминова К.М.,

к.м.н., доцент

Кафедра предметов терапевтического направления №2

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Актуальность

Хроническая болезнь почек является весьма распространённым заболеванием на сегодняшний день. Одной из частых её причин является развитие гломерулонефрита. Хронический гломерулонефрит (ХГН) - это аутоиммунное заболевание, где поражается сосудистая система почек. Система микроциркуляции включает в нездоровой тканевой процесс уже на ранних стадиях заболевания. Повреждение микроциркуляции при развитии постоянного гломерулонефрита и вызванных им осложнений носит общий характер и влияет на механизмы формирования пародонтита. Одной из значительных и непростых задач в стоматологии является исследование свойств клинического процесса и патогенеза зубочелюстных заболеваний у больных с хроническими заболеваниями почек и их влияние, на терапию и реабилитацию. В связи с этим изучение процесса формирования гломерулонефрита и пародонтита является актуальным.

Цель исследования

Целью нашего исследования явилось провести анализ состояния околозубных тканей и проявлений клинико-морфологических связей состояния пародонта у больных с ХБП первой стадии.

Материал и методы

Исследование было проведено у 33 больных ХБП и у 25 пациентов контрольной группы. У пациентов основной группы проводилось обследование поражения пародонта. Проведен морфологический тканевой анализ. При проведении экстракции зуба проведен забор тканей пародонта с десны. Экстракция зубов и лечение проводилось под местной анестезией. Для верификации нефропатии 33 больным были проведены: общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, общий анализ крови, определение СКФ и УЗИ почек.

Результаты и обсуждение

В результате исследования нами выявлено отсутствие изменения пародонта при его при лёгкой форме. В 50% случаев больных контрольной группы обнаружен пародонтит средней степени, в исследованной группе заболевание обнаружены в 29,5% случаев. При этом при зондировании обнаружены изменение цвета и формы десны, её кровоточивость, над и поддесневые зубные отложения. У больных контрольной группы при пальпации десны из зубодесневого кармана выходит экссудат серозно-гнойного характера. Зубы характеризуются патологической подвижностью I—II степени.

выявлен в 14,0% случаев в контрольной группе и в 36,0% случаев у больных с ХБП наблюдался пародонтит тяжелой степени. Отмечается большое количество над- и поддесневых зубных отложений. У всех зубов наблюдается I—III степень подвижности. При пальпации десны чаще обнаруживается экссудация из зубодесневых карманов.

Следует отметить, что в 44% случаев у больных ХБП обнаружен пародонтоз. В контрольной же группе диагностированы только воспалительные поражения пародонта. Также при осмотре у больных ХБП отмечалась сухость губ. При этом костная резорбция выявлена у всех людей в 100% случаев. Кожа и слизистая оболочка полости рта были бледными и истонченными. Ещё множественные эрозии, клиновидные дефекты и повышенная стираемость твердых тканей зубов. Некариозные поражения и гиперестезия твердых тканей зубов наиболее характерны для больных ХБП, в контрольной группе они редки. В основной группе преобладал пародонтоз и пародонтит легкой степени в стадии ремиссии. У больных ХБП распространенность некариозных поражений, сопровождающихся гиперестезией, выше, чем в контроле, что говорит о дистрофических поражениях тканей пародонта в результате развития ХБП.

Заключение

Таким образом, анализ динамики изменений состояния пародонта и твердых тканей зубов при прогрессировании гломерулонефрита и наличии ХБП позволил установить, что клиническое положение и неагрессивная установка течения заболеваний пародонта не подходят тяжести нарастающих морфологических изменений, случающихся в околозубных тканях по мере вхождения в хроническую почечную недостаточность и при ее прогрессировании. Также необходимо отметить, больным ХБП следует рекомендовать исследование ротовой полости не менее 1 раза в 3 месяца для своевременной диагностики и лечения возникающей патологии.

АНАЛИЗ ПРОЯВЛЕНИЙ СОННОГО ПАРАЛИЧА СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Гутник Ванесса Васильевна

Студентка 5 курса лечебного факультета
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Сонный паралич (СП) – состояние полного или частичного паралича мышц, возникающее во время засыпания или реже во время пробуждения. В данном состоянии человек обездвижен, не может говорить и не способен открыть глаза, однако способен контролировать движения глазами. Согласно исследованиям, среди населения хотя бы раз в жизни сонный паралич испытало 7,65 % людей. При этом студенты чаще подвержены случаям сонного паралича: среди них его испытало 28,3 %.

Сонный паралич имеет две формы и обычно продолжается от нескольких секунд до 2 минут. Он неприятен, но, по современным представлениям, безвреден. В первом случае он наступает при засыпании, в момент осознанного мозгом попадания в фазу быстрого сна (при нормальном засыпании мозг прекращает функцию бдительности за несколько секунд до паралича, тем самым человек почти никогда не помнит, как засыпает).

Вторая и наиболее распространённая форма сонного паралича возникает при пробуждении. Она сопровождается такими симптомами, как ощущение безрассудного страха (боязнь смерти, летаргический сон, кошмары, присутствия вблизи посторонней, враждебной сущности), удушья и нехватки воздуха, дезориентация в пространстве, ложные движения тела (человеку может казаться, что он переворачивается с одного бока на другой, хотя на самом деле лежит на месте), учащение сердцебиения.

Эпизоды паралича часто сопровождаются различными (сенсорными, слуховыми и т.д.) галлюцинациями. Также встречается такой вид галлюцинаций, как вестибулярно-моторный, включающий движение вокруг и ощущение себя вне тела. Эпизоды СП обычно связаны с чувством страха (по некоторым данным 90% случаев). Одним из основных отличий сонного паралича от других состояний, таких как сновидения и ночные кошмары, является тот факт, что человек не спит во время данного состояния.

Ранее считалось, что сонный паралич появляется только в контексте нарколепсии, однако на данный момент известно, что часть здоровых людей также имеют его эпизоды.

Этиология СП по-прежнему остается до конца не изученной, однако выявлены потенциальные факторы риска, такие как употребление психоактивных веществ (ПАВ), тяжелые стрессовые состояния, заболевания, нерегулярный сон и др. Поскольку студенты часто подвержены тяжелой учебной нагрузке, нерегулярному сну и др. факторам риска СП, то изучение распространенности данного феномена среди студентов-медиков представляет собой значительный интерес.

Цель: изучение особенностей распространенности, проявления и взаимосвязи с наследственностью СП среди студентов-медиков.

Материалы и методы

В исследовании приняло участие 220 студентов 3 курса Белорусского государственного медицинского университета (БГМУ) в возрасте от 19 до 22 лет. Студентам предлагалось заполнить анонимную анкету, в которой они должны были ответить на вопросы, известно ли им такое состояние, как СП, наблюдалось ли оно у них, если да, то уточнялась частота встречаемости, приблизительный возраст, когда впервые испытали СП, чувства, которые испытывались во время СП, имелись ли какие-то причины (факторы риска), предшествующие данному состоянию, а также уточнялось про встречаемость подобного состояния среди близких родственников.

Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программы Microsoft Excel 2016.

Результаты и их обсуждение

При анализе анкет установлено, что 65% (143 чел.) студентов Белорусского государственного медицинского университета осведомлены о таком состоянии, как СП, при этом 23,6% студентов (52 чел.) ощутили данное состояние. Дальнейший анализ данных проводился среди тех

опрошенных, кто испытывал СП. Среди них только 86,5% (45 чел.) знали, что это состояние является именно СП.

При анализе частоты встречаемости данного состояния получены следующие данные (рис. 2): однажды – 51,9% (27 чел.), редко (5-10 раз за жизнь) – 34,6% (18 чел.), часто (каждый год по пару раз) – 9,6% (5 чел.), очень часто (практически ежемесячно) – 3,9% (2 чел.). Средний возраст, когда впервые опрошенные отметили у себя СП, составил $14,4 \pm 3,27$ лет. Основные чувства, которые испытали студенты во время СП: ужас – 67,3% (35 чел.), затруднение дыхания – 46,2% (24 чел.), давление (в груди) – 40,4% (21 чел.), присутствие кого-либо – 38,5% (20 чел.), ощущение движения тела – 28,8% (15 чел.), слуховые ощущения – 12,7% (7 чел.). Среди возможных причин, предшествующих данному состоянию, 67,3% студентов отметили, что конкретные причины отсутствовали либо их не помнят, однако в 26,9% (14 чел.) отметили нерегулярный сон, 19,2% (10 чел.) – тяжелое стрессовое состояние и 1,9% (1 чел.) – употребление ПАВ.

Лишь 1,9% (1 чел.) отметило наличие данного состояния у своих родственников, 17,3% (9 чел.) наследственный характер отрицают и 80,8% (34 чел.) не осведомлено, имелось ли данное состояние среди родственников.

Выводы

Частота встречаемости сонного паралича среди студентов-медиков составила 23,6%, большинство из которых (51,9%) испытали данное состояние лишь однажды. Средний возраст, когда впервые студенты отметили у себя СП, составил $15,3 \pm 3,35$ лет. Среди основных чувств, которые испытали студенты во время СП, были отмечены ужас (67,3%), затруднение дыхания (46,2%), давление в груди (40,4%). 67,3% опрошенных не могут связать возникновение данного состояния с конкретной причиной, а 80,8% опрошенных не осведомлено о наличии СП у родственников.

СОВИД-19” КАСАЛЛИГИНИНГ АЛОМАТСИЗ ШАКЛИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИНГ УЙ ШАРОИТИДА ДАВОЛАНИШИ

М.Ш.Юсупова, У.А.Тешабоев, М.Ю Шорахимова

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

Республика махсус комиссиясининг 2020-йил 29-июндаги 31-сон баёни ижросини та’минлаш мақсадида жорий йил 2-июл куни Соғлиқни сақлаш вазирлигининг “Коронавирус инфекцияси билан касалланган беморларни даволаш ва касаллик тарқалишини олдини олиш борасида ўтказилаётган эпидемияга қарши кураш тадбирларини такомиллаштириш тўғрисида” ги ҳуқуқий ҳужжати қабул қилинди.

– Уйда даволаниш учун етарли шароит бор, деб ҳисобланган фуқароларни тасдиқланган тартиби асосида 10 кун давомида бирламчи тиббий-санитария тизими муассасалари назоратида уй шароитида тиббий кузатуви ва даволаниши йўлга қўйилди.

Аслида, коронавирусни уйда индивидуал ҳаракатлар билан даволаш тўғри эмас. Сипмтомлар даражасидан қатъи назар, тест натижаси мусбат бўлса, даволаниш шифохона шароитида, беморлар учун ажратилган махсус хизматларда ва изолятсия қилинган шифокор назорати остида амалга оширилиши мақсадга мувофиқ.

Коронавирус ташхиси қўйилганларнинг аксариятида енгил сипмтомлар кузатилиши ва улар уйда даволанишлари мумкин. Шунингдек, аломатлар бир неча кун давомида намоён бўлиши, вирус билан касалланган одамлар тахминан бир ҳафта ичида ўзларини яхши ҳис қилишлари мумкин. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти беморни парвариш қилувчиларга касаллик аломатлари бошланганидан кейин 14 кун давомида (Ўзбекистон санитария-эпидемиология назорати давлат инспекцияси томонидан бу муддат 10 кун этиб белгиланган) унинг соғлиғи билан боғлиқ ўзгаришларини кузатиб боришни тавсия қилади.

Коронавирусдан уйда даволаниш сипмтомларни енгиллаштиришга қаратилган бўлиб, мазкур жараён дам олиш, суюқлик истеъмол қилиш ва шифокор томонидан тавсия этилган дориларни вақтида қабул қилишни ўз ичига олади.

Энг аввало, бемор парвариши учун уйни изоляция қилиш бўйича шифокорнинг тавсияларига қатъий риоя қилиш даркор. Айни пайтда беморни парвариш қилиш сизнинг соғлиғингизга қандай таъсир қилиши мумкинлигини ҳам кўриб чиқишингиз лозим. Агар Сиз хавф гуруҳига кирадиган ёшда бўлсангиз ёки сурункали касаллик (масалан, юрак ёки ўпка касаллиги ёки диабет)га чалинган бўлсангиз, вирус юқтириб олишингиз хавфи анча юқори бўлади. Бундай ҳолатда Сиз ўзингизни бемордан узоқ тутишингиз, унга ғамхўрлик қилиш учун эса бошқа кишини қўйишингиз лозим бўлади.

Ўзингизга ғамхўрлик қилиш учун қуйидагиларга амал қилинг: Душ қабул қилиш ва кийинишни ўз ичига олган кундалик тартибингизни сақланг; Соғлом овқатланинг ва етарли миқдорда сув истеъмол қилаётганингизга ишонч ҳосил қилинг, жисмоний машқлар бажаринг, чуқур нафас олиш машқларини бажаринг ва медитация қилинг, кўп ухланг, спиртли ичимликлар истеъмол қилишдан сақланг. Сизга бу жараёнда руҳий далда керак бўлиши мумкин. Телефон кўнғироғи, рақамли алоқа ёки видеоконференциялар орқали бошқалар билан алоқада қолинг. Ташвишларингизни ўртоқлашинг. Коронавирусга оид янгиликларни кўп тинглаш, ўқиш ва томоша қилишдан сақланг. Дам олинг, мутолаа, фильм томоша қилиш ёки онлайн ўйин ўйнаш каби қизиқарли машғулотларга эътибор қаратинг.

Коронавирусга чалинган яқинларингизнинг парвариши билан шуғулланаётганингизда кучли стрессни ҳис қилишингиз мумкин. Чунки Сиз бир пайтнинг ўзида нафақат ўз соғлиғингиз, балки бемор яқинингизнинг соғлиғи ҳақида ҳам қайғурасиз. Бу Сизнинг овқатланиш, ухлаш ва концентрация қилиш қобилиятингизга, шунингдек, агар мавжуд бўлса, сурункали касаллик билан боғлиқ муаммоларингизга таъсир қилиши мумкин.

Шифокор томонидан тавсия этилган дори-дармонларни мунтазам равишда ўз вақтида қабул қилинг. Тавсия қилинмаган бошқа дори-дармонларни ишлатманг.

Унутманг, бемор ётган хонага кирган кишилар албатта никоб тақиши, хонани тарқ этгач эса никобини ташлаб юбориши керак.

Уйдаги ҳар бир киши соғлом турмуш тарзини олиб бориши лозим.

Коронавирус профилактикасининг оддий усуллардан бири - қўлларни яхшилаб совунлаб ювиш ёки дезинфекция қилувчи воситалардан фойдаланиш ҳамда ижтимоий масофани сақлашдир.

Хулоса қилиб, шуни айтиш керакки касалликни енгиш ва уни олдини олишда белгиланган чора тадбирларга амал қилиш муҳим тадбирлардан биридир. Ҳар бир инсон саломатлигини асраш ўз қўлида. Доимо ўзингизни эҳтиёт қилинг.

ТОШКЕНТ ШАҲРИ АҲОЛИСИНИ ИЧИМЛИК СУВИ БИЛАН ТАЪМИНЛАШ БОШ ИНШООТЛАРИНИ ТАПОГРАФИК ТЕКШИРИШ

¹Ақромов Д.А. ¹Туремуратова З., ²Саидова С.А

¹Тошкент тиббиёт академияси

²Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

Аҳоли саломатлиги, атроф-муҳитнинг ҳолати, иқтисодий ривожланиш ва халқимизнинг ҳавфсизлиги бугунги кундаги сувнинг миқдори ва ҳолати бўйича аниқланади. Очiq сув ҳавзаларидан олинган сувларни эколого-гигиеник нуқтаи назаридан ичимлик суви мақсадида фойдаланиш учун тайёрлашнинг самарали усуллари ишлаб чиқиш сув ҳавзаларини муҳофаза қилиш муаммолари ҳисобланади. Ер қатлами аҳолисининг ҳар тўрт кишидан икkitаси қатор кўрсаткичлар бўйича гигиеник талабларга жавоб бермайдиган ичимлик сувидан фойдаланишга мажбурдир.

Юқоридагиларни иносабатга олиб Тошкент шаҳрида ичимлик сувининг кимёвий таркибини назорат қилиш тизимини такомиллаштириш бўйича гигиеник таклифларни илмий асослашни мақсад қилиб олинди.

Олдимиқ қўйилган мақсадларга мувофиқ Тошкент шаҳрида аҳолини сифатли ичимлик суви билан таъминлаш бош иншооти санитария топографик усулда текширилди. Текшириш натижасида маълум бўлдики “Бўз сув” сув тайёрлаш технологик жараёни қуйидаги босқичлардан ташкил топган.

1. Сув олиш иншооти; 2. Коагулянт билан сувни аралаштириш камераси; 3. 2 дона кўндаланг тиндиргич; 4. Бирламчи хлорлаш мосламаси; 5. Бирламчи кўтариб бериш насослари; 6. Сувни филтрловчи мосламалар; 7. Хлорлаш биноси; 8. Тоза сув сақлаш резервуари; 9. Иккиламчи кўтариб беручи насослар; 10. Таксимловчи тармоқ.

Бош иншоотлар тизимини ичимлик сувини тайёрлаш учун фойдаланилаётган сув тайёрлаш иншоотлари тизимлари ва кетма-кетлиги гигиеник талабларга жавоб беради. Аммо айрим хоналар жорий таъмирлашга муҳтож, коагулянт сақланадиган хонага ёмғир ёки тушушини олдини олиш учун махсус мосламалар ўрнатилмаган. Бу ўз навбатида коагулянтнинг сифатини камайишига олиб келиши мумкин.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Паттахова Малика Хусановна

К.м.н., старший преподаватель кафедры Пропедевтики внутренних болезней №1 Ташкентской медицинской академии

В связи с пандемией коронавирусной инфекции изучение особенности поражения органов и систем у больных COVID-19 является актуальной. В настоящее время COVID-19 рассматривается как системное заболевание с нарушением функции иммунной системы, поражением в первую очередь легких, а также сердца, почек, кишечника. Тяжелые формы заболевания сопровождаются гипериммунным воспалением, дисбалансом ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, развитием эндотелиальной дисфункции и особых форм васкулопатий (тромботическая микроангиопатия и внутрисосудистая коагулопатия). Это состояние, по мнению ряда экспертов, следует именовать тромбовоспалительным процессом, или COVID-19-ассоциированной коагулопатией **[Ошибка! Источник ссылки не найден.,Ошибка! Источник ссылки не найден.]**. Дисфункция печени у пациентов с COVID-19 может быть обусловлена гепатотропным действием вируса или же факторов, как системная воспалительная реакция, гипоксия (связанная с поражением легких) полиорганная недостаточность, нарушение микроциркуляции, использование гепатотоксических лекарственных средств **[Ошибка! Источник ссылки не найден.]**. Прямое действие вируса SARS-CoV-2 может непосредственно поражать клетки печени, что подтверждается обнаружением повышенной экспрессии рецепторов АПФ-2 в холангиоцитах **[Ошибка! Источник ссылки не найден.]**. Повышение уровня трансаминаз (как правило, в 2 раза по сравнению с нормальным) было отмечено у 43–57 % больных с инфекцией COVID-19. Кроме того, уровень трансаминаз может повышаться на фоне приема лопинавира и ритонавира и возвращаться к норме после прекращения лечения. Возможно, в этих ситуациях развитие реактивного гепатита. Было показано, что повышение уровня аланиновой аминотрансферазы, снижение содержания тромбоцитов, а также низкий уровень альбумина в крови в момент поступления ассоциируются с более высокими показателями летальности больных. По состоянию на 10 марта 2020 г. в семи относительно крупномасштабных исследованиях были представлены клинические характеристики пациентов с COVID-19, у которых были отмечены повреждения печени **[Ошибка! Источник ссылки не найден.]**. В этих исследованиях сообщалось о повышенных уровнях аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы в диапазоне от 14% до 53%, что свидетельствует о нарушении функции печени.

Одна из важных функций печени — детоксикация и, в частности, лекарственных средств. Применяемые методы лечения включающие гидроксихлорохин, антибиотики и противовирусные препараты, могут усилить повреждение печени вследствие потенциальной гепатотоксичности.

Таким образом, механизмы гепатотропности вируса SARS-CoV-2, также опосредованное влияние на печень на фоне аутоиммунного воспаления недостаточно изучены. Все пациенты, перенесшие COVID-19, нуждаются в дальнейшем наблюдении для оценки отдаленных последствий функции печени.

COVID-19 И ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ

Паттахова Малика Хусановна

К.м.н., старший преподаватель кафедры Пропедевтики внутренних болезней №1
Ташкентской медицинской академии

Во время клинического течения COVID-19 было замечено, что повреждение печени обнаруживаются у значительной части пациентов, особенно у тех, кто находится в тяжелом или критическом состоянии. Существуют данные, свидетельствующие о том, что некоторые пациенты с ХЗП сложнее переносят коронавирусную инфекцию и более восприимчивы к повреждению печени. Так, пациенты с неалкогольным стеатогепатитом при наличии метаболических коморбидных состояний (сахарного диабета, артериальной гипертензии и ожирения) относятся к группе высокого риска тяжелого течения COVID-19. К ней же принадлежат и лица с циррозом, которые, кроме того, в большей степени подвержены инфицированию, декомпенсации функции печени. Распространенность ранее существовавших заболеваний печени у пациентов с COVID-19 колеблется от 2 до 11% [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**]. В исследовании, проведенном в Нью-Йорке, только 0,4% пациентов имели ранее существовавший цирроз [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**]. Даже если его влияние на заболевание COVID-19 еще неизвестно, цирроз был связан с повышенной смертностью у пациентов с острым респираторным дистресс-синдромом (ОРДС) [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**]. В других исследованиях показано, что наличие хронического гепатита В и С не влияет на тяжесть течения и исходы COVID-19. Существует предположение о том, что пациенты с аутоиммунными заболеваниями печени, принимающие иммуносупрессивную терапию, переносят коронавирусную инфекцию менее тяжело, а наличие такого лечения может даже обеспечить потенциальную защиту от иммунопатологических реакций, вносящих свой вклад в развитие повреждения легких.

Нужно отметить, что все еще остается много открытых вопросов и противоречивых предположений. Следовательно, необходимо придерживаться предложенных рекомендаций и продолжать исследования.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ДИАГНОСТИКА ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Атапина Е.А.

Научный руководитель: доцент кафедры госпитальной педиатрии и неонатологии О.И. Гуменюк
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава РФ, Саратов, Россия

Helicobacter pylori (*H.pylori*) открыт в 1983 г. австралийскими учеными R. Warren и B. Marshall. *H.pylori* является клинически значимым микроорганизмом, ответственным за значительную часть заболеваемости желудка. Учитывая клиническую значимость бактерии, в 1987 г. создана Европейская группа по изучению пилорического хеликобактера (The European *Helicobacter pylori* Study Group). В 1994 г. согласительная комиссия Американского национального института здоровья (U.S. National Institute of Health) отметила ведущую роль *H.pylori* в возникновении и развитии язвенной болезни, Международное агентство по изучению рака (International Agency for Research on Cancer, Франция) отнесло *H.pylori* к канцерогенам I типа, обнаружив эпидемиологическую связь *H.pylori* с развитием аденокарцином и лимфом слизистой оболочки желудка. *H. pylori* – первый микроорганизм, классифицированный Международным агентством по исследованию рака как доказанный канцероген. Детский возраст — критический период по инфицированию *H.pylori*, в связи с чем актуальным вопросом педиатрии является своевременная диагностика и лечения инфекции.

Цель

Изучить особенности диагностики *H.pylori*, выявить преобладающий метод диагностики в педиатрической гастроэнтерологической практике.

Пациенты и методы. Проведен анализ историй болезни 45 пациентов в возрасте 5-17 лет (средний возраст составил $11,3 \pm 4,7$ лет) с подтвержденным инфицированием желудочно-кишечного тракта *H. Pylori*. По полу пациенту распределились примерно одинаково (мальчиков было 20, девочек – 25). Оценивалась эффективность эридикации *H. Pylori* на фоне применения различных схем терапии.

Результаты

Инфекция *H.pylori* диагностирована у 38 детей (76%) гистологическим методом, уреазным тестом – 5 (10%) и серологическим методом – у 7 (14%). Пациенты были разделены на две группы в зависимости от объема эридикационной терапии. В группе I (n=42 детей, 84%) пациентам проводили терапию тремя фармакологическими препаратами (ингибитор протонной помпы, амоксициллин и антибиотик группы макролидов). Эффективность эридикации в группе составила 100%. Пациенты группы II (n=8 детей, 16%) получала терапию, состоящие из более, чем 3-х препаратов. Различий в эффективности терапии в группах не получено, эффективность лечения в группе II также составила 100%.

Выводы

Распространенным методом диагностики у детей с инфекцией *H. pylori* в педиатрической гастроэнтерологической практике является гистологический метод: обнаружение *H. pylori* в биоптатах слизистой оболочки желудка, имеющим степень рекомендации A и уровень доказательности 1a (согласно клиническим рекомендациям Союза педиатров России). Схема эридикационной терапии *H. Pylori* у пациентов детского возраста, включающая большее количество препаратов не имеет преимущество перед схемой, состоящей из трех препаратов.

COVID - 19 ИНФЕКЦИЯСИ АНИҚЛАНГАН БЕМОРЛАРДАГИ КАСАЛЛИКНИ КЕЧИШИ

Тешабоев У. А. Сайдуллаева К.М.

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти. Ўзбекистон.

Оғир ўткир нафас олиш синдроми келтириб чиқарадиган COVID-19 коронавирус инфекцияси касаллиги пандемияси илк маротаба 2019-йилнинг декабрида Хитойнинг Ухан шаҳрида қайд этилган касаллик 2020-йилнинг 11-мартда Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти томонидан пандемия деб белгиланди. 17- апрел 2021- йилга қадар вирусни 192 дан ошиқ мамлакат ва ҳудудда яшовчи 140 миллиондан ошиқ одам юктирди; 3 000 000 дан ошиқ одам касаллик туфайли ҳалок бўлди, 80 миллиондан ошиқ одам эса тузалди. Хитой, Европа, Эрон, Жанубий Корея ва АҚШда пандемия ўчоқлари юзага келди.

Шу қаторда COVID-19 коронавирус инфекцияси пандемияси Ўзбекистонни ҳам четлаб ўтмади. Covid - 19 инфекцияси аниқланган беморлардаги касаллик белгиларини, касаллик кечиши ва учрашини ўрганиб, ўртача таҳлил қилиб, касаллик ҳақидаги баъзи маълумотлар жамланди.

Текширувнинг мақсади

Covid-19 инфекцияси аниқланган беморлардаги касалликни кечишини ўрганиш ва умумий таҳлил қилиш.

Материал ва методлар

Тадқиқот Фарғона шаҳар 2 - сонли шифохонада апрел-декабр ойларида Covid-19 инфекцияси аниқланиб мурожат қилган ва даволанишга олиб келинган 1109 беморларда олиб борилди.

Олиб борилган ўрганишлар натижасида қуйдагилар аниқланди. Фарғона шаҳар 2 - сонли шифохонада апрел-декабр ойларида Covid-19 инфекцияси аниқланиб, даволанган беморларнинг 648 таси тез тиббий ёрдамда олиб келинган, 461та бемор эса ўзи келиб мурожат қилган, бундан 268 та беморлар (ТТЁ, ўзи) йўлланма билан, 841 та бемор йўлланмасиз келган. Covid-19 инфекцияси аниқланиб мурожат қилган ва даволанишга олиб келинган 1109 беморларнинг 619 таси эркаклар, 490 таси аёлларни ташкил қилди.

Беморлар шифохонага келганида сатурацияси асосан 95% дан паст бўлган. Беморларни оғир аҳволдагилари ва беморларнинг ўз ҳошига кўра 116 таси бошқа шифохоналарга (РШТТЁИМФФ, Ю.К.Ш, 2-ЮКШ, Эндокринология, Фарғона шаҳар Т.Б, Пульмонология, хусусий шифохоналар) ўтказилган.

Касалликнинг беморларда ёши бўйича учраши қуйидагича кўринишда бўлди:

0-9 ёш – 8 та

10-19 ёш – 19 та

20-29 ёш – 71 та

30-39 ёш – 203 та

40-49 ёш – 210 та

50-59 ёш – 254 та

60-69 ёш – 235 та

70 ёш - ва катталар – 109 та ташкил этди.

Беморларда касалликни оғир- енгил даражада ўтиши ҳамроҳ касаллиги билан ҳам боғлиқ бўлган. Бунда асосан 138 та беморлар гипертония касаллиги борлиги, 26 та беморни қандли диабет борлиги, 7 та беморда миокард инфаркти, 11 та беморда семизлик, 1 та бемор БМҚАЎБ, 223 та беморда бошқа ҳамроҳ касалликлари, асосан - сурункали бронхит, сийдик йўли касалликлари, юрак ишемик касалликлари, стенокардия, пневмония, бронхопневмония, шифохонадан ташқари ўткир пневмония, юрак ишемик касаллиги синдроми, 12 бармоқли ичак касалликлари, бронхиал астма, анемия, ўткир фарингит, 2- гуруҳ ногиронлиги бор беморларда кузатилган.

Бундан кўриниб турибдики ҳамроҳ касаллиги бор беморларда касалликни кечиши нисбатан оғир кечган. Аммо касалликни кечишида иммунитетнинг рўли ҳам муҳим аҳамият касб этган. Иммунитети мустаҳкам кишиларда касаллик енгил ўтган.

Кузатишлар шуни кўрсатдики касалликни даволашда бу касалликка чалинган беморларда ёки бошқа сурункали касалликлари бор беморларда психологик ўзгаришлар ҳам кузатилган. Шу

сабабли даволаш муассасаларида психологик ёрдамни шакллантириш ҳам касалликни даволашда муҳим ўрин эгаллаган.

Дастлаб бу янги касаллик бўлганлиги учун даволаш жуда қийин кечган. Асосан беморларга қўшимча дорилар яъни ҳамроҳ касалликларига тегишли дори препаратлари қўлланилган. Мисол булардан: антибиотиклар 891 нафар беморга, антивируслар 558 нафар беморга, антикогулянтлар 745 нафар беморга, антиагрегантлар 449 нафар беморга, гормонлар 394 нафар беморга, муколитиклар 337 нафар беморга, диуретиклар 145 нафар беморга, гастропротекторлар 28 нафар беморга, нейропротекторлар 11 нафар беморларга қўлланилган.

Даволаш натижасида 986 нафар бемор тузалиб стационар назорати остида уйларига жавоб берилган. 116 нафар бемор ҳар хил сабабларга кўра бошқа муассасаларга ўтказилган. 7 нафар бемор вафот этган.

Касалликдан сўнг 474 нафар беморда касаллик асоратлари кузатилган. Бу асоратларга асосан шифохонадан ташқари пневмония, пневмония, ўткир пневмония, 2 томонлама пневмония, пневмония 1-2 даража, ўткир нафас етишмовчилигининг 1- 2- 3- даражалари, юрак етишмовчилиги 2 даража, асоратлари кузатилган.

Сизларга яна бир бор коронавирус тўғрисида эслатмоқчимиз. Коронавирус белгилари 14 кун давомида пайдо бўлади, касаллик иситма, ланжлик ва қуруқ йўтал, баъзан бурун битиши, тумов, мушак оғриқлари, томоқ оғриғи ва ич суриши билан кузатилади. Коронавирус аломатларини сезган фуқаро хонадонидан чиқмасдан тез тиббий ёрдам ёки поликлиника шифокорига мурожаат қилиши керак.

Коронавирус профилактикасининг оддий усуллардан бири - қўлларни яхшилаб совунлаб ювиш ёки дезинфекция қилувчи воситалардан фойдаланиш ҳамда ижтимоий масофани сақлашдир.

Хулоса қилиб шуни айтиш керакки касалликни енгиш ва уни олдини олишда белгиланган чора тадбирларга амал қилиш муҳим тадбирлардан биридир. Ҳар бир инсон саломатлигини асраш ўз кўлида. Доимо ўзингизни эҳтиёт қилинг.

АНАЛИЗ БИОЭТИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА: К ВОПРОСУ О ПРОДУКТИВНОСТИ ИНТЕРАКТИВНОЙ СТРАТЕГИИ «ФИШБОУН»

Кампос Ассоль Диеговна

доцент кафедры философии, гуманитарных наук и психологии
Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Россия

Принцип наглядности признан одним из базовых инструментов педагогики. Интерактивные формы освоения программ эффективно формируют определенные стандарты компетенции будущих медиков. Дисциплина «Биоэтика» изучается студентами лечебного факультета на 3-м курсе, когда обучающиеся имеют скромный опыт медицинской практики; культура их клинического мышления еще формируется. Указанные факторы актуализируют необходимость развития аналитических навыков обучающихся.

Стратегия «Fishbone» (англ. «рыбная кость» или «скелет рыбы») – это аналитический инструмент постановки и решения проблемы. Структурно стратегия фишбоун включает в себя мозговой штурм и анализ кейса.

Цель интерактива фишбоун: установление и анализ причинно-следственных связей конкретного кейса.

Этапы: формулировка проблемы, выявление факторов, влияющих на исследуемый объект (рисуем «скелет» и фиксируем результаты мозгового штурма на доске), анализ ситуации и группировка факторов, поиск способов нейтрализации причин проблемы. В заключение студенты предлагают свои варианты перспектив развития проблемы.

Стратегия фишбоун успешно применяется на занятиях по биоэтике, в том числе при изучении этических, социально-психологических проблем применения вспомогательных репродуктивных технологий. Частной проблемой ВРТ является этичность применения практики суррогатного материнства для женщин без диагноза «бесплодие», для одиноких мужчин.

Обрисовав ядро проблемы (расширенное толкование показаний к применению суррогатного материнства), студенты определяют причины проблемной ситуации. На данном этапе студенты ищут ответы на следующие вопросы: каковы мотивы заказчиков услуги суррогатного материнства в России (кроме тех, что имеют медицинские показания) насколько этично включать всех желающих в пул «заказчиков»?

Обычно обучающиеся называют следующие причины: люди стремятся воспользоваться услугами суррогатного материнства потому, что не хотят перестраивать свой режим жизни, работы, рисковать здоровьем и внешностью, а также – по возрастным причинам; особую категорию заказчиков составляют мужчины, которые хотят иметь генетически родного ребенка, но, не имея партнерши/жены, «заказывают» ребенка у суррогатной матери.

Следующая стадия интерактива: аналитика перечисленных студентами причин и поиск путей *управления* ситуацией. Студенты устанавливают: в основе большинства причин лежат именно немедицинские мотивы, страхи, капризы пациентов. Задача преподавателя: напомнить обучающимся, что какими бы нелепыми, надуманными ни казались эти мотивы специалисту, они требуют анализа, обсуждения с коллегами, с самими пациентами.

На стадии определения векторов разрешения проблемной ситуации фиксируем на доске предложенные студентами варианты: устроить правила доступа к медицинской услуге суррогатного материнства, исключив доступ к ней «заказчиков», движимых *немедицинскими* мотивами. Задача преподавателя: указать, что оптимизация службы суррогатного материнства – это комплексная проблема, и она не может быть решена исключительно усилением контроля, введением ограничений. Принципиально важным становится умение специалистов *налаживать контакты* друг с другом, с общественностью, с властями.

XXI век актуализировал извечную задачу гуманитарного образования студентов медицинских специальностей: научить будущих врачей анализировать *этическую* сторону своей деятельности, а также – уметь налаживать профессиональную *коммуникацию*.

Вывод по кейсу: для того, чтоб сформировать допустимую с правовой и этической точки зрения аудиторию потребителей услуги суррогатного материнства, нужно уметь общаться – с людьми (с пациентами, их родственниками), с администрацией, с властями. И задача гуманитарных кафедр - сформировать такого врача, который впоследствии сможет сам формировать *компетентного пациента*. Сжатые сроки приема пациента актуализируют искусство общения с пациентом.

Все-таки суррогатное материнство – процедура, нацеленная на преодоление именно бесплодия, а не «производство» детей для тех родителей, которые физически могут родить самостоятельно, но по немедицинским причинам не хотят делать это.

К сожалению, обучающиеся 3 курса не всегда охотно включаются в обсуждение *этических* аспектов профессиональных проблем. Но современная *партнерская* модель отношений врача и пациента подразумевает активную роль пациента в выборе путей лечения.

Обсуждаемый сегодня в России вариант трансформаций законодательства в сфере ВРТ вообще и суррогатного материнства в частности, четче и жестче определяет допустимость суррогатного материнства. А расследование дела по статье «Торговля людьми», начавшееся летом 2020 г., в котором оказались замешаны не только юристы, но и медицинские работники, актуализирует данную тематику.

Инновационные педагогические технологии позволяют в динамичной форме произвести знание, которое позволяет студенту увидеть прямую связь между академической наукой и своей личной, профессиональной жизнью.

ТРАНСФОРМАЦИЯ МИКРОБИОМА КОЖИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ

Силина Л.В., д.м.н., профессор, зав.кафедрой дерматовенерологии
Овод А.И., д.ф.н., зав.кафедрой управления и экономики фармации
Бибичева Т.В., к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии
ФГБОУ ВО КГМУ МЗ РФ, г. Курск, Россия

Микробиом человека — это весьма сложная система, отличающаяся многокомпонентностью своего содержания и количественным разнообразием представителей микрофлоры, входящих в нее. Исследование микробиоты кожи человека актуально по причине развития хронических дерматозов, когда биотоп кожи представляет собой яркий пример сложного ассоциативного взаимодействия микроорганизмов. Следует отметить четкую взаимосвязь имеющейся микробиоты с заболеваниями кожи, в частности, атопического дерматита, значимость которого определяется высоким уровнем частоты, тенденцией к тяжелому течению, что приводит к снижению показателей качества жизни пациентов с данной патологией и их семей. В общей структуре аллергодерматозов. Атопический дерматит (АтД) занимает одно из ведущих мест, присоединение вторичной инфекции при АтД встречается в 26—38% случаев, на фоне снижения иммунологической реактивности организма, сложившегося экологического неблагополучия, нерационального использования антибиотиков, бактериальная и грибковая инфекция утяжеляет течение АтД. При этом полностью не изучены современные особенности кожного микробиоценоза, его видовой состав, а также не выявлены закономерности микробной колонизации кожи в различных возрастных группах при разных формах АтД. Таким образом, существует необходимость комплексного обследования пациентов с осложненными формами АтД и разработка мероприятий, направленных на оптимизацию медицинской помощи этому контингенту больных. Цель нашего исследования явилось следующее: изучить видовой состав микрофлоры кожи у взрослых с АтД, осложненным вторичной инфекцией. На основе статистического анализа данных лабораторной диагностики проведен анализ результатов бактериологического и микологического обследования кожи 175 больных АтД в возрасте от 18 до 75 лет, осложненным вторичной инфекцией. Для установления степени тяжести заболевания использовалась объективная полуколичественная шкала SCORAD (Severity Scoring of Atopic Dermatitis), которая учитывает следующие признаки: распространенность кожных поражений, интенсивность клинических проявлений, субъективные симптомы. Кожа больных АтД была обсеменена различными микроорганизмами, количество которых было значительно выше, чем на коже людей контрольной группы. *S. aureus* высевали с кожи $79,5 \pm 4,2\%$ больных АтД. Среди бактериальных агентов отмечено важное значение *Staphylococcus epidermidis* ($79,6 \pm 2,2\%$): в общей структуре стафилококкового инфицирования кожных покровов были зарегистрированы *S. aureus* (55,3%), *S. epidermidis* (31,2%), их ассоциация (19,1%). Течение АтД у пациентов с колонизацией кожных покровов совместной ассоциацией бактериальной микрофлоры и стафилококков, а также при присоединении грибов с колонизацией кожи ассоциацией бактериальной микрофлоры и стафилококков характеризовалось резистентностью к проводимой традиционной терапии и инверсным течением данного заболевания. Результаты проводимого микологического обследования показали, что у четвертой части пациентов с АтД и грибковой колонизацией кожи высевались дрожжевые грибы (33,1%), дерматофиты (32,5%), плесневые грибы (19,4%) и ассоциации нескольких грибов (15%). Пациенты с колонизацией кожи нестафилококковой микрофлорой бактериальной этиологии и их ассоциацией с грибами имели незначительный удельный вес в структуре обследованных пациентов с АтД (20% всех пациентов). Грибковая инфекция играет важную роль в поддержании хронического как инфекционного, так и аллергического воспалительного процесса в коже при АтД, путем своего участия в патогенезе дополнительной активацией дермальных лимфоцитов, развитием сенсибилизации и индукции аллерген-специфических IgE. Затем микотическая инфекция при АтД вызывает не только грибковые поражения кожи, но и способствует грибковой сенсибилизации организма пациентов. Следовательно, у пациентов с хроническим рецидивирующим течением АтД с устойчивостью к традиционной терапии отмечается преобладание стафилококковой колонизации кожных покровов. В возрасте 25—50 лет и от 51 года до 75 лет у пациентов чаще высевались стафилококки в сочетании с грибами, что утяжеляло течение АтД и привело к увеличению площади атопического поражения дермы. Следовательно, присоединение вторичной инфекции оказывает отягощающее действие на течение АтД у взрослых, вызывает развитие устойчивости к проводимой стандартной терапии, все это требует дальнейшего изучения этиологических факторов и подбора дифференцированного подхода к лечению.

ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИЙ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ МОЛОДЕЖИ: СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ

Кушнерук А.В., старший преподаватель кафедры гигиены детей и подростков

Самохина Н.В., ассистент кафедры гигиены детей и подростков

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск,
Республика Беларусь

Современные условия жизни предъявляют повышенные требования к здоровью и интеллектуальным возможностям обучающейся молодежи. В связи с чем в последнее время все чаще предметом внимания становится интерес к здоровому образу жизни, особенно среди молодых людей. Это обосновано изменением характера нагрузок на организм молодого человека, связанного с цифровизацией жизни, гиподинамией, увеличением экологических, психологических рисков, провоцирующих негативные тенденции в состоянии здоровья. Здоровый стиль жизни должен являться неотъемлемым компонентом деятельности молодого поколения. В связи с чем важное значение в период их подготовки имеет формирование навыков ЗОЖ и качества культуры здоровья. Здоровый образ жизни – это не только образ жизни отдельного индивида, это концепция жизнедеятельности человека, направленная на сохранение и укрепление здоровья посредством создания благоприятной среды обитания: рационального питания, оптимальной физической активности, психоэмоционального благополучия, отказ от вредных привычек.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что около 70% молодых людей не следуют основным принципам ЗОЖ. По данным ВОЗ недостаточная физическая активность является четвертым по значимости фактором риска глобальной смертности в мире. Так, около 50% опрошенных студентов имеют низкую двигательную активность и не используют в своем режиме дня физическую культуру для укрепления здоровья. Анализ критериев здоровья выявил неудовлетворительные показатели адаптационных резервов сердечно-сосудистой системы у 45% респондентов. Оценка индекса массы тела показала, что избыток массы тела имеют более трети студентов. Контролируют свое физическое состояние и физическую активность только 20,1% опрошенных.

Рациональное питание играет ключевую роль в обеспечении качества жизни человека, его физического и психического здоровья, продолжительности жизни. Изучение пищевых стереотипов показало, что для более половины студентов характерна «углеводно-жировая» модель питания, с недостаточным количеством животного белка, дефицитом клетчатки и ПНЖК. Нерационального режима питания придерживаются около 35% опрошенных (не соблюдают необходимую кратность приемов пищи и должны интервалы между приемами пищи). Нездоровое питание более 50% опрошенных связывают с отсутствием мотивации к ведению здорового образа жизни.

В настоящее время особое место в жизни современного молодого человека занимают цифровые устройства и так называемое «виртуальное–пространство». Гаджеты сегодня выступают не только в качестве средств передачи, обработки и хранения информации, они также наносят колоссальный вред, изменяя соматическую, психическую и социальную составляющие здоровья. Исследование показало, что более 50% опрошенных студентов проводят в гаджетах более 5 часов в день, при рекомендованных не более 2 часов, что позволяет включить исследуемых в группу риска по формированию компьютерной или сетевой зависимости. Больше всего экранного времени студенческая молодежь тратит на посещение онлайн-платформ с целью общения, знакомств, создания социальных отношений, а также для развлечения (музыка, фильмы). Наиболее посещаемыми студентами сайтами являются tiktok.com, vk.com, Instagram.com, youtube.com.

ИППП оказывают негативное воздействие на репродуктивное здоровье и входят в число 5 основных категорий заболеваний, в связи с которыми молодые люди обращаются за медицинской помощью. При анализе данных полученных при проведении анкетирования подверженности рискованному поведению коллективный риск развития ИППП среди опрошенных составил 45%.

В настоящее время вредные привычки глубоко укоренились в молодежной среде. По результатам исследования выявлено, что большинство студентов осознают негативное влияние на здоровье табакокурения. Так, среди респондентов 87,1% не курят, 10% - являются активными курильщиками, 2,9% - отказались от табака.

Анализ полученных данных указывает на необходимость организации и проведения коррекционно-развивающих мероприятий с молодежью по овладению альтернативными, «здоровыми» формами поведения, направленными на повышение уровня осведомленности в вопросах здорового образа жизни, на снижение влияния факторов риска здоровью (большинство из которых обусловлены нерациональным питанием и низкой физической активностью), на профилактику формирования у студентов склонности к аддиктивному поведению.

ГИГИЕНА ТРУДА В ТЕПЛИЧНЫХ ХОЗЯЙСТВАХ

Турдиев Ш.М. Абдуллаев Ф.А.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья
Кафедра «Коммунальной гигиены и гигиены труда»

Современный этап развития общества тесно связан с увеличением эффективности сельского хозяйства и повышением урожайности. Наиболее совершенным видом культивационных сооружений защищенного грунта являются теплицы. В них под стационарными ограждениями выполняются все основные агротехнические мероприятия с широким использованием различных механизмов. Санитарно-гигиенические условия труда в теплицах характеризуются рядом особенностей. К ним относятся: своеобразные микроклиматические условия, широкое использование минеральных удобрений и пестицидов, в ряде случаев загазованность воздушной среды, недостаточная механизация некоторых операций. Неудовлетворительные условия труда в тепличных хозяйствах могут явиться факторами риска развития общих и профессиональных заболеваний, которые приводят к временной, а в ряде случаев стойкой потере трудоспособности работающих. Работы по формированию куста и сбору урожая, особенно при разросшихся растениях, выполняются в вынужденном положении тела - от согнутого под углом 30 - 45° до приподнятого с поднятыми вверх руками, что приводит к перенапряжению мышц плечевого пояса, спины, живота и нижних конечностей. При сборе урожая затрачиваются значительные усилия на перенос тяжестей. Труд рабочих, по данным физиологических исследований, относится к категории тяжелого и напряженного. Овощеводство закрытого грунта относится к одной из трудоемких и сложных отраслей сельскохозяйственного производства. Наименьшей трудоемкостью отличается гидропонный метод выращивания рассады и овощей, при котором питательные растворы подаются автоматически в емкости для выращивания растений. В гигиеническом отношении гидропонный метод является наиболее прогрессивным.

Спектр профессиональной патологии работников сельского хозяйства формируют болезни периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата, вибрационная болезнь, инфекционные и паразитарные болезни, аллергические болезни и ЛЮР - заболевания. Интенсивное развитие овощеводства в защищенном грунте требует обязательного и широкого использования химических веществ в качестве минеральных удобрений, пестицидов, стимуляторов роста и дезинфицирующих средств. Применение пестицидов широкого спектра действия, а также специфические условия микроклиматических условий является отягощающим обстоятельством. Рост тепличных хозяйств увеличил количество людей, работающих в профессиональном контакте с пестицидами. Специфика выращивания овощей обусловлена многократным применением пестицидов нового поколения в течение вегетативного периода и необходимостью проведения ручных работ. Применение ядохимикатов в условиях закрытого грунта может оказывать отрицательное влияние на здоровье работающих. Для борьбы с вредителями и болезнями овощей проводится дезинфекция теплиц и парников, стерилизация почвы, осуществляется протравливание семян, обработка растений пестицидами на протяжении всего периода вегетации. Обработка растений проводится с момента появления вредителей или болезни каждые 7-14 дней, как правило, комбинированными растворами фунгицидов. Выбор препаратов, а также сроки обработки устанавливаются в каждом конкретном случае. Как следует из полученных данных, концентрация пестицидных препаратов колеблется в широких диапазонах. Так, в момент применения пестицидов содержание их в 10-15 раз превышает установленные ПДК. (СанПиН №0294-2011г. «Гигиенические нормативы. ПДК вредных веществ в воздухе рабочей зоны»). Содержание пестицидов в воздухе рабочей зоны в теплицах нередко превышает предельно допустимые концентрации как во время обработки, так и в последующие часы. При этом пестицидные препараты загрязняют не только воздушную среду, но и растения, одежду, могут при не правильном применении попадать на открытые участки кожи работающих. После обработки снижение концентраций ядохимикатов до ПДК происходит в течение 1-3 сут в зависимости от физико-химических свойств препаратов, способов их применения и микроклиматических условий. Вследствие герметичности тепличных сооружений, особенно пленочных, слабой подвижности в них воздуха, интенсивного испарения в условиях нагревающего микроклимата создаются условия для длительного удерживания ядохимикатов в рабочей зоне. Нами установлено, что снижение концентрации пестицидов в тепличных сооружениях до уровня ПДК происходит в течение

длительного времени (24—72 часа) в зависимости от многих условий (характера препаратов, системы вентиляции, конструкции теплиц, погодных. Таким образом, в овощеводстве закрытого грунта существует повышенная опасность отравления пестицидами. При изучении общей заболеваемости у работников тепличных хозяйств основной группы были выявлены высокие показатели по следующим нозологическим формам болезни: органов дыхания (40-54%), системы кровообращения (8-21%), нервной системы и органов чувств (7-14%), нарушения обмена веществ и эндокринной системы (10-14%), мочевыводящих путей (5-9%), костно-мышечной системы (612%), кожи и подкожной клетчатки (2-8%), органов пищеварения (6-9%). Стандартизованные коэффициенты показали, что заболеваемость с временной ВУТ у тепличниц обусловлена не столько различием возраста, а стажем работы, и более выраженным неблагоприятным влиянием на состояние работающих комплекса химических и физических факторов производственной среды.

Необходимо отметить, что многие авторы исследовавшие особенности влияния вредных и опасных производственных факторов, а также тяжести и напряженности трудового процесса на общесоматическое состояние работников, что позволяет более действенно и эффективно проводить лечебно-профилактическую и диспансерную работу среди работников, а также позволяет совершенствовать проведение периодических медицинских осмотров тепличных хозяйств.

ИССЛЕДОВАНИЕ РЫНКА ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Овод А.И., д.ф.н., профессор, зав.кафедрой управления и экономики фармации
Силина Л.В., д.м.н., профессор, зав.кафедрой дерматовенерологии
ФГБОУ ВО КГМУ МЗ РФ, г. Курск, Россия

Актуальность

Атопический дерматит (АтД) является одним из наиболее распространенных заболеваний, встречающихся в детском возрасте, и признан «эпидемией XXI века» не только в нашей стране, но и во многих странах мира. Для данной патологии характерны симптомы: непрерывный зуд и повреждения кожи, что способствует снижению качества жизни ребенка и его семьи. В Российской Федерации наблюдается постоянный рост числа детей, страдающих данным заболеванием, в частности за период 2008-2018 г произошло увеличение распространённости среди детей 0-14 лет на 4,7%, 15-17 лет – на 2,1%, что свидетельствует о важности оптимизации фармакотерапии АтД и повышения доступности к современным препаратам [1,3].

Цель исследования – маркетинговый анализ лекарственного ресурса отечественного фармацевтического рынка препаратов, применяемых в терапии АтД у детей.

Материалы и методы

Ассортимент лекарственных препаратов (ЛП) для лечения атопического дерматита у детей; данные Государственного реестра лекарственных средств (ГРЛС) (Интернет-версия); методы: систематический, логический, маркетинговый.

Результаты исследования

Установлено, что ассортимент ЛП, используемых для лечения АтД у детей в соответствии с АТС-классификацией, представлен девятью группами: А, В, D, H, J, L, N, R, V [2] в виде 51 международного непатентованного наименования (МНН), 322 торговых наименований (ТН) и 706 предложений ЛП. Лидирующие позиции по количеству ТН (33,5%) и количеству ЛП (38,5%) занимает группа D – дерматологические препараты, которые являются препаратами выбора при лечении АтД у детей в РФ, включающая семь подгрупп. Среди которых, преобладают препараты подгруппы D07 – глюкокортикоиды, применяемые в дерматологии (ТН – 11,8% и ЛП – 15,6%), что связано с хорошим достижением клинического эффекта при их применении. Ассортимент D07 представлен 14 МНН, систематизированных в зависимости от активности действующего вещества. D07AA – метилпреднизолон и гидрокортизон, препараты с низкой активностью, оказывающие минимальный системный эффект. Это связано с особенностью лекарственной формы (ЛФ), которая представлена мазью, кремом и эмульсией. При применении эмульсии всасывается менее 1% действующего вещества, однако данная ЛФ наиболее предпочтительна при лечении АтД у детей. D07AB – аклометазон и триамцинолон, кортикостероиды с умеренной активностью, применяемые местно – в виде мазей или парентерально. D07AC – бетаметазон, флуоцинолона ацетонид, мометазон и флутиказон представляют собой кортикостероиды с высокой противовоспалительной, противоаллергической и противозудной активностью. Аптечный ассортимент данной подгруппы представлен следующими торговыми наименованиями: Синафлан®, Синодерм®, Флуцинар®. D07AD – кортикостероиды с очень высокой активностью. Основным представителем данной группы является клобетазол, который оказывает противовоспалительное, антиэкссудативное, антипролиферативное, противоаллергическое и противозудное действие. Используется в основном при тяжелом течении АтД. Кроме кортикостероидов, к группе D относятся декспантенол – D03AX препараты, способствующие нормальному рубцеванию, D05AA – дёготь березовый местного действия, D08AX – нафталанская нефть, относящаяся к антисептикам и дезинфицирующим средствам.

Анализируемый ассортимент на 49,3% состоит из позиций отечественного производства, что свидетельствует об импортозамещении в данной группе препаратов. Лидерами среди отечественных производителей являются ОАО «Атолл», ОАО «Нижфарм», АО «Байер», ОАО «Акрихин» и ООО «Валеант». На долю зарубежных производителей приходится 50,7%. Основные страны экспортеры – Германия, Хорватия, Дания, Нидерланды и Бельгия, представленные следующими производителями: «Ратиофарм ГмбХ», «Ядран» Галенский Лабораторий АО, Лео Фарм, Астеллас Фарма и Шеринг Плау.

Выводы

Таким образом, проведенный маркетинговый анализ показал, что ассортимент ЛП для лечения АД в детском возрасте представлен большим количеством групп препаратов, что дает возможность выбора наиболее эффективного ЛП в отношении индивидуального клинического случая. Учитывая особенности фармакотерапии данного заболевания, было выявлено, что лидером является группа D – дерматологические препараты. В настоящее время, насыщение отечественного фармацевтического рынка данными препаратами осуществляется примерно в равной доли отечественными и зарубежными производителями, что способствует повышению доступности лекарственной помощи детям с данной патологией, независимо от доходов семьи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Иванова О.Н. Атопические дерматиты у детей республики Саха (Якутия) / О.Н. Иванова, А.Н. Арбаева // Евразийское научное объединение. – 2019. – №5-3. – С. 181-185.
2. Клинические рекомендации «Союз педиатров России» 2016 г. Режим доступа: http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_ad.pdf (дата обращения: 20.01.2020).
3. Тренева М.С. Первичная профилактика атопического дерматита у детей: состояние проблемы и перспективы выхода из кризиса / М.С. Тренева, А.Н. Пампура // Педиатрия. – 2015. – Т.4, №4. – С. 8-13.

ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ УТИЛИЗАЦИИ ОТХОДОВ

Рагулина В.А., доцент

Курский государственный медицинский университет
г.Курск, Россия

Задача экологии человека - снятие угроз человеку, возвращение человека к пониманию своей истинной природы, как сущности духовной, к единению с природой, к установлению равновесия человека с природой. Загрязнение окружающей природной среды обусловлено внесением в ту или иную экологическую систему не свойственных ей живых или неживых компонентов, а также структурных изменений, нарушающих круговорот веществ, в результате чего снижается продуктивность этой системы или происходит ее разрушение [3]. Одним из самых мощных источников антропогенных органических загрязнителей служит промышленное производство. Потенциальную опасность для человека представляют и отходы фармацевтических производств, лекарственные препараты с просроченным сроком действия и фальсификаторы. Но если от обычных отходов еще можно избавиться путем депонирования (захоронения), то некоторые виды медицинских отходов подлежат только термической переработке, поскольку они представляют опасность, связанную с риском инфекционного заражения или распространения инфекций. Под отходами лечебно-профилактических учреждений понимаются все виды отходов, образующихся в: больницах, поликлиниках, диспансерах, станциях скорой медицинской помощи, станциях переливания крови, учреждениях длительного ухода за больными, научно-исследовательских институтах и учебных заведениях медицинского профиля, аптеках, фармацевтических производствах, учреждениях судебно-медицинской экспертизы и т. д. [1]. С целью решения проблемы сбора, хранения, утилизации во всех ЛПУ Курской области изданы приказы, подготовлены и действуют инструкции, устанавливающие правила обращения с отходами и персональную ответственность должностных лиц, схемы удаления отходов и их временного хранения, согласованные с территориальным управлением Роспотребнадзора по Курской области. Эти проблемы по инициативе санитарной службы неоднократно рассматривались в Правительстве Курской области, были предметом обсуждения на областной антитеррористической комиссии, межведомственном Совете Курской области по предметам совместного ведения, Коллегии Комитета здравоохранения Курской области, санитарно-противоэпидемиологических комиссий, совещаний организаторов здравоохранения и т. д.

Учитывая высокую потенциальную опасность «медицинских» отходов решение имеющих место проблем возможно при выполнении следующих мероприятий:

- приобретение комплекса специализированного сертифицированного оборудования, инвентаря и расходных материалов для сбора, хранения и удаления «медицинских отходов»;
- организация термической обработки утилизированных отходов ЛПУ;
- организация централизованного заказа упаковочной тары и т. д.

В идеале, конечно, для эффективной переработки отходов целесообразно применение разработанного метода высокотемпературного плазменного воздействия, позволяющего переработать все медицинские отходы, включая одноразовые шприцы, иглы, скальпели, системы переливания крови, человеческую кровь и ее продукты, инфицированные материалы и патологоанатомические отходы, а также для уничтожения на таможенных переходах опасных инфицированных, некачественных и запрещенных для ввоза в Россию товаров и продуктов, для санитарной очистки территорий во время чрезвычайных происшествий и эпидемий. Реализация метода, внедрение универсального блочно-модульного оборудования для плазменной переработки опасных медицинских отходов позволяют решать еще одну важную экологическую проблему. Особое значение в плане предупреждения обострения экологических ситуаций, конечно, имеет медицинская осведомленность и грамотность населения [2].

Вопросы экологии – это здоровье нации, поэтому разговор об экологической безопасности следует вести в наступательном ключе на всех уровнях и по всем направлениям [3]. Задача высших учебных заведений – развивать дальше экологическую культуру, дать глубокие экологические знания и на их основе научить экологически грамотно мыслить.

Без преувеличения можно утверждать, что именно от успеха или неудачи ВУЗа зависит, справятся или нет с экологической проблемой будущие поколения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Осипов А.Б., Козырева М.С. Решение эколого-экономических проблем переработки отходов в рамках концепции «зеленой» экономики //Технико-технологические проблемы сервиса. - 2018 - №2(44) . – С.61-67.
2. Ратиев Д. Ю., Ильина Е. К., Ратиев Ю. Д. Экологическое воспитание: грани и возможности // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – Т. 11. – С. 556–560.
3. Халил Мусаб, Рушади Ахмад. Концепция зеленой экономики: основные положения и перспективы, экономические механизмы и условия перехода к зеленой экономике /Мусаб Рушади Ахмад Халил //Молодой ученый. – 2018. - №45(231). – С.98-100.

ИНТЕГРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТЕПЛОВОЙ НАГРУЗКИ НА ОРГАНИЗМ ГОРНОРАБОЧИХ КАРЬЕРА МУРУНТАУ

Шамансурова Х.Ш. к.м.н. НИИ санитарии, гигиены и профзаболеваний МЗ Республики
Узбекистан

Хаширбаева Д.М. д.м.н., доцент Ташкентский фармацевтический институт, Узбекистан

Воронина Н.В. д.м.н., доцент Ташкентский фармацевтический институт, Узбекистан

На Навоийском золотодобывающем карьере «Мурунтау» применяют открытый способ добычи золота. В связи с этим, метеорологические условия являются одним из основных производственных факторов.

Целью нашей работы явилась интегральная оценка тепловой нагрузки на организм горнорабочих карьера Мурунтау.

Объектами исследования явились рабочие карьера и показатели метеорологических и микроклиматических условий труда.

Оценка тепловой нагрузки среды на работающего человека проводилась по интегральному показателю WBGT– индекс.

Результаты и обсуждение. Карьер Мурунтау расположен в IVA климатическом поясе Узбекистана. Характерной особенностью климата является продолжительное жаркое лето и довольно холодная зима с большими колебаниями температуры воздуха, как в течение года, так и на протяжении суток, малой подвижностью, большой сухостью воздуха и интенсивной радиацией. Метеорологические условия в карьерах подвержены сезонным колебаниям, определяются климатическими особенностями Центральных Кызылкумов. Подвижность воздуха зависит от глубины карьеров. С увеличением глубины карьера скорость движения воздуха снижается.

Установлено, что с апреля по сентябрь месяцы в дневные часы температура воздуха превышает $+30^{\circ}\text{C}$. В июле и августе месяце около 30% рабочего времени горнорабочие находятся на открытых рабочих площадках, где температура воздуха превышает 37°C .

В условиях малооблачного лета Узбекистана большое значение имеет радиационный поток прямых и отраженных солнечных лучей. Так, в Зарафшане, среднесуточные суммы (прямой) рассеянной солнечной радиации на горизонтальной поверхности при средних условиях облачности в июне – августе достигают 21,88/6,80; 21,92/6,32; 20,70/5,32 МДж/м² сутки, а средняя годовая - 12,18/5,36 МДж/м² сутки. Температура черного шара, являющаяся интегральным показателем радиационного фактора в наиболее жаркие, безоблачные дни достигает $60-65^{\circ}\text{C}$. Высокая температура черного шара удерживается и в вечерние часы за счет «вторичной» радиации, когда нагревающиеся за день технологическое оборудование, расположенное на открытых промышленных площадках, остывая, отдаёт избытки тепла в окружающую среду. Так, температура воздуха превышает $30-35^{\circ}\text{C}$ в течение 15 дней, в июле таких дней - 18, в августе - 12. В течение 2-4 дней в летние месяцы температура воздуха в вечерние часы достигала $50-55^{\circ}\text{C}$.

В пределах карьерного пространства параметры температуры воздуха колебались от -3°C в зимнее время, и до $+37^{\circ}\text{C}$ летом. Эмпирический показатель температурного индекса (WBGT) составил $31,7^{\circ}\text{C}$, что указывает на перегревание организма горнорабочих, в частности, машинистов буровых станков и их помощников. Согласно действующей гигиенической классификации по критериям вредности с учетом тяжести и напряженности трудового процесса и опасности факторы труда машиниста и помощника машиниста буровых установок были отнесены по метеофактору к классу 3.3.

В другой группе основных профессий горнорабочих относятся взрывники. Установлено, что данная профессиональная группа горнорабочих весь рабочий день проводят непосредственно в карьере, и подвергаются воздействию метеофактора, которая зависит от сезона года. Следовательно, условия труда взрывников характеризуются влиянием нагревающего климата, что позволило отнести их по метеофактору к 3 классу 3 степени.

Значительную группу трудящихся карьеров составляют машинисты различных видов горных машин (экскаваторов, бульдозеров, автогрейдеров, автомобилей БелАЗ и др.). Проведенные исследования показали, что на машинистов воздействует комплекс производственных факторов, в том числе и нагревающий микроклимат. Согласно хронометражных наблюдений установлено, что 80% рабочего времени машинисты находятся в кабине, а при выполнении ремонтных работ (10% рабочего времени) – вне кабины.

Анализ показателей микроклимата выявил постоянное изменение микроклиматических условий

на рабочем месте машинистов за счет нагрева поверхности кабины, работы двигателей, открывания дверей кабин, перемещения работающих в пределах карьера, суточных и сезонных колебаний. Так, значение температуры в кабине экскаваторов колебалось от $+24^{\circ}\text{C}$ до $+32^{\circ}\text{C}$. В кабинах, оборудованных кондиционером, средние значения температуры составляли $+27,2^{\circ}\text{C}$, при скорости движения воздуха $0,3$ м/с и относительной влажности 70% . В теплый период года отмечены случаи, когда температура воздуха была выше наружной из-за перегрева крыши, мотора и других металлических частей кабины, и в среднем, находились на уровне от $+33,6$ до $+36,4^{\circ}\text{C}$.

Оценка тепловой нагрузки среды с учетом сочетанного действия различных параметров микроклимата (температура, влажность, подвижность воздуха и тепловое облучение) на работающего машиниста горнорабочих машин по интегральному показателю WBGT–индексу показало, что условия труда относятся к 3 классу 3 степени с учетом времени их воздействия. В холодный период года температура воздуха в кабине в среднем составила $+20^{\circ}\text{C}$, при относительной влажности 45% и низкой скорости движения воздуха $0,1$ м/с, что соответствует 2 допустимому классу.

Таким образом, проведенные исследования по интегральному показателю WBGT–индекс позволил оценить условия труда профессиональных групп машинистов, взрывников как «вредные» (3.3) за счет нагревающего микроклимата.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА АНЕМИИ НА ДОМУ

Аишурова М.Д., Тешабоев Ю.А., Усмонова Р.А.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья.

2- Маргиланский колледж общественного здоровья Абу Али ибн Сина. Узбекистан.

Анемия - очень распространенное заболевание, в отличие от многих других заболеваний крови. По статистике четверть населения мира страдает анемией.

Чтобы вылечить анемию, нужно бороться с причиной, ее вызвавшей. Самый распространенный вид анемии - дефицит железа. Дефицит железа, который является основным компонентом гемоглобина в организме. Одна из причин этого заключается в том, что железо не поступает с пищей в достаточном количестве или выводится из организма в избытке. Врачи спорят о том, какая из этих причин встречается чаще, но обе очень важны.

Также следует учитывать, что анемия может возникнуть из-за неправильного питания. Правда, часто это связано не только с дефицитом железа, но и с недостатком витамина В12 в пище. В этом случае анемия называется дефицитом В12 и вызвана нарушением образования красных кровяных телец (этот витамин участвует в этом процессе). Мясо, молоко, рыба и яйца богаты витамином В12. В связи с этим вегетарианцам обычно рекомендуется принимать специальные диетические добавки, чтобы предотвратить его дефицит.

Помимо перечисленных выше причин, анемия может быть результатом хронического заболевания почек (именно почка вырабатывает эритропоэтин - гормон, который стимулирует образование красных кровяных телец), любых хронических инфекций и воспалений, наследственных причин и побочных эффектов. ряда лекарств. Но главный фактор, вызывающий анемию, - дефицит железа.

Беременным женщинам следует употреблять в два раза больше железа, чем обычно. Для лечения анемии в домашних условиях необходимо употреблять продукты, богатые железом (15 мг в день). Продукты, богатые железом: бобовые (фасоль, горох, мох) и овес, мясные и рыбные продукты, овощи (особенно красная морковь), фрукты и зелень, сухофрукты: щавель, абрикосы, шелковица и сливы, орехи, изюм и другие продукты.

Но способность человека усваивать железо из пищи очень ограничена: не более нескольких миллиграммов в день. Вот почему восполнение утраченного железа с помощью лекарств или еды - непростая задача. Вы должны ждать недели и месяцы, чтобы почувствовать эффект. Не пейте чай или кофе во время еды или во время еды, лучше пить через 25-30 минут. Потому что он расщепляет питательные вещества в пище до того, как они усвоятся. Продукты, богатые витамином С (апельсиновый сок, сладкий чай), помогают организму усваивать железо.

Желательно начинать лечение больных с приема жидкости. Пациенту следует регулярно пить кипяченую кислую воду вместо чая до выздоровления. Тогда также хорошо заживет отвар из нектара и боярышника.

Также рекомендуется пить в течение дня следующий лечебный отвар: 200 гр. нарезать морковь в равных количествах красной свеклой, в зависимости от ее вкуса. вы добавляете сахар и кипятите в трех литрах воды до двух литров. Желательно пить отвар в тот же день.

Еще одно лекарство от анемии - это жареный лук в хлопковом, фисташковом или оливковом масле на завтрак и обезвоженный хлеб на завтрак. Также не менее 200 гр. Большая часть красной свеклы варится на воде, она также очищает кровь вместе с увеличением.

При малокровии не употребляют жареную, мясную пищу, молоко. Лучше всего есть мясо как можно более измельченное. Из сладостей можно есть только мед, сахар и сахар. Не допускается употребление кондитерских изделий, кофе, какао, различной выпечки.

Употребление большого количества слив способствует увеличению количества эритроцитов в крови.

Ибн Сина использовал шпинат при лечении анемии: 1 столовую ложку травы шпината или порошка листьев кипятили в 200 граммах воды в течение 10 минут и оставляли для отдыха. Плавайте с пристани и пейте трижды в день. Таким же способом приготовьте настойку из изюма и выпейте ее утром за полчаса до завтрака.

В народной медицине: настойка из листьев и коры айвы, а также настойка из листьев лимона также применяется при анемии.

Как и многие другие заболевания, анемию легче предотвратить, чем вылечить. Учитывая, что дефицит железа является основной причиной анемии, очень важно правильное питание. Если этого недостаточно, можно использовать витаминно-минеральные комплексы и железосодержащие препараты.

В качестве экзотического метода профилактики анемии можно также предложить миграцию в относительно высокие районы над уровнем моря.

Было обнаружено, что люди, которые какое-то время жили в горных районах, менее подвержены анемии, потому что их тела «научились» производить больше гемоглобина, чем раньше. Кстати, этот метод используется и на тренировках со спортсменами.

Таким образом, важность профилактики и лечения анемии огромна. Анемия может ухудшить качество жизни и сделать человека более склонным к другим заболеваниям. Анемию необходимо своевременно диагностировать и лечить. Не оставайтесь равнодушными и к этому заболеванию.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ГЕЛЬМИНТОЗЛАР БИЛАН КАСАЛЛАНИШНИНГ КЎП ЙИЛЛИК ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАҲЛИЛИ

¹Расулов Ш.М., ²Матякубов М.Б.

¹Тошкент тиббиёт академияси,

²Тошкент шаҳар 3-сонли туғруқ комплекс, Тошкент, Ўзбекистон

Долзарблиги: Инсон учун характерли касалликлар орасида гельминтозлар етакчи ўринлардан бирини эгаллайди. ЖССТ берган маълумотларга кўра Африка, Осиё ва Лотин Америкаси давлатлари аҳолисининг 90% дан ортиги гельминтозлар билан касалланиш хавфи остида яшайдилар [2,3].

Жаҳон банкининг баҳосига кўра, ичак гельминтозлари келтирадиган иқтисодий зарар диарея, сил ва юрак қон томир касалликларидан сўнг 4-ўринни эгаллайди. 270 дан ортиқ гельминтозлар, одамларда кузатиладиган турли касалликлар сабабчиси ҳисобланади [1,3].

Паразитар касалликлар Соғлиқни сақлаш тизими олдида турган долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Ушбу ҳолат уларнинг кенг тарқалганлиги ва одам организмида турли патологик ўзгаришлар келтириб чиқариши билан тушунтирилади. Паразитозлар ер юзи аҳолисининг катта қисмини зарарлантириб, жамият ривожланишига жиддий ижтимоий ва иқтисодий зарар етказди [4].

Ўзбекистон ҳам паразитар касалликлар бўйича юқори эндемик ҳудудга киради, хусусан аҳолини энтеробиоз, геминолепидоз, аскаридоз ва лямблиоз каби паразитар касалликлар билан касалланиш кўрсаткичи юқоридир [3,4].

Тадқиқотнинг мақсади: Ўзбекистон Республикасида гельминтозлар билан касалланганларнинг 2009 - 2019 йиллардаги таҳлили.

Тадқиқот материали ва услублари. Ўзбекистон Республикаси Санитария-эпидемиологик осойишталик ва жамоат саломатлиги хизматининг расмий ҳисоботлари ва 2009-2019 йилларда аҳолининг гельминтозлар билан касалланиш таҳлили. Ушбу тадқиқотни амалга оширишда эпидемиологик ва статистик тадқиқот услубларидан фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари. Ўзбекистон Республикаси ҳудудлари бўйлаб энг кўп тарқалган 7 турдаги (энтеробиоз, геминолепидоз, аскаридоз, трихоцефалез, трематодоз эхинококкоз ва тениаринхоз) гельминтозларни 2009-2019 йиллардаги эпидемиологик таҳлилини ўтказдик.

Гельминтозлар тарқалган кўпгина мамлакатларда энтеробиоз энг кўп учрайди, шу жумладан бизнинг республикамизда ҳам энтеробиоз барча гельминтозлар орасида энг кўп тарқалган гельминтоз ҳисобланади. 2009 йилда аниқланган барча гельминтозлар орасида 78,5% ни, 2019 йилда 84,8% ни энтеробиоз ташкил этиб, касалликнинг учраш даражаси йил сайин ошган. Иккинчи ўринда геминолепидоз бўлиб, у 2009 йилда 18,3% ни, 2019 йилда 13,5% ни ташкил этиб касалликнинг учраш даражаси йилар ўтиб бир оз камайган. Учинчи ўринда гельминтозлардан - аскаридоз 2009 йилда 2,2% ни, 2019 йилда 1,07% ни ташкил этиб касалликнинг учраш даражаси 10 йил ўтиб 50% га камайдигани аниқланган. Эхинококкоз 2009 йилда 0,5% ни, 2019 йилда 0,35% ни ташкил этиб касалликнинг учраш даражаси 10 йил ичида 30% га камайдигани аниқланган. Трихоцефалез 2009 йилда 0,18% ни, 2019 йилда 0,003% ни бўлган. Трематодоз 2009 йилда аниқланмаган, 2019 йилда трематодоз барча гельминтозларнинг 0,018% ни ташкил этган. Тениаринхоз 2009 йилда 0,32% ни, 2019 йилда барча гельминтозларнинг 0,16% ни ташкил этган.

Гельминтозлар билан касалланганлар орасида 5-14 ёшлилар касалланганларнинг асосий қисм бўлиб, 2009-йилда 58,25%, 2019 йилда 64,76 %ни ташкил қилган, 3-5 ёшлилар 2009-йилда 22,17% ни, 2019 йилда 22,47% ни ташкил қилган. Касалланганлар орасида 1 ёшгача бўлганлар болалар эса энг кам қайд қилинган бўлиб, 2009-йилда 0,67% ни, 2019-йилда 0,38% ни ташкил қилган.

Гельминтозларга қарши муваффақиятли профилактик тадбирларни амалга оширишда аҳолининг тиббий маданияти ва турмуш даражасини янада ошириш катта аҳамиятга эга.

Хулоса. Юқорида келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики гельминтоз касалликлари республикамизнинг барча ҳудудларида ва барча ёшларда учрамоқда. Шунинг учун гельминтозларнинг замонавий эпидемиологик хусусиятларини тўлиқ ўрганиш, ушбу касалликнинг профилактикаси ва эпидемиологик назоратини такомиллаштириш кераклигини тақозо этади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Абдиев Т.А. Актуальные проблемы эхинококкоза в Узбекистане. / Т.А Абдиев, Ш.А. Разаков, Д.Б. Саидахмедова, Ф.С. Саипов, Тахтоходжаева //Проблемы биологии и медицины. - Самарканд, 2009.-С.127-128.
2. Каримов Ш.И., Кротов Н.Ф., Мамараджабов С. Лапароскопические и видеоассистированные вмешательства в хирургии эхинококкоза печени //Анналы хирургической гепатологии, 2007, том 12, № 4.-С. 91-96
3. Расулов Ш.М., Матназарова Г.С. Абдукаххарова М.Ф. Эпидемиологическая характеристика и распространение эхинококкоза в Узбекистане Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси. - Тошкент.-2019. №5.-С. 156-158.
4. Расулов Ш.М., Матназарова Г.С. Ўзбекистонда эхинококкознинг тарқалганлиги ва унинг профилактикасини такомиллаштириш. //Инфекция, иммунитет и фармакология. -Тошкент.-2019. -№5. -С. 192-198.

ГЛОБАЛЬНЫЕ ПАНДЕМИИ КАК ТОЛЧОК К РАЗВИТИЮ МЕДИЦИНЫ

Фатъкин Д.Ю.

Научный руководитель: к.ф.н., преподаватель Спиридонова Е. П.
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского
Кафедра философии, гуманитарных наук и психологии Российская Федерация

Охватившая весь мир пандемия COVID-19, как и многие ей предшествовавшие, показала, что вспышки тяжёлых заболеваний способствуют изобретению новых методов диагностики, лечения, профилактики ранее неизвестных недугов, что является истинным двигателем медицинского прогресса.

Хронология пандемий отражает прогресс медицинской науки и здравоохранения при решении задач борьбы с эпидемиями. Средневековую Европу периодически накрывали эпидемии чумы, а обществом допускались ошибки, ставящие под угрозу жизни людей. Отдельные исследователи и врачи-практики пытались найти способы ограничить болезнь. Вводились карантин, самоизоляция, генеральные уборки, создавались медицинские учреждения. Вспышки бубонной чумы наблюдались и в Самаркандском уезде. В 1894 году швейцарский бактериолог Александр Йерсен обнаружил чумную палочку, что стало знаковым событием для всей медицинской науки. Сегодня все эти меры входят в протоколы профилактики и лечения чумы, распространение которой удалось взять под контроль.

Борьба с распространением другого заболевания - черной оспы, привела к медицинскому прорыву и созданию вакцин. Долгое время использовался метод вариоляции — введение гнойной оспенной жидкости из пустул (гнойничков) заражённого животного человеку. Одним из основоположников этого метода является Ибн Сина (Авиценна), родившийся неподалёку от Бухары. В 1796 году английский врач Эдвард Дженнер успешно вакцинировал ребёнка материалом коровьей оспы, дающей более лёгкую симптоматику и иммунитет. Натуральная оспа является первым в мире инфекционным заболеванием, полностью побеждённым методом массовой вакцинации.

Интенсивность заболеваемости испанским гриппом, обусловленная отсутствием систем эпидемиологического надзора, актуализировали для учёных задачу по развитию эпидемиологии, вирусологии, иммунологии. К 1920 г. ученые узнали возбудителей ряда вирусных заболеваний человека и животных.

Пандемия новой коронавирусной инфекции «унаследовала» достижения прошлых эпидемий — карантин, изоляция, гигиена, санитария были внедрены в противопандемийные меры и дали положительные результаты. Также опыт прошлых пандемий говорил о необходимости разработки вакцин — это стало ведущим направлением медицинских исследований наряду с разработкой новых терапевтических мер. Вакцинация в Российской Федерации началась осенью 2020 года, а в Узбекистане — 1 апреля 2021 года. К настоящему времени в Узбекистане было использовано более миллиона вакцин, а в России — 14 млн. 2020-2021 года ознаменовались стремительным развитием вирусологии, широкое распространение получает искусственный интеллект в клинической практике. Работа медицинских учреждений, фармотрасли, индустрии медтехники в условиях пандемии потребовали пересмотра принципов функционирования.

В качестве вывода отметим, что эпидемии, несмотря на свой негативный потенциал, положительно влияют на развитие естественнонаучных и медицинских исследований. Эпидемии способствуют выявлению катастрофических проблем в укладе жизни людей: антисанитария, неорганизованность в оказании медицинской помощи, дефицит необходимых знаний и оборудования для обнаружения, лечения и профилактики заболеваний. Эпидемии позволяют учёным исправлять допущенные ошибки, опровергать неверные теории, совершать новые открытия и предотвращать вспышки заболеваемости в будущем. Они развивают технологии, укрепляют авторитет науки и доверие к медицине.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ

Сайрахмонов Х.У., Исаков Э.З.

Ферганский институт общественного здоровья

Состояние здоровья населения является важнейшим показателем материального благополучия страны и необходимым условием процветания любой нации.

Основными причинами состояния здоровья населения в современном этапе развития является снижение удельного веса и качества профилактических мероприятий, отсутствием современной системы профилактики и низкая способность в первичном звене здравоохранения адекватно реагировать на эпидемическую ситуацию неинфекционных заболеваний, а также на фоне сложных социально-экономических преобразований, низкая санитарная и гигиеническая культура населения, недостаточность знаний о ЗОЖ.

По мнению ряда исследователей, реальным и эффективным средством стабилизации показателей здоровья населения является переориентация медицинской науки и практики на общественное здоровье и профилактику заболеваний и формирование у населения поведения, адекватного здоровому образу жизни (Стародубов В.И. и соавт., 2000, 2001; Щепин О.П. и соавт., 2000 и др.).

Уровень распространенности заболеваний среди всех возрастных групп населения и своеобразные тенденции к снижению инвалидности и смертности, в значительной степени обусловлены не эффективностью проводимых профилактических мероприятий (Соболева Н.П., Стародубов В.П., 2000; Соболева Н.П., 2001 и др.).

Актуальность разработки новых подходов в профилактике заболеваний обусловлена не только зависимостью своеобразия медико-демографических показателей, но и увеличением разрыва в состоянии здоровья между социально-экономическими группами населения.

При рассмотрении перспектив здоровья на территории в частности Ферганской области важно определение тех сфер, на которые возможно воздействовать (качество жизни, психологический стресс, среда обитания и др.), а также внедрение новаторской по своему характеру, политики в области охраны здоровья, позволяющей объединить и интегрировать усилия различных секторов и организаций через создание соответствующих структур сотрудничества.

Такой подход в охране здоровья позволит обеспечить конечную задачу поставленную ВОЗ - каждый человек должен в полной степени реализовать свой «потенциал здоровья». Это может быть достигнуто при ориентации общественного здоровья профилактической деятельности на укрепление и охрану здоровья на протяжении всей жизни распространенности заболеваемости.

Больше всего сдерживают процесс воспитания общей культуры здоровья, формирования здорового образа жизни индивида и общества в целом укоренившиеся с детства негативные мотивационные установки и гигиенические привычки.

По заключению ВОЗ гигиеническое воспитание и обучение подрастающего поколения должно быть одним из приоритетных направлений деятельности. При этом гигиеническое обучение и воспитание рассматриваются как основное звено социализации, органически связанное с системой образования в целом. Обучение здоровью в широком его понимании должно стать такой же неотъемлемой частью образования, как изучение профильных дисциплин. В этой связи повышается роль школьного учителя как проводника идей здорового образа жизни. Именно учитель должен формировать систему ценностных ориентаций в отношении здоровья, так чтобы навыки позитивного гигиенического поведения стали неотъемлемой частью поведенческих реакций человека.

Существенным недостатком системы гигиенического воспитания школьников является то, что предложенные программы реализуются ограниченным числом энтузиастов. Большинство педагогов, сознавая важность формирования здорового образа жизни в процессе обучения, не владеют средствами и методами гигиенического воспитания учащихся, имеют весьма расплывчатое представление и о здоровье, и о здоровой образе жизни.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ

Исаков Э.З., Сайрахмонов Х.У.

Ферганский институт общественного здоровья

Одним из приоритетов национальной политики Республики Узбекистан является сохранение и укрепление здоровья подрастающего поколения. Наиболее своеобразные тенденции в состоянии здоровья происходят в период получения общего среднего образования, что определяет необходимость научного обоснования системы профилактических мероприятий, в том числе на долгосрочный период (А.А. Баранов, 2012; В.Р. Кучма, 2015-2016; В.Р. Кучма, А.П. Фисенко, 2018; И.К. Раппопорт, Л.М. Сухарева, 2019).

В соответствии с рекомендациями ВОЗ (2014, 2016) важнейшее значение для улучшения состояния здоровья и благополучия учащихся имеет реализация стратегий и инициатив по укреплению их здоровья в учреждениях общего среднего образования.

Для выявления ведущих факторов окружающей среды, социальной и образовательной среды, влияющих на состояние здоровья детского населения, обоснования первоочередных действий и разработки эффективных профилактических мероприятий, оценки их результативности, прежде всего, необходимо усовершенствование важнейшей составной части системы формирования здоровья учащихся – социально-гигиенического мониторинга (В.Р. Кучма, 2001, 2018; А.Г. Сухарев, Л.Ф. Игнатова, 2006; Н.Н. Куинджи, И.Г. Зорина, 2012).

В то же время за последние 25 лет комплексная оценка состояния здоровья учащихся и формирующих его факторов в Республике Узбекистан в частности Ферганской области не проводилась, а социально-гигиенический мониторинг осуществляется только на основании анализа заболеваемости, распространенности отдельных функциональных отклонений у детей, распределения их по группам здоровья по данным форм государственной статистической отчетности.

Поэтому приоритетным направлением в дальнейшем развитии социально-гигиенического мониторинга детского населения является системный подход к оценке среды их обитания (факторы вне- и внутришкольной среды) и состояния здоровья с применением современных подходов донозологической диагностики и определения адаптационных возможностей растущего организма (оценка вегетативного статуса, физического развития, обеспеченности эссенциальными микроэлементами, степени токсической элементной нагрузки, состояния антиоксидантной защиты. (Н.А. Гресь и соавт., 2013; О.Ю. Милушкина, Н.А. Бокарева, 2013; В.Р. Кучма, 2018; В.Р. Кучма, О.Ю. Милушкина, Н.А. Скоблина, 2018; Е.Д. Лапонова, 2018; Н.П. Сетко, А.Г. Сетко, Е.В. Булычева, 2018).

Полиэтиологическая природа многих нарушений состояния здоровья детей и подростков, зависимость их возникновения и клинических проявлений от большого числа факторов окружающей и образовательной среды (А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева, 2014; В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева, П.И. Храмцов, 2016; В.Р. Кучма, 2018), образа и качества жизни (Н.С. Парамонова, Н.А. Вераксич, 2011; В.Р. Кучма, С.Б. Соколова, 2014; А.С. Седова, 2014; Е.С. Богомоллова и соавт., 2019) определяет необходимость применения в системе социально-гигиенического мониторинга современной 2 методологии оценки риска, которая разработана и наиболее апробирована при воздействии разнородных факторов окружающей среды (Ю.А. Рахманин, С.М. Новиков, Т.А. Шашина, 2007; Г.Г. Онищенко, Н.П. Зайцева, 2014), в том числе химического (В.П. Филонов, Т.Е. Науменко, 2011; Г.Е. Косяченко и соавт., 2019) и микробиологического (В.В. Шевляков, С.И. Сычик, 2018). В отношении детей и подростков имеются отдельные исследования, посвященные ее использованию (В.Р. Кучма, 2015, 2016, 2018; Н.П. Зайцева, О.Ю. Устинова, 2016; В.Р. Кучма, Е.И. Шубочкина, 2016; Т.С. Борисова, 2019).

Методология оценки риска здоровью детей и подростков является основой для формирования информационно-аналитической системы гигиенического прогноза взаимосвязей показателей среды обитания и здоровья учащихся, разработки научно обоснованной системы профилактических мер, направленных на создание здоровьесберегающей среды (М.И. Степанова, 2009; В.Р. Кучма, 2009, 2011; Л.Г. Соболева, Т.М. Шаршакова, А.А. Тарасенко, 2015; П.И. Храмцов, Е.Н. Сотникова, 2019).

Таким образом, научное обоснование и разработка современной системы формирования и обеспечения здоровья учащихся на основе унифицированных методов ведения социально-гигиенического мониторинга детского населения с использованием методологии оценки риска влияния факторов среды обитания на здоровье, информационно аналитических систем и применением донозологического подхода к оценке здоровья, включающего изучение процессов адаптации растущего организма к условиям окружающей среды, оценку обеспеченности эссенциальными микроэлементами и степени токсической элементной нагрузки организма, гигиенических прогнозов показателей среды обитания и здоровья, разработки современной модели формирования здоровьесберегающей среды для учащихся в условиях учреждений народного образования является чрезвычайно актуальным.

ҲОМИЛАДОРЛИК ГИГИЕНАСИ ВА СОҒЛОМ ОВҚАТЛАНИШИ

Х.Қ.Рузматова, Г.Қ.Мухаммадова

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

Ҳомиладорлик даврида аёл организмида ҳар хил функционал ўзгаришлар рўй бериб, ҳомиланинг яхши ривожланиб бориши учун қулай шароитлар яратиш лозим.

Бунда асосан шахсий гигиенага аҳамият бериш зарур.

Ҳомиладор аёл баданини ҳар доим тоза тутиши керак. Бадан кир бўлса, турли микроорганизмлар кўпайиб терида йирингли касалликлари пайдо бўлади. Бадан терисида йирингли яра – чақалар бўлиши эса, аёлнинг ўзи учун ҳам қориндаги боласи учун ҳам хавфлидир.

Ҳар куни эрталаб қўл, юз, бўйинни ювиш билан кифояланмай, баданни аввал ҳўл сочиқ билан кейин қуруқ сочиқ билан артиш лозим. Кечкурун қўл, юз, оёқларни ювиб ётиш шарт. Тирноқни ўстириб юрмай, вақти – вақти билан олиб туриш керак. Баданни ҳар куни шу сайлда тозалаб, артиб туришдан ташқари, камида ҳафтасига бир марта ёз ойларида ҳар куни чўмилиб туриш лозим. Ҳамомга тушиб баданни буғга тоблаш ўринли эмас. Бу даврда фақат душга тушиб турган маъкул.

Ташқи жинсий аъзоларни тоза тутишга айниқса катта эътибор бериш керак.

Эрталаб ва кечкурун аёл илиқ сув ва совун билан таҳорат олиши даркор. Таҳоратдан сўнг артинадиган сочиғини алоҳида сақлаб вақт – вақти билан қайнатиб ювиб туриш, қуругандан кейин эса, дазмоллаш лозим. Ички кийим, чойшаблар ва ёстиқ жилдлари ҳам камида ҳафтасига бир марта алмаштириб турилади. Кечаси юпка ва кенг ич кўйлак кийиб ётиш ўринлидир. Ҳомиладор аёлнинг ётадиган ўрни алоҳида ва қулай бўлиши керак. Устки кийим ҳам кенг ва осон кийиладиган бўлиши лозим. ҳомиладорлик 5 ойдан бошлаб махсус бандаж боғлаб юриш тавсия этилади. Пойафзал оёқларни сиқмайдиган, пошнаси паст бўлиши шарт. Ҳомиладорлик даврида сут безларига қараб турилса улар яхши етилиб боради ва аёл мастит бўлмайди.

Ҳомиладорлик нормал ўтаётган бўлса, одатдаги турмуш тарзини ўзгартириш керак эмас, аёл ўз юмушларини дам олиб бажариши мумкин, фақат оғир нарса кўтармаслик, кескин ҳаракатлар қилмаслиги керак.

Мириқиб ухлашнинг катта аҳамияти бор, аёл камида 8 соат ухлаши керак. Кечкурун ётишдан олдин очик ҳавода бир оз сайр қилиш ва хонани шамоллатиш тавсия этилади. Соғлом ҳомиладорларда шифокор тавсиясига кўра ҳаво куёш ванналари қабул қилишга рухсат этилади. Ҳомиладорлик нормал ўтаётган бўлсагина, аёл очик сув ҳавзаларида чўмилиши мумкин.

Ҳомиладорликнинг биринчи кунлардан бошлаб очик ҳавода имкони борица кўпроқ бўлишга ҳаракат қилиш лозим, чунки одам уй ичида ўтираверса, кислород етишмаслиги натижасида турли хил асоратлар юзага келиши мумкин.

Ҳомиладорликнинг эсон – омон ўтиши ва ҳомиланинг яхши ривожланиб бориши учун асосий шартлардан бири яхши овқатланишдир.

Соғлом болани ҳар томонлама соғ туғилиши ҳам, туғруқ даврининг асоратсиз ўтиши ҳам, туғруқдан кейинги давр ва чақалоқнинг соғлом бўлиши онанинг саломатлигига, унинг тозалигига, орасталигига бевосита боғлиқ.

Мунтазам равишда ҳомиладор гигиенасига риоя этиш соғлом фарзанд кўришнинг гаровидир!

Рационал овқатланиш ҳомиладорлик ва туғиш жараёнларининг меъёрий кечиши, ҳомила ривожланиши ва болани соғлом туғилишнинг муҳим шarti ҳисобланади. Ҳомиладорликнинг биринчи ярмида аёлнинг овқатланиши макронутриентлар таркиби ва миқдори бўйича аёлнинг ҳомиладорликкача бўлган овқатланишидан фарқ қилмаслиги керак. Фақат ҳомиладорликнинг биринчи уч ойлиги органогенез даври эканлигини ҳисобга олиб, бу даврда зарур барча озиқ моддалар, жумладан тўлақимматли оксил, витамин ва макронутриентларнинг ҳар куни оптимал физиологик миқдорларда қабул қилинишини таъминлаш мақсадга мувофиқ бўлади.

Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмидан (5-ойдан бошлаб) барча нутриентларга бўлган эҳтиёж ортиб боради, бу ҳомила, йўлдош, сут беzi ва бачадоннинг катталашиб бориши билан боғлиқдир. Шу билан бир вақтда, энергия сарфланишини энергия қабул қилиниши билан мос келишини ҳам қаттиқ назоратга олиш даркор. Масалан, бўйнинг узунлиги 160см бўлганда тана

вазни 55дан 64 кггача ортиши мумкин. Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида тана вазнининг ортиши ҳафтасига 300-350 граммдан ошмаслиги керак.

Углеводлар миқдори ва ҳомиланинг вазни ўртасида бевосита боғлиқлик мавжудлиги туфайли ҳомиладорликнинг иккинчи уч ойлигидан бошлаб углеводларни (моно- ва дисахаридлар) истеъмол қилишни чегаралаш лозим. Қанд истеъмол қилишни кунига 40-50 граммдан оширмаслик керак. Рациондаги умумий ёғ миқдорининг 40%ини ўсимлик (кунгабоқар, маккажўхори, зайтун ва бошқа) ёғи ташкил этиши зарур. Рациондан қийин эрийдиган ёғ (мол ва қўй) ва маргаринни олиб ташлаш керак. Тўлақимматли оқсилга (умумий оқсилнинг 55%и) бўлган эҳтиёжнинг:

- 25%и гўшт ва балиқ,
- 25%и сут ва сут маҳсулотлари,
- 5%и эса тухум ҳисобига қондирилиши керак.

Ҳомиладор аёлларнинг ҳар кунги рационни имкон даражасида турли хил маҳсулотлардан иборат бўлиши керак.

Сув, чой, сут, компот, суюқ таом каби бошқа суюқликларни кунига 1,0-1,2 литргача истеъмол қилиш мумкин. Ош тузи истеъмолини ҳам назоратга олиш ва ҳомиладорлик муддати тугашига қадар кунига 5-6 граммгача камайтириш талаб этилади. Микронутриентларга бўлган эҳтиёж ҳомиладорлик даврида икки мартагача ортади, бунинг айниқса қиш ва баҳор мавсумларида анъанавий маҳсулотлар билан амалда қоплаб бўлмайди. Бундай ҳолатларда овқатланиш таркибига бойитилган озиқ-овқат маҳсулотларини ва поливитамин препаратларини киритиш зарурияти туғилади.

VITAMIN S NING INSON ORGANIZMIGA FOYDALI AHAMIYATI.

Saidahmadova N.G'. Ruzmatova X.Q.

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot institute

Hozirgi kunda serquyosh mamlakatimizda yilning hamma faslida turli xildagi meva va sabzavodlarni topishimiz mumkin jumladan mamlakatimizning birinchi prezidenti I.A.Karimov aytganlaridek "Xalqimizning rizqi ro'zi, nasibasi avvalo dalalarimizda zahmatkash dehqonlarimiz tomonidan yetishtiriladigan maxsulotlar, oziq-ovqat va noz-u ne'matlar bilan o'lchanadi" deb aytgan edilar.

Bugungi kunda aholimiz salomatligiga yuksak darajada e'tibor qaratilmoqda. Hamma mavsumning o'ziga xos kasalliklari bo'lgani kabi qish mavsumining o'ziga xos kasalliklaridan biri avitaminoz hisoblanadi. Avitaminoz bu vitaminlarning organizmga yetishmasligi bo'lib, bu vitaminlar asosan organizmga meva va sabzavodlar orqali tushadi. Vitaminlar tana (organizm) uchun muhim ahamiyatga ega. Bu so'z hayot baxsh etuvchi, degan ma'noni anglatadi. Ular tanada muntazam davom etadigan moddalar almashinuvi, hujayra, to'qimalarning o'sishi va qayta tiklanishi hamda kasalliklarga qarshi kurashishda faol ishtirok etadi. Vitaminlar tanaga ovqat bilan tushadi. Hozirgi vaqtda vitaminlarning 30 dan ortiq turi o'rganilgan bo'lib, ulardan 20 ga yaqini kishi tanasidagi moddalar almashinuvi jarayonida faol ishtirok etadi. Ayniqsa vitaminlardan vitamin S yani askorbin kislota organizmning immun tizimini faollashtiradi. Yuqoridagilarni xisobga olgan holda Qo'qon shaxrida va Qo'shtepa tumanida umumta'lim maktablari o'qituvchi va o'quvchilarining qish faslidagi xaftalik ratsioni tarkibidagi mevalardan qabul qilinadigan vitamin S miqdori an'anaviy anketa - so'rov usuli yordamida o'rganilganda quyidagi natijalar olindi.

Olingan natijalarga ko'ra 13 yoshli bolalar o'rtasida bir hafta mobaynida is'temol qilgan vitamin S 43-52 %, kattalar o'rtasida 14-20% kam miqdorda istimol qinishi aniqlandi

Oddiy sharoitda yashovchi katta yoshli sog'lom odam uchun S vitaminiga bo'lgan kunlik ehtiyoj quvvat sarflanishiga bog'liq holda 70 ... 100 mg bo'lishi va individual holda ratsiondagi 1000 kkal ga 25 mg hisoblanishi norma hisoblanadi. Homiladorlik, bolani ona suti bilan boqish davrida, sovuq iqlim sharoitida yashaganda, shuningdek, yashash muhitining noqulay shart-sharoitlari tufayli kelib chiqqan qo'shimcha begona yuklamada (ekologiya omili) va zararli odatlarda, masalan, chekishda (hatti-harakat omili) askorbat kislotaning qo'shimcha miqdori talab qilinadi. Chekishda S vitaminiga bo'lgan qo'shimcha ehtiyoj fiziologik me'yorning 50 ... 100 % ini tashkil etadi.

Organizm askorbat kislota bilan ta'minlanganligining biomarkerlari vitaminning qon va peshobdagi konsentratsiyasi hisoblanadi. Har kuni peshob bilan 20 ... 30 mg askorbat kislota ajratilishi, bunda uning qon zardobidagi konsentratsiyasi 17 mkmol/l dan kam bo'lmasligi lozim. Peshobdagi askorbat kislotani rangli vizual kalorimetriya uslubi – tayyorlangan peshob namunasini Tilmans reaktivi bilan sinash yordamida aniqlanadi.

Vitamin S – tana uchun katta ahamiyatga ega, chunki u tananing barcha hayotiy jarayonlarida faol ishtirok etadi. Kishini turli kasalliklardan himoya qiladi, o'sishni tezlashtiradi, quvvatni oshiradi, tomirlar devorini mustahkamlaydi.

Bu vitamin tanada hosil bo'lmaydi, faqatgina ovqat mahsulotlari bilan birga tushadi. Shularni xishobga olgan xolda qishki mavsumda ovqat ratsionimizdagi vitaminli maxsulotlarga asosiy e'tibor qaratishimiz va avitaminozni oldini olish maqsadida vitamin pereparatlaridan foydalanishimiz kerak. Vitamin S: na'matak, qora smorodina, karam, ukrop, petrushka, kartoshka, ko'k piyoz, limon, apelsin, kashnich, mandarin, yong'oq va boshqa barcha mevalarda ko'p uchraydi. Oilamizni avitaminozdan profilaktika qilish maqsadida kunlik ratsionimizni vitaminli maxsulotlar bilan boyitishimiz lozim.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ДЕЛА В УСЛОВИЯХ ОГРАНИЧЕНИЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПАНДЕМИЕЙ COVID-19

Шепелева Ольга Михайловна, к.м.н., доцент кафедры общей гигиены
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия

Период пандемии новой коронавирусной инфекции принес много вызовов современному обществу, затронув все сферы его существования. Не стала исключением и система высшего образования, для которой условия самоизоляции послужили причиной срочного перехода на обучение с использованием дистанционных образовательных технологий.

При этом медицинские ВУЗы оказались в особых условиях, поскольку помимо реализации и освоения образовательных программ профессорско-преподавательский состав (ППС) и студенты оказались задействованными в оказании помощи больным новой коронавирусной инфекцией.

В ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России дистанционные образовательные технологии планомерно внедрялись на протяжении нескольких лет в системе дополнительного профессионального образования и системе повышения квалификации ППС. Однако реалии пандемии привели к экстренному задействованию имеющихся платформ для реализации образовательного процесса на всех уровнях образования, специальностях и направлениях подготовки, что потребовало значительных усилий как стороны ППС, так и со стороны студентов.

Следует отметить, что влияние пандемии на подготовку специалистов медико-профилактического дела оказалось двояким. С одной стороны, новые условия подчеркнули важность данных специалистов, значительно увеличив востребованность в выпускниках, с другой стороны выявились некоторые пробелы в подготовке.

Дополнительные трудности в подготовке обучающихся по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело были обусловлены внедрением в 2019/2020 учебном году образовательной программы, разработанной на основе нового образовательного стандарта (ФГОС 3++), утвержденного приказом Минобрнауки №552 от 15 июня 2017 года, что само по себе требовало актуализации всего учебного процесса и учебно-методического обеспечения дисциплин, а в сочетании с переходом на дистанционные образовательные платформы привело к ещё большей нагрузке на ППС.

Базовыми платформами, используемыми при организации обучения с помощью дистанционных образовательных технологий, стали Цифровой КГМУ на основе платформы Moodle и конференц-платформа Zoom. В целом данные платформы смогли обеспечить бесперебойную реализацию образовательной программы с формированием необходимых компетенций, а также проведение текущей и итоговой аттестации обучающихся, однако их использование было сопряжено с рядом сложностей.

Основными трудностями, с которыми встретился ППС, стали:

- недостаточная подготовка в области реализации дистанционного образования в сочетании с дефицитом времени для освоения и внедрения образовательных инструментов в цифровой среде;
- невозможность разграничения рабочего и домашнего времени и пространства и повышенная психоэмоциональная нагрузка вследствие этого;
- возросшие временные и трудовые затраты как при подготовке к занятиям, так и непосредственно при их проведении;
- сложности в процессе мотивации включенности в учебный процесс, а также в оценивании студентов в связи с довольно частым пренебрежением академической честностью обучающимися.

Проведенные опросы среди обучающихся также показали некую неудовлетворенность образовательным процессом в таком виде. Большинство опрошенных считает невозможной качественную подготовку посредством дистанционного обучения. Это объясняется как спецификой медицинского образования, требующей непосредственного прямого контакта с преподавателем, больными, инструментами и оборудованием, особенно при освоении практических навыков, так и сложностью самоорганизации в условиях дистанционного обучения. Невозможность выхода на объекты для оценки их санитарно-эпидемиологического состояния, возникшие объяснимые трудности в организации взаимодействия с органами Роспотребнадзора в процессе обучения снижают эффективность подготовки специалистов медико-профилактического профиля. Помимо этого, многие студенты жаловались на элементарную лень при отсутствии прямого контроля и частую прокрастинацию.

Определенные преимущества в сложившейся ситуации получили студенты, обучающиеся на основе договоров о целевом обучении. Очень высокая нагрузка на специалистов Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека привела к необходимости привлечения дополнительных сил для проведения противоэпидемических мероприятий. В этой ситуации большинство студентов-целевиков получило дополнительную возможность освоения трудовых функций непосредственно на будущих рабочих местах в период практической подготовки обучающихся в соответствии с приказом Минобрнауки РФ от 3 ноября 2020 г. № 1376 “Об организации практической подготовки обучающихся по образовательным программам высшего медицинского образования в условиях борьбы с распространением новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации”.

Подводя итог вышесказанному, можно заключить, что дистанционные образовательные технологии имеют право на существование в качестве дополнительного образовательного инструмента, но не могут полностью обеспечить качественную подготовку специалистов медико-профилактического дела.

ИЗУЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Сапаева Ш.А. – доцент кафедры Анатомии

Бекбергана Ю.М.- студентка 342 А группы медико-педагогического факультета
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, г. Ургенч

Нами проведено антропометрическое исследование детей в возрасте от 4 до 18 лет. Всего обследовано 115 детей, уроженцев г. Ургенча. Из них 44 девочек и 71 мальчика; 67 дошкольников, 48 школьников. Изучение физического развития детей дошкольного возраста г.Ургенча показало, что рост тела в длину как у мальчиков, так и у девочек происходит равномерно с незначительными внутри возрастными колебаниями. Мальчики несколько выше девочек, однако, эта разница постепенно уменьшается с 1,35 см в 4 года до 0,09 см в 8 лет. Окружность грудной клетки у мальчиков больше, чем у девочек. Годовые прибавки в пределах 0,4 – 1,5 см. Мальчики тяжелее девочек, причем разница в трехлетнем возрасте составляет 490 грамм, а к семи годам эта разница увеличивается до 55 граммов. Корреляция между ростом и весом у дошкольников г.Ургенча значительно выше, чем между ростом и окружностью грудной клетки. Коэффициент корреляции между ростом и весом у мальчиков колеблется в пределах 0,703- 0,768, у девочек – в пределах 0,665- 0,958. Корреляция между ростом и окружностью грудной клетки у мальчиков колеблется от 0,340 до 0,530, у девочек – 0,342-0,535. Изучение физического развития школьников г.Ургенча показало, что рост тела в длину происходит волнообразно. Мальчики в возрасте от 8 до 12 лет тяжелее девочек сверстниц в пределах 0,05 -1,76 кг. В 14 девочки становятся тяжелее мальчиков на 1,6 кг. В 15 лет мальчики и девочки имеют почти одинаковый вес. В 16 лет мальчики снова обгоняют девочек. По показателю окружности грудной клетки мальчики школьного возраста г.Ургенча превосходят девочек во всех возрастах. Корреляция между ростом и весом у школьников значительно выше, чем между ростом и окружностью грудной клетки. Коэффициент корреляции между ростом и весом у мальчиков колеблется в пределах 0,675 – 0,818, у девочек – в пределах 0,553 – 0,840. Корреляция между ростом и окружностью грудной клетки у мальчиков колеблется (0,334 – 0,644), у девочек – в пределах 0,285 – 0,655. Таким образом, корреляция между ростом и весом у мальчиков и девочек прямая, что говорит о гармоничном физическом развитии дошкольников и школьников г. Ургенча.

TUG'MA NUQSONLAR VA MAJRUXLIK

Sapaeva Sh.A. - Anatomiya kafedrası dotsenti

Yusupov B.N. - tibbiy-profilaktika fakulteti 454guruhi talabasi

Toshkent tibbiyot akademiyasining Urganch filiali, Urganch

So'nggi yillarda anomaliyalar va malformatsiyalar bilan birga bo'lgan genetik va teratogen kasalliklar soni ko'paymoqda. Zamonaviy Xalqaro nomenklaturaga ko'ra, 4000 dan ortiq bunday kasalliklar mavjud. Barcha tug'ilgan bolalarda tug'ma nuqsonlar bilan kasallanish 1,8-2,8% ni tashkil qiladi. Neonatal davrda bolalar o'limining taxminan 11% sabablari tug'ma patologiya bilan bog'liq (G.A. Kasimovskaya, A.G. Serverov, 1999). Barcha nuqsonlar orasida birinchi o'rinni mushak-skelet tizimining nuqsonlari egallaydi, ularning 3/4 qismi oyoq-qo'llarining nuqsonlariga to'g'ri keladi. E.A., Shatov A.L. Sherman (2004) ning so'zlariga ko'ra, chastotada ikkinchi o'rin yurak-qon tomir tizimining tug'ma nuqsonlari ulushiga to'g'ri keladi, bu o'lgan bolalarning 24,5 foizini tashkil qiladi. Shu bilan birga, ajratilgan nuqsonlar 58,9% va boshqa tizimlarning nuqsonlari bilan 40,4% da kuzatiladi. Tug'ma nuqsonlardan vafot etgan bolalarning 22,5 foizida markaziy asab tizimining nuqsonlari aniqlangan. 12,8% hollarda genitoüriner tizimdagi nuqsonlar, nafas olish yo'llari - 3,7% (nuqsonlardan o'lganlar soni) qayd etilgan. Insonning barcha malformatsiyalari tanadagi tarqalishi bo'yicha, organ tuzilishiga zarar etkazish xususiyatiga ko'ra, etiologik omilga qarab, teratogen omillarga ta'sir qilish ob'ekti va vaqtiga qarab, paydo bo'lish ketma-ketligiga qarab tasniflanadi. Malformatsiyaning sabablari quyidagilardir: genetik omillar-11%, atrof-muhit omillari -12%, genetik va teratogen omillarning birgalikdagi ta'siri -77% (G.A. Kasimovskaya, A.G. Serverov, 1999). Ko'pgina mualliflarning fikriga ko'ra, malformatsiyalar ko'pincha irsiy patologiya tufayli yuzaga keladi, bu erda tashqi muhit ta'sirida hujayraning irsiy apparati o'zgarishiga katta ahamiyat beriladi. Mutatsiyalar fizik, kimyoviy va biologik omillarning genetik apparatlariga ta'siridan kelib chiqadi. Malformatsiyalar patogenezi ko'payish, migratsiya, hujayralarni differentsiatsiyasi, ularning kamayishi va rezorbsiyasi jarayonlarining buzilishi bilan bog'liq. Bizning bo'limimizda muzey tashkil etildi, u erda hozirgi kunda rivojlanish nuqsonlari uchun 42 ta namoyish preparatlari mavjud. So'nggi uch yil ichida 1 va 2-kurs talabalarimiz tomonidan 8 ta dori preparat ishlab chiqarildi. Ulardan: artrogrippus, ansefalia, lablar va tanglay yoriqlari bilan qo'shilish, xondrodisplaziya, organlarning oynada joylashishi, kindik churrasi, 15 xafta, sakrokoksigeal teratoma, miya churra, astsitlar, kranioserebral churra, polidaktilik, siklopiya. Mavjud muzey preparatlari orasida turli xil malformatsiyalarga ega ansefalia, siyam egizaklari, lablar va tomoq yoriqlari, siklopiya, sirenomiliya ustunlik qiladi. Bizning preparatlarimiz nafaqat pediatriya va davolash fakulteti talabalari uchun o'quv qo'llanma, balki maktab o'quvchilari va boshqa talabalar o'rtasida sog'lom turmush tarzini targ'ib qilish bo'yicha tushuntirish ishlarini olib borishda ham yordam beradi.

LIZOFOSFOLIPIDLARNING BIOKIMYOVIY TA'SIRLARI

Sapaeva Sh.A. - Anatomiya kafedrası dotsenti
Bakberganov P.M. - ASMU 121 guruh talabasi
Toshkent tibbiyot akademiyasining Urganch filiali, Urganch

Lizofosfolipidlar (LFL) tabiatda keng tarqalgan bo'lib, barcha hujayralar va to'qimalarda uchraydi. (odatda umumiy fosfolipid tarkibining 1-3%). Ular qon plazmasida ko'p miqdorda (7-22%) uchraydi. Ular ma'lum patologik sharoitlarda to'qimalarda to'planishi mumkin, masalan, yurak mushagi ishemiyasi bilan, shuningdek turli xil yordamchi moddalar bilan ishlangan makrofaglarda (antigenga qarshi immunitetni o'ziga xos ravishda oshiradigan moddalar). LFL. diatsilfosfolipidlarga qaraganda ko'proq qutbli va suvda oson eriydi. Ular yuqori sirt faolligiga ega va detergent xususiyatlarini ko'rsatadi. O'z-o'zidan, LFL. Ikki qatlamli tuzilmalarni ishlab chiqarishga qodir emas, ammo ularni yog' kislotalari va xolesterin bilan birikkanda osonlikcha hosil qiladi. LFL yuqori biologik faollikka ega. Eritrotsitlarning gemolizini keltirib chiqaradi, hujayra membranalariga litik ta'sir ko'rsatadi, makrofaglarni faollashtiradi va eruvchan oqsillarga va ba'zi antigenlarga antitelalar hosil bo'lishini kuchaytiradi. Kichik (sublitik) kontsentratsiyalarda ular membrana sintezini keltirib chiqaradi va ba'zi membranalar fermentlarining faolligini solyubilizatsiya qiladi; yuqori konsentratsiyalarda ular yuvish vositasi bo'lib, membrana oqsillari va lipidlarining eruvchanligini keltirib chiqaradi. LFL fosfolipidlarning tartibga solish funksiyalarida muhim rol o'ynaydi. LFL kontsentratsiyasi trombositlar faollashishi, to'qimalarning shikastlanishi, yallig'lanish va neoplaziya bilan ortadi. LFLning biologik funksiyalari hujayralar o'sishi, shu jumladan ko'payish, differentsiatsiya va uning yashash jarayonlari, shuningdek apoptozni bostirish bilan bog'liq. Kam toksik bo'lmagan konsentratsiyalarda LFL lipidli ikkilamchi xabarchi sifatida ishlaydi, membrana retseptorlaridan olingan signallarni o'zgartiradi, shuningdek ko'plab biologik faolliklarni namoyish etadi. Lizosfingolipidlar CM ning gidrolizida, keyinchalik keramidning sfingosina qaytarilishi va ikkinchisining SIP (sfingosin-1-fosfat) ga fosforillanishi natijasida hosil bo'ladi. U endotelial hujayralarning ko'payishini va xemotaksisini oshirishga, kollagen gelda o'sadigan hujayralar kulturasida kapillyarlarning hosil bo'lishini rag'batlantirishga va sichqonlardagi muguzlanuvchi to'qimalariga fibroblast o'sish omilining ta'sirini kuchaytirishga qodir. SIPdan tashqari yana bir faol lizosfingolipid regulyatori SPC (sfingosil fosforilxolin) topildi. SIP va SPC potentsial kaltsiyni harakatga keltiruvchi agonistlar ekanligi isbotlangan: SIP Ca chiqarilishini kuchaytiradi, SPC esa Ca ni silliq mushak va endotelial hujayralarda to'play oladi. Hujayra membranasida eng ko'p uchraydigan lizogliserofosfolipid bu lysoPC. LysoFX o'rtacha barcha plazmaning 6-9% ni tashkil qiladi. Membrana fosfolipidlarining metabolizmi o'zgarishi natijasida lysoPL darajasining oshishi bir qator kasalliklarning rivojlanishi bilan bog'liq, masalan, ishemiya va miokard aritmiyasi, ishemiya va periferik nervlarning demiyelinatsiyasi. Gen ekspressioni bo'yicha harakat qilib, lysoPC uyali javoblarga ta'sir qiladi. LysoFX lipoproteidlarning ba'zi biologik funksiyalarining namoyon bo'lishida ishtirok etadi, makrofaglarning o'sishini rag'batlantiradi. Ma'lumotlar lysofx-ning sichqon makrofaglariga mitogen ta'sir ko'rsatishi, aterogenez va yallig'lanish jarayonlarida ishtirok etadigan o'sish omillari genlarining ekspressionini keltirib chiqarishi haqida ma'lumotlar olingan. U endotelial hujayralar yuzasida adezyon molekulalarining ekspressionini tartibga solishi, endoteliyga bog'liq arterial gevşemesini modüle qilishi va shu bilan vazoaaktiv xususiyatlarini ko'rsatishi mumkin. LysoFX shuningdek immunitet ta'sirini kuchaytirishi mumkin. Masalan, makrofaglar va leykotsitlarning fagotsitozini rag'batlantiradi. LizosFX aterosklerozning dastlabki bosqichlarida va yallig'lanish jarayonlarida rol o'ynaydi. Bundan tashqari, lysoFX va uning hosilalari o'smalarga qarshi xususiyatlarini va bakteritsid faolligini namoyish etishi ko'rsatildi. Lizofosfatid kislotasi hujayra membranalarida mavjud bo'lib, bu trombositlar agregatsiyasini, silliq mushaklarning qisqarishini, hujayralarning ko'payishi va differentsiatsiyasini, akson qisqarishini, yopishqoq molekulalarning birlashishini va boshqalarni angiogenezga olib keladi.

LysoFX, biologik vositachi sifatida, reproduktiv to'qimalar tomonidan ishlab chiqariladi, ehtimol, erkaklar va ayollar reproduktiv fiziologiyasi va patologiyasida ko'p rol o'ynaydi. Shunday qilib, lysoFX, SPC va SIP mitogenez, differentsiatsiya, hujayralar migratsiyasi, apoptoz, shuningdek trombositlar agregatsiyasini tartibga solish, vazokonstriktor faolligi, yaralarni davolash, immunomodulyatsiya va angiogenez kabi turli xil ta'sirga ega hujayradan tashqari signalizatsiya molekulalari hisoblanadi.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ

Солиев Б.

Фарганский медицинский институт общественного здоровья

В детском возрасте закладывается фундамент личности, формируются ее основные качества: физическое и психическое здоровье, культурный, нравственный и интеллектуальный потенциал. Качества, которыми наделен ребенок, особенно в самом начальном периоде жизни, являются наиболее важными и прочными; изменить их в последующем достаточно сложно, а в ряде случаев - практически невозможно. Успешное становление ребенка как личности определит не только его включение в общественную жизнь, нахождение своей ниши, но в конечном счете - прогресс развития общества в целом.

По мнению Е.Б. Бреевой, приоритетность детства абсолютна: дети должны иметь более высокие качественные характеристики, чем их родители. Это очевидное условие развития общества. В противном случае возникает риск попасть в «социальную» воронку, когда в нездоровом обществе рождается нездоровое поколение.

Современная школа становится дополнительным фактором, ухудшающим здоровье учащихся. Так, у школьников с первого по восьмой класс в 6-12 раз нарастают изменения со стороны органов зрения и слуха, в 10 раз – опорно-двигательного аппарата, в 15 раз - центральной нервной системы. По данным НИИ гигиены и профилактики заболеваний детей и подростков и молодежи, около 90% детей школьного возраста имеют отклонения психического и физического здоровья. Наблюдается рост так называемых «школьных болезней»: в 3 раза увеличился удельный вес учеников с ослабленным зрением, в 2 раза - с нарушениями системы пищеварения, в 2,6 раза - с отклонениями осанки, в 1,5-2 раза - с нервно-психическими расстройствами и информационными невротами.

Включение внутренних ресурсов - свободы и творчества - не принесло подъема умственной работоспособности учащихся и всплеска их интеллектуального развития. По данным мониторинга умственного развития школьников, доля учеников с высоким уровнем интеллекта сократилась в 1,5 раза в городских школах и в 2-2,5 раза - в сельских. Усилились неустойчивое настроение, тревожность детей школьного возраста; около половины российских школьников (47%) систематически испытывали страх, в том числе перед неудачами в школе; еще большая часть россиян в возрасте от 7 до 18 лет постоянно испытывали социально-психологический дискомфорт, одна из причин - отсутствие признания и регулярного успеха в школе (около 60%).

Ухудшение состояния здоровья детей прослеживается от начала обучения в школе к его концу, то есть процесс обучения в школе является фактором риска для здоровья учащихся. Стремительно увеличивается число функциональных нарушений и хронических заболеваний. Половина детей школьного возраста 7-9 лет и более 80% старшеклассников имеют хронические болезни.

По данным НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков Научного центра здоровья детей РАМН, в настоящее время число здоровых подростков старшего возраста (15-18 лет) не превышает 2-9%. лица с так называемыми функциональными отклонениями составляют 24-36%, а с хроническими заболеваниями - 55,4-73,4%. Это свидетельствует о том, что у детей и подростков на возрастном отрезке 7-17 лет происходит формирование преимущественно выраженных форм патологий. За последний десятилетний период наиболее заметно возрос уровень болезней органов пищеварения, нервной системы, ЛОР-органов, опорно-двигательного аппарата, эндокринной системы, аллергозов.

Особенно неблагоприятная ситуация со здоровьем складывается в образовательных учреждениях нового типа (лицеях, гимназиях, частных школах) из-за повышенной требовательности, интенсификации обучения и увеличения объема учебных нагрузок. Среди учащихся школ нового типа распространенность пограничных нервно-психических нарушений достигает 55%. Установлено, что заболеваемость в элитных школах в 1,5 раза выше, а индекс здоровья в 3 раза ниже, чем в общеобразовательных школах. В структуре нервно-психических расстройств доминируют психопатические, истероподобные состояния, формирующие так называемое девиантное поведение детей и подростков. В связи с этим наблюдается снижение уровня интеллектуального развития детей.

Среди детей и подростков возрастает число социально обусловленных и социально значимых заболеваний. Проблема токсикомании, наркомании, алкоголизма, беспризорности, безнадзорности, венерических болезней, туберкулеза, ВИЧ-инфицированных детей смещается в более ранние возрастные периоды и быстрыми темпами нарастает.

Сложившаяся в сфере физического, психического, социального, нравственного и духовного здоровья детей ситуация диктует необходимость принятия неотложных мер на государственном уровне. На наш взгляд, актуально значимым и востребованным сегодня становится создание оздоровительных программ, методических, учебных пособий, а также соответствующих подразделений (служб, центров, отделов, кафедр и даже факультетов) в структуре образовательных учреждений, включая средние и высшие учебные заведения, где может успешно проводиться работа по сохранению и укреплению здоровья молодого поколения экономически мало затратными и в то же время эффективными (как показала практика) методами эстетотерапии.

Следует учитывать, что около 90% юношей и девушек поступают учиться в различные учебные заведения, приходят на производство, уже имея хронические заболевания, и нуждаются в обязательном оздоровлении и лечении. Оздоровление детей должно идти параллельно с их обучением и воспитанием соответствующей культуры здоровья и здорового образа жизни, мотивационного поведения, направленного на «конструирование» собственного здоровья.

Главной причиной увеличения заболеваемости школьников за последние годы специалисты называют образ жизни. Наиболее полно взаимосвязь между образом жизни и здоровьем выражается в понятии «здоровый образ жизни» (ЗОЖ).

На наш взгляд, важным фактором, оказывающим разностороннее влияние на укрепление детского организма, становится физическая культура. В условиях реализации школьной реформы особенно актуальны такие задачи, как привитие детям стойкого интереса к занятиям физическими упражнениями, обучение их доступным двигательным умениям. Более полное использование всех возможностей физической культуры достигается в совместной работе дошкольных учреждений, школы и семьи.

Источником формирования здорового образа жизни для детей и подростков служат примеры поведения взрослых: в семье - родителей, в школе - учителей (их отношение к себе и другим, толерантность, владение способами самоорганизации и поддержания своего здоровья, регулярные занятия физкультурой и спортом). Семья во многом развивает отношение детей к физическим упражнениям, их интерес к спорту, активность и инициативу. Современная семья и школа не в достаточной степени формируют у молодого поколения социально значимые установки самостоятельности, нравственности, инициативности, а также предпосылки для осмысленного выбора в пользу здорового образа жизни.

Здоровый образ жизни не является результатом стечения благоприятных для индивида обстоятельств, он становится результатом личного выбора, ответственного отношения к своей жизни. Однако понимание ценности здоровья и необходимости его улучшения не способствовало и не способствует изменению образа жизни.

В основном меньше половины представителей взрослого сообщества и еще меньше от сообщества учащихся средних школ прилагают регулярные усилия по укреплению потенциала своего здоровья: занимаются спортом, физическими упражнениями 24-31% (причем по мере взросления учащихся удельный вес приверженцев спортивных занятий падает с 31-33% в 8-9 классах до 8-20% - в 11 классе).

Трансформирующееся общество нуждается в целенаправленной работе по изменению самосознания индивидов, приближения его параметров к новому типу личности. Ближе всех по своему назначению и функциям к этой задаче стоит образование.

Современная образования выдвигают новые требования к системе физического воспитания в массовой общеобразовательной школе. Развивающемуся обществу нужны современно образованные, нравственные, предприимчивые люди, которые могут самостоятельно принимать ответственные решения в ситуации выбора. Молодежь должна быть способна к сотрудничеству, мобильности, обладать динамизмом и развитым чувством ответственности за судьбу страны.

ИШЛАБ ЧИҚАРИШ КОРХОНАЛАРИДА ДАВОЛАШ ПРОФЛАКТИК ОВҚАТЛАНИШНИ ТАШКИЛЛАШНИ МУҲИМ МЕЗОНЛАРИ

Ахмадалиев Р.У., Мирдадаев М.

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

Касб касалликларни профилактикасида ишлаб чиқариш муҳитини соғломлаштириш билан биргаликда организмни ишлаб чиқаришни физик ва кимёвий омилларига турғунлигини оширишга йўналган чора-тадбирларни тадбиқ қилиш муҳим аҳамиятга эга. Ана шундай тадбирлардан энг муҳими даволаш-профилактик овқатланиш ҳисобланади.

Ишнинг мақсади

Ишлаб чиқариш корхонаси ишчилари овқатланишини рационаллаштириш ва профилактик овқатланишни чора тадбирларини ишлаб чиқиш, ишчиларни фактик (ҳақиқий) овқатланишига баҳо бериш.

Материал ва услублар

Кварц маҳсулотлари ишлаб чиқариш корхоналари ишчилари овқатланишининг ҳақиқий ҳолатини ва овқат рационали таркибини анкета-сўров ҳамда ўлчов усулида ўрганилди. Анкетада олинган маълумотлар статистик таҳлил қилинди. Профилактик овқатланиш чора тадбирларини ишлаб чиқиш учун СанПиН №0184-05 “Гигиенические нормы лечебно-профилактического питания рабочих, занятых во вредных условиях труда” тавсияларидан фойдаланилди. Озиқ-овқат маҳсулотларини истеъмолдаги миқдорини ўрганиш ёшга қараб ва мавсумий /баҳор ва киш фаслларда/ таҳлил қилинди.

Олинган натижалар

Шиша ишлаб чиқариш корхонасида қорамол сути 0,03-0,05 кг, сузма 0,01-0,013 кг, пишлок 0,01-0,02 кг, бутун тухум 0,011-0,013 кг истеъмол қилинганлиги аниқланди. Жами сут ва сут маҳсулотларини миқдори 0,061-0,096 ўртача 0,078 кг ташкил қилган. Натижаларни гигиеник меъёрлар билан солиштирганимизда уларнинг миқдори гигиеник меъёрлардан 1,5 баробар паст эканлиги аниқланди. Суткада ўртача истеъмол қилинаётган гўшт ва гўшт маҳсулотларининг таҳлили қорамол гўшти 0,05-0,07 кг, қўй гўшти 0,01-0,032 кг, чўчка гўштининг истеъмоли 0,001-0,005 кг миқдорда эканлиги аниқланди. Жами гўшт ва гўшт маҳсулотларининг миқдори 0,06-0,1 кг ўртача 0,08 кг ташкил қилди.

Хулоса

Шиша ишлаб чиқариш корхонасида ишловчилар учун тавсия қилинган рационни озуқавий қиймати ва калорияси қўйидагиларни ташкил қилиши мақсадга мувофиқдир; оксил 57 гр, ёғ 51 гр, углеводлар 170 гр, куввати 1200 ккал. Рационга қўшимча равишда 0,5 л сут, 150 мг витамин С, 20 мг витамин РР, 3 мг витамин В₂, 2,5 мг витамин В₁ ва 2 мг А витамин бериш тавсия қилинди. Ишлаб чиқаришда фаолият кўрсатаётган ишчиларга 3 маротаба овқатланиш тавсия қилинди. Суткалик рационни нонушта 30%, тушлик 45% ва кечки овқат 25% ташкил қилиш мақсадга мувофиқдир.

РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ

Арипов А.М.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Цель работы: Главной целью социальной политики Республики Узбекистане является последовательное повышение уровня и качества жизни населения, обеспечение всеобщей доступности основных социальных услуг, надлежащего качества организации и оказания медицинской помощи. Особое место в укреплении и сохранении здоровья населения принадлежит системе здравоохранения, основной задачей которой на сегодняшний день является повышение доступности, качества и эффективности медицинской помощи, прежде всего, медико-санитарной помощи.

Материал и методы исследования: Обследовано материалы статистических данных здравоохранения Узбекистана.

Результаты: Как следует из Бюджетного послания Министерства финансов Узбекистана на 2018 год, расходы на здравоохранение составят 9,6 трлн сумов с ростом на 30,9 % к предыдущему году. В послании отмечено, что увеличение финансирования обеспечит реализацию всех мероприятий в рамках принятых программ по реформированию сферы здравоохранения и предоставлению населению качественных медицинских услуг.

В 2009 году государство потратило на здравоохранение 1,3 трлн, а в 2017 году — уже 6,7 трлн сумов. В 2018 году финансирование увеличили сразу на 40 процентов — на здоровье граждан планируют потратить около 10 трлн сумов. При этом значительная часть расходов уйдет на семейные поликлиники, службу скорой помощи и региональные медпункты. Для скорой помощи в прошлом году закупили 1 269 машин и потратили 9,6 млрд сумов на лекарства. В 2018 году эта цифра составит уже 22,5 млрд, а сама скорая помощь станет бесплатной, в том числе и в частных клиниках.

В 2016 году мощность амбулаторно-поликлинических учреждений, по сравнению с 1991 годом увеличилась на 46 процентов. Если в 1991 году амбулаторно-поликлинические учреждения могли принимать в смену 282,2 тысяч человек, то к 2016 году этот показатель достиг 411,9 тыс. человек в смену. Если в 2000 году на одного жителя в среднем приходилось 7 посещений амбулаторно-поликлинических учреждений в год, то в 2016 году этот показатель составил 10,2 посещения в год.

За годы независимости, в результате осуществляемых реформ, направленных на оптимизацию и повышения эффективности системы здравоохранения, были внесены структурные изменения в стационарные больничные учреждения, так в 2016 году число стационарных учреждений уменьшилось на 20 % по сравнению с 1991 годом. В результате оптимизации неэффективных больничных коек число коек в больничных учреждениях уменьшилось на 49 процентов по сравнению с 1991 годом, а число коек, в расчете на 10000 человек, уменьшилось на 67 процентов.

Вместе с тем растет объем привлеченных иностранных инвестиций. Если в 2016 году было освоено 40,2 млн долларов, то в текущем году эта цифра составила 93,5 млн.

По состоянию на 1 января 2017 года в Республике Узбекистан действуют 6542 амбулаторно-поликлинических учреждения, их число, по сравнению с 1991 годом (3027) увеличилось более чем в 2 раза. При этом, число больничных учреждений наоборот уменьшилось, если в 1991 году действовали 1388 больничных учреждений, то к 2016 году их число составило 1106 единиц.

Если в 1991 году в сфере медицинского обслуживания населения работало 75 тысяч врачей, то к 2016 году их число составило 84,1 тысяч человек (возросло на 12 процентов).

А число среднего медицинского персонала увеличилось на 41 процент по сравнению с 1991 г (с 242,2 до 341,3 тыс. человек).

Вывод: Одной из главных целей современной реформы здравоохранения является повышение доступности и качества медицинского обслуживания населения, что невозможно без оптимизации ресурсного обеспечения лечебно-диагностического процесса кадровой потенциала.

АКТУАЛЬНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Самохина Н. В., ассистент кафедры гигиены детей и подростков
Кушнерук А. В., старший преподаватель кафедры гигиены детей и подростков

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

Состояние здоровья детей и подростков в последние годы характеризуется неблагоприятными тенденциями. Одной из ведущих патологий среди подрастающего поколения являются нарушения опорно-двигательного аппарата, а именно: нарушение осанки. На формирование костно-мышечной системы влияют различные факторы, как наследственные, так и поведенческие. Наиболее значимыми управляемыми факторами риска нарушения осанки являются: нерациональный режим дня, неполноценное питание, гиподинамия, факторы образовательной среды, интенсификация обучения в учреждениях образования, неправильная организация спального и рабочего мест. Нарушение осанки может неблагоприятно сказываться на функционировании организма, особенно в детском и подростковом возрасте. Так, помимо деформации скелета, могут наблюдаться изменения функционирования сердечно-сосудистой и дыхательной систем, снижение физиологических резервов и адаптационных возможностей организма, ухудшение работы желудочно-кишечного тракта, неустойчивость психоэмоционального состояния. Своевременное проведение эффективных профилактических мероприятий способствует существенному уменьшению распространенности нарушения осанки среди подрастающего поколения и предотвращению хронизации патологического процесса.

Согласно результатам проведенного исследования установлено, что 26,3% четвероклассников имеют нарушение осанки, при этом с возрастом процент увеличивается и среди старшеклассников составляет 46,7%.

Формированию нарушений опорно-двигательного аппарата способствует преобладание статического компонента образа жизни над динамическим. Выявлено, что более половины школьников на работу за компьютером и просмотр телевизора тратят более 2 часов в день. При этом, 81% и 33% учащихся младшей и старшей школы соответственно ежедневно проводят недостаточное количество времени на свежем воздухе.

Важным условием для нормального функционирования органов и систем организма является достаточная продолжительность ночного сна. При исследовании количества часов ночного сна установлено, что у 52,6% четвероклассников и 85,5% старшеклассников длительность ночного сна не соответствует требуемой для каждой возрастной группы.

Среди факторов, оказывающих решающее влияние на развитие костно-мышечной системы, важная роль принадлежит правильному питанию и достаточному потреблению минеральных веществ и витаминов. Установлено, что только 55,3% учащихся четвертых классов и 33,6% учащихся старших классов ежедневно употребляют молоко и молочные продукты, которые являются источником кальция, участвующего в формировании скелета. Для восполнения недостатка минеральных и органических веществ лишь треть школьников систематически принимают витаминно-минеральные комплексы.

В условиях интенсификации образовательного процесса особого внимания требует организация рабочего места. В рамках данного исследования выявлено, что у 95% школьников рабочее место оснащено местным источником искусственного освещения, но при этом лишь у половины – направление светового потока на рабочую поверхность левостороннее. Регулярно контролируют соблюдение правильной рабочей позы 15,8% учащихся четвертых классов и 20% – старших классов.

Немаловажным фактором формирования нарушения осанки является нерациональная организация спального места. В соответствии с результатами исследования высота изголовья выше 15 сантиметров у 18,4% четвероклассников и у 50,5% старшеклассников.

Таким образом, распространенность нарушения осанки среди школьников указывает на необходимость разработки и реализации комплексных превентивных программ. Значительная доля факторов, влияющих на формирование нарушений опорно-двигательного аппарата, относится к управляем, вероятность их неблагоприятного воздействия связана с образом жизни каждого человека. Следовательно, своевременное выявление факторов и групп риска позволяет определить приоритетные направления профилактики нарушений костно-мышечной системы и формирования ответственного отношения к своему здоровью у детей и подростков.

СЕМИЗЛИКНИНГ САЛОМАТЛИККА САЛБИЙ ТАЪСИРИ

Ашурова М.Д, Тешабоев У.А, Аҳмаджонова Ш.В.

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти. Ўзбекистон.

Аҳолининг узоқ умр кўриш давомийлигини таъминлаш долзарб масалалардан биридир. Зеро, ушбу кўрсаткич инсонларнинг соғлом турмуш тарзи ва фаровон ҳаёти ифодасидир. Бугунги кунда ривожланган давлатлар ўртасида кўп тарқалаётган касалликлардан бири бу семизликдир.

Семизликнинг ривожланиши организмдаги энергия қабул қилиш ва сарфлаш ўртасидаги мувозанатнинг бузилиши натижасида юзага келади. Семизлик келиб чиқиш сабаблари тери остида асосан қорин деворининг пастки қисмида, думба ва сонларда, шунингдек, қорин ичида (чарвида, ичак тутқичларида, қорин орти соҳасида) ҳамда бошқа ички аъзолар атрофида ёғларни ортиқча тўпланишидир. Шунинг учун энергетик мувозанатни сақлаш учун организм гормон даражасини тартибга солиши, энергия сарфлашни камайтириши, озиқа моддаларининг сўрилиши самарадорлигини ошириши, овқатланиш ҳуққини тартибга солиши (иштаҳани пасайтириш), ёғли энергетик деполардан етишмаётган энергияни сафарбар қилиши керак.

Семизлик ҳар қандай ёшда кузатиладиган сурункали метаболик касаллик ҳисобланиб, аҳолининг умумий касалланиш ва ўлими ҳолатлари кўпайиши билан кечади. Тараққий топган жамиятда генетикада ўзгариш бўлмаса ҳам, яъни ирсий омилларга боғлиқ бўлмаган ҳолда семизлик кескин ортиб бормоқда. Семизликнинг ривожланиши организмдаги энергия қабул қилиш ва сарфлаш ўртасидаги мувозанатнинг бузилиши натижасида юзага келади. Тана оғирлиги ўзаро боғлиқ тизимлар комплексининг мураккаб муносабатлари орқали тартибга солинади: қабул қилинган энергия(калория) ва сарфланган энергия. Семизлик ривожланишига камҳаракатлик ва осон хазм бўладиган калориялар (уларнинг ортиқчаси организмда ёғ тўқималарида триглитсеридлар шаклида тўпланади) ҳисса қўшади. Семизлик учун ирсий мойиллик семизликдан азият чекаётган оилалардаги шахсларда аниқ намоён бўлади.

Семизликни келтириб чиқарувчи факторларга кам ҳаракатланиш, генетик факторлар, яъни липогенез ферментлар фаоллигининг ошиши ва липолиз (ёғларни парчаловчи) ферментлар фаоллигининг пасайиши, эндокрин касалликлар(гипогонадизм, гипотиреоз, инсулинома), нотўғри овқатланиш ёки психологик бузилишлари (овқатланишнинг психоген бузилиши), стрессларга берилувчанлик, психотроп дори воситаларини исътемолад қилиш, уйқусизлик, инсулин ва инсулин синтезини кучайтирувчилар исътемолад қилиш киради.

Ушбу сабаблардан энг кўп учрайдигани кам ҳаракатланиш, нотўғри овқатланиш ва генетик факторлардир.

Ортиқча вазн ёки семизлик асосан ривожланган давлатларда жиддий муаммога айланган. АҚШда 18 ёшдан катта аҳолининг 56 %, Буюк Британияда 52%, Исроилда 50%дан кўпроғида ортиқча вазн борлиги айtilди. Ҳозир нафақат ривожланган давлатларда, балки ривожланаётган давлатларда ҳам ортиқча вазнли одамлар сони ортиб бормоқда.

Хусусан, республикаимизда ҳам мазкур муаммо соғлиқни сақлаш тизимида жиддий оқибатларни юзага келтирмоқда. Соҳага оид адабиётларда ёзилишича, 55 ёшдан кичик бўлган 3-даража семизлиги бўлган одамларда 2-тур қандли диабет билан касалланиш хавфи шу ёшдаги нормал тана вазнида бўлган одамларга нисбатан эркакларда 18 марта, аёлларда эса 13 марта юқори бўлади. 2016-йилда «The Lancet» журнали 2025 йилга келиб жаҳон аҳолисининг деярли 20%ни семизликдан азият чекишини кўрсатадиган тадқиқот чоп этди.

Семизликни даволашда ишлатиладиган ҳуққ терапияси усуллари ўз-ўзини назорат қилиш, озиқланиш ва унга тегишли одатларга муносабатни ўзгартириш, аста-секин жисмоний машқларни жорий этиш ва ишончли ижтимоий қўллаб-қувватлашни шаклланишини ривожлантиришга қаратилган. Назорат қилинган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, бу усуллар қўлланилган беморлар бошқа усуллар қўлланилган беморларга нисбатан кейинчалик яна аввалги вазнларига камроқ қайтишган.

Дори-дармонлар, қоида тариқасида, фақат қисқа муддатли яхшиланишга эришиш имконини беради, аммо доимий ва узоқ муддатли таъсирга эга эмас. Агар дорилар билан даволаш курсини тугатгандан кейин бемор ўзининг турмуш тарзини ўзгартирмаса ва парҳезли тавсияларига амал қилмаса, тана вазни яна ортади. Эҳтимол, бу ортиқча тана массаси гипоталамусда тикланмас яллиғланиш жараёнларини келтириб чиқариши, бу эса ёғ тўқималарини тартибга солишни

вазифасини бузиши сабаблидир. Ҳар бир дори шифокор томонидан индивидуал тарзда буюрилади:

Семизликни ўз вақтида даволамаслик қуйидаги асоратларга олиб келиши мумкин: метаболик синдром, гастроезофагал рефлюкс касаллиги, 2-тур қандли диабет, миокард инфаркти, юрак ишемик касаллиги, инсулт, артериал гипертензия, сурункали веноз етишмовчилиги, холесистит, ўт-тош касаллиги, артрит ва бошқалар.

Семизликнинг олдини олиш учун тавсиялар.

Ҳар доим истеъмол қилинаётган озиқ-овқат калориясини кузатиб бориш керак. Овқат қанча ёғли бўлса унда шунча кўп калория мавжуд бўлади. Одатда 1 грамм ёғ 9 килокалорияга тенг бўлади, 1 грамм оқсил ёки углеводлар эса – 4 килокалорияга тенг. Кунига атиги 23 грамм қўшимча ёғ истеъмол қилса – йилига қўшимча 8 кг йиғилади. Агар овқатда камида 10-15% оқсил бўлса ва 30-35% ёғ бўлса, рацион мувозанатли ҳисобланади. Углеводлар эса 50-75% ташкил этиши керак. Шакар, нон ва ширинликлардан 10% дан кўп энергия олмаслик керак, қолганини эса мева, сабзавот ва дондан олиш мумкин. Вазнни камайтиришда биологик фаол қўшимчаларни қўшиш жоиз, аммо суистеъмол қилиш бўлмайди. Вазнни йиғиш уни йўқотишдан осонроқ. Бир оз вазн йўқотиш учун – кўпроқ жисмоний ҳаракат, парҳез ва ҳатто психологик ёрдам керак бўлиши мумкин. Илмий тасдиқланганки, вазнни йўқотгандан сўнг, уни ушлаб туриш керак, чунки нотўғри овқатланиш билан йўқотилган вазнни организм икки баробар қилиб қайта йиғиб олади ва бемор олдингидан-да оғирроқ вазиятга тушади. Бу ҳолатни илмий таҳлилий ҳал қилиш учун шифокорлар беморларга илмий асосланган парҳез ва ҳаёт тарзини тавсия қилишдан ташқари камида 1 йил мунтазам назорат остида ушлаши керак. Демак, тўғри ва илмий асосланган мутахассислар томонидан ишлаб чиқилган парҳез муаммонинг ечимидир.

ЎТКИР ПАРАПРОКТИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИ ЎЗБЕКИСТОНДА ТЎҒРИ ЙЎЛГА ҚЎЙИШ

Эргашев У.Ю., Якубов Д.Р.

Тошкент тиббий академияси 2-умумий хирургия кафедраси

Муаммонинг долзарблиги: энг кўп тарқалган йирингли хирургик касалликлардан бири ўткир парапроктит умумий жарроҳлик касалликлар ичида 0,5-4% ни ташкил этади. Ўткир парапроктитда жарроҳлик даво йирингли бўшлиқни очиш операцияси ҳисобланади. Операциядан кейинги 24-88% ҳолатда рецидив парапроктит ёки тўғри ичак оқмаси келиб чиқади (Лаврешин П.М. 2017, Бенжеллоун Э.Б. 2013). Шу сабабли ҳозирги кунда радикал “йирингли бўшлиқни очиш, ички тешик ликвидацияси” ва “йирингли бўшлиқни очиш, ички тешикка эластик лигатура қўйиш” операциялари ўтказилади (Шельгин Ю.А. 2015, Аванесов С.Б. 2007, Мусин А.И. 2017, Лаврешин П.М. 2017). Ўзбекистон шароитида кўпчилик йирингли жарроҳлик бўлимларида рецидив парапроктит билан касалланган беморларда қайта-қайта йирингли бўшлиқни очиш операцияси ўтказилади. Парапроктит этиологияси ҳисобланган тўғри ичак шиллиқ каватидаги дефект (оқма ички тешиги) бартараф қилинмайди.

Мақсад. Ўткир парапроктит турли клиник кўринишларида хирургик тактикани таҳлил қилиш.

Материал ва метод. Тошкент шаҳар Яккасарой туман тиббиёт бирлашмаси Йирингли жарроҳлик бўлимида 2020 йил давомида ўткир парапроктит билан касалланган 36 та беморлар касаллик тарихи ва амбулатор картаси ўрганилиб ретроспектив таҳлили ўтказилди.

Натижалар. Таҳлиллар шуни кўрсатадики ўткир парапроктит билан касалланган беморларнинг 31 тасида ишиоректал, 4 тасида пелвиоректал ва 1 тасида тери ости формалари кузатилган. Беморларнинг 6 таси (16,7%) рецидив парапроктит билан ётқизилган. Беморларнинг 29 тасида маҳаллий оғриқсизлантириш остида “йирингли бўшлиқни очиш” ва 7 тасида спинал оғриқсизлантириш остида “йирингли бўшлиқни очиш, ички тешик ликвидацияси” операциялари ўтказилган. Операциядан кейинги даврда стационар даво 1 кундан 16 кунгача бўлиб, ўртача 3-4 кунни ташкил этади. Узоқ муддат ётган касаллар асосий ўткир пелвиоректал парапроктит ва қисман ўткир ишеоректал парапроктит ҳисобига эканлиги аниқланилди.

Хулоса. 1. Ўткир парапроктит билан касалланган беморларда рецидив 16,7% ида аниқланилди. Касалликнинг параректал оқма билан асоратланишини ҳам ҳисобга оладиган бўлсак ўткир парапроктитда рецидив жуда юқори. Шу сабабли парапроктитнинг ишеоректал, тери ости ва шиллиқ ости турларида радикал метод бўлиб ҳисобланган “йирингли бўшлиқни очиш, ички тешик ликвидацияси” операциясини қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади.

2. Ўткир парапроктитнинг пелвиоректаль тури оғир кечиши ва операциядан кейинги жароҳатнинг узоқ муддатда битишини ҳисобга олиб, “йирингли бўшлиқни очиш” ёки “йирингли бўшлиқни очиш, ички тешикка эластик лигатура қўйиш” операциясини ўтказиш мақсадга мувофиқ бўлади.

РИНОСИНУСИТЛИ БЕМОРЛАРДА IL1 β (C3953T) ГЕН АЛЛЕЛИ ВА ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОТИПЛАРИ ТАРҚАЛИШ ЧАСТОТАСИНING ЎЗИГА ХОСЛИКЛАРИ ВА УШБУ ПАТОЛОГИЯНИ РИВОЖЛАНИШИДА УЛАРНИНГ РОЛИНИ БАҲОЛАШ

Ярмухамедова Н.Ф. Тошкент тиббиёт академияси ЛОР ва стоматология кафедраси ассистенти,
Маткаримова Д.С. ТТА Гематология кафедраси доценти,
Бакиева Ш.Х. ТТА ЛОР ва стоматология кафедраси профессори,
Саломова Ф.И. ТТА Атроф муҳит гигиенаси кафедраси мудир,

Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон

Маълумки, риносинусит (РС) бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари шиллиқ қаватларининг яллиғланиш касаллиги бўлиб, уни шаклланиши иммун тизим бошқарувининг бузилиши, жумладан, унинг шиллиқ қаватида мавжуд бўлган антигенларга қарши жавобига боғлиқдир. Замонавий адабиётларда РСнинг шаклланишида генетик омилларнинг роли тобора кўпроқ ўз тасдиғини топмоқда. Кўп ҳолларда РСнинг ривожланиши ва асоратларини белгилаб берувчи, касалликнинг кечиши ва жараённинг сурункали шаклга ўтишига таъсир этувчи асосий молекуляр- генетик омил сифатида яллиғланиш олди цитокин генлари кўриб чиқилмоқда.

Ушбу тадқиқотлар РС билан асоратланган сурункали миелолейкозли (СМЛ) асосий 1 –чи гуруҳга киритилган беморлар (n=65) (1А кичик гуруҳи - ўткир РСли СМЛли беморлар (n=31) ва 1Б кичик гуруҳи -сурункали риносинуситли СМЛли беморлар (n=34)), 2-гуруҳ СМЛсиз РСли беморлар (n=35), ҳамда шартли –соғлом шахслардан ташкил топган 68 нафар назорат гуруҳ беморлар орасида олиб борилди.

IL1 β (C3953T) ген полиморфизмининг генотипик частотасининг тақсимланишини баҳолаш натижалари, назорат гуруҳидаги ва РСли СМЛли беморларининг биринчи асосий гуруҳида IL1 β (C3953T) ген полиморфизмининг генотипларини кутилаётган ва кузатилаётган частотаси Харди – Вайнберг мувозанатига (ХВМ) тўлиқ мос келишини кўрсатди. Шу билан бирга, асосий ва назорат гуруҳларида кутилаётган частотадан кузатилаётганининг нисбий силжишини тавсифловчи гетерозигот индекси (D) мос ҳолда -0.25 ва -0.07 га тенг бўлган салбий силжишларга эга бўлди. РСли 2-гуруҳ беморларида IL1 β (C3953T) ген полиморфизми бўйича генотипларнинг кутилаётган ва кузатилаётган частотасини баҳолаш гетерозигота (D) ХВМ бўйича (C/C - 0.57 ва 0.55; $\chi^2=0.07$), C/T - 0.34 ва 0.38; $\chi^2=0.40$ ва T/T - 0.09 ва 0.07; $\chi^2=0.58$ генотиплари учун) назорат гуруҳига мослигини кўрсатди (-0.1 га қарши - 0.07)

IL1 β (C3953T) ген полиморфизми алелл ва генотиплари тақсимланиш улушининг таҳлили, ўрганилган гуруҳларнинг барчасида баъзи ўзига хосликлар мавжудлигини кўрсатди. Агар назорат гуруҳида С ва Т алеллари частотаси 81,6% ва 18,4% ни ташкил этган бўлса, РСли СМЛли беморларининг 1-чи асосий гуруҳида, уларнинг улуши 77,7% ва 22,3% ни ташкил этди. Шу билан бир вақтда назорат гуруҳида C/C, C/T ва T/T генотипларининг частотаси 67.7%, 27.9% ва 4.4% ҳолатни ташкил этган бўлса, РСли СМЛли беморларининг 1-чи асосий гуруҳида улар мос равишда 64.6%, 26.2% ва 9.2% ҳолатларда аниқланади. Ушбу ўзига хосликлари билан бир қаторда, ўткир ва сурункали РСли СМЛ беморларининг 1А ва 1Б кичик гуруҳларида IL1 β (C3953T) ген полиморфизми бўйича алелл ва генотипларнинг тақсимланишини С ва Т алеллари бўйича 75.8% ва 24.2% ҳамда 79.4% и 20.6% ҳолатларда қайд этилди. Шу билан бирга, ўрганилган кичик гуруҳлардаги C/C, C/T ва T/T генотиплари учун улушлар частотаси 64.5%, 22.6% ва 12.9%, шунингдек мос ҳолда 64.7%, 29.4% ва 5.9% ҳолатларда қайд этилди. Бундан ташқари, IL1 β (C3953T) ген полиморфизми бўйича РСли беморларнинг 2-гуруҳидаги алелл ва генотиплар частотасининг улуши, РСли СМЛли беморларнинг биринчи асосий гуруҳидаги уларнинг улушидан фарқ қилади. С ва Т алеллари 74.3% ва 25.7% беморларда, C/C, C/T ва T/T генотиплари эса мос ҳолда 57.1%, 34.3% ва 8.6% беморларда аниқланди. Шуни таъкидлаш лозики, T/T мутант генотипи барча ўрганилган гуруҳларда аниқланди, аммо шунга қарамай уларнинг катта частотаси ўткир РСли СМЛли беморлари 1А кичик гуруҳида (12.9% на қарши 4.4% назоратда) ва РСли 2-гуруҳ беморларида (8.6% га қрши 4.4% назоратда) қайд этилди. Шундай қилиб, назорат гуруҳи билан солиштирилганда РСли биринчи гуруҳ беморларида ҳам, иккинчи гуруҳ беморларида ҳам C/T ва T/T нохуш генлари, шунингдек Т функционал нохуш алеллини ташувчисининг юқори улуши, РСнинг ривожланиш ҳавфи ошишида C/T ва T/T генотиплари ва Т алеллинининг аҳамияти юқорилигидан далолат бериши мумкин.

Шу билан бирга, тадқиқотнинг кейинги босқичида, РСнинг ривожланиш ҳавфи ошишида IL1 β (C3953T) ген полиморфизми бўйича С/Т ва Т/Т генотиплари ва Т алеллари ролининг аҳамиятни баҳолаш учун, барча гуруҳларда уларнинг тақсимланишидаги фарқлар ишончилигини қиёсий таҳлили ўтказилди. РСли СМЛ беморларининг 1-асосий гуруҳида ўтказилган таҳлил, назорат гуруҳи билан солиштирилганда, Т алеллар частотаси деярли 1,3 мартага ошганини кўрсатди. Беморларда С/Т генотиплар частотасининг улуши унча кўп фарқ қилмади, Т/Т генотипларининг улуши эса 2,2 марта юқори бўлиб чиқди. Бирок, РСли СМЛли беморларнинг 1-асосий гуруҳида Т/Т мутант генотиби ва Т алелларини ташувчанлилик улушидаги фарқларнинг мавжудлигига қарамасдан, улар статистик жиҳатдан ишончли бўлмади. Шу билан бирга, олинган натижалар СМЛли асосий гуруҳ беморларида РСнинг ривожланиш ҳавфи ошишида IL1 β (C3953T) ген полиморфизми бўйича Т/Т генотиби ва Т алеллари томонидан тенденция мавжудлигидан далолат беради.

РСли СМЛли беморларнинг асосий 1А ва 1Б кичик гуруҳлари кесимида фарқларнинг қиёсий таҳлили ўзига хосликларга эга бўлди. Жумладан, ўткир РСли 1А кичик гуруҳ беморларида, назорат гуруҳи беморлари билан солиштирилганда Т алеллар 1,4 марта кўп учради, С/Т генотиби эса 1,25 марта кам қайд, Т/Т генотипининг улуши эса 3,21 марта кўпроқ қайд этилди. Аниқланган фарқлар ишончли бўлмасда, Т/Т генотиби ташувчанлик улушида ўткир РСнинг ривожланиш ҳавфи яққол намоён бўлган тенденцияси кузатилди. Назорат гуруҳи билан солиштирилганда, сурункали РСли 1Б кичик гуруҳ беморларида Т алелл 1,2 марта кўпроқ учради, С/Т генотиби эса 1,1 марта кўпроқ қайд этилди, Т/Т генотипининг улуши эса 1,35 марта кўп қайд этилди. Аниқланган фарқлар Т алелл ташувчанликда, шунингдек, С/Т ва Т/Т генотипларида фарқ статистик ишончли бўлмади, бу СМЛли беморларда сурункали РСни ривожланиш ҳавфида уларнинг аҳамиятли эмаслигидан далолат беради.

Ўткир ва сурункали РСли СМЛли беморларнинг 1А ва 1Б кичик гуруҳларида алелл ва генотип ташувчиларидаги фарқларнинг қиёсий таҳлили Т алелл алелллар, шунингдек С/Т ва Т/Т генотипларини частотаси тақсимланишида статистик аҳамиятли фарқлар мавжуд эмаслигини кўрсатди. Шу билан бирга таъкидлаш муҳимки, 1А кичик гуруҳ беморларида Т/Т мутант генотиби частотаси нисбий улушида аҳамиятли фарқларнинг қайд этилиши, ўткир РСнинг ривожланиш ҳавфи 2,4 марта ошганлигидан далолат беради.

РСли СМЛли 1-асосий гуруҳ беморларида аниқланган натижаларга ўхшаш ҳолат, РСли 2-гуруҳ беморларида ҳам кузатилди. Айнан, назорат гуруҳи билан солиштирилганда Т алелл 1,54 мартага, С/Т генотиплари 1,35 мартага ва Т/Т 2,03 мартага кўпроқ қайд этилди. Шундай қилиб, 2-чи гуруҳ беморларининг натижалари, Т алелл ва Т/Т генотиплари ташувчиларида РСнинг ривожланиш ҳавфи 1,5 ва 2,03 марта юқори бўлиш тенденцияси мавжудлигини кўрсатди.

РСли 2-гуруҳ беморларида С/Т ва Т/Т генотиплари, шунингдек, Т ноҳуш алелларининг фарқлари, ўткир ва сурункали РСли СМЛли беморларнинг 1А ва 1Б кичик гуруҳлари билан солиштирилганда, статистик ишончли бўлмади. Бунда ўткир ва сурункали РСли СМЛли 1А ва 1Б кичик гуруҳ беморларида Т алелл частотасидаги фарқлар 1 дан камни ташкил этди. Шунингдек, С/Т генотипига нисбатан фарқлар ҳам бирдан кичикни ташкил этди. Бунда 1А кичик гуруҳида Т/Т генотипини ташувчиси сезиларли равишда 1,6 мартага ошгани кузатилди, 1Б кичик гуруҳида эса у 1,45 мартага камайгани қайд этилди. Олинган маълумотлар, РСли СМЛли 1А ва 1Б кичик гуруҳлари беморлари ва 2 гуруҳ беморлари ўртасида IL1 β (C3953T) гени С/Т ва Т/Т генотиплари полиморфизми, шунингдек Т алелл ташувчиларида статистик аҳамиятли фарқларни мавжуд эмаслигини кўрсатди.

Шундай қилиб, олинган натижалар IL1 β (C3953T) ген полиморфизми Т/Т генотиби ва Т алелл ташувчанлиги РСли беморларнинг 2-гуруҳида ва РСли СМЛли беморларининг 1-гуруҳида ҳам РСни ривожланиш ҳавфининг ортиш тенденцияси мавжудлигини тасдиқлайди. Бунда, IL1 β (C3953T) ген полиморфизмининг ушбу алелл ва генотиплари РСни ривожланишидаги ҳавфни ортишига олиб келувчи мустақил маркер сифатида кўриб чиқиш мумкин эмас, бу ҳолат танланган беморлар сонига ва патологик жараён ривожланишида бир нечта генларнинг иштироки билан боғлиқ бўлиши мумкин.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Шамара Л.Ф. ассистент кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии

Курский государственный медицинский университет, Россия

Актуальность проблемы кишечных инфекций определяется не только их широким распространением, разнообразием клинических проявлений, возможностью развития осложнений, но и наличием резистентности к ряду антибактериальных препаратов. Применение врачами общей практики, инфекционистами антибиотиков без учета чувствительности микроорганизмов к лекарственным средствам могут способствовать развитию дисбактериоза и формированию.

Целью настоящей работы является улучшить качество лечения больных острыми кишечными инфекциями, используя проведение микробиологического мониторинга возбудителей острых кишечных инфекций, анализа чувствительности этих микроорганизмов к различным антибактериальным препаратам.

Проведен анализ 3228 культур, выделенных от больных ишечными инфекциями, находившихся на лечении в инфекционной больнице им. Н.А.Семашко г. Курска: культур сальмонелл –3124, шигелл – 165, энтеропатогенной кишечной палочки –164. Анализ чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам проводился с использованием гексодисков.

Среди выделенных культур сальмонелл преобладали сальмонеллы энтеритидис (89,8 %), реже – тифимуриум (7,6 %), в единичных случаях – сальмонеллы гейдельберг, лондон, бранденбург. Все выделенные культуры проверялись на чувствительность к антибиотикам. В большинстве случаев сальмонеллы были чувствительны к цефалоспорином третьего – четвертого поколений: к цефотоксину, цефтриаксону, цефепиму (97%). Высокочувствительны сальмонеллы были также к фторхинолонам (ципрофлоксацину, норфлоксацину) – 98%. Чувствительность этих микроорганизмов к клотримазолу и хлорамфениколу составила соответственно 75% и 77%, тогда как к ампициллину в 39% случаев выявлена устойчивость. В ряде регионов России заболеваемость шигеллезом в последние годы имеет тенденцию к снижению, чем объясняется невысокое количество выделенных культур (1165.). Наиболее чувствительными оказались штаммы шигелл к цефотоксиму (85,6%), цефтазидиму (71%), цефтриаксону (59%), а также к фторхинолонам: норфлоксацину (94%), цiproфлоксацину (86%). Устойчивость шигелл отмечена к тетрациклину, хлорамфениколу, клотримазолу - 33%, 28% и 27% соответственно.

Энтеропатогенная кишечная палочка была представлена 17 серотипами, среди которых преобладали коли-124. Из 150 выделенных культур наиболее чувствительными к фторхинолонам оказались: к офлоксацину – 89%, к цiproфлоксацину – 87%, к норфлоксацину – 56%. К цефотоксиму энтеропатогенная кишечная палочка оказалась чувствительной в 88%, к цефтриаксону – в 76% случаев. Устойчивы эти микроорганизмы были к хлорамфениколу, ампициллину, котримаксозолу (в диапазоне 30-40%).

При обследовании больных с острыми кишечными инфекциями были выделены также культуры микроорганизмов, относящиеся к условно- патогенным (Таблица 1).

Таблица 1

Чувствительность условно-патогенных микроорганизмов к антибактериальным препаратам (%)

Микроорганизмы (кол-во культур)	Препараты							
	цефтриаксон	цефотаксим	хлорамфеникол	тетрациклин	ампициллин	ципрофлоксацин	норфлоксацин	клотримазол
Citrobacter (306)	54	52	81	53	51	85	49	58
Hafnia (157)	61	80	33	54	60	69	50	85
Proteus (483)	62	51	77	54	50	69	77	49
Enterobacter (163)	60	59	40	45	57	74	51	45

Providencia (75)	53	79	38	51	92	61	89	41
------------------	----	----	----	----	----	----	----	----

Из таблицы видно, что *Citrobacter* обладает наибольшей чувствительностью к хлорамфениколу и ципрофлоксацину, *Hafnia* – к цефотаксиму и клотримазолу, *Proteus* – к хлорамфениколу и норфлоксацину, *Enterobacter* – к норфлоксацину, самая высокая чувствительность выявлена у *Providencia* – к ампициллину и норфлоксацину.

Полученные результаты свидетельствуют о высокой чувствительности возбудителей острых кишечных инфекций к цефалоспорином третьего – четвертого поколений и к фторхинолонам. В тоже время отмечена резистентность к вышеуказанным препаратам *Shigella* и энтеропатогенной кишечной палочки.

Вышеуказанные данные необходимо учитывать клиницистам при выборе антибактериальных препаратов для лечения острых кишечных инфекций.

ОЦЕНКА ВОСТРЕБОВАННОСТИ ТЕХНОЛОГИЙ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЗАНЯТИЙ У СТУДЕНТОВ ОЧНОЙ ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ

Ром Е.А., Корнилов А.А.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Российская Федерация

Актуальность

В связи с информационной революцией интернет занимает одно из ведущих мест в нашей жизни. Современный процесс обучения невозможно представить без компьютеров и интернета. Это и дало толчок к модернизации системы образования в целом и дистанционного обучения в частности, получившего широкое распространение в первую очередь среди молодежи. С каждым годом интерес к дистанционному образованию растет, так как в период формирования единого глобального и информационного пространства, именно такая форма обучения отвечает запросам времени.

Цель исследования: изучить динамику востребованности дистанционного обучения, по клинической фармакологии у студентов очной формы обучения медицинского ВУЗа.

Метод исследования: изучение научной и периодической литературы по данной проблеме, анкетный опрос. **Объекты исследования:** студенты очной формы обучения 5 курса (лечебного, педиатрического и фармацевтического факультетов) ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава РФ, анкетированные в ноябре–декабре 2020 года – 125 человек.

Результаты и обсуждение

Результаты проведенных исследований говорят о том, что студенты считают дистанционное образование наиболее удобной формой обучения для теоретических дисциплин, так как оно обладает рядом преимуществ: в качестве таковых студенты называли гибкий график и темп обучения, возможность обучения на дому, психологический комфорт, экономия времени и др.

По результатам анкетирования установлено, что предоставленные кафедрой клинической фармакологии учебные материалы и планы в целом удовлетворяют потребностям студентов. Объем лекционного времени является оптимальным для 89,6% опрошенных, 8,8% увеличили бы количество часов на лекции, а 1,6% уменьшили. Содержание лекционного материала удовлетворяет 65,6% студентов, 32% хотели бы больше информации, посвященной частным разделам клинической фармакологии, особенно таким темам, как фармакотерапия острых респираторных вирусных инфекций, гинекологических заболеваний, сахарного диабета.

Среди респондентов 91,2% студентов считают, что дистанционное освоение материала – на сайте ВУЗа, при доступе к portalу по логину и паролю, является оптимальным вариантом получения лекционного материала, лишь 8,8 % хотели бы очно присутствовать на лекциях (согласно учебному расписанию).

Тем не менее, несмотря на многие положительные стороны дистанционного образования, 44,8% респондентов считают, что уровень знаний при использовании только данного вида обучения значимо ниже, чем при традиционной форме обучения; для 22,4% обучающихся получаемые знания признаны как равноценные.

Заключение

В эпоху глобального информационного и образовательного пространства, при возрастающем значении информационных технологий, дистанционная форма обучения дает возможности для приобретения качественного профессионально образования, но не во всех сферах возможен полный переход на данную форму обучения. Авторы исследования полагают, что в медицинском ВУЗе должны быть совмещены две формы обучения, чтобы студент не лишился возможности получения полноценных практических навыков.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Блоховцова Г.Г., Маликова Т.Л., Симоненко А.А. Перспективы развития дистанционного обучения // Новая наука: Стратегии и векторы развития. - 2016. - № 118-3 - . С. 89-92.
2. Попова Е.И., Баландин А.А., Дедюхин Д.Д. Дистанционное образование: современные реалии и перспективы // Образование и право. - 2020. - №7. – С.203-209. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/distantcionnoe-obrazovanie-sovremennye-realii-i-perspektivy> (дата обращения: 10.05.2021).

К ВОПРОСУ О ВОСТРЕБОВАННОСТИ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПОДГОТОВКЕ К ЗАНЯТИЯМ У СТУДЕНТОВ ОЧНОЙ ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ

Якушева Е.А., Корнилов А.А.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Российская Федерация

Актуальность

Современное общество все чаще называют информационным, имея в виду, что большая часть общества занята производством, хранением, переработкой и реализацией информации, а также знаний.

Студенты могут использовать компьютерные технологии для получения от преподавателей заданий, консультаций, могут работать с электронными учебно-методическими пособиями, размещенными на серверах учебного подразделения, участвовать в тестировании в рамках изучаемых дисциплин.

Цель исследования: изучить востребованность компьютерных технологий в подготовке к занятиям по клинической фармакологии у студентов Курского государственного медицинского университета (г. Курск, Россия) в динамике за период с 2008 по 2020 гг.

Исследование проведено на основе анкетирования, проведенного среди студентов очной формы обучения 5 курса (лечебного, педиатрического и фармацевтического факультетов): в феврале-марте 2008 года – 170 человек, в сентябре 2015 года – 142 человека, в октябре 2019 года – 120 человек, в декабре 2020 года – 129 человек.

Результаты и обсуждение

В 2008 году количество студентов, имеющих персональный компьютер (ПК), составило 82,9%, в 2015 – 97,2%, в 2019 году – 96,6%. Достижение значений до 99,2% в 2020 году, объясняется переходом на дистанционное обучение, где ПК играет важную роль. Также наблюдается тенденция увеличения числа студентов, имеющих доступ к сети Интернет. Если в 2008 году количество таких студентов было равно 52,9%, то в 2019 и 2020 годах их стало 100%.

Число студентов, не использующих ресурсы сети Интернет при подготовке к занятиям по клинической фармакологии, начиная с 2008 года, уменьшалось каждый раз, достигнув в 2020 году значения 0,8%. Для написания истории болезни ресурсы сети Интернет использовали в 2008г. – 93%, в 2015 г. – 85,9% студентов, в 2019 и в 2020 гг. этот процент составил – 78,3% и 83,7% соответственно.

При изучении динамики времени пребывания в сети Интернет было выявлено, что начиная с 2019 года большинство студентов (72,7%) проводят свыше 15 часов в неделю в сети Интернет, а в 2020 году количество студентов увеличивается до 78% по данному параметру, тогда как студенты 2015 года затрачивали свое время в сети Интернет не более 10 часов в неделю.

Число студентов использующих от 80 до 100% своего времени пребывания в сети Интернет на изучение медицинской информации понизилось с 30% в 2008 году до 3,6% в 2020 году, соответственно. В настоящий момент большинство обучающихся (36,4%) тратит на посещение медицинских сайтов 35-50% своего времени пребывания в сети Интернет.

Информационные материалы, представленные на странице кафедры клинической фармакологии, довольно востребованы на протяжении всего анализируемого периода. Большинство студентов использует около 20-50% информации на сайте КГМУ от общего объема материала необходимого для подготовки к занятиям.

Потребность студентов в информационных материалах в определенном формате различна. Если с 2008 года по 2019 год желание получать материалы на электронных носителях стремительно падало, то в 2020 году таких студентов стало на порядок больше – 60,9%, против 16,1% в 2019 году.

Заключение

Цифровизация образования – неизбежный и стремительно протекающий процесс, позволяющий во многом облегчить педагогический процесс за счет предоставления студентам широкого доступа к образовательным технологиям и информационным образовательным ресурсам.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Варакин Л. Е. Глобальное информационное общество: Критерии развития и социально-экономические аспекты. — М.: Международная академия связи, 2001. — 43 с, ил.
2. Соловьёв Э. Г. Информационное общество // Новая философская энциклопедия: В 4 т. /Предс. научно-ред. совета В. С. Стёпин. — 2-е изд. — М.: Мысль, 2010. — ISBN 978-5-244- 01115-9.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РОЛИ ОНКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ В РАЗВИТИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ и РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Рузубаева Ё.Р.¹, Хомидова Т.Э.², Каримов А.Р.², Р.Хакимов², К.Холиков²

Ферганский Медицинский Институт Общественного Здоровья¹,
РСНПМЦОиР Ферганский областной филиал²

Результаты эпидемиологических исследований подтверждают, что в разных странах злокачественные новообразования (ЗН) женской половой сферы стали одной из наиболее часто встречающихся форм опухоли в общей популяции. В 2020 году Узбекистане рак молочной железы РМЖ занимает 1-ое место среди онкологических нозологий: индекс заболеваемости на 100.000 - 26,4, в абсолютных цифрах - 4454 (13,9%); рак шейки матки – 2-е место: индекс заболеваемости на 100.000 - 11,3, абсолютных цифрах - 1187 (5,9%), в общей сложности 18,8% женщин имеют ЗН органов репродуктивной системы [2].

Опыт проведения практики профилактических скрининговых медосмотров рака шейки матки (РМШ) и рака молочной железы (РМЖ), а именно массовые профосмотры с целью выявления больных на стадии предрака и доклиническими формами рака, дала свои положительные результаты (снижение заболеваемости и смертности), что связано с широким использованием цитологического скрининга. Для профилактики и выявления РМЖ на ранних этапах необходим широкий охват женского населения скрининга с помощью маммографии, УЗИ, в особенности передвижных установок, и при необходимости забора материала для цитологического и патогистологических исследований.

В настоящее время в рамках разработки организационных форм профилактики рака вновь обращаются к ключевым направлениям, связанным с изучением этиологических факторов путем аналитических эпидемиологических исследований.

Одним из важных направлений, позволяющих установить появление клинических признаков развития опухоли, является поиск более информативных лабораторных методов исследования, а также использование определенных морфологических критериев, позволяющих выявить злокачественный рост на стадии внутриклеточного или микроинвазивного рака. Однако большой интерес представляет изучение взаимосвязи частоты заболеваемости рака шейки матки с влиянием неблагоприятных факторов внешней и внутренней среды, а также с перенесенными заболеваниями, которое является наиболее доступным в практическом здравоохранении.

Осуществление организационных и методических мероприятий, направленных на раннее обнаружение РМШ и РМЖ, представляется приоритетным, так как даже с помощью одного хирургического метода лечения большинства «локализованных» форм рака в 90-95 % случаев возможно стойкое многолетнее излечение.

При каждой локализации рака уровень заболеваемости зависит от комплекса факторов, которым больной подвергался в течение своей жизни до заболевания, и реакции организма на это многофакторное воздействие. Данный комплекс включает в себя длительность заболевания, возраст начала полового созревания, характер менструальной функции, генеративную функцию, половую функцию, эндокринно-обменные нарушения, перенесенные заболевания, генетический фактор, психоэмоциональный фактор, социально-экономический фактор, этническую принадлежность и другие параметры. Социально-экономические факторы рассматриваются современными исследователями как важные в свете их влияния на здоровье популяции. Они играют определенную роль в распространении различных нозологических форм ЗН женской половой сферы. После социально-экономических расово-этнические факторы являются вторичными. [1]

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гатагажева З.М., Никитина В.П., Неродо Г.А., Шелякина Т.В., Узденова З.Х., Гагиева Д.А., Имиева Т.Б., Богатырева Л.Н. Определение роли онкоэпидемиологических аспектов в развитии рака шейки матки с разработкой прогностических карт диагностических коэффициентов // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 4.; URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=21324> data source GLOBOCANE 2020: gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2020&mode=cancer&mode_population

ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИЙ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ МОЛОДЕЖИ: СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ

Кушнерук А.В., старший преподаватель кафедры гигиены детей и подростков
Самохина Н.В., ассистент кафедры гигиены детей и подростков

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

Современные условия жизни предъявляют повышенные требования к здоровью и интеллектуальным возможностям обучающейся молодежи. В связи с чем в последнее время все чаще предметом внимания становится интерес к здоровому образу жизни, особенно среди молодых людей. Это обосновано изменением характера нагрузок на организм молодого человека, связанного с цифровизацией жизни, гиподинамией, увеличением экологических, психологических рисков, провоцирующих негативные тенденции в состоянии здоровья. Здоровый стиль жизни должен являться неотъемлемым компонентом деятельности молодого поколения. В связи с чем важное значение в период их подготовки имеет формирование навыков ЗОЖ и качества культуры здоровья. Здоровый образ жизни – это не только образ жизни отдельного индивида, это концепция жизнедеятельности человека, направленная на сохранение и укрепление здоровья посредством создания благоприятной среды обитания: рационального питания, оптимальной физической активности, психоэмоционального благополучия, отказ от вредных привычек.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что около 70% молодых людей не следуют основным принципам ЗОЖ. По данным ВОЗ недостаточная физическая активность является четвертым по значимости фактором риска глобальной смертности в мире. Так, около 50% опрошенных студентов имеют низкую двигательную активность и не используют в своем режиме дня физическую культуру для укрепления здоровья. Анализ критериев здоровья выявил неудовлетворительные показатели адаптационных резервов сердечно-сосудистой системы у 45% респондентов. Оценка индекса массы тела показала, что избыток массы тела имеют более трети студентов. Контролируют свое физическое состояние и физическую активность только 20,1% опрошенных.

Рациональное питание играет ключевую роль в обеспечении качества жизни человека, его физического и психического здоровья, продолжительности жизни. Изучение пищевых стереотипов показало, что для более половины студентов характерна «углеводно-жировая» модель питания, с недостаточным количеством животного белка, дефицитом клетчатки и ПНЖК. Нерационального режима питания придерживаются около 35% опрошенных (не соблюдают необходимую кратность приемов пищи и должны интервалы между приемами пищи). Нездоровое питание более 50% опрошенных связывают с отсутствием мотивации к ведению здорового образа жизни.

В настоящее время особое место в жизни современного молодого человека занимают цифровые устройства и так называемое «виртуальное–пространство». Гаджеты сегодня выступают не только в качестве средств передачи, обработки и хранения информации, они также наносят колоссальный вред, изменяя соматическую, психическую и социальную составляющие здоровья. Исследование показало, что более 50% опрошенных студентов проводят в гаджетах более 5 часов в день, при рекомендованных не более 2 часов, что позволяет включить исследуемых в группу риска по формированию компьютерной или сетевой зависимости. Больше всего экранного времени студенческая молодежь тратит на посещение онлайн-платформ с целью общения, знакомств, создания социальных отношений, а также для развлечения (музыка, фильмы). Наиболее посещаемыми студентами сайтами являются tiktok.com, vk.com, Instagram.com, youtube.com.

ИППП оказывают негативное воздействие на репродуктивное здоровье и входят в число 5 основных категорий заболеваний, в связи с которыми молодые люди обращаются за медицинской помощью. При анализе данных полученных при проведении анкетирования подверженности рискованному поведению коллективный риск развития ИППП среди опрошенных составил 45%.

В настоящее время вредные привычки глубоко укоренились в молодежной среде. По результатам исследования выявлено, что большинство студентов осознают негативное влияние на здоровье табакокурения. Так, среди респондентов 87,1% не курят, 10% - являются активными курильщиками, 2,9% - отказались от табака.

Анализ полученных данных указывает на необходимость организации и проведения коррекционно-развивающих мероприятий с молодежью по овладению альтернативными, «здоровыми» формами поведения, направленными на повышение уровня осведомленности в вопросах здорового образа жизни, на снижение влияния факторов риска здоровью (большинство из которых обусловлены нерациональным питанием и низкой физической активностью), на профилактику формирования у студентов склонности к аддиктивному поведению.

AHOLI ORASIDA SIL KASALLIGI TARQALISHI TIBBIY IJTIMOY JIHATLARI

¹Aripov A.M., ¹Usmonova R

¹Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti,
2-Marg'ilon Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot texnikumi²

Sil mikobakteriyalarining atrof muhitda uzoq vaqt saqlanishi sil kasalligining idish-tovoq, kiyim-kechak, o'rin ko'rpa va boshqa yo'llar orqali yuqish ehtimolini tug'diradi. Silning ochiq va yashirin shakli farq qilinadi. Silning ochiq shaklida bemor balg'amida Sil mikobakteriyalari topiladi; bemor gigiyena qoidalariga rioya qilmasa, boshqalarga kasal yuqtiruvchi bo'lib qolishi mumkin. Silning yashirin shaklida mikobakteriyalar balg'amda topilmaydi, bunday bemorlar atrofida gilar uchun yuqumli bo'lmaydi. Sil bilan og'rigan bemor barcha gigiyena qoidalariga rioya qilsa, amalda atrofida gilar uchun xavfli bo'lmaydi. Sil mikobakteriyalari faqat o'pkani emas, balki organizmda soch va tirnoqdan boshqa bo'g'imlar, suyaklar, miya pardalari, buyraklar va boshqa a'zolari zararlaydi. Sil kasalligiga aksari yosh bolalar (chunki ularda hali immunitet sust rivojlangan bo'ladi), balog'atga yetish davridagi o'smirlar (nervendokrin boshqaruvining beqarorligi tufayli), shuningdek, organizmning infeksiyaga chidami susaygan yoshi katta odamlar chalinadi. O'pka siliga xos belgilar kasallik shakliga, yoshga va boshqalarga bog'liq. Birlamchi silda kasallik alomatlari yaqqol namoyon bo'lmaydi. Biroq teri ostiga tuberkulin yuborib o'tkaziladigan Mantu sinamasi musbat chiqsa va bemorda kasallikning umumiy belgilari (rang ketishi, quvvatsizlik, uyqu va ishtaha buzilishi, tez toliqish, gavda haroratining ko'tarilishi, tunda terlash) paydo bo'lsa, busilin toksikatsiyasidan darak beradi.

Yosh bolalarda kasallik maktabgacha va maktab yoshidagi bolalarga qaraganda og'irroq o'tadi, aksari asoratlar kuzatiladi. Sil intoksikatsiyasi bolalarda ro'yrost namoyon bo'ladi; bolaning rangi siniqadi, injiq bo'lib qoladi, ishtahasi yo'qolib, teztez shamollab turadi. Vrachga o'z vaqtida borib, bolani to'g'ri parvarish qilinsa, odatda, butunlay sog'ayib ketadi. Ikkilamchi Sil — o'pka silining hammadan ko'p uchraydigan shakli. U o'pkada va limfa tugunlarida saqlanib qolgan infeksiya "qo'ri"dan kelib chiqadi; noxush sharoitlarda Sil qo'zg'atuvchisi faollashib, jarayonni zo'raytiradi (faol shakli). S mikobakteriyasi bor bemor bilan uzoq vaqt muloqotda bo'lganda Sil qaytalanishi ham mumkin. Bunga organizmning zaiflanishi, sifatsiz ovqatlanish, stresslar, zararli odatlar (chekish, ichkilikbozlik, giyohvandlik), surunkali kasalliklar, o'pkaning nospetsifik kasalliklari, qandli diabet, gastrit, me'da ichak yaralari, SPID, shuningdek, homiladorlik va tug'ruqdan keyin organizm himoya qobiliyatining kamayishi va boshqa sabab bo'ladi. Odatda, ikkilamchi Sil yoshlikda va o'rta yoshda paydo bo'ladi, o'z vaqtida davo qilinmasa, kasallik asta sekin, lekin to'xtamay rivojlanadi. Aksari o'pkaning yuqori bo'laklarida mayda o'choqlar paydo bo'ladi (Sil ning o'choqli shakli), ba'zan yiringli infiltratlar (Silning yallig'langan shakli) kuzatiladi.

Kasallik ba'zan uzoq vaqtgacha hech qanday alomatlarsiz kechadi, biroq, o'pka sili rivojlanganda, ya'ni Sil mikobakteriyalari ko'payishi boshlanganda organizmda zaharlanish alomatlari paydo bo'ladi: holsizlik, tez charchash, tunda terlash, ozib ketish va bemorda yo'tal zo'rayadi, hansiraydi, nimjon bo'lib qoladi. Zo'r berib davolanish kasallik rivojlanishining oldini oladi. O'pkadan tashqaridagi Sil (hiqildoq, ichak, buyrak, teri, suyak, bo'g'im va boshqalar) o'pka siliga karaganda ancha kam uchraydi. Silni barvaqt aniqlash kasallikni to'la-to'kis davolash imkonini beradi. Davolash, asosan, kasalxona sharoitida, vrach nazorati ostida olib boriladi.

Oldini olish ijtimoiy, sanitariya, kimyoviy va maxsus tadbirlarni o'z ichiga oladi. Aholi yashaydigan joylarni obodonlashtirish, moddiy hayot sharoitini yaxshilash, aholining umumiy madaniyatini oshirish va sanitariya bilimlarini targ'ib qilish, jismoniy tarbiya va sportni keng rivojlantirish muhim ahamiyatga ega.

Shifokor buyurgan kun tartibiga amal qilish, to'lato'kis ovqatlanish, iloji boricha ochiq havoda bo'lish, xonani bot bot shamollatib turish lozim. Sil bilan og'rigan bemorlarni kasallikning ilk bosqichlarida aniqlash maqsadida aholini ommaviy tekshirish, ya'ni flyuorografiya tekshiruvidan (kamida 2 yilda 1 marta) o'tkazish ijobiy natija beradi. Silni bolalarda barvaqt aniqlash uchun bolalar poliklinikalarida, bog'chalarida, maktablarda tuberkulin sinamasi o'tkaziladi. O'zbekistonda barcha yangi tug'ilgan chaqaloqlar vrachning moneligi bo'lmasa, Silga qarshi vaksinatsiya qilinadi, vaqt vaqti bilan (7,12 yoshda) revaksinatsiya o'tkaziladi.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК ПОТЕНЦИРИОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ БОЛЬНОГО

Коломиец В.М., профессор, Павленко Е.П., ассистент

ФФГБОУ ВО "Курский государственный медицинский университет"
Минздрава России. г. Курск, Россия

Цель исследования: одним из решающих факторов достижения эпидемического благополучия по туберкулёзу (ТБ) является клиническое излечение больных с разным спектром лекарственной устойчивости возбудителя. Однако и при стабилизации с дальнейшим улучшением, эпидемической ситуации адекватных успехов в лечении ТБ достигать не просто. Необходимо внедрять новые технологии, при этом приоритетно использовать такой фактор как степень (уровень) взаимодействия пациента с медицинским персоналом и его психологическое состояние, что в целом проецируется на его приверженность лечению (ПЛБ), которая рассматривается как результат или итоговая характеристика взаимодействия этих и других факторов.

Материалы и методы. При наблюдении 326 больных различными формами ТБ, обследованных и принимавших лечение в соответствии с федеральными стандартами Минздрава России, на этапе интенсивной фазы основного курса лечения (ИФ ОКЛ) для повышения ПЛБ потенцировали ее отдельными методиками в психологическом сопровождении (ПС). ПЛБ определяли по авторской методике (патент России №00099), для потенцирования применяли сукцинатсодержащий препарат «Ремаксол» (ООО «НТФФ «ПОЛИСАИ», Санкт-Петербург) (ПрР),

Результаты. Вначале ИФ ОКЛ высокий уровень ПЛБ определен лишь у 28,83% наблюдаемых, прогностически неблагоприятным фактором была и лекарственная устойчивость возбудителя ТБ (МБТ) у 36,23% больных.

Из 232 нуждающихся в интенсификации ПС для 39 больным использовали ПрР, курсом по 400,0 №5-7, остальным больным психосоматическое состояние корректировалось фтизиатром и психологом рекомендованными методами (медико-социальная помощь, школы здоровья, психотерапевтическое воздействие путем индивидуальной работы психолога и другие).

В результате в группе больных, которым применялся ПрР были ликвидированы нежелательные явления и нормализовались показатели дезинтоксикационной функции печени: снижение показателей АСТ с 37,51 до 26,18 (на %) и АЛТ с 26,83 до 18,34 (на %), что позволило продолжать использовать препараты резервного ряда в различных режимах. Полученные данные подтвердили эффективность использования «Ремаксоло» как препарата с выраженным гепатопротективным действием.

Исходя из особенностей фармакокинетики ПрР нельзя исключить его иммуномоделирующие свойства и поэтому в процессе ИФ ОКЛ определяли содержания отдельных цитокинов. Наряду с этим учитывали, в основном, конечные, клинические признаки изменения состояния иммунитета (показатели эффективности лечения).

Согласно проведенным расчетам критерия Стьюдента эффективность препарата составляет $t < 2$, что в целом указывает на статистически не значимую эффективность. Однако изменения в содержании наиболее информативных цитокинов настолько выражены, что влияние препарата на иммунный статус очевидно.

У 82,54% больных после проведения ИФ ОКЛ удалось достичь прекращения бактериовыделения при клиническом улучшении и выраженной положительной динамике по данным лучевых методов, что при использовании рекомендуемых стандартных режимов у такого контингента больных ТБ не всегда возможно. Эффективность использования для потенцирования ПС метаболических препаратов с иммуномодулирующим компонентом не вызывает сомнений, так как при применении одного из них, «Ремаксоло», у больных с низким уровнем приверженности эффективность лечения была достаточно высокой. Механизмы влияния иммуномодулятора на приверженность больного лечению с целью повышения его эффективности нуждаются в дальнейшем изучении.

Заключение. Определение приверженности лечению, как фактора риска неудач этиотропной терапии, с целью интенсификации психологического сопровождения оправдано и необходимо для последующего повышения эффективности лечения больных туберкулезом.

МЕСТО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Хабибуллаев Ш.Р. Бобожонов С.С. Бойназаров А.А.

Кафедра нормальной и патологической физиологии
Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Актуальность

Несмотря на большие достижения современной медицины, одной из самых актуальных и сложных проблем в неотложной абдоминальной хирургии, представляющей большой научный и практический интерес, остается острая кишечная непроходимость (ОКН).

По данным разных авторов, заболеваемость ОКН составляет 4–20 случаев на 100 тыс. населения. В структуре летальности больных с острой хирургической патологией органов брюшной полости данное заболевание занимает одно из первых мест, составляя 4,3–18,9%, а среди лиц старше 70 лет – до 36,0%. При ОКН, осложненной перитонитом, летальность приближается к 100%.

В последние годы послеоперационная летальность при всех формах ОКН по Российской Федерации в среднем остается на уровне 15%, а в отдельных регионах – более 20% без явной тенденции к снижению.

Особый интерес представляют пациенты с острой кишечной непроходимостью неопухолевого генеза (ОКННГ), среди которых большинство пациентов с различными формами спаечной ОКН (60–70%), а также с обтурационной ОКН и другими, более редкими видами непроходимости (например, заворот сигмовидной кишки).

Абдоминальные спайки образуются у 94–95% пациентов после лапаротомии. Общая летальность при ОКННГ, по данным иностранных и отечественных авторов, составляет от 1,6 до 43,0.

Цель исследования: оценить возможности и эффективность применения неотложных ЛВ в диагностике и лечении ТКН.

Материалы и методы: От 2018 г. до 2020 г. включительно неотложные ЛВ выполнены у 70 пациентов с тонкокишечной непроходимости, в возрасте от 15 до 87 лет (средний возраст 44,1±4,2 года), что составило 37,8% от всех больных оперированных в клинике за этот период по поводу данной нозологии.

Результаты: Введение иглы Вереша и первого троакара, как правило, производили в нестандартных точках с учётом расположения послеоперационных рубцов и результатов ультразвукового сканирования висцеро-париетальных сращений. Диагноз ТКН не был установлен у 2(1,2%) пациентов с длительностью заболевания до 5 часов. По данным лапароскопической ревизии брюшной полости противопоказания к лапароскопическому разрешению ТКН были выявлены у 30(43,2%) б-х: некроз кишки (5), сомнения в жизнеспособности кишки (6), массивный спаечный конгломерат (5), распространённый спаечный процесс (1), резкое увеличение в диаметре всей тонкой кишки (6), сочетание ТКН с узлообразованием (2) и плотный рубцовый процесс (5). Лапароскопическое разрешение ТКН было предпринято у 40 (55,6%) больных и успешно выполнено у 13 пациентов. Операция заключалась в рассечении спаек и выделении тонкой кишки из сращений острым и тупым путём с использованием моноактивной диатермокоагуляции, лигирования, клипирования, а в последнее время - ультразвуковых ножниц. Интраоперационные осложнения отмечены у 3(5,3%) больных: повреждение кишки (1) и диатермокоагуляционный некроз кишки (1). Послеоперационные осложнения выявлены у 6(9,6%) больных: рецидив ТКН (2), неразрешенная непроходимость (2), парез (2), перфорация кишки в зоне странгуляции (8). Все больные с осложнениями были оперированы традиционным способом, с выздоровлением. Летальный исход от острого инфаркта миокарда отмечен в одном случае.

Вывод: Лапароскопические вмешательства являются эффективным методом инвазивной диагностики, позволяя успешно установить диагноз ТКН у 98,8% пациентов и определить характер, вид, уровень непроходимости, а также оценить состояние тонкой кишки.

Успех ЛВ при ОСТКН в первую очередь определяется правильным выбором показаний и противопоказаний на до- и интраоперационном этапах и неукоснительным соблюдением техники оперативного вмешательства с соблюдением "законов" традиционной и лапароскопической хирургии.

ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА

Хабибуллаев Ш.Р., Бобожонов С.С., Бойназаров А.А.

Кафедра нормальной и патологической физиологии
Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Актуальность

В классификации по панкреатическим заболеваниям, именно билиарный панкреатит находится на первой ступени и является наиболее распространенной формой патологии, поражающей более половины от общего числа всех больных с панкреатическим заболеванием.

Билиарная патология может возникнуть в любом возрасте, как у ребенка, так и у взрослого человека, но чаще данная болезнь развивается у взрослых людей.

В материалах представленного обзора подробнее разберемся с тем, что вообще такое билиарнозависимый панкреатит, что провоцирует его образование, как он проявляется и возможные способы лечения.

Цель исследования. Изучение особенностей лечения при хронических панкреатитах для оптимизации лечебной тактики.

Материалы и методы исследования

В основе работы - анализ обследования и лечения в клинике АГМИ, 72 больных с хроническим билиарным панкреатитом (ХБП). Все пациенты были прооперированы.

Результаты исследования

Первую группу составили 38 больных, которым выполнены лишь открытые операции. Среди них - холецистэктомия (ХЭ), холедохолитотомия (ХЛТ), холедоходуоденостомия (ХДС), гепатикоеюностомия (ГЕС), резекции кист общего желчного протока, другие. В 22 случаях выполнены комбинированные вмешательства на билиарной системе и на поджелудочной железе (ПЖ). Среди них преобладали продольная панкреатоеюностомия и панкреатоцистоеюностомия в сочетании с ХЭ, наружным дренированием общего желчного протока, холедохоеюно- или ГЕС. В двух случаях выполненная панкреатодуоденальная резекция, в одном - парциальная резекция головки ПЖ.

Во вторую группу вошли 15 больных, лечения которых проводилось сочетанием открытых и миниинвазивных методик. В ней всем пациентам выполнена ЭПСТ в сочетании с открытыми операциями, среди которых преобладали вмешательства на билиарной системе.

Миниинвазивными вмешательствами (третья группа) удалось ограничиться у 19 пациентов. ЭПСТ как самостоятельный метод лечения выполнена у 38 из них. У остальных больных выполнены лапароскопические ХЭ, ХЛТ, ХДС, временное стентирование (ВС) дистального отдела ОЖП, эндобилиарное дренирование, дренирование кист ПЖ под контролем УЗИ.

При расширении ОЖП больше 20 мм, выполняли внутреннее дренирование желчных путей, преимущественно ГЕС. При ХБП, возникшем вследствие папиллостеноза, операцией выбора считаем ЭПСТ. В случаях расширения ОЖП до 20 мм и тубулярном стенозе его дистального отдела выполняли лапароскопическую ХЛТ и ВС ОЖП.

Вывод

Таким образом, при лечении ХБП преимущество следует отдавать миниинвазивным методикам. Использование ЭПСТ при ХБП имеет ограниченные возможности.

ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Хабибуллаев Ш.Р. Комилов И.Г.

Кафедра нормальной и патологической физиологии, Кафедра Факультативной и госпитальной терапии Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Актуальность

К настоящему времени накоплен существенный опыт ведения и лечения пациентов с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, который положен в основу представленных рекомендаций. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода - завершающее звено в последовательности осложнений цирроза печени, вызванных прогрессирующим фиброзом ткани печени, блоком току крови через ее ткань, развитием синдрома портальной гипертензии, за которым следует сброс крови по путям коллатерального кровообращения в т.ч. прогрессирующее расширение вен пищевода, с последующим их разрывом.

Сегодня усилия врачей направлены на предотвращение развития последовательных стадий портальной гипертензии и на поиск терапевтических и хирургических методов, позволяющих радикально уменьшить давление в системе воротной вены и таким образом предупредить риск развития кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода.

Другим подходом, к предупреждению гастроэзофагеальных кровотечений портального генеза является использование местной эндоскопической терапии направленную на эрадикацию варикозно расширенных вен, с целью профилактики их разрыва. Группой авторов проведен анализ отечественных и зарубежных работ с целью выработки единых подходов к лечению кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка больных с циррозом печени.

Цель исследования. Усовершенствовать тактику ведения больных с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода.

Материалы и методы

проведен анализ лечения 44 больных с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка в отделении хирургии проведен анализ лечения 44 больных с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка в отделении хирургии клинике АГМИ.

Результаты исследования

Все больные, поступившие с клиникой кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка были госпитализированы в ОРИТ, с целью проведения противошоковой терапии, коррекции гемодинамических нарушений. В комплекс которых включены гемостатические препараты (5 %-эпсилон аминокaproновая кислота, тремин, этамзилат, викасол, хлористый кальций и т.д.), препараты снижающие портальное давление (аналоги соматостатина, октреотид, бета-блокаторы, нитраты), гепато- и гастропротекция.

Данные ОАК показали следующее: у 89 % больных обнаружена анемия 2–3 степени, а у 4 больных поступили с признаками острого постгеморрагического шока. Проведен интенсивная противошоковая терапия, включая гемо- и плазматрансфузию, установлен зонд обтуратор. Однако, несмотря на проводимую терапию, развилась полиорганная недостаточность у двоих пациента, далее с летальным исходом. В 1/3 случаев выявлена тромбоцитопения, у которых уровень тромбоцитов был ниже 180 тыс. В 2 случаях обнаружены признаки гиперспленизма, по поводу чего операция расширена до спленэктомии.

По данным литературы, применение нитратов и вазоконстрикторов (октреотид, сандостатин) в целом уменьшает портальное давление до 30–40 %. По биохимическим анализам выявлены гипопротеинемия ($57,26 \pm 1,30$ г/л), гипербилирубинемия (общ.- $43,25 \pm 8,63$ мкмоль/л), у некоторых увеличение содержания аммиака, нарушение электролитного состава и т.д. У 40 больных имело место асцит, у части определяемый клинически, в остальных диагностируемый на УЗИ. Таким образом, основная доля пациентов были отнесены в группу С по Чайлду-Пью.

Вывод. Основной задачей, стоящий перед хирургом при пищеводном кровотечении — распознать, когда консервативное лечение окажется безрезультатным и в какие сроки операции может быть эффективной у еще жизнеспособного пациента. Декомпенсированная стадия заболевания легко может трансформироваться в терминальную стадию, в связи с этим лечебный подход должен быть минимально травматичным и максимально эффективным. В этом плане эндоскопические вмешательства (в основном применяли эндоскопическую склеротерапию-ЭС и эндоскопическое лигирование- ЭЛ) являются методом выбора.

БИОХИМИЯ ПАТОГЕНЕЗА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Сунайкина О. А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, кафедра биологической химии

Острый панкреатит – это первоначально асептическое воспаление поджелудочной железы, при котором возможно поражение окружающих тканей и отдаленных органов и систем органов. Он возникает при нарушении клеточного гомеостаза, проявляющемся в чрезмерной, неадекватной активации ферментов поджелудочной железы, которые в норме находятся в виде неактивных предшественников – зимогенов (проферментов). Так как преждевременная активация зимогенов в поджелудочной железе влечёт за собой повреждение органа, есть ряд молекулярных механизмов, препятствующих этому: секреция ферментов в неактивной форме; образование в комплексе Гольджи везикул, в которых проферменты упакованы с ингибиторами протеаз; кислая среда и низкая концентрация ионов кальция в везикулах с зимогенами. При определённых условиях описанные защитные механизмы нарушаются. Инициировать этот процесс могут различные факторы, повреждающие клетки ацинусов поджелудочной железы и ухудшающие секрецию везикул с зимогеном; например, травма поджелудочной железы, обструкция протоков, употребление алкоголя, побочное действие некоторых лекарственных препаратов. В патогенезе острого панкреатита участвуют различные факторы агрессии: ферментативный лизис ткани поджелудочной железы; активация кинин-калликреиновой системы; активация иммунной системы; поступление токсинов из поражённого органа в системный кровоток и транслокация кишечной микрофлоры в поджелудочную железу.

Роль ферментов: действие энзимов является первичным фактором агрессии в патогенезе острого панкреатита. В норме неактивный предшественник трипсина – трипсиноген, превращается в активную форму в нисходящем отделе двенадцатиперстной кишки, куда открываются протоки поджелудочной железы. Там фермент участвует в переваривании экзогенных белков, поступивших в организм с пищей. При возникновении острого панкреатита трипсиноген активируется внутри клетки при контакте с катепсином и другими лизосомальными ферментами. Обычно отделённые друг от друга компартменты клетки – лизосомальные и зимогенные везикулы сливаются, что и приводит к переходу трипсиногена в трипсин. Далее имеет место активация новых молекул трипсиногена по механизму положительной обратной связи (автокатализ). Трипсин и химотрипсин при патологии осуществляют протеолиз тканевых белков, фосфолипаза A2 разрушает фосфолипидный бислой клеточных мембран, липаза гидролизует внутриклеточные триглицериды до глицерина и жирных кислот, эластаза разрушает эластины в строме поджелудочной железы и стенках сосудов. Расщепление фосфолипидов фосфолипазой A2 приводит к высвобождению арахидоновой кислоты и началу каскада её превращений в простагландины и тромбоксаны, которые запускают процесс воспаления и повышают чувствительность ноцирецепторов к гистамину. Повреждение клетки вызывает её гибель одним из двух путей – апоптозом или некрозом. Ключевыми факторами, определяющими механизм клеточной гибели являются каспазы и концентрация внутриклеточного кальция. При наличии каспаз и достаточной концентрации Ca^{2+} происходит апоптоз; каспазы при этом предотвращают активацию трипсиногена и ингибируют поли-(АДФ-рибоза) - полимеразу, что уменьшает расход АТФ. Если концентрация кальция и каспаз низкая, то клетка будет гибнуть путём некроза.

Роль кинин-калликреиновой системы: Кинин-калликреиновая система представляет собой проферментно-ферментный каскад белков крови, который участвует в контроле артериального давления, развитии воспаления, коагуляции и возникновении болевых ощущений. Главными веществами этой системы являются каллидин и брадикинин. Первоначально трипсин также активирует фактор Хагемана (XII), который дальше запускает последовательность активации других белков этой системы (а также активирует свёртывающую систему крови). Образующиеся биологически активные вещества активируют воспалительный процесс. Вследствие расширения сосудов и повышения проницаемости их стенки нарушается микроциркуляция и возникает отёк. Дальнейшее развитие патологического процесса приводит к микротромбозу, ишемии и гипоксии

ткани. Активация кинин-калликреиновой системы приводит к развитию интенсивной воспалительной реакции.

Роль клеток иммунной системы: вещества, образующиеся при разрушении ткани железы являются хемоаттрактантами и на фоне нарушений микроциркуляции и повышенной проницаемости сосудистой стенки активируют миграцию макрофагов и нейтрофилов в очаг воспаления. Они в свою очередь начинают продуцировать цитокины (ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО- α , ИЛ-8, ФАТ и др.). Иммунные клетки осуществляют лизис разрушенных ацинарных клеток поджелудочной железы.

Развитие токсемии и инфицирование: системные нарушения развиваются вначале вследствие ферментативной интоксикации, а затем тканевой (метаболитами некротизированных клеток). По причине воздействия на кровяное русло различных активаторов свёртывающей системы и вазоактивных веществ развиваются значительные нарушения в системе крови и кровообращения не только на тканевом и органном, но и на системном уровне. Действие различных веществ (цитокинов, ферментов, медиаторов) приводит к повышению проницаемости кишечной стенки. Из-за этого возможна транслокация кишечной микрофлоры и развитие септического воспаления, как самой поджелудочной железы, так и других тканей, и органов.

КАТТАЛАР АУДИТОРИЯСИГА МОС КЕЛУВЧИ МАЪРУЗАНИ ТАНЛАШ ВА ЎҚИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Ташкенбаева У.А.^{1,2}, Агзамова Г.С.^{1,2}, Анваров Ж.А.^{1,2}, Бобожонов Ш.Ж.²

¹Тошкент тиббиёт академияси ҳузуридаги педагог кадрларни қайта тайёрлаш ва уларнинг малакасини ошириш тармоқ маркази, Тошкент, Ўзбекистон

²Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2019 йил 27 августдаги “Олий таълим муассасалари раҳбар ва педагог кадрларининг узлуксиз малакасини ошириш тизимини жорий этиш тўғрисида”ги ПФ-5789-сон, 2019 йил 8 октябрдаги “Ўзбекистон Республикаси олий таълим тизимини 2030 йилгача ривожлантириш концепциясини тасдиқлаш тўғрисида”ги ПФ-5847-сонли Фармонлари ҳамда Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2019 йил 23 сентябрдаги “Олий таълим муассасалари раҳбар ва педагог кадрларининг малакасини ошириш тизимини янада такомиллаштириш бўйича қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида”ги 797-сонли Қарорларида белгиланган устувор вазифаларни амалга ошириш мақсадида ҳамда, олий ўқув юртлири профессор-ўқитувчиларининг касб даражаси ва малакасини муттасил ошириб бориш, уларни замонавий талабларга мувофиқ мунтазам қайта тайёрлашнинг такомиллаштирилган тизимини жорий этиш асосида юқори малакали мутахассислар тайёрлаш сифатини тубдан ошириш мақсадида республикамизда катта ишлар олиб борилмоқда.

Ҳозирги кундаги малака ошириш ва қайта тайёрлаш тизимининг асосий ва бир-бирини инкор этмайдиган муаммоларидан бири бу – катталар аудиториясига ёндашувнинг тўғри танланмаслигидир. Яъни, малака оширишга келган профессор-ўқитувчилар билан ишлаш жараёнида “эскирган” маълумот билан ишлаш, уларнинг эҳтиёжлари инобатга олинмаслиги ва уларнинг кундалик амалиётлари билан боғлиқ бўлмаган маълумотлар қўплиги ҳам қўпинча педагог билан профессор-ўқитувчилар ўртасида қарама-қаршилик ва тушунмовчилик келтириб чиқаради.

Маърузалар назарий машғулотларнинг асосини ташкил этади ва фан бўйича илмий билимларнинг тизимли асосларини яратиши, тегишли фан ва соҳаларнинг ҳолати ва ривожланиш истиқболларини очиб бериши, тингловчиларнинг диққатини энг мураккаб ва асосий масалаларга қаратиши, уларнинг билим фаоллигини рағбатлантириши ва ижодий фикрлаш шаклланишига ҳисса қўшиши керак. Катталар аудиториясига маъруза ўқишда қуйидаги муҳим жиҳатлар инобатга олиниши керак:

1. Улар таълимга жавобгарлик ҳисси билан ёндашадилар.
2. Катталар аудиторияси талабаларга нисбатан эркинликни хоҳлайдилар.
3. Маърузаларда бериладиган маълумотларни амалиёт билан боғлашга ҳаракат қиладилар.
4. Берилаётган маълумотларни янги ва илмий асосланган бўлиши, ҳамда мавжуд норматив-ҳужжатлар билан боғлиқлигига эътибор берадилар.
5. Катталар аудиториясида мутахассислик бўйича иш стажы мавжудлиги.
6. Таълим олувчининг иш жараёнидаги ёки ҳаётидаги айрим муаммолар унинг таълим олишига таъсир этиши мумкин.

Катталар аудиториясига маъруза ўқишда анъанавий марузадан кўра, қуйидаги маъруза турлари ва модификациялари – “Суҳбат маърузаси” ва “Муаммоли маъруза”дан фойдаланиш мумкин.

“Суҳбат маърузаси”да аудиториядаги тингловчи/курсантлар билан янги мавзу юзасидан уларнинг мутахассислик бўйича тажрибалари инобатга олиниб, савол-жавоб тарзида суҳбат ўтказилади. Масалан, “Терининг вирусли касалликлари” мавзуси бўйича маъруза давомида ҳозирги вақтда терининг қайси вирусли касалликлари учраётгани тўғрисида маълумот берилгач, тингловчи/курсантлар амалиётида шу касалликлардан қайсилар учраётганини сўраш мумкин. Бу касалликлар ташхисотида қўлланиладиган диагностик усуллар тўғрисида маълумот берилгандан сўнг, уларнинг иш жойларида ушбу усулларнинг қайсилари мавжудлиги сўралади. Терининг вирусли касалликларини даволашда ҳозирги кундаги далилларга асосланган даволаш усуллари ва препаратлар тўғрисида маълумот берилганда эса улар қайси препаратларни қандай схемада қўллаётганлари тўғрисида сўралади. Маъруза давомида савол-жавобни қизғин олиб бориш ва имкони борида ҳамма тингловчи/курсантларни қамраб олиш тавсия этилади.

“Муаммоли маъруза”нинг асосий мақсади аудитоияда муҳокама (дискуссия) муҳитини яратишдир. Маърузачи ўтилатган мавзу юзасидан муаммоли маъруза тайёрлайди. Маъруза давомида тингловчи/курсантларнинг мутахассислик бўйича иш тажрибалари ва мавжуд билим, малака, кўникмалари асосида ушбу муаммо бўйича муҳокама ўтказилади. Бу маъруза турида янги мавзу тингловчи/курсантларга муаммо кўринишида етказилади. Маъруза давомида босқичма-босқич, муҳокамалар асосида муаммо ечимига келинади. Масалан, “Сурункали вирусли гепатитларнинг патогенетик даволаш тамойиллари” номли муаммоли маъруза ташкил этилса, бунда дунё бўйича ва мамлакатимиз бўйича сурункали вирусли гепатитлар тарқалганлиги, бу касалликларнинг даволаш муаммолари, шунингдек, патогенетик давосида гепатопротекторларни қўллаш бўйича муаммоларни аудитория билан муҳокама тарзида янги маълумотлар ва даволаш схемлари берилади.

Хулоса. Катталар аудиториясига маъруза ўқишда уларнинг талаб ва эҳтиёжлари инобатга олиниши зарур. Касбий мутахассислик хусусиятидан келиб чиққан ҳолда маълумотлар янги ва ишонарли, кундалик амалиётда қўлланиладиган бўлиши керак. Маъруза турларидан “Сухбат маърузаси”, “Муаммоли маъруза” турларини қўллаш ва бу маърузалар давомида аудиториядаги барча тингловчиларни камраб олиш тавсия этилади.

YADRO QUROLI SINOVLARINING INSONLAR SALOMATLIGIGA VA EKOLOGIYAGA TA'SIRLARI

Eshonov R.M.

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti.
"Biofizika va axborot texnologiyalari" kafedrası. Ўзбекистон.

Butun dunyoda xar bir soha rivojlanib borayotgan bir vaqtda yadro qurollaridan foydalanish ham ko'payib bormoqda. Bu esa tabiatga va insoniyat salomatligiga salbiy ta'sir ko'rsatmay qolmaydi. Yadro qurolining portlashi yuqori radioaktivlikka ega bo'lgan moddalarni chiqaradi. Portlashdan so'ng darhol radioaktiv mahsulotlar issiq gazlar shaklida tarqaladi. Ular ko'tarilgach, ular soviydi va kondensatsiyalanadi. Ularning zarralari namlik yoki chang tomchilariga joylashadi. Keyin yomg'ir yoki qor shaklida radioaktiv tushishni yer yuziga bosqichma-bosqich tushirish jarayoni boshlanadi.

Yerga yoki suv yuzasiga tushgan radioaktiv mahsulotlar oziq-ovqat zanjiriga tushadi: dastlab o'simliklar va yosunlar tomonidan singib, ular hayvonlarning tanasiga kiradi. U yerdan, inson iste'mol qiladigan go'sht, sut, baliq orqali ular tanasiga kiradi. Qishloq joylarda nurlanish ekinlarga zarba berib, ommaviy ochlikka olib keladi. Qishda yadroviy zarba berilsa, portlashdan omon qolganlar boshpanasiz qoladilar va sovuqdan vafot etadilar.

Fiziklar Ikkinchi Jahon urushi boshlanishidan oldin yadroviy portlash energiyasidan foydalangan holda qurol yaratishning mumkin bo'lgan imkoniyatlari haqida gapirishdi. Bunday portlashning ko'pgina xususiyatlari u paytgacha hisoblab chiqilgan edi. Yaponiyaning Xirosima va Nagasaki shaharlarini bombardimon qilganidan so'ng yadroviy urush dahshatli haqiqatga aylandi. Jamoatchilik ongiga, eng avvalo, qurbon bo'lganlarning soni, yuz minglab odamlarning soni va ikki yirik shaharning bir necha daqiqada butunlay yo'q bo'lib ketishi emas, balki radiatsiya kelib chiqadigan oqibatlar ham ta'sir qildi. Yadroviy bombardimonni boshdan kechirgan birorta ham odam uning kelajagiga ishonch hosil qilolmaydi: hatto yillar o'tib ham ta'sir qilish unga yoki uning avlodlariga ta'sir qilishi mumkin.

1945 yilda atom bombasi yaratildi, bu insonning yangi misli ko'rilmagan imkoniyatlaridan dalolat beradi. 1945 yildan keyin sayyoramizning radioaktiv ifloslanishi asta-sekin o'sib bora boshladi. Birinchi yadroviy portlashlardan oldin yer yuzida deyarli xavfli radioaktiv stronsiy-90 bo'lmagan. Endi u atrof-muhitning ajralmas qismiga aylandi.

1954 yilda Obninskda dunyodagi birinchi atom elektr stantsiyasi qurilgan va "tinch atom" ga ko'p umidlar qaratilgan edi. 1986 yilda Chernobil AESdagi yer tarixidagi eng yirik texnologik falokat atomni "siqib chiqarish" va uni o'zi ishlashga majburlash natijasida sodir bo'ldi. Ushbu avtoxalokat natijasida Xirosima va Nagasakidagi bombardimon vaqtiga qaraganda ko'proq radioaktiv materiallar chiqarildi. "Tinch atom" harbiydan ham dahshatli bo'lib chiqdi.

1989 yil oxirida SSSRda Chukotkadagi (1950-1960 yillar) atom bombasi sinovlarining "bugungi kunda aniq" oqibatlari bilan shug'ullanadigan komissiya tomonidan hisobot e'lon qilindi. Chunki radioaktivlikni to'playdigan lichinkalar bilan oziqlanadigan kiyiklar yashaganligi sababli, ularning sog'lig'i yomonligi vaqtning radioaktiv ifloslanishiga bog'liq: deyarli 100% sil kasalligi bilan kasallangan, 90% surunkali o'pka kasalliklari bilan kasallangan va saraton kasalligi sezilarli darajada oshgan (masalan, qizilo'ngach saratonidan o'lim dunyoda eng yuqori ko'rsatkichdir), jigar saratoni bilan kasallanish chastotasi mamlakatni ko'rsatkichidan 10 baravar yuqori). O'rtacha umr ko'rish 45 yilni tashkil etadi (chunki yangi tug'ilgan chaqaloqlar orasida o'lim darajasi 7-10% ni tashkil qiladi).

Turli mamlakatlar olimlari tomonidan olingan natijalar tafsilotlarda turlicha edi, ammo "yadro kechasi" va "yadroviy qish" ning sifatli ta'siri barcha hisob-kitoblarda aniq ko'rsatilgan. Shunday qilib, quyidagilar belgilangan deb hisoblanishi mumkin:

1. Katta miqyosli yadroviy urush natijasida butun sayyorada "yadro kechasi" o'rnatiladi va yer yuzasiga kiradigan quyosh issiqlik miqdori bir necha o'n baravar kamayadi. Natijada "yadroviy qish" keladi, ya'ni haroratning pasayishi, ayniqsa qit'alarda kuchli bo'ladi.

2. Atmosferani tozalash jarayoni ko'p oylar va hatto yillar davomida davom etadi. Ammo atmosfera asl holatiga qaytmaydi - uning termogidrodinamik xususiyatlari butunlay boshqacha bo'ladi.

Quyoshli bulutlar paydo bo'lganidan bir oy o'tgach, yer yuzasi haroratining pasayishi o'rtacha darajada bo'ladi: 15-200°, okeanlardan uzoqroq nuqtalarda -350°C. Ushbu harorat bir necha oy davom etadi, shu vaqt ichida yer yuzi bir necha metrga muzlaydi, bu barchani toza suvdan mahrum qiladi, ayniqsa yomg'ir to'xtashi sababli. Janubiy yarim sharda "yadroviy qish" ham keladi, chunki bulutlar butun sayyorani qamrab oladi, atmosferadagi barcha aylanish tsikllari o'zgaradi, lekin Avstraliya va Janubiy Amerikada sovutish unchalik ahamiyatsiz bo'ladi (10-120°C ga).

Yuqorida aytib o'tilganidek, ob-havo sharoiti pasayishning tarqalishiga ta'sir qiladi. Atom elektr stantsiyalarining shikastlanishi radiatsiya darajasining qo'shimcha o'sishiga olib keladi.

Radiatsiyaning ko'payishi yangi tug'ilgan chaqaloqlarda saraton, homiladorlik, patologiyalarning ko'payishiga olib keladi. Hayvonlarda nurlanish DNK molekulalariga ta'sir qilishi eksperimental tarzda aniqlandi. Ushbu lezyon natijasida genetik mutatsiyalar va xromosomal aberatsiyalar yuzaga keladi; To'g'ri, bu mutatsiyalarning aksariyati avlodlarga o'tmaydi, chunki ular o'limga olib keladi.

AQSh Milliy fanlar akademiyasining hisobotiga ko'ra, dunyo yadroviy urushida 10000 Mt gacha yadroviy zaryad portlashi mumkin, bu Shimoliy yarim sharda 70% va janubiy yarim sharda 40% ozon qatlamini yo'q qilishga olib keladi.

Uzoq muddatli tabiatning birinchi zararli ta'siri bu ozon qatlamining yo'q qilinishi bo'ladi. Stratosferaning ozon qatlami yer yuzasini quyoshning ko'p ultrabinafsha nurlanishidan himoya qiladi. Ushbu nurlanish ko'plab hayotiy shakllarga zarar yetkazadi, shuning uchun ozon qatlamining paydo bo'lishi taxminan taxmin qilinadi. Ozon qatlamining bunday vayron bo'lishi barcha tirik mavjudotlar uchun halokatli oqibatlariga olib keladi: odamlar terining kuyish va hatto saraton kasalligini o'ta darajada avj olishi kuzatiladi; ba'zi o'simliklar va mayda organizmlar darhol o'lishadi; ko'p odamlar va hayvonlar ko'r bo'lib, yurish qobiliyatini yo'qotadilar.

Uzoq muddatli tabiatning birinchi zararli ta'siri bu ozon qatlamining yo'q qilinishi bo'ladi. Shunday ekan o'z xayotimizni o'zimiz asraylik.

USE OF MULTIMEDIA TECHNOLOGY TEACHING ENGLISH

*Gulchehra Khazratova, senior teacher,
Umida Alisherovna Tashkenbaeva, director*

The branch center for retraining and in- service training of academic staff under Tashkent
Medical Academy

Rapid development and extensive use of multimedia technologies play an important role in teaching and learning of medical English. Consequently, at the present time absolutely new methods of teaching and learning English for the medical students have been introduced. Application of multimedia and the Internet technologies in the process of teaching allows conveying huge amount of information of different types and from different fields simultaneously, which helps to form authentic environment of the target language, to enrich material content, and to introduce the lessons of such skills as speaking, writing, reading, audio and translation. Thus, the information displayed by multimedia can be digested and assessed more easily; moreover, it can attract the students, activate their enthusiasm and enlarge their volume of knowledge. Furthermore, due to abundance of the medical learners in university, the problem of deficiency of the teachers not only of English but of Medicine arises quite often. Methods of application of multimedia computers can facilitate such pressure in teaching of the medical English language. Multimedia technology application is relatively a new impulse in advanced language learning, which contributes to good language knowledge in all aspects. As a rule, multimedia teaching technique has advantage in building a personality oriented model of teaching, drawing interest in the process of teaching to create more vivid atmosphere to use all the learner's potential and increase effectiveness of learning due to enriching the content of material and presenting illustrative examples, which makes it possible for the teacher to rise in future medics' estimation. However, we cannot ignore an inadequate use of multimedia technologies.

English teaching technique with the use of multimedia technologies differ from traditional technique of classroom teaching of language in such subtle points as environment, facilities, resources and modes. First of all, adoption of the I-Net and multimedia technologies in learning English enriches and diversifies the resources of external teaching of language, which promotes active training of the students. On the other hand, the I-Net provides with new facilities of learning medical English for both the students and the teachers, and these facilities make the language more flexible, opportune, interesting, visualized, which makes up-to-date teaching technique more overt, effective and easy for cross-cultural communication. Nevertheless, the problems of medical English teaching methods using multimedia technologies result from automated method of teaching of English, starting from overdependence on multimedia technologies, failure of due information awareness of the teachers and erroneous planning of educative program. Overdependence on multimedia technologies. The teachers using multimedia technologies regularly are so dependent on teaching according to this technique that disregards their role as an evaluator, leading constructor and consultant.

The role of multimedia technologies is exaggerated. Teaching of medical English is more important than simply learning a book, therefore, some teachers, perhaps, simply simplified the process of preparation for the lessons and turned into operators of these multimedia technologies instead of performing the role of a teacher, an expert and a master. Being behind the monitor, the teachers often do not fulfill due interactive functions, and effective interactions reduce significantly as well. Consequently, training efficiency and quality can be increased, as expected, and oriented learning towards student, comes to a standstill in the end. Lack of due potential among the teachers. Though the technique of using multimedia technologies has been applied in language teaching for a long time enough, many problems concerning the teachers do still exist, appealing to solve these problems immediately. The main problem is stated as following: their methods of teaching and curricula have not been developed with regard to multimedia technologies, thus, the content of a study program is at variance with the computer. The potential of multimedia technologies is not used to the full extent. Due to incompetence to focus on the features of each subject, the students are getting more difficult to acquire the good knowledge of complicated points and subtleties from the lecture, as there is too much information offered simultaneously and in a monotonous way. Besides, insufficient competence of the teacher in multimedia technologies does not allow using this technique in full. Insufficient information awareness of offline learning. The students' activity is weakened to some extent, as they are over dependent on the computers and study program. Without determination of training objectives,

planning and required potential of using multimedia techniques, the learners can easily be lost in the ocean of information, which can also frustrate their confidence, waste their time, reduce training effectiveness and have their enthusiasm faded in long-run prospect. The teaching technique always oriented towards the teacher must also be promptly adjusted in terms of further adaptation to multimedia oriented approaches in the process of imparting knowledge to the students. Decrease of interactive language events. One more phenomenon deserves our consideration is to control and maintenance of multimedia.

Introduction of multimedia technologies in teaching and learning of the English language for the students of medical specialization is applied to be up to new trends in social development. A long way is in the offing to have possibility to realize the potential in full measure, as it has caused certain difficulties concerning methods and approach of teaching. Propositions of creating bright prospects draw the direction of higher establishments into educating and advanced training of the teachers and students in the given context. Integration of multimedia technologies into traditional teaching methods and application of practical and effective system of education process are key moments of this teaching technique.

"QUYOSH VITAMINI" NING ORGANIZMDAGI AHAMIYATI

X.K.Ruzmatova, U.A.Teshaboyev, Xalimjonova G.A

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti. O'zbekiston

Angliya sog'liqni saqlash boshqarmasi bahor va yoz oylarida har kuni D vitamini iste'mol qilishni tavsiya etdi. Odatda, ko'chada yurgan vaqtimizda bu vitaminni yetarlicha miqdorda qabul qilamiz, chunki u badanimizning ochiq joylariga quyosh nurlari tushganida organizmimiz tomonidan ishlab chiqariladi. Uni shuningdek, "quyosh vitamini" deb ham atashadi va u boshqa vitaminlar bilan birgalikda infeksiyalarga qarshi kurashishga yordam beradi. Bu esa ayniqsa pandemiya davrida juda muhim.

Hozirgi kunda bolalar o'rtasida vitamin D yetishmovchiligi dolzarb muammoga aylanmoqda. "Quyosh vitamini" deb ta'rif beriladigan D vitamini inson o'zini qanday his qilishi va salomatligida muhim rol o'ynaydi. U vitamindan ko'ra gormon xususiyatlarini o'zida ko'proq namoyon etadi. Vitamin D steroid modda, u xolesterindan hosil bo'lgan. Vitamin D ichaklardan kalsiyning qonga so'rilishi uchun kerak. Vitamin D quyosh nurlari ta'sirida terida sintezlanadi va kunlik ovqat tarkibidan o'zlashtiriladi (o'rtacha 10 %). Jigar va buyraklar ovqatdan olingan va terida sintezlangan vitamin D ni aktiv gormon, kalsitriolga o'zgartiradi. Aktiv gormon vitamin D ichaklardan qonga so'rilayotgan kalsiyning miqdorini oshiradi va buyraklardan kalsiyning chiqib ketishini kamaytiradi. Shuningdek, vitamin D suyak hujayralari faolligini boshqaradi va bolalarda va kattalarda yangi suyak hosil bo'lishida juda zarur. Keyingi tadqiqotlar vitamin D yanada ko'proq va muhim vazifalarni bajarishini ko'rsatdi. Ko'p to'qimalarimizda vitamin D retseptorlari mavjud. Ichakdagi retseptorlarga vitamin D bog'langanda, hujayralarning kalsiy so'rish qobiliyati oshadi.

D vitamini yetishmasligi bir qancha muammo va hatto kasalliklarga ham sabab bo'ladi. D vitaminining organizmda yetishmasligiga qo'l-oyoqlar va suyaklardagi og'riqlar, ertalab bo'g'imlarning kam harakatchanligi, ortiqcha vazn, boshning ko'p terlashi, ichak bilan muammolar va tushkun holatlarni keltirib chiqaradi. Ushbu vitamin yetishmasligida osteoporoz, ikkinchi turdagi qand kasalligi va yuqori qon bosimi rivojlanishi xavfi oshadi.

Bolalarda D vitamini yetishmasligi bir umrlik asoratlarni qoldiruvchi Raxit kasalligiga sabab bo'ladi. Bolaning rivojlanishi, xususan, suyakning o'sishi va mustahkam bo'lishi uchun organizmga kalsiy va fosfor elementlari zarur bo'ladi. D vitamini esa, kalsiy va fosforning ichakdan so'rilishi, ularning suyak, mushak va boshqa a'zo tuqimalariga yetib borishini boshqaradi. Bu kasallikka chalingan bolalarning immuniteti tushib ketadi oqibatda yuqumli kasalliklarga ta'sirchan bo'lib qoladi. Shuningdek, Raxit kam qonlik, suyaklar yumshashi bo'g'imlar, mushaklar bo'shashi, tishlar kech va bir tekis chiqmasligiga olib keladi. Uning og'ir asoratlari bolaning ancha vaqtgacha boshi va gavdasini tuta olmasligi kuzatiladi. Bundan tashqari vaqtida davo choralari kurilmasa bola vaznining ortib borishi natijasida suyaklari qiyshayadi. Boshining peshona qismi oldinga, ensa qismi esa, orqaga turtib chiqadi, umurtqa pog'onasi bukchayib qoladi, ko'krak qafasi pastga qarab kengayib ketadi, oyoq "X" yoki "O" shaklida qiyshayadi, bolalarda yassi oyoqlik rivojlanishi olib keladi.

Vitamin D ni organizmda meyoriy balansda saqlash uchun tavsiyalar:

D vitaminini qoplashning bir qancha yo'llari bor. Quyoshli vanna qabul qilish, dori-darmonlardan foydalanish mumkin. Ammo tabiiy mahsulotlarni iste'mol qilish orqali masalaga oson yechim topish mumkin. Buning uchun quyidagi mahsulotlarni ratsionga kiritish va muntazam ravishda iste'mol qilish tavsiya qilinadi.

Baliq mahsulotlari: Baliq nafaqat D, balki boshqa foydali vitaminlarni ham o'z ichiga oladi. Uning istalgan turidan taom tayyorlash, pechda, parda pishirib yeyish mumkin.

Jigar go'shti: Qo'y yoki molning jigar go'shtidan tayyorlangan taom yoki pashtet, D vitamini yetishmasligini bartaraf etish bilan birga immunitet ko'tarilishiga ham yordam beradi.

Sut mahsulotlari: Sariyog', pishloq, sut, smetana va boshqa sut mahsulotlarini yeyishni kanda qilmaslik, iloji bo'lsa, kunni ular bilan boshlash kerak.

Qo'ziqorin: Qo'ziqorinni konservalangani yoki istalganidan salat, pitssa va boshqa taomlar tayyorlash tavsiya qilinadi.

Tuxum: Tuxumni D vitamini manbayi desa ham xato bo'lmaydi. 100 gr tuxumda D vitamini kunlik me'yoringning 70 foizi bo'ladi. Ayniqsa, tuxumning sarig'i vitaminga boy sanaladi.

Mevalar: Mandarin, kivi, qorag'at (smorodina), quritilgan anjir hamda petrushka, qichitqi o't (krapiva) o'simliklari ham D vitaminini o'z ichiga oladi. Tabiiy apelsin sharbati D vitamini yetishmagan insonlarga 1 stakandan apelsin sharbatini ichish maslahat beriladi.

O'simlik yog'i: O'simlik yog'i ham "quyosh vitamini" manbai, faqat buning uchun termik ishlov berilmaganidan foydalanish kerak.

Tofu, soya suti: Soya sutining foydali ekani sabab uni ratsionga kiritish tavsiya qilinadi.

Margarin: Tarkibida D vitamini bo'lgan mahsulotlar qatoriga margarin ham kiradi. Bu degani, siz margarin qo'shib tayyorlangan sevimli pirog yoki shirinligingizni iste'mol qilib ham D vitamini yetishmasligini oldini olishingiz mumkin. Ammo Tarkibida D vitamin bo'lgan oziq-ovqat mahsulotlari iste'molida ham taqchillik kuzatilishi mumkin, chunki quyosh nuri ushbu vitaminning asosiy manbai hisoblanadi. Organizm yetarlicha miqdorda D vitamini olishi uchun kuniga 10-15 daqiqa, ertalab soat 9 dan 11 ga qadar quyoshda bo'lish kifoya qiladi.

Angliyalik mutaxassislar quyidagi hollarda D vitaminini yil davomida qabul qilishni tavsiya etadi:

- agarda ko'chaga deyarli chiqmasangiz;
- qariyalar uyida yashasangiz;
- ko'chaga chiqqanda butun badaningizni yopib turadigan libos kiysangiz.

Qora tanli odamlar ko'chada muntazam yursa ham "quyosh vitamini"ni yetarlicha olmaydilar. Shunday ekan o'zingizni doimo extiyot qiling.

TOXIC EFFECT OF METALS ON THE HUMAN BODY

Sapaeva Sh.A. - Associate Professor of the Department of Anatomy

Niyozmetova G.T. - 1st year student of the medical faculty

Urgench branch of the Tashkent Medical Academy, Urgench

The human body consists of many chemical elements. Metals play a very important role in human life. But their imbalance can cause serious conditions.

Silver. Acute poisoning is a syndrome of "shock lung" with very severe respiratory failure, hemorrhages of the bone marrow, liver and kidneys. Chronic poisoning - argyria, that is, the deposition of metal salts in the skin and mucous membranes, as well as connective tissue, the walls of the capillaries of various organs, including the kidneys, bone marrow, spleen, reticuloendothelial elements.

Beryllium. Acute poisoning - acute conjunctivitis, nasopharyngitis, tracheobronchitis and pneumonia. There are two forms of the disease: the type of "foundry fever" and sluggish pneumonia, fatty degeneration of the liver develops.

Chronic poisoning is the development of various forms of beryllium disease. In milder forms: shortness of breath, chest pain, cough, weakness, severe weight loss, migratory joint pain, fever, myocardial dystrophy. In severe forms of beryllium disease - emphysema, extensive pleurodiaphragmatic adhesions, impaired respiratory function. Mercury. Acute poisoning - general weakness, headache, fever, catarrhal symptoms from the respiratory system, hemorrhagic syndrome, gastrointestinal disorders, signs of kidney damage. Chronic poisoning - the development of mercurialism. Thallium. Acute poisoning - dyspeptic symptoms, the development of mental disorders, respiratory and circulatory disorders up to the development of coma and death. Chronic poisoning - neurological and neurovegetative disorders, hair loss, gastrointestinal disorders.

Aluminum. The lungs are mainly affected. The diseases are called aluminosis of the lungs or "aluminum lungs". Lead. Development of asthenic syndrome, encephalopathy, movement disorders, polyneuritis, "lead" anemia, metabolic and endocrine disorders.

Chromium. Development of ulcers, perforation of the nasal septum, loss of olfactory and gustatory disturbances, allergic dermatosis, erosive reactions in the bronchopulmonary tract.

ICHIMLIK SUVI UNING INSON ORGANIZMIGA TA'SIRI

U.Sh.Maxamatov. K.M.Saydullayeva, X.B.Yuldasheva. N.O Muhammedova

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti. Farg'ona shaxar. O'zbekiston.

Hozirgi davrda insoniyat oldida turgan dolzarb muammolardan biri, suv manbalarini tejash, undan oqilona foydalanish va muhofaza qilishdek insoniyat oldida turgan muhim masalalardan biri bo'lib turibdi. Bugungi kunda insoniyat, yer yuzida hayot uchun zarur bo'lgan 3 manbaning eng muhumlaridan biri bo'lmish suv manbalarini asrab qolish lozimligini anglab yetdi.

COVID-19 koronavirusining tarqalishi dunyoning barcha mamlakatlariga o'z ta'sirini ko'rsatdi. 2020-yil 11-mart kuni Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti koronavirusning tarqalishini pandemiya deb tan oldi. Pandemiya davlatlar ijtimoiy hayotning barcha sohalariga ta'sir ko'rsatgan holda global iqlim o'zgarishi va karantin sharoitida tabiiy manbalar, xususan suv manbalariga qat'iy sanitariya-gigiyenik talablar qo'yildi.

Suv tanqisligi katta iqtisodiy qiyinchilik bilan birga aholi salomatligiga va ijtimoiy muammolarni keltirib chiqarmoqda. Suvning ifloslanishi tufayli turli kasalliklar – oshqozon ichak, buyrak, jigar, qonda turli allergik xastaliklar sodir bo'ladi. Ifloslangan suv orqali zararli gelmitlar inson organizmiga o'tadi. Ich terlama, dizenteriya, gepatit va boshqa kasalliklar ko'payadi. Suvda kimyoviy elementlar, birikmalarning me'yoridan ortiq bo'lishi ularning asta-sekin to'planib borishi(kummulyatsiya)ga sharoit yaratadi, natijada ayrim kasalliklarning kelib chiqishiga sababchi bo'ladi.

Suv yuqumli va yuqumsiz kasalliklar kelib chiqishida ham muhim ro'l tutadi. Xususan suv Vabo, dizenteriya, shigelyoz va boshqa yuqumli kasallik qo'zgatuvchilari bilan zararlangan bo'lsa, ommaviy kasallanishga sabab bo'lishi mumkin. Suv tarkibida ayrim mikroelementlarning yetishmasligi endemic kasalliklarni keltirib chiqaradi.

Birlashgan Millatlar Tashkilotining ma'lumotiga ko'ra, dunyo aholisining qariyb 40 foizi toza ichimlik suvi yetishmaydigan joylarda yashaydi. 2025-yilga kelib, har 10 kishidan 6 nafari yoki 5,5 milliard aholi toza ichimlik suvi tanqis hududda yashashi mumkin. Shuningdek, yuqumli kasalliklarning 80 foizdan ortig'i ichimlik suv sifatining pastligi hamda suv ta'minotida sanitar – gigiyenik qoidalarining buzilishlari bilan bog'liq. Bugun dunyodagi qariyb 7 mlrd.dan ziyod aholining 3 mlrd.ga yaqini ifloslangan suv iste'mol qilmoqda va buning oqibatida ularning deyarli 2 milliard turli kasallikka chalingan. Eng achinarlisi, har kuni dunyoda 6 ming bola sanitariya-gigiyena talablariga javob bermaydigan suv iste'mol qilganliklari tufayli hayotdan bevaqt vafot etmoqda. Kishining sog'lom hayot kechirishi uchun sanitariya me'yorlariga ko'ra bir sutkada 50 litr suv kerak bo'ladi. Quruq iqlim (arid) mintaqasidagi rivojlanayotgan mamlakatlarda 1,1 mlrd. kishi bir kunda atigi 5 litr suv ishlatmoqda. Yevropa davlatlarida bu ko'rsatkich sutkasiga 200, AQSHda esa 400 litrni tashkil qilmoqda. Xuddi shunday suv taqsimoti mamlakatimiz hududlarida ham kuzatiladi, xususan Toshkent shahrida jon boshiga bir sutkalik suv iste'moli 350-400 l. bo'lgan bir vaqtda, ayrim hududlarda ushbu ko'rsatkich 20-50 l. tashkil etadi.

Global iqlim o'zgarishi natijasida tabiatda turli xil xavf-xatar, qurg'oqchilik yuz berishi mumkin. Hozirgi ilm-fan shuni tan olmoqdaki, agar kelajakda oziq-ovqat mahsulotlari, tiklanmaydigan tabiiy manbalar, ular o'rnini boshqa usullar bilan yaratilgan mahsulotlar egallashi mumkin bo'lsa-da, ammo suvning o'rnini boshqa biror bir narsa bosa olmaydi. Shu bois sayyoramizda ichimlik suvining kamayib borayotganligi o'ta og'ir xavflarni tug'diradi. Bu esa ichimlik suvining asosan yer osti, yer ustidagi daryo va ko'llar suvining turli xil kimyoviy birikmalar bilan ifloslanishi natijasida kelib chiqmoqda. Hozirda yer yuzidagi daryolarning yarmiga yaqini ifloslangan, ularning manbalari tugab bormoqda. Hozirgi davrda ichki suv havzalari, ayniqsa daryolar shu qadar ifloslanib ketyaptiki, ular tabiiy yo'l bilan o'zini o'zi tozalay olmayapti. Bunday suvlar ichish uchungina emas, balki maishiy xizmat, turmush va sanoat ehtiyojlari uchun ham yaroqsiz bo'lib qolmoqda. Chuchuk suvlar ifloslanishining asosiy sabablari urbanizatsiya, sanoat, maishiy-kommunal xo'jaliklari va boshqa ishlab chiqarish korxonalarining jadal rivojlanishi bilan bog'liq. Shuningdek, o'g'it va zaharli ximikatlar ishlatilgan dalalardan oqib chiqqan hamda chorvachilik fermalaridan oqib chiqadigan oqova suvlar va boshqalar. Ayniqsa, sanoatda ifloslangan oqova suvlar tarkibida har xil kislotalar, fenolli birikmalar, vodorod sulfidi, ammiak va boshqa birikmalar, shuningdek ular tarkibida xar xil biogen moddalar bo'ladi. Mutaxassislarning ma'lumotlariga ko'ra, hatto mineral suvni ham doimo iste'mol qilish yaramaydi, chunki uning tarkibidagi erigan tuzlar yoki boshqa moddalar organizmda mavjud tuzlar o'rtasidagi muvozanatni buzadi va oshqozon-ichakdagi biokimyoviy reaksiyalarni tezlashtiradi yoki

sekinlashtiradi. Suv zaxiralarining qisqarishi, ularning sifat ko'rsatkichlarini pasayishi, ham eng dolzarb muammolar sirasiga kiradi. Albatta, xalqimizning kelgusida sog'-salomtaligi, kelajagi bevosita toza ichimlik suvi bilan bog'liq, biroq keyingi yillarda iqlim o'zgarishi jarayonlarida tog'larga kam qor tushmoqda, muzliklar maydoni qisqarmoqda. Eng achinarlisi, tog' zonalaridagi suv zaxirasini to'plovchi o'rmonzorlar, archazorlar ayovsiz kesilmoqda, ishlab chiqarishdan hosil bo'lgan oqova suvlar suv havzalariga tashlanmoqda. Istiqboldagi rivojlanish ko'p jihatdan mavjud suv manbalari, ularning miqdori va holati, suvga bo'lgan talab va suvdan foydalanish darajasiga, umuman olganda suvga bo'lgan munosabatimizga bevosita bog'liqdir.

Chunonchi, mustabid sho'ro davrida suv manbalari boshqaruviga yondashuvda yo'l qo'yilgan xatolarni tuzatish va shu bilan birga suvga bo'lgan talabni imkon qadar to'laroq qondirish maqsadida hukumatimiz tomonidan ushbu masalalarga jiddiy e'tibor berilayotgani bejiz emas, albatta. Kelajakda aholi sonining yanada oshishi bilan yer usti va yer osti suvlaridan ichimlik suvi sifatida foydalanish yanada kuchayadi. Shu sababli ham yaqin yillarda aholini toza ichimlik suvi bilan ta'minlash eng dolzarb muammolardan biri bo'lib qoladi. Shaharlardan, dalalardan chiqarilayotgan ifloslangan suvlarni tozalash bo'yicha eng ilg'or va samarali texnologiyalardan foydalanishni yo'lga qo'yish, suv manbalarini muhofaza qilish va ulardan oqilona foydalanish bo'yicha oldimizda turgan dolzarb vazifalarni amalga oshirishda beparvo bo'lmasligimiz darkor. Zero, suvni tejash, undan oqilona foydalanish va kelgusi avlodlarga yetkazib berish har birimizning burchimiz hisoblanadi.

KARTOSHKA O'SIMLIGINIG FOYDALI JIHATLARI

U.Sh. Maxamatov, K.M.Saydullayeva M.Xalimjonov. I.I.Tulqinov

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti.
Ovqatlanish, bolalar va o'smirlar gigiyenasi kafedrası.

Sabzavot va poliz ekinlari vitaminlar manbai bo'lib, ular ko'p dardga shifo, jumladan, kartoshka ham shifobaxsh ne'matlardan biri hisoblanadi.

Kartoshka - ikkinchi non degan gap bor. Chindan ham, to'yimlilik va foydalilik jihatdan u juda benazir mahsulot. Kartoshkaning 20-25 foizi uglevodlar (kraxmal), 2 foizi oqsillar va 0,3 foizi yog'lardan tarkib topgan. Tarkibida ko'p miqdorda kaliy (100 gr. xom kartoshkada 568 mg), fosfor (50 mg), kalsiy va temir moddalari, shuningdek, S, V, V2, V6, V RR, D, K, E vitaminlari, foliy kislotasi, karotin va organik moddalar mavjud.

Foydali xususiyatlari

1. Tarkibida kaliy ko'p bo'lgani uchun kartoshka organizmdan ortiqcha tuz va suvni haydaydi, bu esa modda almashinuvini yaxshilaydi. Ayni sababga ko'ra, kartoshka parhez payti juda foydali, faqat me'yorni unutmashlik lozim. Chunki juda kaloriyali mahsulot bo'lgani uchun semizlikka moyil odamlarga uni kamroq eyish tavsiya etiladi.
2. Terida allergiya sababli paydo bo'lgan dog'lar, kuyish jarohatlari, mayda tomirlar yorilishi oqibatida yuzaga kelgan ko'karishlarni bartaraf etish uchun o'sha joyni har kuni xom kartoshka bo'lagi bilan artish tavsiya etiladi.
3. Kartoshkali niqob teridagi charchoqni bartaraf etadi. Qaynatib pishirilgan kartoshkani yaxshilab ezib, quyuq bo'tqa holiga keltirasiz. Ozgina sut va bitta tuxum sarig'i qo'shasiz. Aralashtirib, iliq holda yuzga surtasiz va ustida qalinroq mato yopib, 20 daqiqa tepaga qarab yotasiz. Avval iliq, keyin qaynatib sovutilgan suv bilan yuvib tashlaysiz. Bu niqob terini oziqlantirib, ajinlarni yo'qotadi, yuzingizni tarang va silliq qiladi.
4. Kartoshka sharbatini sabzi, selderey ildizi sharbatlariga qo'shib iste'mol qilsangiz, ovqat hazm qilish yaxshilanadi va asabiy taranglik yo'qoladi.
5. Agar go'sht va baliq mahsulotlarini taomnomangizdan chiqarib tashlab, har kuni kartoshka, sabzi, bodring va lavlagi sharbatidan umumiy hisobda 500 ml miqdorida suv bilan aralashtirgan holda iste'mol qilsangiz, ozish uchun tutgan parhezingiz tezroq samara beradi.
6. Yurak faoliyati izdan chiqqanda kuniga uch mahal och qoringa 100 ml kartoshka sharbatini iste'mol qilsangiz (uch hafta davomida), so'ng 1 hafta tanaffus qilib, yana shu davolash kursini takrorlasangiz, ko'rmagandek bo'lib ketasiz.
7. Ich qotganda ertalab och qoringa 1 stakan xom kartoshka sharbati ichish foydali. Keyin yarim soat o'rinda qimirlamay yotasiz. Bir soatdan so'ng nonushta qilsa bo'ladi. Muolajani 10 kun ketma-ket takrorlasangiz, ich qotishi barham topadi.
8. Agar har kuni iliq kartoshka qaynatmasiga 5 daqiqa davomida qo'llaringizni solib tursangiz, terisi silliq va mayin bo'ladi. Tirnoqlaringiz ham mustahkamlanadi.
9. Har kuni quyuq kartoshka qaynatmasidan ichib turish orqali eng kuchli zamburug'li kasalliklarni ham engish mumkin.
10. Bronxit xuruj qilganda kartoshkani po'sti bilan qaynatib olib, archib, ezib, 1 osh qoshiq o'simlik moyi va 2-3 tomchi yod qo'shasiz. Aralashmani matoga yoyib, iliq holda ko'krak qafasiga qo'yasiz. 20 daqiqaga junko'rpa bilan o'rab qo'yasiz. Buni faqat tungi uyqudan oldin qilish kerak.
11. Qon bosimi oshganda gaz pechida pishirilgan kartoshkani po'sti bilan eyish kerak.
12. Bavosil (gemorroy)da xom kartoshkani qirg'ichdan chiqarib, sharbati olinadi. Tungi uyqudan oldin kichkina tibbiy purkagich (sprinsovka) yordamida huqna qilinadi. Muolajani 10 kun takrorlash kerak. Yoki xom kartoshkadan kichkina shamcha o'yib olib, tungi uyqudan oldin orqa teshikka qo'yish ham yaxshi foyda beradi.
13. Kamqonlik va bo'qoqda yangi siqib olingan kartoshka sharbatidan kuniga 2-3 marta ovqatlanishdan 30 daqiqa oldin yarim stakandan ichish tavsiya etiladi. Davolash 2-3 hafta davom etadi.
14. So'gallarni yo'qotish uchun xom kartoshkani kesib, kesilgan tomoni bilan so'gal ishqalanadi. Yiringli yaralarni tezroq tuzatish uchun esa xom kartoshkani qirg'ichdan chiqarib surtiladi. Muolajani har 3 soatda takrorlash darkor.

15. Oshqozon va 12 barmoq ichak yarasida tozalangan kartoshkani sirlangan idishda tuzsiz suvda qaynatiladi. Qaynatmani har kuni 3 mahal yarim stakan-bir stakandan ichib turish kerak.

Quyidagilarga amal qiling:

Ko`karib, gullay boshlagan eski kartoshka tarkibida zaharli solanin moddasi bor. Shu sababli bunday kartoshkaning po`sti qalinroq artilishi kerak. Hech qachon kartoshkani sirlanmagan yoki mis idishda pishirmang, aks holda u o`z tarkibidagi S vitaminini ko`p yo`qotadi. Agar kartoshkani po`sti bilan qaynatsangiz, S vitamini ko`proq saqlanib qoladi.

Kartoshka nafaqat to`yimli xususiyati, balki o`zining shifobaxshligi bilan ham boshqa poliz ekinlaridan ajralib turadi.

Bodomcha bezlari yallig`langanda, ya`ni anginada yangi siqib olingan kartoshka sharbatini 1 soat tindiring. So`ngra klyukva sharbati bilan qo`shib, 1kunda 3 mahal 2 stakandan iching.

Mayda kartoshkani olib (tuganaklar yoki kartoshka po`chog`i ham bo`ladi) yaxshilab yuving va uni uncha ko`p bo`lmagan suvda qaynating. Chunki bug` suvdan emas, kartoshkadan kelishi kerak. Uning bug`ini og`zi va burningiz bilan 10-15 daqiqa davomida ichingizga yuting. Ingalyasiyadan so`ng darhol o`ranib yoting. Agar yallig`lanish jarayoni o`tkir kechayotgan bo`lsa, muolajani 2 marta, ertalab va kechqurun bajaring. Aritmiya yurak ritmining buzilishida muntazam ravishda kartoshkali muolaja kunlarini o`tkazing. Kartoshkani qirib sharbatini, uning qaynagan suvini iching yoki dimlangan, pishirilgan kartoshka suvini yoki o`zini iste`mol qiling.

Kartoshkadagi barcha foydali moddalar osongina suv bilan yuviladi. Shuning uchun, tozalashdan keyin ildiz mevalarni uzoq vaqt namlash mumkin emas va pishayotganda qaynoq suvga tashlash yaxshidir.

Vitaminlar va mikroelementlarning eng ko`p miqdori pishirilgan kartoshkada saqlanadi yoki qobig`i bilan pishiriladi.

OQGULXAYRINING DORIVOR XUSUSIYATLARI

U.Sh. Maxamatov, M.Xalimjonov, F.Isroilov, J.Ikromov, D.Raimjonov, B.Ibroximov

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti.
Ovqatlanish, bolalar va o'smirlar gigiyenasi kafedrası. Farg'ona shahar.

Prezidentimizning "O'zbekiston Respublikasida xalq tabobati sohasini tartibga solish chora-tadbirlari to'g'risida"gi qarorga asosan, xalq tabobati aholiga tibbiy yordam ko'rsatishning qo'shimcha usuli sifatida tan olinadigan bo'ldi. Hujjat tabiblarni tibbiyotning ilg'or yutuqlari bilan tanishtirish, o'qitish, xullas, ikki yo'nalishni uyg'unlashtirishga xizmat qiladi.

Ma'lumotlarga ko'ra, bugungi kunda turli dorivorlar-u, noan'anaviy usullarda ish yuritayotgan tabiblarning soni 30 mingdan oshib ketdi. Respublikadagi mavjud 4250 dan ortiq xususiy tibbiyot muassasalarning 516 tasida esa xalq tabobati usullari qo'llanilmoqda.

Achinarlisi, bunday tartibsiz vaziyat tabibman, deb aslida firibgarlik bilan shug'ullanayotgan shaxslarga ham keng yo'l ochib berdi. Chunki, xalq tabobatining samarasini, ular qo'llayotgan usullarning asl ta'sirini hech kim o'rganmadi, tibbiy nazoratini ham olib bormadi.

Qaror endilikda xalq tabobati bo'yicha to'plangan boy tajriba va salohiyatdan samarali foydalanish hamda uni zamonaviy tibbiyotga uyg'unlashtirishga katta turtki beradi. Chunki, dunyoning 130dan ortiq davlatida aynan shunday yo'l tanlangan.

Shuningdek, xalq tabobati xizmatlarini ko'rsatuvchilarni o'qitish, ularga zamonaviy tibbiyotdagi tashxis va davolash muolajalarini to'liq qo'llay olishlari uchun Respublikadagi tibbiyot oliy o'quv yurtlarining "Davolash ishi", "Pediatriya ishi", "Tibbiy-pedagogika ishi" bakalavriat yo'nalishlaridagi o'quv dasturlariga xalq tabobati bo'yicha maxsus o'quv sikli joriy etiladi.

Toshkent vrachlar malakasini oshirish institutida esa xalq tabobati kafedrası va "Xalq tabobati" yo'nalishi bo'yicha malaka oshirish kurslari tashkil qilinadi. Bundan tashqari ko'plab tibbiyot institutlarida Xalq tabobati yo'nalishi bo'yicha mutaxassislar tayyorlanmoqda.

Gulxayri (*Althaea*) — gulxayridoshlarta mansub bir yillik va ko'p yillik o'tlar turkumi. Yevropa va Osiyoning o'rta mintaqalarida 12 turi o'sadi. O'zbekistonda G.ning bitta ekma va 7 ta yovvoyi turi bor. G.lar to'qaylarda, sug'oriladigan maydonlarda va b. yerlarda uchraydi. Gullari to'g'ri, 5 bo'laqli, ikki jinsli. G. dorivor, manzarali o'simlik, undan bo'yoq olinadi. O'zbekistonda G.ning A. *rosea* turi manzarali va dorivor o'simlik sifatida ko'p ekiladi. Poyasi 1,5—2 m, yo'g'on, tuklar bilan qoplangan. Barglari 3—7 bo'lakli, uzun bandli. Gullari yakka-yakka yoki 2—3 tadan barg qo'ltig'ida va poya ichida o'rnashgan. Tojbarglari qat-qat joylashgan.

Iyun—avgustda gullab, iyul—sentyabrda urug'laydi. Tojbarglaridan vino, sirka va boshqa rang beruvchi vositalar, hamda teri, shoyi va jun kabilarni bo'yashda foydalaniladi. Gulxayrinigining A. officinalis turi dorivor o'simlik sifatida tibbiyotda foydalaniladi. Uning ildizidan tayyorlangan suyuq ekstrakt nafas yo'llari kasalliklarida (ayniqsa bolalarda) balg'am ko'chirish, ko'krakni yumshatish uchun va yallig'lanishga qarshi, me'da-ichak kasalliklarida esa o'rab oluvchi dori sifatida ishlatiladi. Gulxayri qadim zamonlardan beri shifobaxsh o'simlik sifatida ishlatilib kelinadi. Abu Ali Ibn Sino gulxayri ildizidan, bargidan va urug'laridan tayyorlangan damlama bilan yo'tal, qon tupurish, zotiljam va buyrak kasalliklarini davolagan. Buyuk tabib gulxayri ildizi asosida tayyorlangan dori-darmonlarni ko'krakni yumshatuvchi, balg'am ko'chiruvchi omil sifatida tavsiya etgan.

Gulxayri gullari bolarilar uchun yaxshi oziq hisoblanadi. Dorivor gulxayrining ildizini odatda kuzda yoki erta bahorda kavlab olinib, dag'al ildizpoya va mayda ildizchalardan ajratiladi-da, zudlik bilan suv oqimida yuvib olinadi (ildiz shilliqlanmasligi uchun). Shundan so'ng ochiq havoda quritiladi.

Uy sharoitida gulxayri ildizidan quyidagicha damlama tayyorlash mumkin: birorta idishga 2 stakan miqdorda qaynatib sovutilgan suv quyiladi va uning ustiga 4 choy qoshiq maydalangan ildizdan solib, 8 soat davomida qo'yib qo'yiladi. So'ngra suzib olib, sharbatiga kuniga 3-4 mahal yarim stakan miqdorda ichiladi.

Ildizining kimyoviy tarkibi analiz qilinganda uning tarkibida 11 % gacha shilliq moddalar, 37% kraxmal, 2% gacha l-asparagin, 4% betain, 10,2% saxaroza va 1,7% gacha moy, pektin va boshqa birikmalar borligi aniqlangan. Shilliq moddalari pentozanlar, geksozanlar va urin kislatalar aralashmasidan tashkil topgan. Ildiz kukuni mikroskop ostida ko'rilganda, kraxmalga tola parenxima xujayralari, difuzlar, shilliq moddali xujayralar, singan tolalar va burmasimon hamda to'rsimon yirik suv naylari siniqlarini ko'rish mumkin.

Oqgulxayri o'stirish diapozoni juda keng bo'lib, turli-tuman tuproq va iqlim sharoitlarida ham o'saveradi. O'sish uchun yaxshi maydonni talab etmaydi. Tuproq tarkibiga kiruvchi moddalarga talabi uncha kuchli emas, kuchsiz sho'rxok va sho'rlangan erlarda ham bimalol o'saveradi. Havo hamda tuproq qurg'oqchiligiga, tuproq tarkibidagi ozuqa moddalarning miqdorini ko'p yoki oz bo'lishiga ham biroz chidamlidir. Oqgulxayri soz tuproqli maydonlarda gurkirab o'sadi va tez rivojlanadi. Oqgulxayrini o' stirish uchun belgilangan agro-texnik tadbirlarni o' z vaqtida o'tkazish, uning hosildorligini oshirishga, etishtirilgan xom ashyo sifatini yaxshilashga hamda iqtisodiy samaradorlikni ko'tarishga katta ta'sir ko'rsatadi. Ayniqsa, bu o'simlikning o'sish jarayonini tezlashishi yoki sustlashishi, rivojlanish muddatlarining o'zgarish payti ozuqa moddalariga, suvga bo'lgan ehtiyojini kuzatib borishi, o'simlik barglarining so'lib (shalpayib) qolish hollari, gullarni bujmayib qolishi ulrni suvga chanqoq ekanligidan darak beradi.

Oqgulxayrini ekish erta bahorda boshlanadi. Ekish muddatlari mart oyining o'rtalaridan boshlanib aprel oyining birinchi yarmigacha bo'lgan davrlarga to'g'ri keladi. Ekishga tayyorlangan oqgulxayri urug'lari yaxshilab tozalangan, to'q va unib chiqish qobiliyati yuqori bo'lishi kerak. -32- Oqgulxayri urug'ini ekish mexanizatsiyalashtirilgan bo'lib, uni ekin ekadigan, urug'larni aniq mo'ljalga tashlaydigan Ruminiyada ishlab chiqarilgan SP 4-2 seyalkasi yordamida bajariladi. Urug'lar erga qadalanda chuqurligi 2-3 sm, urug' oralig'idagi masofa 15 sm, qator oralig'i 70 sm. dan oshmasligi lozim. Urug'ning ekish normasi har bir gektar maydonga 6-8 kg. dan to'g'ri keladi. Shunda har bir gektar maydonda 95238 ta tup oqgulxayri bo'lishi kerak. Agar tuproq namligi va uning harorati etarli darajada bo'lsa, ekilgan urug'lar 8-10 kun davomida to'liq unib chiqadi. Mabodo, yog'in miqdori kam bo'lib qurg'oqchilik bo'lsa, tuproqning namligi kam balib harorat ko'tarilsa, albatta urug'larni undirib olish uchun ekilgan maydonlar zaxlatib sug'orilishi zarur. O'z vaqtida bu tadbirlar amalga oshirilsa ekilgan urug'lar tez va sifatli unib chiqadi, nihollar sog'lom o'sadi.

Xulosa qilib aytganda, Gulxayri ildizining olinadigan preparatlar balg'am ko'chiruvchi hamda yallig'lanishga qarshi (ayniqsa, bolalarning nafas yo'llari kasallanganda "mukaltin" nomli dori ishlatiladi) dori sifatida ishlatiladi. Qimmatbaho xom ashyo manbayi hisoblangan turlardan dorivor gulxayri va oqgulxayrining O'zbekistonda tarqalishi bo'yicha bir qancha yozma manbalar mavjud. O'simliklarni dorivorlik xususiyati haqida, uning kimyoviy tarkibini o'rganish ustida ham bir qator ilmiy-tadqiqot ishlari amalga oshirilgan. Kimyoviy tarkibi. Ildiz tarkibida 11% gacha shilliq moddalar, 37% kraxmal, 2% gacha L-asparagin, 4% betain, 10,2% saxaroza va 1,7% gacha moy, pektin va boshqa birikmalar bo,,ladi. Gulxayri ildizining shilliq moddalari pentozanlar, geksozanlar va uron kislotalar birikmalaridan tashkil topgan. Ishlatilishi. Dorivor preparatlari. Qaynatma, quruq ekstrakt, kukun (poroshok), sharbat. Kubik shaklida qirqilgan ildiz nafas olish yo'llari kasalliklarida ishlatiladigan turli yig'malar (*Species pectoralis* va boshqalar) tarkibiga kiradi. Qaynatma ildizdan faqat sovuq suvda tayyorlanadi (mahsulotdan shilliq -22-modda ajralib chiqadi, kraxmal suvda erimasligi sababli qaynatmaga o'tmaydi). Dorivor gulxayri o'simligining yer ustki qismidan ajratib olingan uglevodlar aralashmasidan "mukaltin" nomli dorivor preparat olinadi. "Mukaltin" preparatini balg'am ko'chiruvchi dori sifatida yuqori nafas yo'llari va o'pka yallig'lanishi kasalliklarida ishlatiladi.

SHOTUT VA TUT MEVASINING FOYDALI JIHATLARI

U.Sh. Maxamatov, M.Xalimjonov, F.Isroilov, J.Ikromov, D.Raimjonov, B.Ibroximov

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti.
Ovqatlanish, bolalar va o'smirlar gigiyenasi kafedrası.

So'nggi vaqtlarda O'zbekiston aholisi o'rtasida shotut sirkasining shifobaxsh xususiyatlari, undan infarkt, insult va hatto koronavirusga chalingan bemorlar shifo topayotgani haqida ko'plab ma'lumotlar paydo bo'lmoqda. Shuningdek, juda ko'p odamlar shotut sirkasini sotib olib iste'mol qilishayotgani haqida ham eshitmoqdamiz.

Shotut o'simligining shifobaxsh xususiyatlari haqidagi malumotlar qadimdan ma'lum bo'lib - Abu Ali Ibn Sino yozib qoldirgan risolalarga tayansak, shotut sirkasining foydali xususiyatlari haqida ko'plab foydali ma'lumotlar keltiriladi.

Ya'ni shotut sharbati, bosh miya ichki bosimining normal holatda bo'lishini ta'minlaydi, infarkt va insult xastaliklarining oldini oladi, qon tomirlarining quvvatini oshiradi, inson salomatligini tiklashda muhim o'rin tutadi. Qonni suyultirib, qon tomirlaridagi "tromb", "izgib" va tugunlarni yechib yuboradi. Mayda tomirlarni kengaytirib organizmda qon aylanishini yaxshilaydi.

Qon tomirlaridagi xolestirin va qand moddasini normaga yaqin holatga keltiradi. Qon bosimini "ishchi" holatida ushlab turadi. Qondagi qand moddasini 7-8 dan oshib ketishiga yo'l qo'ymaydi. Qolaversa, V1, V2, V6, S, RR vitaminlari, kaltsiy, magniy, temir kabi mikroelementlarga ega bo'lgan bu sirkaning oshqozon va ichaklarga ziyon yetkazmasligi uchun unga maxsus ishlov berilgan va uning xushta'm bo'lishi ta'minlangan.

- Shotut sirkasi koronavirusni yengishda vrach tavsiya etgan dorilarning o'rnini bosmaydi, aksincha, qon suyuq holatga keltirilgandan keyin, vrach tavsiya etgan dorilarning yaxshi ta'sir etishiga xizmat qiladi.

Natijada siz sog'ligingizni tezroq tiklab olasiz. Ishtahangiz ochilib, ovqatlarni yaxshi xazm qilasiz, uyqusizlikdan qiynalmaysiz, yaxshi uxlaysiz.

Bugungacha, turli kasallik bilan og'rikan bemorlar ushbu shotut sirkasini iste'mol qilib, shaxsan uning davolash xosiyatlariga ixlos qilishmoqda.

Tut mevasi mineral moddalardan esa kaliy, natriy, rux, selen, mis, fosfor, kalsiy, magniy, temirga boy, urug'i 24-33 foizgacha yog' va boshqa oshlovchi moddalar saqlaydi. Tarkibida ko'p miqdorda fosfor saqlagani bois, tut aqliy faoliyat bilan shug'ullanadigan kishilar uchun koni foyda sanaladi. Homilador ayollar uchun ham tut mevasi homilaning yaxshi rivojlanishi uchun kerakli darmondorilar manbai hisoblanadi.

Tut mevasi immun tizimni kuchaytirib, organizmni yuqumli kasalliklarga qarshi himoya tizimini mustahkamlaydi, teriga barvaqt ajin tushishidan saqlaydi, ko'rish qobiliyatini oshirib, ko'z to'rpadasining zararlanishi kabi kasalliklardan asraydi.

Tutning xalq tabobatida ishlatilishi

Tut shirasi qonni tozalash, qonni ko'paytirish maqsadida ham keng qo'llangan. Bargining qaynatmasi esa angina va boshqa shamollash kasalliklarida isitmani tushiruvchi, chanqoqni qoldiruvchi vosita sifatida qo'llanilgan.

Buyuk vatandoshimiz Abu Ali ibn Sino tutdan shifobaxsh vosita sifatida foydalangan.

Abu Ali ibn Sinoning «Tibbiy o'gitlar»ida tut haqida shunday yoziladi: «Nordon tut og'iz va tomoq shishlarini qaytaradi, uning bargi tomoqning ikki tomonidan chiqqan shishlarga foydalidir. Nordon tut bargining suvi bilan og'iz chayilsa, tish og'rig'iga davo bo'ladi. Tutning hamma xilini ovqatdan oldin yeyish kerak, shunda ulardan me'daga zarar yetmaydi».

Shifobaxsh xususiyati agar tut, tok va qora anjirning barglarini yomg'ir suvida qaynatib ishlatilsa, sochni qoraytiradi. Oq tut bargi tomoq og'rig'i, yangi uzilgan barg shirasi tish og'rig'iga, tut mevasi va uning shirasi og'iz va tomoqdagi shishlarga davo bo'ladi. Tuzlab quritilgan tut esa ichburug' kasalligini davolaydi. Buyrak, yurak-qon tomir kasalliklarini davolashda esa tut mevasi tanani ortiqcha suyuqlikdan tozalovchi, peshob haydovchi vositadir. Tutni ovqatlanishdan oldin iste'mol qilish lozim, shunda oshqozonga uning zarari tegmaydi. Tut mevasini quritib, undan damlama, kompot tayyorlab ichilsa, darmonsizlikni davolaydi, ozishga yordam beradi, organizmni tozalaydi. Qishda tut daraxtining kurtagini olib, tozalab, damlamasini yurakni quvvatlash uchun ichib yuriladi. Tut daraxti gullari o'simlik yog'i bilan aralashtirilib, qorong'i joyda tindirilsa, teridagi mayda husnbuzar, dog'lar va sepkilni davolash uchun ajoyib krem hosil bo'ladi.

Tanadagi eski yara va shikastlangan joylarni davolashda tut bargi va shoxchasini maydalab, o'simlik yog'i bilan aralashtirib surtilsa, yaralar tez bitadi, terida o'rni qolmaydi.

Yangi tut (yoki konservalangan) mevasi sharbati ko'krak qafasining simillab og'rishi va nafas olish qiyinlashib harsillashda yordam beradi. Muolaja maqsadida tut sharbati uch hafta davomida ichiladi. Yangi olingan tut sharbati tutning barcha foydali shifobaxsh xossalarga ega bo'ladi. U nafas yo'llari, tonzillit va anginani davolashda faol vosita, surunkali yo'tal, pnevmoniya va bronxitni davolashda ham ijobiy natija beradi. Aqliy mehnat bilan mashg'ul kishilarga uning foydasi katta, chunki tarkibidagi fosfor aqliy faoliyatni yaxshilaydi. Bu malham bilan terining kasal joylariga kuniga to'rt mahal surtiladi. Uni husnbuzardan xoli bo'lish uchun ham ishlatiladi: yuzga va yelka terisiga har cho'milib chiqqandan so'ng surtiladi. Odatda tut mevasini yangi uzib olinganida iste'mol qilinadi, lekin undan shuningdek, kompot, murabbo, kisel, sirop, pishiriqlar ichiga solib, pishirib iste'mol qilinadi. Tut o'simligi yordamida tayyorlanadigan tabiiy retseptlar

Revmatizmni davolash uchun

Tut bargi va shoxlari yaxshilab yuvilib, mayda qilib chopiladi. Katta idishga solib, ichiga shoxlar yuzasini ko'mgunicha suv quyiladi va gaz pechida 2 soat damlanadi. Idishdagi qaynatmani tog'orachaga quyib, oyoqlar uchun vanna qabul qilinadi. Issiq barglarni og'riyotgan joylarga yopishtirib, usti toza mato va jun ro'molda issiq o'raladi. Muolaja yotishdan oldin bajariladi. 4-5 martalik davo kursidan keyin oyoqlardagi og'riqlar kamayadi.

Qand miqdori oshganida

Tut bargidan olib, yaxshilab yuviladi, maydalab, 2 osh qoshig'iga 1 piyola qaynoq suv quyiladi va bir kecha termosda dam yediriladi. So'ng kun davomida choy o'rniga 1-2 qultumdan ichiladi. Davolanish kursi 10 kun.

Ko'z kasalliklarini davolashda

Bir hovuch quritilgan tut bargiga 1 piyola qaynoq suv quyib, suv bug'ida 10 daqiqa qaynatiladi. Sovitib, qovoqlar terisi artilsa, ko'zning yallig'lanishi, ko'zga govmichcha chiqishida yordam qiladi. Damlamada bint bo'lagini namlab, ko'zlarga kompress qilib, 20 daqiqa yotilsa, ko'z oldining xiralashuvi kasalligiga davo bo'ladi.

Shamollash va titroq tutishini bartaraf yetishda

Bargi va shoxlarining damlamasi kuniga 3-4 mahal bir piyoladan ichiga ozgina yalpiz qo'shib ichiladi. Bu damlama malina choydan ham yaxshiroq shifo beradi.

Buqoqni davolashda

Oq tut qalqonsimon bez kasalliklarida koni foyda. Buning uchun har kuni ertalab soat 9 larda 3 donagacha tut mevasini iste'mol qilish kerak. Sababi bu vaqtda qalqonsimon bez juda faol bo'lib, darmondorilar ta'sirida o'zidan yanada ko'proq yod ishlab chiqaradi.

Tut iste'mol qilish mumkin bo'lmagan holatlar

Ichak xastaliklari bilan og'riydigan, ichketarga moyil kishilar, qandli diabet, qon bosimi xastaligi bor kishilar me'yoridan ortiq tut iste'mol qilishlari tavsiya etilmaydi. Organizmga zarar yetkazib qo'ymaslik uchun pishib yetilgan tut ich ketishini, pishib yetilmagan xom mevasi qabziyatni keltirib chiqarishi mumkinligini yoddan chiqarmaslik lozim.

Tutning yangi terilgan mevasini iste'mol qilgach, sovuq suv ichish mumkin emas, bu qorin dam bo'lishiga, ichak-oshqozon faoliyati buzilishiga olib kelishi mumkin. Uning shirin navlari mevasini qandli diabeti va qon bosimi bor kishilarga iste'mol qilish tavsiya etilmaydi. Shuningdek, tutdan allergiyasi bor kishilarga ham uni qilish tavsiya etilmaydi.

Xulosa qilib aytganda yuqoridagi malumotlardan shotut sirkasi va tut mevasi xalq tabobatida juda qadimdan malum bo'lgan dori darmonlardan hisoblanishini, bu o'simlik mevalarini o'z vaqtida va yetarli miqdorda istemol qilish inson salomatligini mustahkamlashga va ko'plab kasalliklarni profilaktikasida foydalanishligini bilib olishimiz mumkin.

ИЧИМЛИК СУВИ ТАЪМИНОТИНИ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ

Абдувалиева Ф.Т., Комилов Д., Номонжонов Ж., Жакбарова Х.

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

Маълумки, сув сайёрамизнинг табиий бойликлари орасида алоҳида ўрин эгаллайди. Барча организмларнинг ҳаёт фаолияти уларнинг тана аъзоси, тўқима ва хужайрасининг тириклиги хужайра ички ва улар атрофини ўраб турган сувга боғлиқ. Сувнинг ўрнини ҳеч бир нарса бажара олмайди, у жонли ва жонсиз табиатни бирлаштирувчи муҳим омил ва тириклик манбаидир. Кейинги йилларда инсониятнинг сувга бўлган муносабатлари жуда ўзгармоқда.

Бирлашган Миллатлар Ташкилотининг маълумотига кўра, дунё аҳолисининг қарийб 40 фоизи тоза ичимлик суви етишмайдиган жойларда яшайди. 2025 йилга келиб, ҳар 10 кишидан 6 нафари ёки 5,5 миллиард аҳоли тоза ичимлик суви танқис ҳудудда яшаши мумкин. Шунингдек, юқумли касалликларнинг 80 фоиздан ортиғи ичимлик сув сифатининг пастлиги ҳамда сув таъминотида санитар – гигиеник коидаларнинг бузилишлари билан боғлиқ. Бугун дунёдаги қарийб 7 млрд.дан зиёд аҳолининг 3 млрд.га яқини ифлосланган сув истеъмол қилмоқда ва бунинг оқибатида уларнинг деярли 2 миллиарди турли касалликка чалинган. Энг ачинарлиси, ҳар куни дунёда 6 минг бола санитария-гигиена талабларига жавоб бермайдиган сув истеъмол қилганликлари туфайли ҳаётдан бевақт вафот этмоқда.

Ҳозирги даврда инсоният олдида турган долзарб муаммолар сирасида, сув ресурсларини тежаш, асраб-авайлаш, ундан оқилона фойдаланиш ва муҳофаза қилишдек муҳим масала турибди.

Умуман, Ўзбекистоннинг сув захиралари тақчил ва текис тақсимланмаган, бу эса мамлакатнинг аксарият жойларида сув танқислигига сабаб бўлади. Минтақанинг икки катта дарёси Тожикистон ва Қирғизистон тоғларида бошланадиган Амударё (узунлиги 2.580 км) ва Сирдарё Ўзбекистонда ҳаётбахш сув манбаи ҳисобланади. Ўзбекистондаги жами табиий ер ости суви захиралари 24,35 км³ тенг, деб чамаланади. Ушбу миқдордан 20,79 км³ тўртламчи қатламда, 2,92 км³ юқори плиоцен–тўртламчи қатламда ва 0,46 км³ юқори бўр қатламида жойлашган. Чучук ер ости суви асосан Фарғона водийсида (34,5 фоиз) ва Тошкент (25,7 фоиз), Самарқанд (18 фоиз), Сурхондарё (9 фоиз) ва Қашқадарё (5,5 фоиз) вилоятларида жамланган, қолгани эса шўртанг ёки шўр бўлиб уларни ишлатиш имконияти кам. Қолган ҳудудлардаги чучук сув жами 7 фоизни ташкил қилади. Казиб олинган ер ости сувини 50 фоизига яқини Фарғона водийсига тўғри келади. Бошқа вилоятлардаги каби ер ости сув захираларининг емирилиши ва антропоген таъсир туфайли сифати ёмонланиши одатий ҳолга айланиб бормоқда. Жорий ва бўлажак ичимлик сув манбаларини яхшироқ муҳофаза қилиш мақсадида ер ости чучук суви формациялари мавжуд ўн бир зонага “миллий экологик аҳамиятга эга ҳудуд” мақоми берилди.

Ер ости суви захиралари аҳолига етказиладиган ичимлик сувининг 80 фоизини таъминлаб беради. Умуман, мавжуд ер ости чучук сув захиралари аҳолининг ичимлик сувига бўлган талабини қондиради. Бироқ, шунини айтиш лозимки, охириги бир неча йил давомида ер ости сувининг сифати ёмонлашиб бормоқда, оқибатда ичимлик суви манбаи сифатида фойдаланиб бўладиган ер ости суви захираси камайиб бормоқда. Мамлакатнинг ғарбий ҳудудларидаги ер ости суви захираларида шўрланиш ва қаттиқлик ошгани ҳақида маълумот бор.

Табиатдаги сув таркибида турли тузлар, газлар ва органик моддалар эриган ҳолатда бўлади. Агар 1 килограмм сувда 1 граммгача эриган туз бўлса чучук сув, 25 граммгача булса шўр сув, 25 граммдан ортиқ туз бўлса, ўта шўр сув дейилади. Инсон 0,5-2 граммгача туз эриган сувдан фойдаланади. Аммо инсон ҳаёти учун зарур бўлган чучук сув кўп эмас, у табиий сувлар умумий ҳажмининг (1386 млн. км³) фақат (35 млн. км³) 3 % ни ташкил этади.

Келажакда аҳоли сонининг янада ошиши билан ер усти ва ер ости сувларидан ичимлик суви сифатида фойдаланиш янада кучаяди. Шу сабабли ҳам яқин йилларда аҳолини тоза ичимлик суви билан таъминлаш энг долзарб муаммолардан бири бўлиб қолади. Келажакда ичимлик суви муаммоси янада чуқурлашиб кетади. Бу эса сувдан тежаб-тергаб фойдаланиш, муҳофаза қилиш, уларни келажак авлодлар учун соф ҳолда сақлаш ҳар бир фуқаронинг эътиқодида, ҳаёт тарзига айланмоғига эришиш зарурлигини кўрсатади.

СОВРЕМЕННЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ОБУЧЕНИЯ В ВЫСШЕМ ОБРАЗОВАНИИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Азимова М.К., Азимов А.М., Меликузиев А.А.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Ферганский государственный университет

Важным условием развития Узбекистана во время пандемии COVID-19 является формирование совершенной системы подготовки кадров на основе богатого интеллектуального наследия народа и общечеловеческих ценностей, достижений современной культуры, экономики, науки, техники и технологий.

В настоящее время перевод всего дела обучения и воспитания на рельсы педагогической технологии означает решительный поворот учебной практики от произвольности в построении и реализации педагогического процесса.

Учебный процесс во время пандемии COVID-19, опирающийся на использование интерактивных методов обучения, организуется с учетом включенности в процесс познания всех студентов группы без исключения. Совместная деятельность означает, что каждый вносит свой особый индивидуальный вклад, в ходе работы идет обмен знаниями, идеями, способами деятельности. Интерактивные методы основаны на принципах взаимодействия, активности обучаемых, опоре на групповой опыт, обязательной обратной связи.

Среди разнообразных направлений новых педагогических технологий все большую популярность приобретают личностно-ориентированные технологии обучения. Здесь эффективность доказали такие подходы как обучение в сотрудничестве (cooperative learning). Наиболее интересные варианты этого метода обучения – Student Team Learning (STL, обучение в команде), который может быть использован применительно к любой дисциплине в рамках любой компетенции; метод Ligsaw (в дословном переводе с английского – ажурная пила, машинная ножовка) и модификация этого метода «Пила-2» (Ligsaw-2), предусматривающий работу в группах по 4-5 человек, где, работая над одной и той же задачей, над одним и тем же материалом, члены команды индивидуально получают тему, которую разрабатывают особенно тщательно и становятся в ней экспертом. Проводятся встречи экспертов из разных групп. В конце цикла все учащиеся проходят индивидуальный контрольный срез, который и оценивается. Результаты суммируются. Команда, сумевшая достичь наивысшей суммы баллов, награждается. Также популярны такие варианты метода обучения в сотрудничестве как метод «Учимся вместе» (Learning Together) и метод исследовательской работы в группах.

В соответствии с целостным подходом при разработке и реализации проекта педагогического процесса как системы необходимо стремиться к обеспечению органичного единства всех его компонентов, имея в виду, что изменения в одном из них автоматически вызывают изменения других. Педагогическая технология требует диагностического целеобразования и объективного контроля качества педагогического процесса, направленного на развитие личности студентов в целом.

Таким образом, современные педагогические технологии во время пандемии COVID-19 по-новому реализуют содержание обучения и обеспечивают достижение поставленных дидактических целей, подразумевая научные подходы к организации учебно-воспитательного процесса в вузе, расширяют диапазон предоставляемых студентам образовательных услуг, изменяют и предоставляют новые формы, методы и средства обучения. Использование современных педагогических технологий — одно из самых перспективных направлений развития высшего образования, способствующих большей индивидуализации учебного процесса, интенсификации обучения и воспитания, формированию и самоактуализации личности будущего специалиста.

УРБАНИЗАЦИЯ И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Азимова М.К. старший преподаватель,
Мирзакаримова С.С. бакалавр,
Меликузиев А.А. магистр

Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Ферганский государственный университет, Узбекистан

Одной из наиболее характерных особенностей развития современного общества является быстрый рост городов, непрерывный темп увеличения численности их жителей, увеличение роли городов в жизни общества, преобразование сельской местности в городскую, а также миграция сельского населения в города.

Урбанизация (от лат. urbanus- городской) - это процесс повышения роли городов в развитии общества. Особые городские отношения охватывают социально-профессиональную и демографическую структуру населения, его образ жизни, размещение производства и расселение. Предпосылками урбанизации являются: рост индустрии, углубление территориального разделения труда, развитие культурных и политических функций городов. Города существовали с глубокой древности, однако урбанистическая цивилизация возникла лишь в нашем столетии. Если население планеты в целом удваивается за 35 лет, то городское население - за 11 лет. Причем крупнейшие центры растут вдвое быстрее небольших городов. В начале XIX века в городах мира проживало лишь 29,3 млн. человек (3% населения Земли); к 1900 г. - 224,4 млн. (13,6%); к 1950 г. - 729 млн. (28,8%); а к 1980 - 1821 млн. (41,1%). Можно сказать, что теперь большинство граждан мира рождаются горожанами. Доля городского населения в Европе составляет 69%, в Азии - 38%, в Африке - 20%, в Северной Америке - 75%, Латинской Америке - 65%, в Австралии и Океании - 76%. Особенно велика доля городского населения в развитых странах: в США - около 73%, во Франции - 78%, в Германии - около 85%, в Великобритании - 91%. Страна считается почти полностью урбанизированной, если 4/5 ее населения проживает в городах.

В крупных городах переплелись как положительные, так и отрицательные стороны научно-технического прогресса и индустриализации. Создана новая экологическая среда с высокой концентрацией антропогенных факторов. Одни из них, такие как загрязнение атмосферного воздуха, высокий уровень шума, электромагнитные излучения, являются непосредственным продуктом индустриализации, другие, такие как сосредоточение предприятий на ограниченной территории, высокая плотность населения, миграционные процессы и т.д., - следствие урбанизации как формы расселения.

Здоровье людей в значительной мере зависит от качества как природной, так и антропогенной среды. В условиях большого города влияние на человека природного компонента ослаблено, а действие антропогенных факторов резко усилено. Города, в которых на сравнительно небольших территориях концентрируется большое количество людей, автотранспорта и различных предприятий, являются центрами техногенного воздействия на природу. Газовые и пылевые выбросы промышленных предприятий, сброс ими в окружающие водоемы сточных вод, коммунальные и бытовые отходы крупного города загрязняют окружающую среду разнообразными химическими элементами.

Урбанизация неоднозначно действует на человеческое общество: с одной стороны, город предоставляет человеку ряд общественно-экономических, социально-бытовых и культурных преимуществ, что положительно сказывается на его интеллектуальном развитии, дает возможность для лучшей реализации профессиональных и творческих способностей, с другой - человек отдаляется от природы и попадает в среду с вредными воздействиями - загрязненным воздухом, шумом и вибрацией, ограниченной жилплощадью, усложненной системой снабжения, зависимостью от транспорта, постоянным вынужденным общением со множеством незнакомых людей - все это неблагоприятно сказывается на его физическом и психическом здоровье.

Проблемы, связанные с урбанизацией, необходимо решать не отдельными частными мероприятиями, изыскивая скороспелые и малоэффективные решения, а разработав комплекс взаимосвязанных социальных, экологических, технических и других мер. Во всех случаях человек и окружающая среда должны рассматриваться как единое целое.

POLYMERS USED IN MEDICINE

Sapaeva Sh.A. - Associate Professor of the Department of Anatomy

Akhmedov R.B. - Assistant of the Department of Anatomy

Urgench branch of the Tashkent Medical Academy, Urgench

In recent decades, there has been an increase in interest in the creation of research on polymers and materials based on them, which are necessary in the life processes of the human body. The main directions of the use of polymers in biomedical fields: Materials used in replacement (replacement) and other methods of treatment of organs and tissues using surgical methods; Materials for biologically active systems (components of pharmaceutical systems, polymer biocides and bioregulators); Materials for bioengineering methods; Materials for high performance biocatalysts; Membrane and sorption materials for separation and purification of biologically active substances; Materials for bioanalysis; Materials for creating products and objects used in medicine outside the body. Modern medical methods include a wide range of interventions using polymers to replace organs and tissues affected by pathological processes or trauma. In many cases, the use of synthetic materials seems to be preferable, and sometimes the only possible one. Damage to the elements of the cardiovascular system; Replacement of bone and tendon elements;

Connection of dissected tissues; Prosthetics of ligaments and tendons, soft tissues; Damage to the skin; Tooth lesions; Damage to the system of organs of vision and hearing. Used metals and alloys, silicate and inorganic materials, materials based on carbon, but more often polymers and composites based on them. General requirements: the implant must not release harmful substances (carcinogens, allergens, etc.) into the body, must withstand sterilization conditions, and be made of available materials. Depending on the situation, certain requirements are imposed on the polymer. Bioinertness is the property of a material not to have a biological effect on surrounding tissues and the body as a whole, and to be resistant to their effects. Biocompatibility is the property of a material to perform a specific function in the body for a required time without harm to it. Biodegradation is the ability of a material to decrease in size and weight while functioning in the body. Bioreactive ability - the ability of a polymer to chemically and / or biochemically enter into reactions under the influence of surrounding tissues and environments. Bio-substitution is the process of replacing an implant with a living tissue in parallel with the biodegradation process.

Despite the great success, the tasks of replacing organs and tissues have not been solved for many cases. It is impossible to single out any material suitable for use in all cases.

СУД ТИББИЁТИ ВА ТИББИЁТ ҲУҚУҚИ КАФЕДРАСИДА БИОЭТИКА ФАНИНИНГ ЎҚИТИЛИШИ ҲАҚИДА

З.А.Гиясов, И.И.Баҳриев, Ш.Ю.Бекназаров

Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон

Тиббиёт ва биологиянинг жадал ривожланиши ҳамда бу фанлар ютуқларининг амалиётга татбиқ этилиши мавжуд долзарб масалаларнинг ҳал этилиши билан бир қаторда муайян янги муаммоларни юзага келтирди. Мазкур муаммоларнинг ечими тиббиёт ходимлари ваколати доирасидан ташқари бўлиб, турли соҳа вакилларининг иштирокини талаб этади. Айти шундай ҳолатлар биоэтика фанининг вужудга келишига сабаб бўлди.

Мазмун-моҳияти жиҳатидан биоэтика фани кенг маънода суд тиббиётининг таркибий қисми бўлган тиббиёт ҳуқуқи фани билан узвий боғлиқ. Бинобарин, аксарият ҳолатларда турли масалаларнинг этик ва ҳуқуқий жиҳатлари чегарадошдир. Шу сабабли 2020-2021 ўқув йилидан бошлаб биоэтика фани суд тиббиёти ва тиббиёт ҳуқуқи кафедрасида ўқитила бошланди. Фан 1,5 кредитга тенг бир модул сифатида белгиланиб, даволаш, тиббий-педагогика ва тиббий-профилактика факультетларининг 1 курс талабаларига фақат амалий машғулотлар кўринишида ўқитилди.

Модулнинг дастурида талабалар эгаллаши лозим бўлган билим ва кўникмалар, тавсия этиладиган амалий машғулотлар ҳамда мустақил иш мавзулари, асосий ва қўшимча адабиётлар келтирилди.

Дастлабки машғулотлар этика, ахлоқ, деонтология, ҳуқуқ тушунчалари, тиббий этиканинг тарихий моделлари, биоэтиканинг вужудга келиши ва унинг умумназарий, “очик”, деонтологик ва институционал муаммоларига бағишланди. Хусусан, умумназарий масалалар қаторида ҳаёт ва ўлимнинг моҳиятига, “очик муаммолар” кесимида эса - эмбрионнинг статуси, хомиладорликни тўхтатиш, янги репродуктив технологиялар, эвтаназия, паллиатив ёрдам, трансплантацияда мурда ва тирик шахс донорлиги, ген-инженерлик технологияларни қўллаш, инсон ва ҳайвонларда биотиббий текширувлар ўтказиш каби масалаларга алоҳида эътибор қаратилди. Бундан ташқари, врач ва бемор, ҳамшира ва бемор муносабатларининг этик моделлари, шунингдек тиббий муассаса жамоасида ўзаро муносабатларнинг этикаси ҳамда соғлиқни сақлаш тизимининг айрим соҳаларида (психиатрия, онкология, наркология ва бқ.) бу борада мавжуд хусусиятлар машғулотларда муҳокама қилинди.

Ўқув машғулотлари давомида ҳар бир талаба тавсия этилган мавзулар бўйича ўзи маъқул топган шаклда мустақил иш тайёрлаб, муҳокамага олиб чиқди. Якуний назорат тест саволларини ечиш орқали ўтказилди.

Шундай қилиб, кафедрада биоэтика фанининг ўқитилиши бўйича дастлабки тажрибага асосланган ҳолда, ушбу жараёни такомиллаштириш ҳамда талабалар томонидан ўзлаштирилиши яхшилаш учун қуйидагилар мақсадга мувофиқ:

- а) ўқув жараёнида 6-10 соат ҳажмида маъруза машғулотларини белгилаш;
- б) имкон қадар биоэтика фанини катта курсларда ўқитилиши.

ХАРАКТЕРИСТИКА КОМОРБИДНОСТИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Бобожонов С.С., Комилов И.Г.

Кафедра нормальной и патологической физиологии, Кафедра Факультативной и госпитальной диагностики

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Актуальность

Профилактика и лечение хронических заболеваний обозначены Всемирной Организацией Здравоохранения как приоритетный проект второго десятилетия XXI века, направленный на улучшение качества жизни населения мира.

Взаимовлияние заболеваний значительно изменяет клиническую картину и течение заболеваний, характер и тяжесть осложнений, ухудшает качество жизни больного, ограничивает или затрудняет лечебно-диагностический процесс.

При медикаментозном лечении пациентов кардиологического отделения до 50% затрат приходится на препараты, не рекомендованные стандартом ведения пациентов с кардиологической патологией

Цель исследования

Изучить характер терапевтической коморбидности у кардиологических больных в условиях многопрофильного стационара.

Материалы и методы

Были проанализированы истории болезней 80 пациентов кардиологического профиля в возрасте от 25 до 82 лет (средний возраст $56,3 \pm 4,5$ лет), находившихся на лечении в клинике АГМИ. При этом мужчины составили 45% (36 человек), женщины — 55% (44 больных соответственно).

В анализируемой группе пациентов частота коморбидности составила 97,5%. В большинстве случаев регистрировалось наличие от 3 до 5 заболеваний одновременно (57 человек, 71,2%), но у 16% пациентов отмечалось сочетание 6—8 болезней одновременно.

В соответствии с литературными данными о нарастании коморбидности с возрастом, все пациенты были разделены на 3 группы: в 1-ю группу (18—44 года) было включено 6 человек, во 2-ю (45—64 года) — 47 и в 3-ю (65 лет и более) — 27 больных соответственно. Обращает внимание значительное среднее число хронических заболеваний в первой возрастной группе (5), что может быть обусловлено особенностями контингента больных в стационаре данной категории (в группу вошли два пациента с инфекционным эндокардитом и по одному пациенту с ВПС, миокардитом, рестриктивной кардиомиопатией и ИБС). У пациентов второй и третьей групп отмечается традиционная тенденция к возрастанию их количества при увеличении возраста больных (4,46 и 5,19 соответственно).

Учитывая профильность отделения, среди обследованных пациентов в структуре коморбидности закономерно превалировала внутрикардиальная коморбидность. ИБС как основное заболевание диагностирована у 54 пациентов (67,6%) и у 4 (5%), как сопутствующее, при этом проявления мультифокального атеросклероза имели 17 больных (21,3%), указания на перенесенный инфаркт миокарда — 27 пациент (33,8%); пороки сердца (дегенеративные, ХРБС, врожденные пороки сердца) — 17 больных (21,3%), в 3 случаях причиной госпитализации послужил инфекционный эндокардит (3,7%), и в 5 случаях (6,3%) другие причины (миокардит, синдром соединительнотканной дисплазии, экссудативный перикардит и кардиомиопатия).

Различные нарушения ритма и проводимости, в том числе сложные, зарегистрированы у 24 пациентов (30%), при этом наиболее часто — у 20 больных (25%) диагностирована фибрилляция предсердий. Частота гипертонической болезни в анализируемой группе составила 76,3% (61 больной), при этом подавляющее большинство пациентов были отнесены к категории очень высокого риска (59 человек).

Существенный вклад в формирование коморбидной патологии вносили некардиальные заболевания, которые были представлены следующим образом: эндокринные и метаболические заболевания (сахарный диабет, ожирение, заболевания щитовидной железы) — 33,8% (27 больных), из них сахарный диабет 16,3%, ожирение I—II ст. — 17,6%; заболевания желудочно—кишечного тракта (язвенная болезнь, атрофический гастрит, ЖКБ) — 22,5%, (18).

Другие патологические состояния встречались реже и составили соответственно: дисциркуляторная энцефалопатия — 16,3%; заболевания почек (МКБ, хронический пиелонефрит, кисты почек) — 15%; хронической инфекции — 8,8%; болезни органов дыхания пневмонии 8,8%, заболевания периферических сосудов -7,5%.

Вывод

Таким образом, проведенный анализ историй болезни показал высокую частоту коморбидной патологии и большое число хронических заболеваний у кардиологических больных во всех возрастных группах. Несмотря на многообразие соматической патологии в анализируемой группе пациентов, отмечалось существенное преобладание внутрикардиальной коморбидности.

HAVONING BAKTERIOLOGIK IFLOSLANISHI VA AHAMIYATI.

Abdullayeva O'g'iloy Yakubovna

Farg'ona Jamoat Salomatligi Tibbiyot Instituti "Kommunal va mehnat gigiyenasi" kafedra asissenti

Saydullaeva Kamila Mirshodovna

Farg'ona Jamoat Salomatligi Tibbiyot Instituti "Ovqatlanish, bolalar va o'smirlar gigiyenasi" kafedra asissenti

Mamadjonova O'g'ilchaxon Xalimjon qizi

Farg'ona Jamoat Salomatligi Tibbiyot Instituti 3- bosqich talabasi

Inson salomatligini saqlashda atmosfera havosining ekologik holatini salbiy tomonga o'zgarishining oldini olish eng dolzarb muammolardan biri hisoblanadi. Sababi, ifloslangan atmosfera havosidagi zaharli gazlar to'g'ridan-to'g'ri qonga o'tib, organizmni zaharlaydi, changlar esa o'pka alveolalari devorlariga yopishib, yallig'lanish jarayonini, to'qimalarning qalinlashishini keltirib chiqarib, havo tarkibidagi organizm uchun o'ta zarur bo'lgan O₂ (oksigen)ning unga kam kirishiga, modda almashish jarayonlarini izdan chiqarishga sabab bo'ladi.

Havoda uchraydigan biologik ifloslanishlar. Atmosfera havosining turli omillar bilan aloqada bo'lishi, uning tarkibini juda ko'p mikroorganizm xillari bilan ifloslanishi aniq. Havoda bakteriyalar, viruslar, zamburug'lar, achitqi hujayralari va boshqalar uchraydi. Mikroorganizmlar orasida o'ta patogen — kasal tarqatuvchi mikroblar ham uchraydi. Havo orqali yuqadigan infeksiyalar «aerogenli infeksiyalar» nomi bilan yuritiladi. Masalan, qizamiq, skarlatina (qizilcha), difteriya, ko'k'yo'tal, chechak, gripp, sil kasali, o'pka o'lati, kuydirgi ana shunday infeksiyalardir.

Odatda, ochiq atmosfera havosiga tushib qolgan mikroorganizmlarning quyosh nuri (ultrabinafsha) ta'sirida ko'payishi uchun ozuqa va namlik bo'lmasa, ular qirilib, yo'q bo'lib ketadi. Ammo, xona ichidagi havoda, ayniqsa, kasallar yotgan xonalarda, palatalarda, odamlar ko'p yotgan hamda havo almashishi (ventilyatsiyasi) yomon bo'lgan joylarda yuqumli kasalliklarni qo'zg'atuvchi mikroorganizmlarning ko'proq bo'lishi muqarrar. Havoning changli bo'lishi bakteriyalarning yashashi uchun qulay sharoit hisoblanadi. Infeksiya yuqishining eng xavfli yo'li — havo so'lak yo'lidir. Bunday holatlarda bemor organizmidan endi ajralib chiqqan yoki batsilla tashuvchi kishining og'zidan so'lak bilan sachragan mikroblar, havoga tushadi. Bemor gaplashganda, yo'talganda, aksirganda 1 — 1,5 metrgaga bo'lgan masofaga sachraydigan so'lak zarrachalari bilan ular havoga tushadi va uning oqimi bilan 8 — 9 metrga tarqaladi.

Yuqumli kasalliklarni qo'zg'atuvchi mikroblar, chang havo orqali tarqalib, kishilarni kasallantirishlari mumkin. Bakteriya yopishgan chang polga va xonadagi narsalarga o'tirib, keyinchalik chang bilan birga havoga ko'tarilib, nafas yo'llari orqali organizmga tushib, kasallantiradi. Fanga shu narsa aniqki, havoda chang qancha ko'p bo'lsa, mikroblar ham shuncha ko'p bo'ladi. Kasallikning oldini olish uchun har bir kishiga ajratiladigan joy — yashash makonining maydoni gigienik me'yorda belgilanganidek: 9 — 13 m² bo'lishini, kubatura ham shunga yarasha bo'lmoqligini taqozo etadi. Xonadagi joylashtirigan o'rindiqlar ham bir-birlariga nisbatan, ma'lum bir masofada bo'lishi kerak. Eng asosiysi: xonaning havosini almashtirish mumkin qadar, tez-tez bo'lib turishi maqsadga muvofiqdir.

Bolalar muassasalarida va ba'zi bir yuqumli kasalliklarni davolaydigan shifoxonalarda maxsus bakteritsidli lampalar — o'zidan ultrabinafsha nurlar tarqatadigan chiroqlarni palatalarga, ma'lum qoidada ko'rsatilgan vaqtgacha qo'yib qo'yilsa, natijasi ancha yaxshi bo'ladi. Agar ultrabinafsha nurlari to'g'ridan-to'g'ri xona ichiga yo'naltirilgan bo'lsa, u holda bu yerdagi kishilar himoya ko'zoynaklarini taqib olib, ko'zlarini ultrabinafsha nurlardan himoya qilishlari shart. Agar nur bino shiftiga yo'naltirilgan bo'lsa, u holda ko'z uchun bezarar bo'lgan sochma radiatsiya hosil bo'ladi. Lampa kuniga bir necha marta yoqib va yana o'chirilishi zarur. Yopiq xonalarda, ko'pincha bakteriyalarning changlar bilan birga organizmga tushishi xavfi tug'iladi. Izlanishlar shuni ko'rsatdiki, mehnat qilish xonalarida, kunning oxiriga borib, 1 m³ havodagi mikroorganizmlarning soni 20 — 26 mingga yetgan.

Shunday qilib, xonalar havosini tozaligini har tomonlama ta'minlash inson organizmida turli xil yuqumli va noyuqumli kasalliklarni kelib chiqishini, avval mavjud bo'lga kasalliklarni rivojlanishini oldini olishni, organizmni toza hamda musaffo havo bilan ta'minlaydi. Ayniqsa toza va yetarli kislarod bilan organizmni ta'minlash, uning har bir hujayra va to'qimalarini faol funksiyasini amalga oshirishda muhim ahamiyatga ega.

USEFUL ASPECTS OF THE BLACK MULBERRY AND THE MULBERRY

U.Sh. Mahamatov, I.I. To'liqinov, M.Xalimjonov, F.Isroilov, J.Ikromov, D.Raimjonov, B.Ibroximov

Fergana Medical Institute of Public Health
Department of Eating, Child and Youth Hiery.

Recently, there are many information about the healing properties of the shareholders among the population of Uzbekistan, which are healed by patients with inferts, and even cordavirus. We are also hearing that a lot of people are buying a shotut viney.

The data on healing properties of the shotut is known, knows many useful information about the beneficial properties of the filmmaper, when we rely on the books that record Abu Ali ibn Sina.

That is, it ensures the normal state of internal pressure, the brain pressure, prevents infarctions and radias, increases the capacity of the blood vessels, and it plays an important role in restoring human health. Diluted blood and solves the "thrombus," inject "and nodes. Expands small veins and improves blood circulation in the body.

The cholistos in the blood vessels and the article of sugar will close the norm. Keeps blood pressure in the status of "working." Will not allow the blood chief to exceed 7-8. In addition to the V1, V2, V2, V6, S, RR, Calciums, calcium-s, vitamins, Calciums, and it is ensured that it is to be a good.

- In the defeat of the shotbean cider, a doctor does not replace the medicines that recommended the doctor, but once the blood is fluid, the doctor will have a good effect on medications recommended.

As a result, you will recover your health faster. Your appetite is opened and you have a good digestion of foods, you don't have trouble sleeping, you sleep well.

To date, patients with different illnesses consume this shotbean vinegar and personally sincerely devoted to its treatment.

The mulberry stores up to 24-33 percent fat and other adulterers in potassium, sodium, zinc, culprit, copper, magnesium, copper, magnesium, copper, magnesium, copper, and mental. The mine is beneficial for people engaged in activities. For pregnant women, mutuals are the source of the necessary precautions for the good development of the fetus.

The mulberry strengthens the immune system and strengthens the protection system of the body against infectious diseases, protects the skin early, and protects their ability to see, and protect their eyes off.

The use of mulberry in folk medicine

The mulberry juice is also widely used to clean the blood and blood increase. The boiler of the leaves is used as a thirst leaving steeper, a thirst leaving in angina and other colds.

Great Compatriot Abu Ali ibn Sina, used the hand as a healing media.

Abu Ali ibn Sina is written on the mulberry: "Sour tuture returns the mouths and throats, and its leaf is useful to two of the throat. If the mouth crumbs with the water of a sour molling leaf, it will be a cure for toothache. Every kind of mul should eat before eating, and from them will not harm them to the stomach."

The nature of the healing darkens the hair if the lines of the vine and the black figs are boiled in rainwater. White cousing light will be cure for sore throat, freshly cutting juice, tuft and its juice to swells in the mouth and throat. Multicultural mulks heal the disease of diarrhea. In the treatment of renal, cardiovascular diseases, and masculine fruits are the body of excessive liquids, a urine driver.

Smoke should be consumed before meals so that it does not harm the stomach.

Mulberry fruit is dried and made into tinctures and compotes. It cures impotence, helps to lose weight, cleanses the body. Mulberry flowers are mixed with vegetable oil and soaked in a dark place to create a wonderful cream to treat fine blemishes, spots and freckles on the skin. In the treatment of old wounds and bruises on the body, mulberry leaves and twigs are crushed and rubbed with vegetable oil, the wounds heal quickly and leave no place on the skin.

Fresh mulberry (or canned) fruit juice helps with chest pain and difficulty breathing. For therapeutic purposes, mulberry juice is drunk for three weeks. Fresh mulberry juice has all the beneficial healing properties of mulberry. It is active in the treatment of respiratory tract, tonsillitis and angina, as well as in the treatment of chronic cough, pneumonia and bronchitis. It's extremely effective in counteracting the ill effects of diabetes, and helps control mental activity. This ointment is applied to the affected areas of the skin four times a day. It is also used to get rid of blemishes: it is applied to the skin of the face and shoulders after each bath. Mulberry is usually eaten fresh, but it is also used in compotes, jams, pickles, syrups and pastries.

Natural recipes made from mulberry

For the treatment of rheumatism

Mulberry leaves and branches are thoroughly washed and finely chopped. Put in a large bowl, pour water until the surface of the branches is covered, and infuse in a gas oven for 2 hours. Pour the decoction from the pot into the tub and take a foot bath. The hot leaves are applied to the affected areas and wrapped in a clean cloth and woolen cloth. The treatment is performed before bedtime. After 4-5 courses of treatment, the pain in the legs decreases.

When the amount of sugar increases

Take a mulberry leaf, wash it well, grind it, pour 1 tablespoon of boiling water into 2 tablespoons and rest in a thermos overnight. Then drink 1-2 sips during the day instead of tea. The course of treatment is 10 days.

In the treatment of eye diseases

Pour 1 cup of boiling water over a handful of dried mulberry leaves and boil for 10 minutes. When cooled and the skin of the eyelids is wiped, it helps with inflammation of the eyes and puffiness of the eyes. Moisten a piece of bandage in the tincture, compress the eyes and lie down for 20 minutes to cure cataracts.

In eliminating colds and tremors

Tincture of leaves and twigs is taken 3-4 times a day in a bowl with a little mint. This tincture heals better than raspberry tea.

In the treatment of bulls

Mulberry benefits in diseases of the thyroid gland. To do this, you need to eat up to 3 mulberries every morning at 9 o'clock. This is because the thyroid gland is very active during this time and produces more iodine than the drugs.

Mulberry is not allowed

People with intestinal diseases, prone to diarrhea, diabetes, high blood pressure are not recommended to consume too much mulberry. To avoid harm to the body, it should be borne in mind that ripe mulberries can cause diarrhea, and unripe raw fruits can cause constipation.

It is not allowed to drink cold water after eating freshly picked mulberry fruit, which can lead to abdominal relaxation and gastrointestinal disorders. Its sweet fruits are not recommended for people with diabetes and high blood pressure. It is also not recommended for people with allergies to tobacco.

In summary, we can learn from the above data that shotut vinegar and mulberry fruit have long been known in folk medicine, the timely and adequate consumption of the fruits of this plant can strengthen human health and prevent many diseases.

РОЛЬ ИНТЕГРАЦИИ МЕДИЦИНЫ И ПЕДАГОГИКИ В ОБУЧЕНИИ ВРАЧЕЙ-ПЕДАГОГОВ

Ташкенбаева У.А. директор ОЦПКППК,

Агзамова Г.С. руководитель терапевтического направления ОЦПКППК,
Абдуллаева М.М. преподаватель

Отраслевой центр повышения квалификации и переподготовки педагогических кадров при
Ташкентской медицинской академии, Узбекистан

Совершенствование высшего медицинского образования в Узбекистане – это стремление к высоким достижениям. Система современного высшего образования требует формирования новых учебных программ, инноваций педагогических методик, внедрения современных информационных технологий обучения, активизации самостоятельной работы студентов, использования рейтинговой оценки знаний, повышения конкурентоспособности и мобильности студентов, преподавателей и научных работников.

Использование различных педагогических технологий и современных методов в учебном процессе позволяет студентам самостоятельно, свободно мыслить, исследовать, творчески подходить к каждому вопросу, чувствовать ответственность, исследовать, анализировать, эффективно использовать научную литературу, а главное, изучать науку и усиливает его интерес к выбранной профессии (Закон республики Узбекистан «Об образовании» от 23 сентября 2020 года № ЗРУ-637).

Модернизация высшего медицинского образования в Узбекистане, основанная на личностной парадигме и компетентностном подходе как приоритетном, станет эффективной, если профессорско-преподавательские коллективы Вузов республики Узбекистан и каждый конкретный преподаватель высшей школы будут обладать готовностью проектировать и организовывать образовательный процесс, обеспечивать качество подготовки специалистов для системы здравоохранения.

Преподаватель медицинского вуза стоит на передовом рубеже инновационной деятельности. Его готовность к управлению качеством обучения дисциплине с реализацией компетентностного подхода к высшему образованию, с учётом современных технологий профессионально-ориентированного обучения врачей, на основе знания нормативно-правовых основ деятельности вуза и инновационного характера современной науки во многом определяется его навыками использовать интерактивные методы в обучении студентов

Цель работы: Изучить взаимосвязь и взаимозависимость педагогики и медицины в обучении врачей – педагогов.

Задачи работы: 1. Рассмотреть пути интеграции педагогики и медицины в ходе исторического развития общества.

2. Принципы, подходы и данные педагогической антропологии и педагогики.

От успехов медицинских наук и медицинской техники напрямую зависят целые области педагогики. Это, прежде всего, физическое воспитание, коррекционная педагогика со всеми ее ответвлениями, профилактическая медицина и гигиена.

Педагог-врач нуждается в основополагающих началах, содержащихся в ряде самостоятельных отраслей медицины, изучающих строение и функции организма здорового человека: анатомии, физиологии, гистологии, биохимии и других. В свою очередь будущим медикам полезны принципы, подходы и данные педагогической антропологии и педагогики. Нередко врачу приходится вести и педагогическую работу, обучая и воспитывая своих коллег, а также, где это нужно, обучая и воспитывая больных, ведя санитарно-просветительную работу. Вся эта деятельность должна вестись на высоком методическом уровне и опираться на достижения педагогики и психологии.

Распространение коронавирусной инфекции (COVID-19) стало вызовом для систем профилактического здравоохранения и высшего образования по всему миру и в нашей стране. Врачи - педагоги столкнулись с беспрецедентной нагрузкой, и цифровые решения, способные ее облегчить, стали актуальны как никогда. Одна из проблем - необходимость быстрого вхождения в режим дистанционного бесконтактного обучения и психологической адаптации профессоров и преподавателей медицинских Вузов к реализации дисциплин исключительно в дистанционном

режиме. А также сопровождение оказания медицинской помощи с созданием на базе медицинских вузов консультативных и ресурсных центров. На данном этапе педагог - врач совершенствует применение телемедицины в образовательных целях. Дистанционное обучение клинической дисциплине путем участия в рутинных телемедицинских консультациях с использованием различных современных инновационных методов педагогического процесса. Участием слушателей курсов последипломного обучения в рутинных телемедицинских консультациях для изучения клинических ситуаций, повышения информированности, развития мышления и изучения тактики принятия клинических решений.

Выводы: 1. Обучение телемедицине и применения инновационных педагогических технологий с использованием дистанционного образования стало обязательным компонентом медицинского образования.

2. Взаимосвязь педагогики и медицины всегда будет актуальна и в связи с этим, мы рекомендуем большое внимание уделять этим вопросам при обучении преподавателей медицинских Вузов республики Узбекистан.

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Азимова М.К. старший преподаватель, *Мирзакаримова С.С.* бакалавр, *Меликузиев А.А.* магистр

Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Ферганский государственный университет, Узбекистан

Общественное здоровье – характеристика индивидуальных уровней здоровья членов общества, которая отражает вероятность достижения каждым максимального здоровья и творческого долголетия.

ВОЗ предложила следующие критерии оценки «здоровья для всех»: доля валового национального продукта, расходуемого на нужды здравоохранения; доступность первичной медико-санитарной помощи; охват населения безопасным (соответствующим санитарным нормам) водоснабжением; доступность квалифицированной медицинской помощи в период беременности и при родах; уровень детской смертности, состояние питания детей; средняя продолжительность жизни.

Выбор этих достаточно «грубых» показателей связан с тем, что страны мира резко различаются по заболеваемости, смертности населения и уровню медико-санитарной помощи. На 50% уровень здоровья зависит от индивидуального образа жизни, на 25% – от влияния окружающей среды, на 15% – от наследственности и на 10% – от качества медицинского обслуживания. Это свидетельствует, что большой резерв в сохранении здоровья человека заложен в организации его образа жизни и взаимоотношении с окружающей средой.

Таким образом, первостепенными становятся оценка и реабилитация здоровья человека. Отсюда потребность в строго научном определении и оценке уровня здоровья, диагностике его изменений с целью индивидуального выбора адекватных мер коррекции и реабилитации.

Среди конкретных элементов (признаков) здоровья предложено выделять: уровень и гармоничность физического развития; функциональное состояние организма; уровень неспецифической резистентности и иммунной защиты; личностные качества человека.

Функциональное состояние и резервные возможности основных физиологических систем организма как элементы здоровья определяют его способность активно адаптироваться к условиям окружающей среды.

За пользование благами цивилизации человек должен жить в жесткой зависимости от принятого в обществе образа жизни, платить частью своей свободы. В определенных неблагоприятных, стрессовых ситуациях психические нагрузки могут превысить стойкость резервных адаптационных возможностей, прежде всего нервной системы, и привести к срыву. Это в равной степени относится как к взрослому человеку, так и к ребенку. Кроме того, здоровье человека во многом зависит от природно-климатических условий.

Здоровые люди могут потерять физическое, психическое и социальное благополучие и в том случае, если они будут постоянно проживать в экологически неблагоприятных регионах, в зонах экологического бедствия, возникающих в результате нерациональной хозяйственной деятельности.

В Узбекистане около 9% территории представляют зону экологического бедствия, 22% населения проживают в экологически неблагоприятных регионах и городах. Формирование нового направления – экологической педиатрии – способствует изучению воздействия на детский организм малых, допороговых доз ксенобиотиков и ионизирующего излучения.

Нормальное функционирование организма, т. е. здоровье, имеет большое количество градаций: от показателей, находящихся в границах нормы (минимальных или максимальных), до показателей, устойчиво соответствующих средней норме. В качестве нормы принимаются определенные параметры анатомических и физиологических структур и функций организма в границах минимального и максимального выражения признака, например, рост, масса, частота сокращений сердца, количество гемоглобина и т.д. Если параметры количественно не выходят за рамки нормы, то считается, что организм совершенно здоров.

Для развития болезни необходимо сочетание факторов риска и непосредственных причин заболевания. Часто трудно выделить причину болезни, так как причин может быть несколько и они взаимосвязаны.

Число факторов риска велико и растет каждым годом: в 1960-е гг. их насчитывалось не более 1000, сейчас – примерно 3000. Выделяют главные, так называемые большие факторы риска, т.е.

являющиеся общими для самых различных заболеваний: курение, гиподинамию, избыточную массу тела, несбалансированное питание, артериальную гипертензию, психоэмоциональные стрессы и т. д.

Причинами болезни могут быть разные факторы среды, которые принято классифицировать в зависимости от их природы: механические (удар, давление, разрыв и др.), физические (звук, шум, ионизирующее излучение, электрический ток, температура, электромагнитные поля и др.), химические (алкоголь, никотин, тяжелые металлы, пестициды, кислоты и щелочи, ароматические растворители, бифенилы и др.), биологические (микроорганизмы и продукты их жизнедеятельности, гельминты, вирусы, грибки и др.), социальные факторы. Последние играют роль стимулирующих и тормозящих действия факторов, перечисленных выше. Главным социальным фактором считают общественный строй, так как от него зависит качество медико-социального обеспечения населения, играющего важную роль в сохранении здоровья.

Выяснение главного этиологического фактора, выделение условий, предрасполагающих к болезни или способствующих ее развитию и условий, препятствующих возникновению болезней, необходимо для разработки эффективных мер профилактики заболеваний, оздоровления населения.

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ХЛОПКОВОЙ ПЫЛИ НА ОРГАНИЗМ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ И ЧЕЛОВЕКА

Воронина Н.В. д.м.н., доцент Ташкентский фармацевтический институт, Узбекистан
Мадрахимова З.М. Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Узбекистан

Хлопчатник – сельскохозяйственная культура, традиционно выращиваемая в Узбекистане. Из хлопка-сырца получают до 350 видов продукции. На сегодняшний день государственная политика направлена на полномасштабную переработку хлопкового волокна в республике, ввод в эксплуатацию хлопково-текстильных кластеров швейно-трикотажных комплексов и др. Развитие сети предприятий по переработке хлопка-сырца, внедрение новых технологий предусматривает оценку условий труда на новых или модернизированных предприятиях, в целях сохранения здоровья трудящихся.

Целью работы явилось изучение влияния состава хлопковой пыли на организм экспериментальных животных и человека.

Проведенный аналитический обзор научной литературы показал, что пыль хлопкоочистительных и хлопкомаслобойных заводов, прядильных и ткацких фабрик состоит из обрывков волокон хлопка, минеральных примесей почвенного происхождения (SiO_2), бактерий и плесневых грибов. В целом она содержит органическую и минеральную фракции. Показано, что в конце технологического процесса обеспыливания состав ее существенно изменяется: 65-95,6% органических компонентов и не более 10% свободной SiO_2 [5]. Исследованиями выявлено, что органическая пыль в условиях производства является одним фактором риска развития патологии органов дыхания [4]. Показано, что волокна хлопка, попадая в верхние дыхательные пути прилипают к слизистой оболочке и, набухая, образуют клейкую массу вызывая развитие хронических форм трахеитов и бронхитов. Наиболее специфичным проявлением воздействия хлопковой пыли является развитие специфического пневмокониоза - биссиноза.

Установлено, что длительное ингаляционное воздействие хлопковой пыли приводило к изменению показателей суммационно - порогового показателя и мышечной силы указывая на угнетающее действие пыли на ЦНС. У белых крыс отмечалось развитие токсической энцефалопатии, выражающейся нарушением ориентировочно-исследовательского и эмоционального поведения [2].

Экспериментальными исследованиями выявлены цитоморфо-логические изменения при воздействии хлопковой пыли на уровне концентрации 5мг/м^3 в сроки 2 месяца в различных системах организма животных. Так, цитоморфологическое действие проявлялось накоплением деструктивно измененных клеток в бронхоальвеолярном лаваже, желудке, печени, щитовидной и поджелудочной железе, селезенке и в почках [1].

О негативном влиянии хлопковой пыли на пищеварительный тракт свидетельствовали исследования мазков-отпечатков желудка в эксперименте. Было обнаружено, что при ингаляции даже небольших доз хлопковой пыли наблюдалось нарушение ферментативной активности желудочных желез и снижение активности фермента пепсина. А также отмечалась белковая дистрофия в гепатоцитах и признаки жировой дегенерации [3].

Показано, что при воздействии хлопковой пыли, содержащей фосфорорганические соединения, в клетках щитовидной железы развиваются цито-морфологические изменения, которые свидетельствовали об угнетении секреции тиреоидных гормонов [6].

Имеются сведения о том, что воздействие органической пыли на организм рабочих приводит к изменению иммунного гомеостаза организма, которое проявляется угнетением клеточного и гуморального звеньев иммунитета, снижением показателей элиминационных механизмов в ходе иммунных реакций [4].

Таким образом, научным анализом установлено, что хлопковая пыль имеет сложный состав и оказывает многосистемное воздействие на живой организм. Эти особенности обуславливают изучение и совершенствование мер по предотвращению и снижению действия хлопковой пыли в производственных условиях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Базелюк Л.Т. Цитоморфологическая оценка влияния хлопковой пыли на организм экспериментальных животных // Медицина труда и промышленная экология. – 2012. – №5. – С. 17-21.

2. Досыбаева Г.Н. Особенности изменений нервной системы при влиянии хлопковой пыли на экспериментальных животных // World science. – 2016. – №5 (9). – С. 19-22.
3. Досыбаева Г.Н. Цитоморфологическая оценка клеток бронхоальвеолярного лаважа, печени и желудка при воздействии хлопковой пыли, содержащей фосфорорганические пестициды в эксперименте // World science. – 2016. – №5 (9). – С. 22-25.
4. Жестков А. В., Лаврентьева Н. Е., Азовская Т. А. Исследование воздействия органической пыли на органы дыхания // Известия Самарского научного центра РАН. – 2012. – №5-3. – С. 665-668.
5. Кузякова С.В., Плеханов А.Ф. Процесс обеспыливания волокнистых отходов на новом устройстве для очистки волокнистой массы на базе ОН-6-П //Известия ВУЗов. Технология текстильной промышленности. – 2007. – вып.6. – С. 36-38.
6. Цитоморфологическая оценка структурно-функционального состояния щитовидной железы у экспериментальных животных при ингаляционной заправке хлопковой пылью / Аманбаева Б. К., Байдаулет И. О., Койгельдинова Ш. С., Базелюк Л. Т.// Медицина и экология. – 2010. – №2 (55). – С. 31-33.

ТИББИЙ ТАЪЛИМДА ЗАМОНАВИЙ ИННОВАЦИОН ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИНГ УСТУНЛИКЛАРИ ВА МУАММОЛАРИ

Гулманов И.Д.

Тошкент тиббиёт академияси ҳузуридаги педагогик кадрларни қайта тайёрлаш ва уларнинг
малакасини ошириш тармоқ маркази

Таълим ва тиббиёт технологиялари ривожланиб бормоқдаки, бу борган сари тиббиёт олий таълим муассасалари битирувчиларига баланд талабларни қўймоқда. Таълимдаги янги стандартлар нафақат билим, бажара олиш, кўникмаларга, балки компетенциялар шаклланишига ҳам эътибор қаратмоқда. Бугунги кунда симуляцияли ва электрон ўқитиш технологиялари, роботлаштирилган, виртуал ва тўлдирилган реаллик технологиялари, сунъий интеллект, “рақамли таълим муҳити”, “катта маълумотлар” нейротехнологиялар, 5G тармоқ каби рақамлаштирилган услублар шиддат билан ривожланиб бормоқдаки, мутахассисларни касбий тайёрлашни такомиллаштириш, таълимда инновациялардан фойдаланиш ахборот ва компьютер технологияларига боғлиқ бўлиб қолмоқда. Ҳозирги пайтда таълим жараёнида вазиятий масалалар, интерфаол экспериментлар, симуляцион топшириқлар, критик фикрлашни ривожлантиришга қаратилган интерфаол электрон технологиялар кенг қўлланила бошланди. Тиббий таълимда катта маълумотлар (Big Data) тизимини жорий қилиш таълим стандартлари, технологиялари, дастурларини ўз ичига олган ҳолда ўқитиш жараёнининг барча босқичларини бошқариш, таҳлил қилиш ва башоратлаш имконини беради, лекин таълим олувчиларда бошқа инсонлар билан интеграция қила олиш, яъни когнитив кўникмаларини ижтимоий кўникмалари билан интеграциялаш (коммуникатив ва ижтимоий, ижодий) қобилиятига маълум бир миқдорда салбий таъсир қилиши мумкин.

Масофавий таълим технологиялари негизда, электрон ва симуляцион ўқитиш орқали таълим бериш тартиби ўз ичига маълумотлар базасига ахборот ресурсларини киритишни, сақлашни, янгилашни, таҳлил қилишни, таълим жараёнини бошқаришни, билимларни назорат қилишни, телекоммуникацион ва ахборот технологияларидан фойдаланишни, электрон-ахборот ва таълим ресурсларини олади. Бундай янги ўқитиш технологияларидан ташкил топган электрон ўқув материаллари таълим тизимини яхшилашга кўмаклашиши шубҳа уйғотмайди, ва тармоқли таълим технологияларида фаол қўлланилиши мумкин.

Симуляцияга асосланган ўқитиш мақсади амалий кўникмаларга эга бўлиш, уларни такомиллаштириш ва амалда қўллай билишни, жамоада ишлаш кўникмаларини шакллантиришга йўналтирилган. Симуляцияга асосланган таълимдан фойдаланиш ёш мутахассис учун зарур бўлган ҳам назарий билимлар даражасини ошириш, ҳам амалий кўникмаларга эга бўлишга ёрдам беради. Симуляция шароитларида кўникмаларни ўрганиш “оддийдан мураккабгача” тамойилида олиб борилиши шарт ва билимларга эга бўлишда маълум бир кетма-кетликни ҳамда қадамба-қадам босқичларни тақоза қилади. Бунда кўникмаларни ўзлаштириш тартиби ўз ичига қуйидагиларни олиши керак: маълум бир кўникмани умумий ўрганиб чиқиш, манипуляцияларни амалга ошириш босқичларини аниқлаштириш, босқичлар кетма-кетлигини белгилаш, ҳар бир ҳаракатни ўзлаштириб олиш, кўп учрайдиган хатоликларни аниқлаштириш ва ушбу хатоликларни камайтиришга ёрдам берадиган услубларни ўрганиш.

Шу билан бир қаторда, рақамли таълимга ўтиш жараёнида эътиборни қаратадиган маълум бир масалалар мавжуд. Масалан, симуляцион ва электрон ўқитиш технологияларини, роботлаштирилган, виртуал ва тўлдирилган реаллик технологияларини, тармоқли рақамлаштирилган услубларни, видео-маърузаларни тайёрлашда материалларнинг сифатига, аниқ кетма-кетликда берилишига, ўзгарувчанлигига катта эътибор қаратиш лозим, сабаби бир хил суратда, интерфаолсиз берилган маълумотлар ўқув материалининг ўзлаштирилиши сифатига жиддий таъсир қилади. Шубҳасиз, ўқув материалларини экспериментлар билан бойитиш, асбоблар ва ускуналарни намойиш қилиш, жараёни визуализациялаш ва шу каби бошқа қизиқарли усуллар билан таълим олувчига етказиб беришнинг роли жудда катта. Масалан, видео-маърузаларни ёзиб олишда реал ёки виртуал муҳитлардан фойдаланиш мақсага мувофиқ.

Замонавий таълим тизимида инновацион ўқитиш шакллари билан бирга анъанавий таълим шакллари ҳам ишлаб келмоқда. Инновацион, коммуникацион, рақамли таълим технологияларини жорий қилишда педагогик меросдан, тарихий таълим тизимлари потенциали, ўтмишдаги ва замонавий педагогларнинг илмий-педагогик ғояларидан оқилона фойдаланиш борасида ҳам

унутиш керакмас. Педагогик меросни ўрганиш замонавий тиббий таълимдаги қатор муаммоларни баҳолаш ва уларнинг ечими борасида фикрларни тақдим қилиш имконини беради. Ҳозирги вақтда рақамли таълим муҳитини ривожлантиришнинг муҳим шартларидан бири – бу педагогик меросни, шифокор-педагоглар, тиббиёт арбобларининг ва замонавий ўқитувчиларнинг ғояларини рақамли технологиялардан фойдаланган ҳолда асраб қолишдир.

Шундай қилиб, тиббий таълим тизимида замонавий инновацион таълим технологияларини умумий ва қўшимча ўқитиш шаклларига жорий қилиш орқали соғлиқни сақлаш тизими учун квалификацияли мутахассисларни тайёрлаш мумкин. Рақамли педагогикани янада ривожлантириш учун таълим муассаси қошида таълим технологиялари соҳасига оид онлайн-курслар ва онлайн-ўқитиш масалаларига мўлжалланган марказлар доимий тарзда фаолият юритиш ҳозирги вақт учун жуда зарур. Рақамлаштиришнинг устунликлари ва ижобий томонларини инобатга олган ҳолда компьютерлаштиришнинг инсон организмига ва руҳиятига таъсирини ҳам унутмаслигимиз даркор. Замонавий технологияларни таълим амалиётига жорий қилишдан олдин маълум бир вақт оралиғида керакли тадқиқотларни амалга ошириш, таълим технологияларини қўллаш борасида психологлар, клиницистлар фикрларини ўрганиш зарур, сабаби чуқур таҳлил қилинмаган замонавий технологиялардан фойдаланиш таълим олувчиларнинг ҳам соғлиғига, ҳам билим сифатига салбий таъсир кўрсатиши мумкин.

ИЗУЧЕНИЕ АНТИКАНЦЕРОГЕННОЙ АКТИВНОСТИ КЛОНИДИНА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ НА ПЕРЕВИВАЕМОЙ КЛЕТОЧНОЙ КУЛЬТУРЕ ГЛИОМЫ КРЫСЫ C6 IN VITRO

Гутник Ванесса Васильевна¹, Лепетило Данута Анатольевна²

¹ Студентка 5 курса лечебного факультета, ² студентка 5 курса педиатрического факультета
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

Введение

На сегодняшний день разработка способов замедления или даже остановки роста глиомы остается одной из основных проблем современной нейроонкологии. Жизнеспособность глиомы объясняется ее глубокой терапевтической устойчивостью, обусловленной геномной и клеточной гетерогенностью, высокой инфильтративной природой и рядом механизмов, которые обуславливают резистентность опухоли к радио- и химиотерапии. Актуальность темы обусловлена отсутствием на сегодняшний день высокоэффективных и радикальных методов лечения, потребностью в разработке новых методик ранней диагностики и эффективного лечения. Согласно имеющимся литературным сведениям на мембране некоторых опухолей головного мозга содержатся альфа2-адренорецепторы. Клонидин является препаратом агонистом альфа2-адренорецепторов. Актуальным в настоящее время представляется уточнение вопроса о поведении клеток глиальных опухолей при контакте их мембраны с раствором, содержащим разные концентрации клонидина (препарата агониста A2-AP), поскольку доказано, что рецепторы, чувствительные к клонидину, содержатся на мембране некоторых опухолей головного мозга.

Цель: изучение жизнеспособности и пролиферативной активности клеток глиомы C6 крыс при аппликации клонидином в концентрациях 1, 10 и 100 мкг/мл в эксперименте in vitro.

Объекты и методы

Исследование проведено на базе лаборатории нейрофизиологии ГНУ «Института физиологии НАН Беларуси» (Республика Беларусь, г. Минск) на перевиваемой культуре клеток глиомы C6 крысы, полученной из Российской коллекции клеточных культур позвоночных. Клетки культивировали (концентрация $2,0 \times 10^5$ клеток/мл) в чашках Петри с диаметром основания 30 мм в среде F10 с добавлением 10%-ной эмбриональной бычьей сыворотки и 0,1 мкг/мл раствора сульфата гентамицина. Чашки Петри размещали в CO₂-инкубаторе (ShellLab Series 3517, США) при 5% CO₂ и температуре 37°C. Через 24 часа после начала культивирования клеток глиомы C6 добавляли в центральную часть чашки Петри клонидин в концентрациях 1, 10 и 100 мкг/мл. Для сравнения результатов использовали интактную культуру клеток глиомы C6.

Оценку жизнеспособности культивируемых клеток осуществляли с помощью подсчета количества клеток на микроскопе Opton ISM-405 (Германия) при 16-кратном увеличении после предварительной окраски трипановым синим. Жизнеспособные клетки при этом не окрашивались. Жизнеспособность определялась по формуле: (количество живых клеток/общее количество клеток) * 100%. Для оценки статистических различий между независимыми выборками применялся U-критерий Манна Уитни. Изменение пролиферативной активности клеток проводили путем анализа прироста клеточной массы. Для этого до начала и через 24 часа после начала эксперимента осуществлялось фотографирование в месте метки трех случайно выбранных полей, после чего оценивалась разница в изменении клеточной массы. Для оценки достоверности различий между двумя выборками независимых измерений применялся непараметрический статистический тест T-критерий Вилкоксона.

Данные представлены в виде среднее $\pm$ стандартная ошибка среднего ($M \pm m$). Значения $p < 0,05$ считались статистически значимыми.

Результаты и обсуждение

При анализе жизнеспособности культивируемых клеток глиомы C6 крыс были получены следующие данные: в интактной группе жизнеспособность составила $93,63 \pm 0,89\%$, в группе 1 мкг/кг – $93,18 \pm 1,64\%$, в группе 10 мкг/кг – $95,42 \pm 0,98\%$, в группе 100 мкг/кг – $86,63 \pm 0,61\%$ ($p < 0,05$ по сравнению с интактной группой).

При изучении пролиферативной активности культивируемых клеток глиомы C6 крыс были получены следующие данные: в интактной группе прирост клеточной массы составил $458,67 \pm 49,10$

клеток, в группе 1 мкг/кг – $425,33 \pm 21,36$ клеток, в группе 10 мкг/кг – $476,33 \pm 43,80$ клеток, в группе 100 мкг/кг – $305,67 \pm 32,17$ клеток ($p < 0,05$ по сравнению с интактной группой).

Выводы

Раствор клонидина в концентрации 100 мкг/мл эффективен в целях замедления роста и развития клеток глиомы С6 крыс в эксперименте *in vitro*. В то же время при аппликации клонидином клеток глиомы С6 крыс в концентрациях 10 мкг/мл и 1 мкг/мл в эксперименте *in vitro* пролиферативная активность и жизнеспособность опухолевых клеток статистически значимо не изменяется. Исходя из полученных результатов можно предположить, что раствор клонидина в терапевтической концентрации 100 мкг/мл можно использовать не только как гипотензивное средство, но и для замедления роста и развития злокачественных опухолей головного мозга (глиом), что также требует дальнейшего изучения данного препарата в экспериментах *in vivo*.

ФАКТОРЫ РИСКА В РАЗВИТИИ СТРЕССОВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Бобожонов С.С. Бойназаров А.А., Комилов И.Г.

Кафедра нормальной и патологической физиологии
Кафедра факультативной и госпитальной терапии
Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Актуальность

Определено значение отдельных факторов риска в развитии стрессовых повреждений желудочно-кишечного тракта и эффективность современных профилактических мероприятий больным в период подготовки к сложному хирургическому лечению.

Доказано, что среди факторов риска наибольшую повреждающую значимость имеет длительная искусственная вентиляция легких и продолжительность искусственного кровообращения, а также развитие в послеоперационном периоде сепсиса и ДВС синдрома.

Среди анамнестических факторов наибольшее значение принадлежит рецидивирующей язвенной болезни и хроническому эрозивному гастродуодениту. Основными направлениями профилактики и лечения желудочно-кишечных осложнений являются антисекреторная терапия, направленная на поддержание pH выше 3,5 (до 6,0), и гастропро-текторная терапия, повышающая устойчивость слизистого барьера.

Цель исследования. Определить значение отдельных факторов риска в развитии стрессовых повреждений желудочно-кишечного тракта у больных в ранний период после кардиохирургических операций.

Материал и методы

Проведено исследование, включавшее ретроспективный анализ историй болезни 680 больных, оперированных в клинике АГМИ в 2018—2020 гг. по поводу хронической ишемической болезни и другой патологии сердца. Всем больным операции выполняли с использованием ИК и антеградной фармако-холодовой или тепловой кровяной кардиоплегии.

Результаты исследования

Общее количество больных с осложнениями в основной и контрольной группах составило 33 (4,8% от всех оперированных). При этом количество больных с осложнениями в основной и контрольной группах имело достоверные различия — 20 против 13 ($t = 3,8$). Сопоставление количества больных с геморрагическими осложнениями в основной и контрольной группах показало наиболее существенные различия: 17 против 6 ($t=5,8$) при соотношении риска (RR) 18,6.

По остальным видам осложнений (ишемический колит, гастродуоденальная дискинезия) в основной и контрольной группах достоверного различия не было ($t=2$). Анализ влияния отдельных факторов риска на развитие осложнений показал, что ведущее значение в развитии осложнений принадлежит факторам оперативного лечения и послеоперационного периода. Среди них ведущими оказались длительная искусственная вентиляция легких, длительное искусственное кровообращение, а также развитие ДВС синдрома, сепсиса (АР% = 98, 96, 96 и 95 соответственно).

Лечение глюкокортикоидами, длительное энтеральное питание также показали высокую причинную зависимость (АР%=93). Меньшее значение в развитии осложнений имели такие факторы как острая сердечная недостаточность, гипотензия, печеночная и почечная недостаточность. Среди анамнестических факторов наибольшее значение для развития осложнений со стороны ЖКТ принадлежало наличию в анамнезе рецидивирующей язвенной болезни (АР% = 95). Вторым по причинной значимости анамнестическим фактором развития осложнений являлось наличие в анамнезе хронического эрозивного гастродуоденита (АР = 90). Злоупотребление алкоголем, пожилой возраст больных, хроническая сердечная

недостаточность показали низкую вероятность причинной связи ($AP\% = 62, 53$ и 16 соответственно).

Вывод. Количество осложнений в группе риска в 5,6 раз превысило аналогичный показатель контрольной группы ($RR = 5,6$), поэтому выявление риск-факторов развития желудочно-кишечных осложнений и их профилактика является обязательной частью лечения этой тяжелой категории больных.

Среди факторов риска наибольшую повреждающую значимость имеет длительная искусственная вентиляция легких и длительное искусственное кровообращение, а в послеоперационном периоде — развитие сепсиса и ДВС синдрома.

Среди анамнестических факторов наибольшую повреждающую значимость имеют рецидивирующая язвенная болезнь и хронический эрозивный гастродуоденит. Основными направлениями профилактики и лечения желудочно-кишечных осложнений являются антисекреторная терапия, направленная на поддержание рН выше 3,5 (до 6,0), и гастропротекторная терапия, повышающая устойчивость слизистого барьера.

БЛОКАТОРЫ РЕЦЕПТОРОВ АТ I (БРА) — ПРЕПАРАТЫ ВЫБОРА В ТЕРАПИИ НПР, ПРОЯВЛЯЮЩИХСЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА АМИНОГЛИКОЗИДОВ И ЭТАМБУТОЛА У БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Бобожонов С.С.

Кафедра нормальной и патологической физиологии
Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Актуальность

Выбор препарата для лечения артериальной гипертензии (АГ) остается непростой задачей.

В настоящее время в распоряжении врачей имеется не менее 7 групп антигипертензивных препаратов, 5 из которых являются, согласно современным международным и отечественным рекомендациям, препаратами первого ряда. С одной стороны, наличие множества препаратов обеспечивает врачу широкие возможности индивидуального подбора необходимого лечения в каждом отдельном случае, а с другой стороны, порождает проблему выбора конкретного лекарства.

Этот выбор необходимо осуществлять с учетом множества факторов, среди которых как особенности пациента и течения его болезни, так и свойства лекарственного препарата.

Цель исследования

Выбор препарата для лечения нежелательных побочных реакций (НПР), проявляющихся в виде артериальной гипертензии (АГ) с минимальным риском побочных действий на организм больного с впервые выявленным туберкулезом легких на фоне приема аминогликозидов и этамбутола. Достижение целевого уровня АД 110/60—70 мм рт.ст. — 120/70—80 мм рт.ст. с целью снижения риска кровохарканья как одного из угрожающих жизни больного туберкулезом легких симптомов.

Материалы и методы

С 10 января по 29 июля 2019г. была выбрана группа из впервые поступивших 104 больных, имевших документальные данные об отсутствии в анамнезе АГ в виде выписок из амбулаторных карт и ИБ стационаров: 69 мужчин, 22—47 л., $n=45,8$ л., ИМТ $\leq 17,4$; 35 женщины, 22—43 л., $n=36,4$ л. ИМТ $\leq 17,8$ с впервые выявленным туберкулезом легких.

Результаты исследования

С первого дня больным были назначены режимы IIБ и IV химиотерапии противотуберкулезными препаратами (ХТ ПТП), принимающими изониазид (Н) (ГИНК) 0,9г/сутки и этамбутол (Е) 0,45—0,60 г/сутки 4—12 месяцев и аминогликозиды (канамицин, стрептомицин, флоримицин, амикацин) по 1,0 г/сутки внутримышечно до 3,5—4 месяцев. Соблюдалось правило непрерывности приема ПТП установленных согласно лекарственной чувствительности *M. tuberculosis*. В амбулаторных картах 31 больного отмечена АГП, гр. риска 2, связанная с приемом (Н) ГИНК за 1,5—4 месяца до госпитализации в ГБУ РО «СТБ» без других хронических заболеваний.

Все больные по поступлению проходили физикальный, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенологический, бактериологический и биохимический контроль, сбор анкетного анамнеза, на 3—8-е сутки от начала приема Н (ГИНК) у всех больных отмечен подъем САД ≥ 140 —150 мм рт.ст. и ДАД ≥ 90 мм рт.ст. Привычное АД до приема Н (ГИНК): 110—125/75 мм рт.ст. Амлодипин 5—10 мг/сутки в комплексе гипотензивной терапии получали все. В моче отмечены альбуминурия у 31 (33,6%) с микрогематурией у 14 (13,5%), отечность стоп и нижних 1/3 голеней у 22 (21%), пастозность лица — у 27 (26%) больных. Амбулаторно были назначены торасемид 10 мг/сутки, верошпирон 50—100 мг 3 раза/сутки, калий-нормин 1000 мг 1 раз/сутки.

Нефротоксичность аминогликозидов и этамбутола потенцировала побочное свойство амлодипина — вызывать периферические отеки и пастозность. В стационаре амлодипин был отменен, назначены блокаторы рецепторов ангиотензина II пролонгированного действия: телмисартан («Микардис») 40 мг (у 9), лозартан 50 мг («Блоктран», «Лориста» у 13) и

валсартан 80мг («Нортиван» у 9) по 1 табл./сутки. Отеки сошли на 4—5-е сутки, тогда же был отменен верошпирон, пастозность лица — у 5 на 6-е сутки, через месяц прошла у всех. Торасемид отменен на стабилизации АД =110—125/75 мм и полного исчезновения отеочного синдрома рт.ст. — при приеме телмисартана на 2—4-е сутки, при приеме лозартана и валсартана на 4-е сутки, константная стабилизация АД =110—125/75 мм рт.ст. на 3—5 неделях. Стабилизация ЧСС наступила на 1,5—2-й неделе лечения и калий-нормин был тоже отменен. Побочные действия, как при ИАПФ — сухой кашель, диспноэ, ринит — при приеме антагонистов рецепторов ангиотензина II (БРА) (АТ1-подтипа) не наблюдались.

Преимуществом БРА является то, что частота побочных эффектов при их пользовании практически приравнивается к использованию плацебо. Головная боль, головокружение и слабость, возможные в 1% случаев, в нашем исследовании не наблюдались. БРА введена нами в дополнительную группу препаратов кардиометаболической сосудистой протекции из-за того, что при длительном их применении возможно обратное развитие ГЛЖ у больных туберкулезом легких, страдающих еще и АГПст., и то свойство БРА, что их метаболиты способны уменьшать экскрецию альбуминов больных АГ с мочой и при диабетической нефропатии, довольно часто встречающейся у больных, длительно болеющих деструктивными формами туберкулеза легких и получающих препараты резервных групп, негативно влияющих на функцию поджелудочной железы. Еще один положительный фактор: блокаторы рецепторов ангиотензина II пролонгированного действия не оказывают негативного влияния на обмен пуринов, метаболизм глюкозы и на липидный состав крови.

Вывод. Группа блокаторов рецепторов ангиотензина II пролонгированного действия (БРА): телмисартан, валсартан и лозартан — является наиболее рациональным выбором препаратов при лечении НПР в виде артериальной гипертензии и достижении целевого уровня АД 110/60—70 мм рт.ст. — 120/70—80 мм рт.ст. на фоне необходимого длительного приема аминокликозидов и этамбутола.

КЛИНИЧЕСКИ СКРЫТЫЕ ФОРМЫ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: СИНДРОМ ГИПЕРКОРТИЦИЗМА

Бобожонов С.С. Бойназаров А.А. Хабибуллаев Ш.Р.

Кафедра нормальной и патологической физиологии
Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Актуальность

Синдром Иценко – Кушинга – состояние, возникающее вследствие длительного воздействия на организм избыточной секреции кортизола корой надпочечников. Данное состояние крайне редко встречается у беременных, поскольку гиперкортицизм вызывает овуляторные нарушения и приводит к относительному бесплодию.

Кроме того, гиперкортицизм увеличивает частоту спонтанных аборт, перинатальной смертности, преждевременных родов и внутриутробной задержки роста плода. Имеются объективные сложности, затрудняющие диагностику этого заболевания во время беременности. В настоящее время в мире описано около 150 случаев эндогенного гиперкортицизма при беременности.

Представляем случай синдрома Иценко – Кушинга, выявленного и пролеченного во время беременности, закончившейся рождением ребенка в срок.

Цель исследования

Определить относительную частоту встречаемости клинически скрытого СГ в российской популяции пациентов с СД 2 типа; сравнить метаболический профиль больных СД 2 типа с верифицированным клинически скрытым СГ и больных СД 2 без СГ.

Материалы и методы

Обследовано 128 больных СД 2 типа без специфических признаков СГ (характерные стрии, проксимальная мышечная слабость, нетравматичное образование экхимозов, плетора лица).

Результаты исследования

Диагностика СГ включала три последовательно выполняемых этапа. I этап — скрининговый — выполнение всем больным ночного супрессивного теста с 1 мг дексаметазона (СТД 1 мг). II этап — подтверждение СГ в случае положительного результата СТД 1 мг: измерение свободного кортизола в суточной моче, кортизола плазмы в 24.00 и расчет коэффициента циркадного ритма секреции кортизола. III этап — в случае получения хотя бы одного результата выше нормы, определение формы СГ: концентрация адренокортикотропного гормона (АКТГ) плазмы в 08.00, супрессивный тест с 8 мг дексаметазона (СТД 8 мг), визуализирующие методы исследования.

Диагностированы следующие формы СГ: 3 пациентки имели АКТГ-зависимый СГ (выполнено оперативное вмешательство); 1 пациентка — АКТГ-независимый СГ (отказ от оперативного вмешательства). У 9 больных были получены неоднозначные результаты:

1 больной — двусторонние аденомы надпочечников с автономной гиперсекрецией глюкокортикоидов,

2 больных — односторонняя узелковая гиперплазия надпочечника с автономной гиперсекрецией глюкокортикоидов, у 6 — автономная гиперсекреция глюкокортикоидов без морфологического субстрата, всем пациентам было рекомендовано наблюдение.

По результатам наблюдения через год у пациентки с АКТГ-независимым СГ имела место отрицательная динамика: выросли значения свободного кортизола в суточной моче и кортизола плазмы в 24.00, нарушился ритм секреции кортизола, повысились показатели HbA1c, ИМТ, АД.

У остальных 9 пациентов ранее зафиксированной автономной гиперсекреции не наблюдалось. Согласно проведенному статистическому анализу, пациенты с СГ по сравнению с пациентами без СГ не имели более высоких показателей гликемии натощак, HbA1c, липидограммы, АД и др., которые потенциально могли бы ухудшить прогноз заболевания.

Вывод. Относительная частота встречаемости клинически скрытого СГ составила 3,1%, что согласуется с мировыми данными. В 1/4 случаев идет прогрессирование клинически скрытого СГ, проявляющееся более выраженным нарушением ритма секреции кортизола, а также более тяжелым течением СД и АГ. Анамнез заболевания СД 2 типа, лабораторные показатели углеводного, липидного обменов, уровни АД не имеют статистически значимых различий между пациентами с клинически скрытым СГ и без него.

Необходимы дальнейшие исследования, направленные, во-первых, на изучение относительной частоты встречаемости клинически скрытого СГ в других специфических популяциях пациентов, во-вторых, подтверждение полученных результатов на более больших выборках пациентов с клинически скрытым СГ.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ В ОБЛАСТИ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ-ВАЛЕОЛОГОВ И ПРОДВИЖЕНИИ ИДЕЙ ЗОЖ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Борисова Т.С., заведующий кафедрой гигиены детей и подростков

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск,
Республика Беларусь

К числу ведущих проблем современного общества относятся колоссальные изменения образа жизни, кризисная демографическая ситуация и прогрессирующее ухудшение состояния здоровья населения, главным образом за счет роста неинфекционных заболеваний (НИЗ). Одной из причин сложившейся ситуации является широкая распространенность поведенческих факторов риска. Результаты STEPS-исследования (2016г), проведенного в нашей стране показали, что почти 1/2 мужчин (47,8%) и 1/3 женщин (33,7%) в возрасте 18-69 лет имеют три и более поведенческих фактора риска НИЗ. Оптимальным решением данной проблемы является пересмотр позиций здравотворчества и поиск более эффективных путей здоровьесбережения, прежде всего, через формирование здорового образа жизни (ФЗОЖ) населения.

Ведущая роль в системе ФЗОЖ отводится медицинским кадрам, координирующим данный вид деятельности, разрабатывающим теорию и практику гигиенического воспитания, обучающим специалистов других ведомств и непосредственно осуществляющим гигиеническое обучение и воспитание населения. Эффективность работы по ФЗОЖ населения напрямую зависит от профессионализма специалистов её организующих.

Подготовка врачей в области ФЗОЖ населения в Республике Беларусь реализуется на медико-профилактическом факультете медицинского ВУЗа. Система подготовки предусматривает изучение базового курса валеологии на I ступени высшего образования (фундаментальная подготовка) и последующее его закрепление в рамках специализированного курса в субординатуре (углубленный практико-ориентированный уровень), а также через интегративные взаимосвязи с другими дисциплинами (физиология, анатомия, биология и основы генетики, радиационная медицина и экология, гигиена, клинические дисциплины и др.) и путем дополнительного образования. Дальнейшее совершенствование профессиональных компетенций предусматривается в рамках прохождения интернатуры на базе территориальных центров гигиены и эпидемиологии (постдипломное образование).

Базовый и специализированный курсы дисциплин направлены на валеологизацию знаний будущих специалистов и выработку валеогенного мышления; создание мотивации к ЗОЖ; приобретение навыка донозологической диагностики, обоснования валеологического прогноза и разработки научно обоснованных рекомендаций по коррекции образа жизни и формированию ЗОЖ; обучение методологии пропаганды ЗОЖ, осуществления социально-гигиенического мониторинга и оценки состояния здоровья населения на популяционном уровне, обоснования приоритетных направлений профилактической деятельности организаций здравоохранения административной территории и оценки эффективности осуществляемых профилактических мероприятий; оказание организационно-методической помощи и координации деятельности медицинских и немедицинских сил и средств в области ФЗОЖ населения; применение современных технологий формирования здоровьесберегающего поведения населения.

Эффективной формой подготовки медицинских кадров в рассматриваемом аспекте деятельности является также волонтерское движение и участие студентов в реализации профилактических проектов. Подготовка студентов-волонтеров по вопросам ФЗОЖ осуществляется как в очной, так и дистанционной (заочно) форме с использованием информационных ресурсов сети Internet. Тематика программы ориентирована на актуальные аспекты ФЗОЖ населения страны, а также знакомство с новейшими подходами по формированию ЗОЖ в организованных коллективах детей и подростков (технология «равный обучает равного», интерактивные формы работы в малых группах, геймификация обучения, форум-театр и др.). Итогом обучения становится разработка мультимедийных презентаций и программы тренинговых занятий, защита подготовленного материала на кафедре и апробация его в организованном детском коллективе в рамках реализации профилактических проектов.

Кафедрой накоплен опыт и разработана с учетом национальных особенностей методология реализации профилактических проектов в организованных детских коллективах при активном участии студентов-волонтеров. Это позволяет не только закрепить полученную теорию и отшлифовать формирование понятийно-терминологического аппарата, принятых в валеологии, но

и в реальных условиях отработать методики применения системы оценок и критериев, характеризующих здоровье населения, а также методологии, концептуальных теоретических и наиболее актуальных практических аспектов формирования ЗОЖ населения, т.е. не только сформировать, но и приобрести навык практического применения профессиональных компетенций врача-валеолога.

Таким образом, накопленный кафедрой гигиены детей и подростков опыт позволяет констатировать, что формирование здорового образа жизни среди студентов медицинского вуза через развитие их профессиональных компетенций достаточно эффективный путь здоровьесбережения не только обучающейся молодежи, но и всего населения. Подобный опыт организации образовательного процесса в ВУЗе обеспечивает действенность взаимосвязанных валеологической, воспитательной и образовательно-развивающей функции образования, но при этом еще и реализацию его здоровьесберегающей направленности, а также решение одной из наиболее актуальных задач современной профилактической медицины – эффективное продвижение идей ЗОЖ среди населения страны.

БЎСТОНЛИҚ ТУМАНИДА COVID 19 ИНФЕКЦИЯСИГА ҚАРШИ ПРОФИЛАКТИК ЭМЛАШ ТАДБИРЛАРИ

Кучкарова Б.К¹., Матназарова Г.С²., Расулов Ш.М³.

¹Тошкент тиббиёт академияси эпидемиология кафедраси 1 - курс магистри

²Тошкент тиббиёт академияси эпидемиология кафедра мудири т.ф.д.

³Тошкент тиббиёт академияси эпидемиология кафедраси докторанти (PhD)
(Ўзбекистон, Тошкент ш.)

COVID 19 инфекцияси 2019 йил янги аниқланган вирус тури бўлишига қарамасдан миллионлаб инсонлар ҳаётига, турмуш шароитлари, соғлиғига етарли даражада талофат етказди. ССВнинг расмий (<http://ssv.uz>) сайтида ва телеграм тармоғидаги (<https://t.me/koronavirusinfouz>) электрон манзилида берилган маълумотларга кўра Ўзбекистон бўйлаб 2021 йил 9 майгача 95759 нафар фуқаро ушбу инфекция билан оғриган. Шундан 3085 нафар бемор даволаниш жараёнида, шу кунгача жами 662 нафар ўлим ҳолати кузатилди, Тошкент вилояти Бўстонлиқ туманида эса бу инфекция билан зарарланганлар 1275 нафарни, соғайганлар 1223 нафарни ташкил қилади, шундан 11 нафар беморда касаллик ўлим билан тугаган. Соғайиш кўрсаткичи Ўзбекистон Республикаси бўйича 95 %ни, Бўстонлиқ тумани бўйича 95,9 %ни ташкил қилади. COVID 19 инфекцияси ҳозирги кунгача глобал муаммо қаторида қолмоқда. Шу сабабдан ҳам ЖССТ профилактик чора тадбирларни кучайтириш, бутун дунё бўйлаб инсонларда ушбу инфекцияга қарши иммунитет ҳосил қилиш мақсадида вакциналар воситасида эмлаш тадбирларини олиб бормоқда. Жаҳонда коронавирус инфекциясини бутунлай енгиш учундунё аҳолисининг 75 % қисми тўлиқ эмланиши кераклиги айtilган (<https://www.rosbalt.ru/world/2021/02/06/1886057.html>). Бу эса эмлаш жараёни ҳозирги суръатда давом этганда ўртача етти йил муддатни талаб қилади.

COVID 19 инфекциясига қарши қўлланилаётган вакциналар орасида AstraZeneca дунё бўйлаб 83, Pfizer/BioNTech 74 та, Спутник V вакцинаси 51та, Moderna 41та, SinoPharm/Beijing/Wuhan 20 та, Sinovac 17та, Covaxin 11та, Johnson&Johnson 3та, “ЭпикВакКорона” вакцинаси эса 2та мамлакатда рўйхатдан ўтказилган.

Ўзбекистон Республикасида AstraZeneca, Спутник V, ZF-UZ-VAC 2001 вакциналари билан эмлаш ишлари олиб борилмоқда. Бепул эмлаш ишлари биринчи навбатда 65 ёшдан ошган кекса ва нуронийлар, сурункали касалликлари бўлган шахслар, аҳоли билан бевосита бирламчи мулоқотда бўладиган касб фаолиятидагилар, шу жумладан тиббиёт соҳаси ходимлари, мактаб ўқитувчилари, ҳуқуқ тартибот орган ходимлари ва ҳарбий хизматчиларда олиб борилади. Тошкент вилояти Бўстонлиқ туманида жами 14та эмлаш пунктлари ташкил қилинган бўлиб, бу пунктлар барча шароитларга эга.

Эмлаш тадбирларини амалга ошириш пайтида ушбу вакциналарни ишлаб чиқарган ташкилотнинг тавсияларига амал қилиниши, масалан ОИВ инфекциясига ёки аутоиммун касалликларига чалинган шахсларни, анамнезда оғир аллергия реакциялари мавжуд бўлган шахсларни, ҳомиладорларни, эмизикли аёлларни, 18 ёшгача бўлган аҳоли қатламини ва COVID 19 инфекциясига чалинган беморлар билан яқин контактда бўлган шахслар карантин (14 кун) муддатгача, шифокор кўригидан ўтмасдан эмланмайди. Ҳар қандай ҳолатда ҳам эмлаш тўғрисидаги қарор тиббий кўрик натижасига кўра қабул қилинади.

Бўстонлиқ тумани ҳудудида истиқомат қилувчи аҳолида 65 ёшдан юқори нуронийлар 8847 нафарни, тиббиёт ходимлари 1576 нафарни, умумий ўрта таълим мактаб ўқитувчилари 2799 нафарни, мактабгача таълим тизими ходимлари 524 нафарни ташкил қилади. 2021 йил 6 май кунига қадар шундан туман бўйлаб 14 та эмлаш пунктларида 65 ёшгача бўлган аҳолининг 951 нафари, бу эмланиши лозим бўлганларнинг 10,75 %и, 1066 нафар тиббиёт ходимларида, кўзланган натижанинг 67,6 %и, 81 нафар сурункали касаллиги бор шахсларда, 684та ўқитувчи, жами ўқитувчиларнинг 24,4 %и ва 53та МТТ ходимлари, режалаштирилган ходимларнинг 10,1 %ида эмлаш тадбирлари ўтказилди.

Апрель ойи мобайнида AstraZeneca билан 1415 нафар, ZF-UZ-VAC 2001 билан 2032 фуқаро эмланган. Вакцина қабул қилинган фуқароларнинг ҳозирги кундаги ҳолати яхши, оғир кўринишдаги ножўя таъсирлар кузатилмаган.

Хулоса ўрнида айтиш мумкинки, касалликка қарши эмлаш тадбирлари тарғибот қилиш орқали ва чет давлатлардан вакцина олиб қилишнинг кўпайтирилиши ҳисобига ҳозирги кунда эмлаш қамрови кенгайиб бормоқда.

АКТУАЛЬНОСТЬ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ У ДЕТЕЙ

Бойназаров А.А., Сайдуллаева К.М

Ферганский медицинский институт общественного здоровья.

Кафедра "Нормальной и патологической физиологии".

Кафедра "Гигиена питания, детей и подростков".

Несмотря на большие успехи в изучении острых респираторных заболеваний у детей, сохраняется высокий уровень заболеваемости пневмонией в детском возрасте, встречаются ошибки ее диагностики и лечения.

Для улучшения сложившейся ситуации изданы практические руководства по пневмонии у детей. Однако специалисты, участвующие в подготовке данных документов, отмечают недостаточный уровень доказательности многих положений и необходимость дальнейших исследований.

Большинство проведенных исследований было направлено на изучение тяжелых внебольничных пневмоний и возникающих при них осложнений. Однако легкие и среднетяжелые формы внебольничных пневмоний, преобладающие в амбулаторной практике, ставят перед исследователями не менее серьезные задачи.

За последние годы критерии диагностики пневмонии у детей претерпели определенные изменения. По заключению экспертов ВОЗ в современных условиях диагностика пневмоний не может основываться на мало специфичных клинических симптомах. Наибольшее значение из всех используемых клинических признаков имеет сочетание фебрильной температуры и одышки при условии отсутствия признаков бронхиальной обструкции. Однако есть определенные сомнения в надежности этих критериев для легкой и пневмонии, поскольку они могут наблюдаться и при других болезнях дыхательных путей у детей до 5 лет.

Рентгенография грудной клетки всегда считалась «золотым стандартом» диагностики пневмоний. Инфильтративные (очаговые и долевы) изменения в легочной ткани обычно связывали с бактериальной пневмонией, а интерстициальные - с вирусной.

Исследования последних лет показали возможность инфильтративных изменений у детей с подтвержденной вирусной пневмонией, и бесперспективность использования рентгенологических признаков для ориентировочной этиологической диагностики пневмонии. Тем более что сама интерпретация рентгенологических изменений у детей с предполагаемой внебольничной пневмонией широко варьирует даже у опытных специалистов и остается большой проблемой.

Однако есть сторонники использования таких рентгенологических признаков как четкость и интенсивность инфильтративных изменений для дифференциальной диагностики "типичных" и "атипичных" пневмоний.

Диагностики нетяжелых внебольничных пневмоний в амбулаторных условиях современные руководства предлагают использовать наиболее достоверные клинические признаки, рентгенографию легких и общий анализ крови. Хотя уровень лейкоцитоза более $10 \times 10^9/\text{л}$, а по некоторым данным выше $15 \times 10^9/\text{л}$, как маркер бактериальной пневмонии оспаривается.

Известно, что пневмония в детском возрасте является полиэтиологичным заболеванием. Возбудителями инфекции при пневмонии могут быть как типичные бактериальные агенты (*Streptococcus pneumoniae*), так и атипичные возбудители (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*) и респираторные вирусы.

В этиологической структуре внебольничных пневмоний у детей до 5 лет ведущая роль принадлежит вирусам и *Streptococcus pneumoniae*, а у детей старше 5 лет возрастает роль *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydia pneumoniae*, которые по частоте конкурируют с *S. pneumoniae*.

Этиологическая диагностика внебольничной пневмонии остается серьезной проблемой, причем не только из-за того, что нет надежных клинических и рентгенологических критериев, а возможности врача амбулаторной практики ограничены более узким спектром лабораторных методов исследований. Существуют объективные трудности в определении этиологической структуры внебольничной пневмонии, связанные с выполнением лабораторных исследований у больных без четко доказанного диагноза пневмонии.

Сложности лабораторной этиологической диагностики обусловлены чрезвычайной требовательностью пневмококка к условиям культивирования и транспортировки материала для

исследования. В свою очередь, детекция атипичных возбудителей сопряжена с возможностью получения «ложноположительных» или «ложноотрицательных» результатов. В этой связи в интерпретации результатов лабораторной диагностики возможны ошибки, что, безусловно, не способствует принятию правильных терапевтических решений.

Несомненным залогом успешного лечения внебольничной пневмонии является адекватность выбранного антибиотика ее этиологии, учитывающая также уровень резистентности возбудителя к выбранному препарату.

Поскольку в амбулаторной практике принято пользоваться эмпирической антибактериальной терапией, сведения об этиологической структуре пневмонии и уровне резистентности возбудителей к антибактериальному препарату должны периодически обновляться. Однако подобные исследования давно не проводились в нашей стране, тем более у детей с легкой и пневмонией.

Нельзя не учитывать тот факт, что при выполнении исследований, направленных на выявление этиологически значимого агента, используются методы, обладающие разной чувствительностью и специфичностью, а материал для исследований (кровь, мазки из зева и трахеальные аспираты) не всегда надежен.

Несмотря на то, что основные принципы рациональной антибактериальной терапии сформулированы в современных руководствах по внебольничной пневмонии и рекомендациях по антибактериальной терапии у детей в амбулаторных условиях, до сих пор нет согласованного мнения по поводу того, какие антибактериальные препараты являются препаратами первой и второй линии при лечении внебольничной пневмонии. Не меньшей проблемой остается внедрение указанных руководств в практическое здравоохранение и следование принципам рациональной антибактериальной терапии.

В этиологической структуре внебольничной пневмонии средней тяжести наряду с пневмококком выявлен высокий уровень инфекции, вызванной *M. pneumoniae*, подтвержденной двумя методами диагностики.

Обоснована возможность дифференциальной диагностики пневмококковой и «атипичной» пневмонии по клиническим признакам.

Отсутствие у детей с пневмонией сочетания фебрильной температуры и одышки позволяет с высокой долей вероятности исключить пневмококковую пневмонию и назначить макролидный антибактериальный препарат.

Показано, что рентгенологические признаки, выявляемые при внебольничной пневмонии, нельзя использовать для ориентировочной этиологической диагностики «типичной» и «атипичной» пневмонии.

Подтверждено, что штаммы *S. pneumoniae*, выделенные от детей с пневмонией, сохраняют чувствительность к препаратам пенициллинового ряда и макролидам на уровне, достаточном для их применения в качестве эмпирической антибактериальной терапии.

Выявлены типичные ошибки лечения каждого третьего больного с пневмонией в амбулаторных условиях.

Установлено, что лечение пневмонии в соответствии с принципами рациональной антибактериальной терапии обеспечивает достижение терапевтического эффекта у большинства детей с внебольничной пневмонией. Однако при пневмонии, вызванной атипичными возбудителями, требуется коррекция лечения с заменой исходной терапии аминопенициллинами на макролидные препараты.

ГИРУДОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРОЦЕССОМ В ПАРОДОНТЕ

Церекова А.А., Дзгоева З.Г., Кокоев А.Б., Тибилова Ф.Л.,

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, г. Владикавказ, Россия

Несмотря на наличие значительного количества исследований, недостаточно изученной на современном этапе остается роль фоновых расстройств гемодинамики в возникновении и особенностях течения воспалительных процессов в тканях зубочелюстной системы [1].

Целью исследования явилось изучение особенностей течения и оптимизация терапии хронического генерализованного пародонтита у пациентов с гипертонической болезнью.

Проведено обследование и лечение больных с хроническим генерализованным пародонтитом, средней степени тяжести, в первой группе с фоновой ГБ (75 человек), во второй группе пациенты с ХГП, но с фоновым нормальным АД (30 человек).

Клинические проявления хронического генерализованного пародонтита у всех пациентов со средней степенью тяжести процесса, до начала лечения сопровождались нарушением общего состояния. Характерными были жалобы на слабость (47,6%), нарушения сна (35,2%), снижение работоспособности (27,6%), чувство тревоги за здоровье (23,8%), неуверенности в себе (23,8%) и др.

На кровоточивость десен при чистке зубов и приеме пищи указывало подавляющее большинство пациентов I (80,0%) и II (56,7%) групп. У остальных пациентов I и II групп кровоточивость наблюдалась периодически. При чистке зубов боли в области воспалительного процесса отмечали пациенты I (69,3%) и II групп (53,3%). На частые ноющие боли в области воспалительного процесса предъявляли жалобы 30,0% пациентов I группы и 23,3% - второй. Более чем у половины пациентов I-ой (57,3%) и II-ой групп отмечена болезненность при пальпации. Почти все пациенты жаловались на неприятный запах изо рта. Давность болезни у пациентов с ХГП составляла от 7 до 14 лет.

Изучение стоматологического статуса выявило диффузную генерализацию воспалительного процесса в регионе маргинального края десны у разных групп зубов обеих челюстей, у всех пациентов отмечены над- и поддесневые зубные отложения. Практически у каждого пациента I группы с ХГП и фоновой ГБ, отмечены характерные для патологического процесса пародонтальные карманы, глубина которых составляла 4-5 мм. Более, чем у половины пациентов I группы с ГБ (59,04%) отмечено гнойное отделяемое из пародонтальных карманов, характер отделяемого у остальных оказался серозным. Во второй группе, с нормальным АД, число пациентов с гнойным отделяемым из пародонтальных карманов составило 43,3%, а серозные отмечены у 26,7%.

Индекс гигиены полости рта по Федорову-Володкиной был повышенным и у пациентов I группы в среднем равнялся $2,89 \pm 0,32$, во II - $2,67 \pm 0,41$. При этом только у 9,3% пациентов I группы и у 16,7% во II-ой гигиеническое состояние полости рта было удовлетворительным, индекс гигиены не превышал 2,0. У остальных индекс гигиены в среднем в I группе был равным $3,24 \pm 0,29$, во II-ой - $3,08 \pm 0,17$, что указывало на плохой уровень гигиены полости рта. Проба Шиллера-Писарева у всех пациентов с ХГП оказалась положительной, подтверждая наличие воспалительного процесса. В обеих группах у пациентов с ХГП на рентгенограммах отмечалась резорбция и остеопороз межзубных перегородок по косому типу на 1/3 их длины, наличие костных пародонтальных карманов.

Пациентам всех групп с ХГП назначалось стандартное комплексное стоматологическое лечение. Обучались правилам чистки зубов, проводились беседы о необходимости соблюдения гигиены полости рта.

В комплексную программу стандартных лечебных мероприятий у 40 пациентов первой группы (Ia), включалась гирудотерапия, для сравнения оценивалась эффективность традиционного лечения у 35 пациентов первой группы (Iб), категорически отказавшихся от использования медицинских пиявок. Во второй группе сравнения, больные с ХГП, но нормальным АД, также получили лишь комплекс стандартных традиционных методов лечения.

У большинства пациентов с фоновой ГБ, Ia группы, с включением гирудотерапии в

комплекс стандартных методов лечения, купирование воспалительных явлений в пародонте наступило значительно раньше, на что указывали и показатели РМА, КПИ и ПИ, достоверно отличавшиеся от исходных величин уже на 6-7 сутки после начала лечебных мероприятий с применением медицинских пиявок. Положительная динамика лабораторных показателей, указывающая на снижение воспалительных явлений в пародонте у больных Ib группы, которым гирудотерапия не проводилась, регистрировалась только через 11-12 суток. При этом большинство показателей активности воспалительного процесса в Ib группе существенно превышало аналогичные значения пациентов и Ia группы и второй группы, что указывало на весомый вклад нарушений системной гемодинамики при фоновой гипертонической болезни в характер кровоснабжения тканей пародонта, проявляющийся ухудшением метаболических процессов в тканях, более тяжелым течением патологических процессов, торпидных к стандартной терапии, что обуславливает необходимость поиска новых эффективных методов лечения.

АНАЛИЗ ПРОЯВЛЕНИЙ СОННОГО ПАРАЛИЧА СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Гутник Ванесса Васильевна

Студентка 5 курса лечебного факультета
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Сонный паралич (СП) – состояние полного или частичного паралича мышц, возникающее во время засыпания или реже во время пробуждения. В данном состоянии человек обездвижен, не может говорить и не способен открыть глаза, однако способен контролировать движения глазами. Согласно исследованиям, среди населения хотя бы раз в жизни сонный паралич испытало 7,65 % людей. При этом студенты чаще подвержены случаям сонного паралича: среди них его испытало 28,3 %.

Сонный паралич имеет две формы и обычно продолжается от нескольких секунд до 2 минут. Он неприятен, но, по современным представлениям, безвреден. В первом случае он наступает при засыпании, в момент осознанного мозгом попадания в фазу быстрого сна (при нормальном засыпании мозг прекращает функцию бдительности за несколько секунд до паралича, тем самым человек почти никогда не помнит, как засыпает).

Вторая и наиболее распространённая форма сонного паралича возникает при пробуждении. Она сопровождается такими симптомами, как ощущение безрассудного страха (боязнь смерти, летаргический сон, кошмары, присутствия вблизи посторонней, враждебной сущности), удушья и нехватки воздуха, дезориентация в пространстве, ложные движения тела (человеку может казаться, что он переворачивается с одного бока на другой, хотя на самом деле лежит на месте), учащение сердцебиения.

Эпизоды паралича часто сопровождаются различными (сенсорными, слуховыми и т.д.) галлюцинациями. Также встречается такой вид галлюцинаций, как вестибулярно-моторный, включающий движение вокруг и ощущение себя вне тела. Эпизоды СП обычно связаны с чувством страха (по некоторым данным 90% случаев). Одним из основных отличий сонного паралича от других состояний, таких как сновидения и ночные кошмары, является тот факт, что человек не спит во время данного состояния.

Ранее считалось, что сонный паралич появляется только в контексте нарколепсии, однако на данный момент известно, что часть здоровых людей также имеют его эпизоды.

Этиология СП по-прежнему остается до конца не изученной, однако выявлены потенциальные факторы риска, такие как употребление психоактивных веществ (ПАВ), тяжелые стрессовые состояния, заболевания, нерегулярный сон и др. Поскольку студенты часто подвержены тяжелой учебной нагрузке, нерегулярному сну и др. факторам риска СП, то изучение распространенности данного феномена среди студентов-медиков представляет собой значительный интерес.

Цель: изучение особенностей распространенности, проявления и взаимосвязи с наследственностью СП среди студентов-медиков.

Материалы и методы

В исследовании приняло участие 220 студентов 3 курса Белорусского государственного медицинского университета (БГМУ) в возрасте от 19 до 22 лет. Студентам предлагалось заполнить анонимную анкету, в которой они должны были ответить на вопросы, известно ли им такое состояние, как СП, наблюдалось ли оно у них, если да, то уточнялась частота встречаемости, приблизительный возраст, когда впервые испытали СП, чувства, которые испытывались во время СП, имелись ли какие-то причины (факторы риска), предшествующие данному состоянию, а также уточнялось про встречаемость подобного состояния среди близких родственников.

Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программы Microsoft Excel 2016.

Результаты и их обсуждение

При анализе анкет установлено, что 65% (143 чел.) студентов Белорусского государственного медицинского университета осведомлены о таком состоянии, как СП, при этом 23,6% студентов (52 чел.) ощутили данное состояние. Дальнейший анализ данных проводился среди тех

опрошенных, кто испытывал СП. Среди них только 86,5% (45 чел.) знали, что это состояние является именно СП.

При анализе частоты встречаемости данного состояния получены следующие данные (рис. 2): однажды – 51,9% (27 чел.), редко (5-10 раз за жизнь) – 34,6% (18 чел.), часто (каждый год по пару раз) – 9,6% (5 чел.), очень часто (практически ежемесячно) – 3,9% (2 чел.). Средний возраст, когда впервые опрошенные отметили у себя СП, составил $14,4 \pm 3,27$ лет. Основные чувства, которые испытали студенты во время СП: ужас – 67,3% (35 чел.), затруднение дыхания – 46,2% (24 чел.), давление (в груди) – 40,4% (21 чел.), присутствие кого-либо – 38,5% (20 чел.), ощущение движения тела – 28,8% (15 чел.), слуховые ощущения – 12,7% (7 чел.). Среди возможных причин, предшествующих данному состоянию, 67,3% студентов отметили, что конкретные причины отсутствовали либо их не помнят, однако в 26,9% (14 чел.) отметили нерегулярный сон, 19,2% (10 чел.) – тяжелое стрессовое состояние и 1,9% (1 чел.) – употребление ПАВ.

Лишь 1,9% (1 чел.) отметило наличие данного состояния у своих родственников, 17,3% (9 чел.) наследственный характер отрицают и 80,8% (34 чел.) не осведомлено, имелось ли данное состояние среди родственников.

Выводы. Частота встречаемости сонного паралича среди студентов-медиков составила 23,6%, большинство из которых (51,9%) испытали данное состояние лишь однажды. Средний возраст, когда впервые студенты отметили у себя СП, составил $15,3 \pm 3,35$ лет. Среди основных чувств, которые испытали студенты во время СП, были отмечены ужас (67,3%), затруднение дыхания (46,2%), давление в груди (40,4%). 67,3% опрошенных не могут связать возникновение данного состояния с конкретной причиной, а 80,8% опрошенных не осведомлено о наличии СП у родственников.

ТОШКЕНТ ШАҲАР АТМОСФЕРА ҲАВОСИ СИФАТ КЎРСАТКИЧЛАРИ ТАҲЛИЛИ (Яккасарой ва Сергели туманлари мисолида)

Садуллаева Х.А. – Атроф муҳит гигиенаси кафедраси доценти¹

Нурматов Б.Қ – ТМА-КУ тадқиқот маркази лаборатория мудири¹

Абдуллаева Ў.Я – Коммунал ва меҳнат гигиенаси кафедраси ассистенти²

Азимова М.Б – Атроф муҳит ва инсон саломатлиги йўналиши магистратура талабаси¹

Тошкент тиббиёт академияси¹,
Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти²

Кириш: Ҳозирги кунда инсоният олдида турган энг муҳим вазифалардан бири атроф муҳитни муҳофаза қилиш ва инсонлар саломатлигини сақлашдан иборатдир [1]. Атроф муҳит объектларидан бири бўлиб эса атмосфера ҳавоси ҳисобланади. Саноат, ишлаб чиқариш ва автомобил воситалари йирик шаҳарлар ҳавоси сифатига салбий таъсир қилаётганлиги ҳеч кимга сир эмас [2]. Дунё миқёсида иқтисодий, ижтимоий ва сиёсий ривожланиш омиллари атроф муҳитга салбий таъсирини ортиб бориши албатта инсон саломатлигига нојўя таъсирлар сонини оширади ва турли юқумли бўлмаган касалликлар келиб чиқишига сабабчи бўлиб хизмат қилади. Тадқиқот иши Тошкент шаҳрида мавжуд бўлган иккита туманни қамраб олди: ҳозирги кунда қурилиш майдонига айланган ва саноати ривожланиб бораётган кузатув тумани сифатида Сергели, ҳамда ўз ичига кўплаб кўкаламлаштирилган майдон, нисбатан кам саноат корхоналарини қамраб олган назорат минтақаси сифатида Яккасарой тумани.

Тадқиқот материаллари ва усули: Тошкент шаҳри Санитария эпидемиологик осойишталик ва жамоат саломатлиги хизматининг 2017, 2018 ва 2019 йилги Сергели ва Яккасарой тумани атмосфера ҳавоси сифат кўрсаткичлари йиллик таҳлил маълумотларидан фойдаланилди ва олинган маълумотлар тавсифий, статистик ва таҳлилий усуллардан фойдаланиб гигиеник баҳоланди.

Тадқиқот натижалари: Санитария эпидемиологик осойишталик ва жамоат саломатлиги хизмати (СЭО ва ЖС) Яккасарой тумани бўлимининг атмосфера ҳавосини ифлосланиш даражасини охириги 3 йиллик (2017, 2018 ва 2019 йиллар) лаборатория текшириш натижалари таҳлил қилинганда 2017 йил атмосфера ҳавосини сифатини таҳлил қилиш учун жами 1238 та намуна олинган. Ҳисоботга асосан атмосфера ҳавоси намуналари чангланганлик кўрсаткичи, олтингугурт оксиди, водород сульфид, углерод оксиди, азот оксиди, аммиак, формальдегид, сульфат кислота, хлор ва унинг бирикмалари, оғир металллар, ацетон каби органик ва органик бўлмаган ифлослантирувчи зарарли моддаларни ташкил этган. Аммо олинган барча намуналардан фақат ҳавонинг чангланганлиги кўрсаткичида ностандарт намуналар кузатилган. Чангланганлик кўрсаткичи учун олинган намуналар жами намуналарнинг 480 (38,7%) тасини ташкил этиб, шундан 227 (47,2%) тасида меъёр даражадан ортиш ҳолатлари кузатилган. Юқорида келтирилган бошқа кўрсаткичларда меъёрдан ортиш ҳолатлари аниқланмаган. 2018 ва 2019 йиллар учун тақдим этилган кўрсаткичлар бўйича ҳам фақат чангланганлик даражасида ностандарт намуналар аниқланган, яъни 2018 йилда жами 1226 та намуна олинган, бундан 480 (39,2%) таси чангланганлик учун олиниб, шундан 211 (43,9%) тасида, 2019 йил жами 1160 та намуна олинган, жами олинган намунани 478 (41,2%) таси чангланганлик учун олиниб, шундан 190 (39,7%) тасида ностандарт намуналар аниқланган.

Худди шу кўрсаткичлар Тошкент шаҳрида жойлашган ва ҳозирги кунда кўплаб қурилиш ишлари марказига айланган ва кўплаб саноат корхоналари жойлашган Сергели тумани атмосфера ҳавоси сифатини Санитария-эпидемиологик осойишталик ва жамоат саломатлиги хизмати Сергели туман бўлими маълумотлари асосида ўрганилди. 2017 йил атмосфера ҳавосини сифатини таҳлил қилиш учун жами 1902 та, 2018 йилда жами 1950 та ва 2019 да жами 1677 та намуна олинган ва санитария-гигиена лабораториясида таҳлил қилинган. 2017 йилда олинган жами 1902 та намунанинг 416 та (21,8%) си чангланганлик даражасини таҳлили учун олинган ва унинг 27,6% (115 та) и ўрнатилган меъёр талаблари (РЭК) дан ортганлиги келтирилган. Бундан ташқари шу йилда олтингугурт оксидлари учун 416 та намуна олинган бу жами намунанинг 21,8 % (416 та) ини ташкил этади ва ундан 75 таси (18%) меъёр талабидан ортган. Водород сульфид учун 88 та (4,6%) намуна олинган ва ностандарт намуналар улуши 5 та (5,6%) ни ташкил этган, азот оксидлари учун 496 та намуна олинган ундан 66 та (13,3%) си ностандарт намуналар улушига

тўғри келади. 2018 йилги тақдим этилган маълумотлар таҳлил қилинганда жами 1950 та намуна олинган, унинг 404 та (20,7%) си чангланганлик даражасини аниқлаш учун (ностандарт намуналар улуши 141 та яъни 35% и), 436 та (22,3%) си олтингугурт оксидларини аниқлаш учун (ностандарт намуналар улуши 89 та яъни 20,4% и), 101 та (5,2%) си водород сульфидни аниқлаш учун (ностандарт намуналар улуши 4 та ёки 3%), 92 та (4,7%) си углерод оксидларини аниқлаш учун (ностандарт намуналар улуши 4 та ёки 4,3%), азот оксидларини аниқлаш учун 436 та (41,5%) си (ностандарт намуналар сони 81 та ёки 18,8%) олинган бўлса, аммиак ва формальдегид кўрсаткичларини аниқлаш учун мос ҳолда 39 (2%) ва 44 (2,25%) та намуналар олинган бўлиб улардан ностандарт намуналар улуши мос равишда 2 та ни ташкил этган, бу эса олинган намунанинг 5,1% ва 4,5% ини ташкил этади. 2019 йилги маълумотлар таҳлилига кўра, шу йили жами 1677 та намуна олинган ва жами намунанинг 198 таси (11,8%) ностандарт намуналар улушига тўғри келади. Хусусан, чангланганлик учун 370 та (22%) намуна олинган, шундан 83 та (22,4%) си ностандарт намуналар улушига тўғри келади. Олтингугурт оксидларини аниқлаш учун 330 та (19,6%) намуна олинган, шундан 62 таси (18,7%) меъёр талабларига жавоб бермаган. Водород сульфидни аниқлаш учун 96 та (5,7%) намуна олинган бўлиб шундан 10 тасини ёки 10,4% ини ностандарт намуналар ташкил этган. Булардан ташқари азот оксидларини аниқлаш учун 322 та (19,2%) намуна олинган ва ундаги ностандарт намуналар улуши 43 та (13,3%) ни ташкил этган. Сергели туманида 2017, 2018 ва 2019 йилларда атмосфера ҳавосидан оғир металлларни аниқлаш учун мос тарзда 228, 272 ва 244 та намуна олинган ва барча йилларда ностандарт намуналар аниқланмаган.

Хулоса: Хулоса қилиб айтганда, Яккасарой ва Сергели туманлари атмосфера ҳавоси сифат кўрсаткичлари 2017, 2018 ва 2019 йиллар бўйича СЭО ва ЖС хизмати туманлар бўлимлари маълумотлари асосида таҳлил қилинганда, Сергели тумани атмосфера ҳавоси ифлосланиш даражаси олтингугурт оксиди, водород сульфид, углерод оксиди, азот оксиди, аммиак, формальдегид, сульфат кислота, оғир металллар, ацетон каби органик ва органик бўлмаган ифлослантурувчи зарарли моддалар бўйича Яккасарой туманига нисбатан анча юқори даражада эканлиги аниқланди. Аммо чангланганлик кўрсаткичи бўйича аксинча Яккасарой туманида ифлосланиш даражаси Сергели туманига нисбатан 1.53 марта юқори бўлганлиги аниқланди.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Атроф - муҳит ҳолатининг иккинчи шарҳи. Бирлашган миллатлар ташкилоти, Нью-Йорк ва Женева, 2010, 253ст-32ст
2. Атроф муҳит гигиенаси ва инсон саломатлиги. Дарслик: Саломова Ф.И., Jae Wook Choi ва б., 2020 й.-320ст-269ст
3. СЭО ва ЖС Яккасарой туман бўлими 2017, 2018 ва 2019 йилги атмосфера ҳавоси сифат кўрсаткичлари статистик маълумотлари
4. СЭО ва ЖС Сергели туман бўлими 2017, 2018 ва 2019 йилги атмосфера ҳавоси сифат кўрсаткичлари статистик маълумотлари.

ФАРҒОНА ВИЛОЯТИ ИЧИМЛИК СУВИНИНГ СИФАТИ ВА АҲОЛИ САЛОМАТЛИГИ УЧУН АҲАМИЯТИ

Абдуллаева Ўзгилрой Якубовна – Коммунал ва меҳнат гигиенаси кафедраси ассистенти

Аҳмедов Рустам Набиевич – Коммунал ва меҳнат гигиенаси кафедраси ассистенти

Алижонов Асилбек Азизбек ўғли., талаба

Фарғона жамоат саломатлиги тиббёт институти, Фарғона вилояти.

Мавзусининг долзарблиги: Инсоннинг ҳаёт фаолиятида сувнинг аҳамиятини баҳолаш мураккабдир, чунки сув инсон организмнинг барча ҳаётий фаолиятлари таркибига киради. Сувнинг гигиеник, физиологик, эпидемиологик, ҳўжалик - маиший аҳамияти тўғрисида жуда кўплаб илмий тадқиқотлар бутун дунё олимлар томонидан узок йиллар давомида ўрганилиб келинмоқда. Ниҳоят сувсиз, ишлаб чиқариш, кишлоқ ҳўжалигини ривожланиши, замонавий жамиятни мавжуд бўлиши мумкин эмас. Аҳолини тоза ичимлик суви билан етарли миқдорда таъминлаш, аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш ва сув билан боғлиқ бўлган касалланишларни олдини олишда катта аҳмият касб этади. Ҳозирда мамлакатимизда ичимлик суви сифат кўрсаткичлари Давлат стандарти 950-2011 (Ичимлик суви. Гигиеник талаблар ва сифати назорати) асосида меъёрланади ва аҳолига тармоқларга тарқатилади. Ичимлик сувининг сифати инсон саломатлигига таъсир этувчи энг муҳим омил саналади. Бироқ кўпгина мамлакатларда, айниқса ривожланаётган ва ривожланиш даражаси суст бўлган давлатларда сувнинг паст сифат кўрсаткичи турли сув билан боғлиқ бўлган юқумли бўлмаган касалланишларга сабаб бўлмоқда (Peiyue Li^{1,2} · Jianhua Wu^{1,2}, 2019). Кундалик ҳаётда истеъмол қиладиган ичимлик суви инсон организми ва саломатлиги учун зарур бўлган маълум бир миқдорда микроэлементлар (мис, магний, калций, йод, темир ва бошқ.) билан таъминламоқда ва организмдаги биокимёвий жараёнларда бевосита қатнашмоқда (А. Тўхтаев.,1998). Сув ва унинг хавфсизлигини таъминлашга доир чора-тадбирлар аҳоли саломатлигини сақлаш ва муҳофаза қилишда муҳим стратегик аҳамият касб этадиган тармоқдир (ЖССТ.,2008).

Аҳолига юбориладиган ичимлик суви сифат кўрсаткичлари унинг таркиби ва хусусиятларига кўра баҳоланади яъни унинг эпидемиологик томондан хавфсиз бўлиши, кимёвий таркиби бўйича зарарсиз бўлиши, ёқимли органолептик хусусиятларга эга бўлиши, радиация ва паразиталогик томонидан хавфсиз бўлиши зарур (Т.И. Искандаров., 2006). Агар турли сабабларга кўра ичимлик суви таркибида қайсидир бир кўрсаткичнинг меъёр даражадан силжиши кузатилса бу инсон саломатлиги учун хавф туғдириши мумкин. Дунё олимлари томонидан олиб борилган тадқиқот ишларида сувнинг кимёвий кўрсаткичлари, яъни минерал таркиби инсон саломатлигига ижобий таъсир этишдан ташқари салбий жиҳатлар ҳам ёритилган. Ичимлик сувида минерал моддалар (магний ва калций) кўп йиллик динамикада саломатликка таъсири ўрганилганда кальций элементини (OR 0.75 (95%CI 0.68, 0.82), $p < 0.001$) юрак-қон томир тизими касалликлари келиб чиқишида таъсир гипотезаси исботлаб берилган (Louise A. Catling, Ibrahim Abubakar., 2008). АҚШ олимлари томонидан олиб борилган илмий-тадқиқот ишида турли моделлар ёрдамида ичимлик суви қаттиқлик даражаси ва унинг инсон саломатлигига таъсири йиллар динамикасида таққослаб ўрганилганда сувнинг қаттиқлик даражаси аҳолининг буйрак-тош касаллиги билан касалланишида сабабчи омил сифатида келтирилган (David Churchill, M.D., F.R.C.P.(C); David Bryant, Ph.D., 2016). Туркия олимлари томонидан бажарилган тадқиқот ишида ичимлик суви таркибида мавжуд бўлган калий, калций, магний, натрий, темир, рух, марганец ва рух каби микроэлементлар миқдори ва инсон саломатлигига таъсири ўрганилганда ичимлик сувидаги юқори магний концентрацияси буйрак-тош касаллиги (уролитиёз) касаллигига олиб келиши хулоса қилинган (S. Sahinduran, T. Buyukoglu., 2007). Демак юқорида ўрганилган тадқиқот ишларидан хулоса қилиш мумкинки ичимлик сувининг минерал таркиби инсон саломатлиги учун ижобий, агарда меъёр даражасидан ортадиган бўлса турли юрак-қон томир касалликлари ва буйрак-тош касалликларига сабабчи бўлмоқда. Юртимиз олимлари томонидан мавзуга доир бир қанча илмий-изланишлар олиб борилган. Мисол тариқасида келтириш мумкинки Атаханова Д.О (2018) ҚР аҳолисининг коммунал ва идораларга қарашли сув қувурлари тизими орқали оладиган ичимлик суви ностандарт намуналари улушининг юқори кўрсаткичларини ҳисобга олган ҳолда аҳамиятли индикаторлар сифатида мос равишда сувнинг умумий қаттиқлик кўрсаткичлари ва O₃DST 950:2011 “Ичимлик суви” бўйича коли-индекс катталигидан фойдаланиш лозимлигини таъкидлаган. Профессор Искандарова Г.Т (1999) томонидан олиб борилган илмий – тадқиқот

диссертация иши хулосасига кўра турли сув объектлари хусусан Амударё ва Туямуйин сув омборлари сув сифатини ёмонлашувида етакчи омил қилиб сувнинг минераллашуви, қаттиқлик даражасининг ортиб бориши, унинг кимёвий ва микробиологик ифлосланиш даражасининг ошиши келтирилган. Очiq сув манабаларининг бундан санитария-гигиеник кўрсаткичларининг ёмонлашуви албатта сув тозалаш ишларининг иш самарадорлик кўрсаткичига салбий таъсир этади ва ичимлик суви сифатини ёмонлашувига сабаб бўлади.

Сўнгги йилларда мамлакатимизда сувдан оқилона фойдаланиш, унинг сифати ва хавфсизлигини таъминлаш, шунингдек, сув истеъмолини ҳисобга олишнинг замонавий инновацион тизимларини жорий этиш бўйича комплекс чора-тадбирлар кўриб чиқилган ҳолда сувдан фойдаланиш, шу жумладан, сув таъминоти ва сув чиқариш соҳасида изчил ислохотлар амалга оширилмоқда (Аҳолининг ичимлик суви билан таъминланганлик даражасини ошириш ва унинг сифатини яхшилаш учун Ўзбекистон Республикасининг сув ресурсларини бошқаришни такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида Президент фармони., 26.11.2019). Бундан ташқари ҳукумат даражасида “Аҳолининг ичимлик суви билан таъминлаш, сувнинг сифатини яхшилаш сув истеъмолини ҳисобга олишнинг замонавий инновацион тизимларини жорий этиш назарда тутилган 2020-2030 йилларга мўлжалланган ичимлик суви таъминоти ва оқова сув тизимини ривожлантириш стратегияси ишлаб чиқилмоқда (Ўзбекистон Республикаси бош вазири Абдулла Орипов нутқи., 18.01.2020). Фарғона вилоятида аҳоли истеъмол қиладиган асосий ичимлик сув манбаи аксарият қисми – ер ости сувларидир. Афсуски, бундай манбаалар ҳамма жойда ҳам йўқ. Устига устак уларнинг айримларида сув сифати бузилгани қайд этилмоқда. Яна бир муаммо мавжуд қудукларда (скважина) ўрнатилган асбоб ускуналар ҳам эскирган ва айримлари ишдан чиққан. Ушбу муаммолар, аҳоли сони доимий равишда ўсиб бораётган, кўплаб янги иншоотлар қурилаётган ҳудудда муаммони янада мураккаблаштирмоқда. Шу сабабдан Ўзбекистон ҳукумати ҳудудда аҳолини ичимлик суви билан таъминлаш тизимини қайта кўриб чиқиш, уни яхшилаш ва кенгайтиришга қаратилган дастур қабул қилинди ва ҳозирда унда белгиланган вазифалар ижросини бажариш мақсадида амалий ишлар олиб борилмоқда.

Хулоса қилиб айтадиган бўлсак ичимлик суви сифати аҳоли саломатлигини сақлашда муҳим долзарб бўлган масалалар қаторига киради ва уни сифатини сақлаш мамлакатимиз масъул идоралари асосий вазифаси бўлиб қолиши керак .

ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ УРОВНЕ

Назарова Салима Каюмовна. Тохтаева Доно Махмуджоновна

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Сахарный диабет - одно из наиболее распространенных заболеваний в промышленно развитых странах, где им больны 4 - 5% всего населения, является острой медико - социальной проблемой. В настоящее время сахарный диабет - одна из наиболее важных проблем современной мировой медицины, которая требует немедленного разрешения с применением новых организационных форм профилактики, высокотехнологических методов лечения и реабилитации. Сахарный диабет занимает третье место среди непосредственных причин смерти после сердечно - сосудистых и онкологических заболеваний. Это одна из серьезнейших проблем, масштабы которой продолжают увеличиваться и которая касается всех возрастов и всех стран. Изучив влияние этого заболевания на отдельные органы и системы организма, можно сделать вывод, что сахарный диабет является причиной инвалидности и высокой смертности от сосудистых осложнений, к которым относятся инфаркт миокарда, мозговой инсульт, гангрена нижних конечностей, потеря зрения и поражение почек - нефропатия. Ранняя диагностика и адекватность лечения этого заболевания - самые главные задачи, так, как и гипер- и гипогликемия служат пусковым моментом многих патологических механизмов, способствующих развитию тяжёлых сосудистых осложнений. Цель лечения сахарного диабета - добиться таких показателей содержания глюкозы в крови на протяжении суток, которые практически не отличаются от наблюдаемых у здорового человека. Поддержанием нормальной (или близко к нормальной) концентрации глюкозы в крови в течение длительного времени удаётся задержать или отсрочить появление поздних осложнений. К сожалению, ни инсулинотерапия, ни применение пероральных препаратов, ни диета не решают кардинально проблему излечения диабета. Учёные всего мира активно ищут такие средства. Предложен, например, метод иммуносупрессии сахарного диабета 1 типа, который направлен на подавление гуморального иммунитета. Одним из направлений поиска является трансплантация в-клеток поджелудочной железы, части органа, а также полная пересадка поджелудочной железы. Но решение проблемы пока в далеком будущем. В настоящее время не смотря на пугающий рост заболеваемости и тот факт, что каждый медицинский работник в своей практике сталкивается с сахарным диабетом, система оказания сестринского ухода больным с сахарным диабетом не удовлетворяет население. Основные проблемы на сегодняшний день: это дефицит знаний среднего медицинского персонала, безграмотность больных и как следствие поздняя обращаемость за медицинской помощью. ведет к невозможности организовать должный уход и контроль состояния больного, оказать ему не только медицинскую помощь, но и социально-психологическую поддержку. отсутствие активного наблюдения на дому за больными диабетом с ограниченными возможностями ухода и передвижения приводит к росту уровня несвоевременно диагностированных осложнений, ведущих к обширным ампутациям и высокой летальности. Конечным результатом изложенного является ухудшение анамнеза и прогноза заболевания, снижение качества и сокращение продолжительности жизни больных, увеличение сроков госпитализации и значительный экономический ущерб для общества в целом. Именно на первичном звене, при проведении амбулаторно-поликлинической лечебной и профилактической работы должен оказываться основной объем медицинских услуг больным с сахарным диабетом (обеспечение главенствующей роли первичной медицинской помощи) для чего в Республике Узбекистан было решено создать развернутую сеть амбулаторно-поликлинических учреждений и обеспечить их современную материально-техническую базу, обеспечить учреждения первичной медицинской помощи квалифицированными кадрами, организовать их работу по принципу семейной медицины, семейной врачебной практики, семейной медицинской сестры. Именно в учреждениях амбулаторно-поликлинического звена должны выявлять сахарный диабет на ранних стадиях, наблюдать за больными в динамике, выявлять первые симптомы осложнений и своевременно направлять пациентов к более узким специалистам, где немаловажная роль отводится работе медицинских сестер.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ УРОВНЕ

Тохтаева Доно Махмуджоновна, Назарова Салима Каюмовна

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Заболевание приводит к нарушению всех видов обмена веществ, поражению сосудов, нервной системы, а также других органов и систем, сокращающее ожидаемую продолжительность жизни человека в среднем на 12%. Сахарный диабет является приоритетом первого порядка систем здравоохранения всех без исключения стран мира. В настоящее время на нашей планете только по обращаемости насчитывается 246 млн. больных сахарным диабетом, причем около 50% всех больных приходится на наиболее активный, трудоспособный возраст – 40–59 лет. Еще 20 лет назад численность больных сахарным диабетом в мире не превышала 30 млн. человек. Учитывая темпы роста распространенности этого заболевания, эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) прогнозируют, что количество страдающих сахарным диабетом к 2025 году увеличится в полтора раза и достигнет 380 млн. человек в основном за счет больных диабетом 2-го типа.

Однако, не смотря на пугающий рост заболеваемости и тот факт, что каждый медицинский работник в своей практике сталкивается с сахарным диабетом, система оказания сестринского ухода больным с сахарным диабетом не удовлетворяет население. Актуальные проблемы которые наблюдаются в амбулаторно-поликлиническом звене на сегодняшний день: это дефицит знаний среднего медицинского персонала, безграмотность больных и как следствие поздняя обращаемость за медицинской помощью. ведет к невозможности организовать должные уход и контроль состояния больного, оказать ему не только медицинскую помощь, но и социально-психологическую поддержку. отсутствие активного наблюдения на дому за больными диабетом с ограниченными возможностями ухода и передвижения приводит к росту уровня несвоевременно диагностированных осложнений, ведущих к обширным ампутациям и высокой летальности.

Согласно ПП №3039 основными задачами семейных и центральных районных многопрофильных поликлиник города Ташкента, а также их руководителей и специалистов должно быть: оказание населению медицинских услуг по профилактике и лечению наиболее часто встречающихся заболеваний (к таковым относятся и сахарный диабет), как на уровне отдельных пациентов, так и всей семьи; формирование и укрепление основ здорового образа жизни среди населения через повышение медицинской культуры в семье и реализацию программ, направленных на повышение ответственности каждого человека за собственное здоровье и здоровье своих детей; профилактику заболеваемости, инвалидности и ранней смертности среди населения путем внедрения механизмов раннего выявления факторов риска неинфекционных заболеваний. Именно на первичном звене, при проведении амбулаторно-поликлинической лечебной и профилактической работы должен оказываться основной объем медицинских услуг больным с сахарным диабетом (обеспечение главенствующей роли первичной медицинской помощи) для чего было решено: создать развернутую сеть амбулаторно-поликлинических учреждений; обеспечить их современную материально-техническую базу; обеспечить учреждения первичной медицинской помощи квалифицированными кадрами; организовать их работу по принципу семейной медицины, семейной врачебной практики, семейной медицинской сестры.

Именно амбулаторно-поликлинические учреждения должны выявлять сахарный диабет на ранних стадиях, наблюдать за больными в динамике, выявлять первые симптомы осложнений и своевременно направлять пациентов к более узким специалистам, где немаловажная роль отводится работе медицинских сестер.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

А.М.Миракаримов, Н.А.Мирзакаримов, Ж.А.Махкамжанов

Ферганский филиал ФРНЦЭМП

Одним из неотложных жизни угрожающих состояний у детей в практике экстренной медицины являются инородные тела дыхательных путей. Попадание инородного тела в дыхательные пути может привести к асфиксии, дыхательным расстройствам, воспалительному процессу бронхолегочной системы, хроническим нагноительным заболеваниям легких, способствует инвалидизации ребенка и нередко требует экстренного оперативного вмешательства.

В ФФРНЦЭМП за последние три года обратились 138 больных с инородным телом дыхательных путей. Дети до 3 лет составили 92 (66,6%), от 4 до 7 – 36 (26,0%) и от 8 до 14 лет – 10 (7,2%). По локализации инородное тело гортани – 3, трахеи – 15, правого бронха – 59, левого бронха – у 61 больных. В зависимости от степени фиксированности у 96 (69,6%) больных установлено свободное лежащее инородное тело, у 23 (16,6%) – баллотирующее и у 19 (13,7%) – фиксированное. Из 138 – у 106 (76,8%) больных наблюдались различные осложнения со стороны дыхательной системы.

Клинические проявления инородного тела трахеобронхиального дерева у детей чрезвычайно многообразны, сложны для диагностики и зависят от возраста, характера аспирированного инородного тела, места нахождения его в дыхательных путях, от степени обтурации просвета бронха, реактивности слизистой, сроков пребывания инородного тела в дыхательных путях, наличия осложнений. Рентгенологические исследования могут выявить различия в пневматизации, внезапно возникающих ателектазов.

По характеру осложнений больные распределились следующим образом: у 34 (32,1%) больных – спазм голосовых связок, у 38 (35,8%) – острая асфиксия, у 6 (5,6%) – ателектаз доли легкого, у 24 (22,6%) – острый гнойный лобит, у 2 (1,8%) – эмпиема плевры, у 1 (0,9%) – пневмоторакс, и у 1 (0,9%) – кровотечение из легкого.

Единственно верной тактикой при аспирации является ранняя диагностика, своевременное бронхоскопическое удаление инородного тела, а в случае неудачной или осложненной эндоскопии – хирургическое лечение.

Из 138 больных бронхоскопическое удаление при первой попытке осуществлено у 122 больных. У 11 больных инородное тело удалено при повторной бронхоскопии, у 4 – при третьей попытке. В трех случаях в связи с деструктивными процессами в легких (2) и с мигрирующими инородным телом (1) инородное тело удалено путем торакотомии и бронхотомии.

Таким образом, по нашему клиническому материалу инородное тело в дыхательные пути у детей в большинстве случаев встречается у младшей возрастной группы. Удаление инородного тела должно быть осуществлено исключительно путем бронхоскопии, оперативное удаление проводится в исключительно по показаниям.

ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОГИГИЕНИЧЕСКИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СПОРТИВНЫХ ТРАВМ

Туйчиев А.И., Н.И.Махмудов, И.И.Туйчиева

ФерГУ, ФФРНЦЭМ.

Актуальность

Любая травма, полученная спортсменом - это не только физическое повреждение той или иной части тела, но и изменения его психического состояния. Характер и интенсивность этих изменений во многом зависят от локализации и тяжести травмы, а также от особенностей нервной системы и личности спортсмена. Однако при значительных индивидуальных различиях в проявлении психических изменений, вызванных травмами, все они объективно обусловлены воздействием возникших болевых ощущений, нарушениями привычной деятельности, срывом значительных жизненных планов и т.п. Под влиянием этих факторов у спортсменов часто ухудшается самочувствие и настроение, появляются состояние депрессии, чувство тревоги за свое здоровье, успешность дальнейшей подготовки и возможность выступлений в соревнованиях.

Методы и материал

У спортсменов с акцентированными проявлениями ипохондрических черт характера нередко возникают состояния тревожного ожидания и повышенной мнительности, которые неблагоприятно отражаются на дальнейшем ходе лечения. Они могут быть усилены ятрогенными влияниями со стороны врачей, медицинского персонала и окружающих лиц. Частое возникновение подобных состояний приводит у недостаточно эмоционально устойчивых спортсменов к появлению довольно стабильных остаточных явлений неуверенности, боязливости, скованности, снижению уровня нервно-психической активности и т.п. Более резистентны к психическому воздействию травм спортсмены с сильной, уравновешенной нервной системой, с развитыми волевыми чертами характера и эмоциональной устойчивостью.

Для более быстрого и эффективного излечения травм и ликвидации возможного отрицательного воздействия их на психику, врачу, а впоследствии и тренеру, необходимо систематически применять в ходе лечения и реабилитации ряд психолого-педагогических, психопрофилактических и психогигиенических мероприятий и воздействий.

К их числу следует отнести проведение рациональных убеждающих бесед со спортсменами, обучение их различным приемам самовнушения и само воздействия.

В ходе этих мероприятий решается ряд довольно сложных задач. Прежде всего необходимо проинформировать спортсмена о сущности и перспективах лечения травм и выработать правильное отношение к ним, желание как можно быстрее вылечиться, соблюдая при этом все предписания врача и всячески помогая ему, у спортсменов с синдромом тревожности и мнительности, вырабатывать уверенность в благоприятном исходе лечения и дальнейшем успешном продолжении подготовки и выступлений в состязаниях.

Овладение современными методами психической саморегуляции, основанной на принципах аутогенной идеомоторной тренировки и самовнушения, позволяет спортсмену использовать существующие психосоматические и психофункциональные взаимосвязи для более эффективной ликвидации травм. В особо сложных и тяжелых случаях в беседе необходимо объяснить спортсмену серьезность положения, но психически не травмировать его, утрируя возможные дурные последствия, как это делают нередко некоторые врачи, мешая атлету включиться в процесс излечения. Необходимо также, чтобы весь медицинский персонал повседневно способствовал созданию спортсменов оптимистического настроения, развитию их интеллектуальной, а со временем и физической активности, стремлению к самовоспитанию воли во всех действиях и поступках.

Методы аутогенной тренировки и ее различные модификации, столь нужные и эффективные при лечении травм и в создании у спортсменов соответствующего психического состояния, ныне широко применяются в спортивной медицине. Все варианты аутогенной тренировки (а сюда входят различные приемы, словесные воздействия, создание образов-представлений) приводят к фазе полного расслабления и дремотного состояния. В этой фазе

спортсмен может с наибольшим успехом подвергаться внешним (гетеро) и собственным (ауто) воздействиям. В частности, во время лечения травм могут быть наиболее эффективно восприняты и усвоены установки о снижении болевых ощущений и тревожности, опасении дурных последствий повреждения, о повышении уверенности в правильном ходе лечения, возможности начать полноценные тренировки и с успехом выступать в соревнованиях.

Выводы: В заключение можно с уверенностью сказать, что систематическое применение при лечении травм психолого-педагогических и психогигиенических мероприятий и активное, осознанное применение спортсменами приемов саморегуляции позволят в значительной степени повысить эффективность лечебного процесса и сократить его продолжительность.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПДО УЧРЕЖДЕНИЙ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Тухтакулов А.Ю., Махмудов Н.И., Валиев А.С., Имамаов Ф.А.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Ферганского филиала РНЦЭМП

Первым и главным звеном лечебно-диагностического процесса в больнице неотложной помощи является приёмно-диагностическое отделение (ПДО). Этот этап можно сравнить с технологической цепочкой начинающейся от момента доставки больного. Он состоит из многих звеньев, от согласованной и эффективной работы которых часто зависит жизнь больного, нуждающегося в экстренной медицинской помощи.

Оперативный обмен большого потока медицинской информации о пациенте между многочисленными участниками этого процесса обеспечивает целостность оказания неотложной помощи и повышает его эффективность.

В ПДО ФФРНЦЭМ задействованы все специалисты и все вспомогательные структуры – лаборатории, инструментальные обследования. Здесь же развернуты операционная, шок-зал, перевязочные и процедурные кабинеты, изолятор и палаты. ПДО можно рассматривать как «больницу в больнице», способную автономно, оказать любую неотложную помощь.

Отмеченные особенности организации лечебно-диагностических процедур требуют особого подхода в разработке компьютерной технологии информационного обеспечения ПДО, которая включает:

1. локальную сеть с ПК
2. специальное программное обеспечение:
 - а) носитель информации – электронная история болезни (ЭИБ)
 - б) хранилища информации - базы данных (БД),
 - в) инструмент обмена информации – автоматизированные рабочие места (АРМ)

Программное обеспечение используемой в ФФРНЦЭМП комплексной медицинской информационной системы «EXTERNET» для ПДО имеет различные типы АРМов: заведующий ПДО, ответственный хирург, врачи, медсестры, сотрудники вспомогательных отделений.

Работа ПДО начинается с регистратуры. За ограниченное время, регистратор должен внести максимум информации о паспортных данных, медицинских сведениях, условиях доставки, обстоятельствах получения травмы, если это криминальный случай, вовремя известить о нём и т. д.

После регистрации обращения информация фигурирует во всех АРМах ПДО автоматически и в первую очередь в АРМ врача кому доставлен больной. Первичный документ доступен **одновременно** всем сотрудникам ПДО. Врач рекомендует через свой АРМ определённый план диагностических и лечебных мероприятий, который автоматически доставляется по своим адресатам. К примеру: в АРМ лаборатории – какие виды анализа, с какой срочностью и обоснованием, в АРМ ОФД какой вид инструментального обследования, с обоснованием, на что подозревает врач, в АРМ процедурной медсестры лекарственные назначения и т. д. В соответствующие разделы, в упорядоченной форме заносится вся информация о консультациях, обследованиях, осмотрах.

Решение о госпитализации фиксируется врачом в своём АРМ. При этом номер истории болезни, дата и время открытия, название отделения, информация о проделанной работе в ПДО – осмотр врача, консультации специалистов, результаты всех обследований, произведённые назначения и т. д. вносятся автоматически - формируются «**Электронная история болезни**». Если нет показаний для госпитализации, больной отказывается от госпитализации, самовольно покинул больницу, направляется в специализированную больницу (инфекционная, туберкулёзная, онкологический диспансер и т. п.), после внесения соответствующей информации врачом, программа автоматически формирует выходной документ ПДО: «**Лист амбулаторно обслуженного больного**».

В АРМах лаборатории, инструментальных обследований имеются два основных окна:

1. «текущие» здесь в виде специальной таблицы предоставлена информация о выполняемых обследованиях. После внесения результата выполненного исследования информация автоматически сохраняется в ЭЛИБ, в отчётах, в АРМ заведующего. Окно показывает насколько на данный момент загружена лаборатория.

2. «Выполненные». В виде таблицы отображаются результаты исследований.

Информационные технологии позволяют рационально использовать временной ресурс, а в случае излишней траты его, может напоминать сотруднику о регламенте, установленном министерством здравоохранения.

Внедрение информационных технологий в ПДО способно:

- повысить преемственность на этапах оказания помощи различными группами специалистов;
- увеличить эффективность диагностики и лечения при одновременном снижении временных затрат за счет целенаправленного обследования больных;
- выполнить многофакторный анализ причин возникновения организационных недостатков оказания неотложной помощи в ПДО.

БОЛАЛАР СПОРТИНИ РИВОЖЛАНИШИДА ЖИСМОНИЙ ТАРБИЯ ГИГИЕНАСИНИНГ РОЛИ

Фаргона Давлат Университети

Туйчиев А.И., Махмудов Н.И., Туйчиева И.И.

Жисмоний тарбия ва спорт машғулотларидан одам саломатлигини сақлаш ва мустаҳкамлаш мақсадида самаралироқ фойдаланиш учун ўша машғулотлар воситаларини, методларнинг ҳамда шарт-шароитларини илмий жиҳатдан асосланган ҳолда нормага солиб туриш жисмоний тарбия гигиенасининг мазмунини ташкил этади. Жисмоний тарбия гигиенаси машғулотларнинг самаралироқ методларининг ва энг қулай шарт-шароитларини асослаб бериш учун жисмоний машқлар одамлар соғлиғига қандай таъсир кўрсатишини ва улар соғлиғини мустаҳкамлашга қай даражада хизмат қилишини ўрганади. Жисмоний тарбия гигиенасининг аҳамияти фан техника революцияси даврига келиб анча ортди. Агар 19 асрнинг охири ва 20 асрнинг бошларида одамлар соғлиғини ва ҳаётини сақлашда санитария гигиенанинг оммавий тарзда тарқаладиган юкумли касалликларнинг олдини олишга қаратилган тадбирлари (водопроводлар қуриш, канализация ўрнатиш, шаҳарларни тоза тутиш ва бошқалар) асосий роль ўйнаган бўлса ҳозирги вақтда аҳолини касалланиши ва ўлими структурасида юрак-томир касалликлари, мода алмашинуви, асаб системаси касалликлари етакчи ўрин тутди. Бундай касалликларни пайдо бўлишида касаллик ҳавфининг асосий омили сифатида гиподинамияни кам ҳаракат қилишни аҳамияти жуда катта.

Шунинг учун ҳам гиподинамиянинг олдини олиш мақсадида жисмоний қўлланилиши гигиенада етакчи аҳамият касб этади. Жисмоний тарбия машқларнинг гигиенасининг вазифалари қуйидагилар ҳисобланади: Одамнинг жисмоний ҳолатига хос бўлган мезонлар буйича унинг саломатлигига модел параметрларини нормалаштириб туриш (жисмоний ривожланиш, жисмоний тайёргарлик даражаси, чиниққанлик), жисмоний юкламаларни нормага солиб туриш (структура, ҳажм, интенсивлик), фақат гиподинамиянинг олдини олиш билан чекланмай шу билан бирга, сиҳат-саломатликнинг модел даражасига эришиш ва уни сақлаб туриш учун унга оптимал даражада машқ таъсири кўрсатишини таъмин этадиган чиниқтирувчи тадбирлар; машқ ва мусобақа юкламаларини, дам олиш, овқатланиш, ката спортда тикланиш тадбирларини муайян тартибга солиб туриш; жисмоний тарбия ва спорт машғулотлари шарт-шароитларини (иклим ва микроиклим, спорт иншоотлари ва жиҳозлари, кийим-кечаклар ва бошқалар) саломатликка қулай таъсир кўрсатишига ёрдам берадиган тарзда нормага солиб туриш.

Одамлар саломатлигини сақлаш ва мустаҳкамлаш жисмоний тарбиянинг асосий вазифаларидан бири ҳисобланади. Саломатлик деганда жисмоний тарбия тушунчаси саломатликни яхшилаш ва жисмонан баркамолликка эришишда ўсиб бораётган организмга таъсир этиш системаси сифатида тасаввур этилган.

Организмнинг касаллик омилларининг таъсирига нисбатан барқарорлиги, ташқи муҳит ноқулай тарзда ўзгарган пайтларда саломатликни ҳамда иш қобилиятини сақлай билиш – саломатлик даражасини кўрсатувчи белгилар ҳисобланади, яъни саломатлик даражаси одамнинг адаптацион (мослашиш) имкониятлари қандай эканлиги билан белгиланади.

Одамнинг саломатлик даражаси қанчалик юқори бўлса, унинг турли юкумли касалликларга, паст ва юқори ҳароратга. Жисмоний ишларга бўлган чидамлилиги ҳам шунчалик барқарор бўлади. Саломатлик учун жисмоний ишга қобилият чиниққанликнинг оптимал даражаси зарур бўлади. Жуда юқори даражадаги жисмоний иш қобилиятига катта спорт орқали эришилади. Бу эса одамда барча функционал системаларнинг зўриқишини тақозо этади ҳамда унинг иммунитетни пасайишига ва касалликларга бардоши сусайиб кетишига ҳам олиб келиши мумкин.

Организмнинг функционал резервларидан ортиқ даражадаги зўриқишларни енгиб ўтиш вақтида ҳаддад зиёд толиқиш ҳоллари рўй бериб одамнинг ҳолдан тойиб қолиши сингари ҳолатлар ҳам кузатилиши мумкин. Амалий жиҳатдан соғлом бўлган кишиларда уларнинг саломатлик даражасини аниқ белгилаш мақсадга мувофиқдир. Бу эса соғломлаштириш тадбирлари комплексини, шу жумладан жисмоний тарбия факторларини. Яна ҳам мақсадга мувофиқроқ равишда режалаштириш имконини беради.

Спорт иншоотларининг гигиенаси

1. Спорт иншоотлари учун қўйиладиган гигиеник талаблар
2. Спорт залларига қўйиладиган гигиеник талаблар
3. Спорт иншоотларининг жойланиши, ориентацияси ва планлаштирилиши.

Спорт иншоотлари учун ишлатиладиган қурилиш материаллари муайян гигиеник талабларга жавоб берадиган бўлиши керак. Бу материаллар хоналарда қулай микроклим яратиш учун имкон берадиган иссиқликни секин ўтказадиган ва товуш ўтказиш даражаси паст бўлган, гидроскопик хусусияти намни кам тортадиган бўлиши лозим.

Бундай сифатлар девор ва тўсиқларга ишлатиладиган асосий қурилиш материалларига ҳам шунингдек, суваш ва пардозлаш материалларига ҳам боғлиқ бўлади. Бизнинг давримизда спорт иншоотлари қуриш учун кўпроқ темир – бетон ва ғишдан фойдаланилади. Сувни ва хоналарни пардозлаш учун кўпроқ синтетик полимерлар ишлатиш кенг тарқалган. Бу материаллар товушни ва иссиқликни яхши изоляциялаш хусусиятига эга бўлиб, артиб тозалаш учун ва ташқи кўриниши ҳам чиройлидир. Шу билан бирга бу материаллар токсик моддалар ажратиб чиқариши ҳам мумкин, бу жисмоний машқлар вақтида тез-тез нафас олишга мажбур бўладиган спортчилар учун айниқса хавфлидир.

Синтетик материалларда статик электр майдони ҳосил бўлиши мумкин. Бу эса спортчиларнинг соғлиғига ва иш қобилятига улар узоқ муддат ва такрорий машқлар бажараётган вақтда айниқса салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Спортчиларнинг кийим-кечакларидаги ва пойабзалларидаги бошқа синтетик материаллар (айниқса капрон ва нейлон) ва спорт инвентаридаги ана шундай материаллар ҳам статик электр зарядлари ҳосил қилишга ёрдам беради.

Хоналарни пардозлаш учун ишлатиладиган синтетик полимерлар ёмғир хавфини қучайтиради, чунки улар тез ёнади ва бунда захарли тутун ажратиб чиқаради.

Шунинг учун ҳам спорт иншоотлари қурилишида синтетик материалларнинг қўлланилиши каътий санитария назорати остида бўлмоғи керак.

Спорт залларидаги поллар учун шу мақсадларга ишлатиладиган тахталарни яхшилаб рандалаб, текислаб, палуба типига қоплаб чиқиш маъқулдир. Ечиниш хоналарида, гардиобларда, буфетларда, массаж хоналарида, каридорларда полнинг устига линолеум қоплаш керак, чунки у пилесос ва бошқа йиғиб-терадиган машиналарни ишлатиб, супуриб-сидириш учун қулай имконият яратади. Бундай сирт иссиқликни ҳам яхши сақлайди.

Спорт залларига ҳам линолеум қоплашга рухсат берилади. Сувни яхши изоляция қилиш зарур бўлган душхона, туалет, ванна, гидромассаж хонаси ва бошқа шунга ўхшаш хоналарда полнинг усти керамик плиталар ёки цемент билан қопланади. Ҳозирги вақтда енгил атлетика ва футбол манежларида ҳамда ёпиқ стадионларда юмшоқ, букулувчанлик, эгиловчанлик хусусиятларига эга бўлган, югуриш учун ва механик тарзда йиғиштириш учун, супуриб-сидириш учун қулай бўлган гартан, рекартан сингари синтетик материаллар қоплаш методидан фойдаланилмоқда.

Чанг камроқ тўпланиши ва ҳўл латта билан артиб қулай бўлиши учун спорт залларининг деворлари камида 1,8 м баландликда мойли бўёқ билан бўяб чиқилади: шу билан бирга мойли бўёқ ҳавонинг девор орқали ўтишини пасайтиради, хоналар вентилизациясининг ёмонлашувига сабаб бўлади, намликнинг кўтарилишига ёрдам беради. Шунинг учун ҳам, одатда деворларни қоплаш учун (1,8 м.дан юқори қисмини) елимли бўёқлаб қўлланилади. Оч рангдаги бўёқлардан (оч сарик, оч яшил) фойдаланиш мақсадга мувофиқдир. Бундай ранглар ёруғлик нуруни яхши қайтаришга ҳамда нурнинг бутун хона бўйлаб бир хилда тарқалиб, ҳамма ёқни барабар ёритишига ёрдам беради. Бундан ташқари, оч тиниқ ранглар нерв системасига тетиклаштирувчи таъсир кўрсатади ҳамда шуғулланаётган кишиларда ижобий хис-туйғулар пайдо қилади.

Ўйинлар ўтказилаётган спорт залларининг шипини мойли бўёқ билан бўяш лозим, чунки у оқлашга ёки елимли бўёққа қараганда копток зарбига бирмунча чидамлироқ бўлади.

Спорт иншоотлари жисмоний ва спорт билан шуғулланаётган кишиларга қулай шарт-шароитлар яратиб бериш учун зарур бўлган муайян гигиеник талабларга жавоб бермоғи керак. Ушбу талаблар Ўзбекистон Республикаси Вазирлар маҳкамаси ҳузуридаги жисмоний тарбия ва спорт комитети йўриқномаларида, қурилиш ташкилотларининг махсус кўрсатмаларида баён этилган бўлиб, тегишли қурилиш ва санитария муассаслари томонидан тартибга солиб турилади.

Спорт иншоотлари шамолга тескари томондан бошлаб (шамолнинг йўналишини ҳисобга олган ҳолда) қурилади. Бунда ҳавонинг ифлосланишига сабаб бўладиган объектлар, корхоналар, йирик автомагистраллар, узоқроқ масофадаги ахлат ташланадиган жойлар, зарарлик даражасига қараб, ҳар бир корхона учун белгиланган тартибга солиб туриладиган санитария ҳимоя зоналари ҳисобга олинади

Сузиш ва сувга сакраш бўйича ўқув машғулотлари учун бассейнлар қуришга жой танланаётганда, ер юзасидаги очиқ спорт иншоотларга қўйиладиган талаблар, ҳавони ва тупроқни ифлослантирадиган манбаалардан, шовқиндан узоқ бўлиши, кўкаламзор жойларга яқинлиги, кириб келинадиган йўللарни қулай бўлиши ҳисобга олиниши керак; Бундан ташқари сувнинг ва соҳилларнинг гигиеник ҳолати ҳамда сув оқимининг тезлиги ҳисобга олинади.

Бассейнларни ўз-ўзини тозалаб туришга қодир бўлган оқар сувларга (дарёларга) жойлаштиш маъқул. Сувнинг устида кўзга кўриниб турган ҳазон, ҳашак сингари нарсалардан бассейнни тозалаб туриш керак. Сувнинг тиниклиги шу даражада бўлиши керакки, унга ташланган диаметри 20 см.ли оқ рангдаги доирача 4 м чуқурликдан ҳам кўриниб турсин. Шунингдек сувнинг сифати ҳам унда химиявий чиқиндилар ва бактериал ифлосланиш даражасига қараб вақти-вақти билан текширилиб, баҳоланиб турилиши керак.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Я.С.Вайнбаум, «Жисмоний тарбия гигиенаси» Тошкент «Ўқитувчи» нашриёти, 1988 йил.
2. А.А.Минх, И.Н.М.Алишева, «Умумий ва спорт гигиенаси асослари»
3. Ўзбекистон «Медицина» нашриёти, 1981 йил.
4. Э.Махмудов, Б.Аминов, Ш.Қурбонов, «Ўсмирлар физиологияси ва мактаб гигиенаси», Тошкент «Ўқитувчи» нашриёти, 1984 йил.

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Сайдалиев С.С., Мамасаидов Ж.Т., Бегматов Г.Х., Норматов У.Э.

Ферганский филиал РНЦЭМП

По литературным данным, проблемы закрытых повреждений органов брюшной полости являются актуальными и по настоящее время. Закрытые повреждение органов брюшной полости у детей относится к наиболее тяжелым видам травм. Более того, почти во всех случаях непосредственно угрожают жизнь ребенка. Поэтому, изучит эффективность диагностические возможности УЗИ и клинические значение показателей красной крови в динамике для определения тактики хирургического лечения представляет большой интерес.

С 20017 по 2020 года в ФФРНЦЭМП поступило 113 больных. Из общего числа больных оказалось 72 (63,1%) мальчиков 41 (36,2%) девочек. Возрастной аспект превалировало от 6 месяцев до 14 лет.

У большинство больных детей этиологическим фактором являлось бытовая травма, у меньшинств автотравма. Наиболее частными симптомами было боль в животе у 78,6 %, тошнота у детей отмечалась в 60 % случаях, защитное напряжение мышц передней брюшной стенки у 53,4 %, жажда у 32 %, явление перитонита развилась 6,2 % случаях.

У 48 % больных при поступлении наблюдались клиника шока. Наличие сочетанных повреждений, перелом костей таза, ушиб брюшной стенки, грудной клетки, черепно-мозговая травма, и особенно шок, крайне затрудняли диагностики.

При поступлении больных с травмами живота придерживались строгой этапности обследования. Так, после сбора анамнеза и тщательного осмотра, определяли гемодинамические показатели. Рентгенологические исследования проведено в обязательном порядке, в том числе рентгеноскопия грудной клетки и брюшной полости. После госпитализации проводились предоперационная подготовка с параллельным интерпретированием полученных данных.

Следует отметить, что в комплексе обследования больных включало и пальпация, перкуссия живота, ректальное обследование или катетеризация мочевого пузыря. А так же УЗИ органов брюшной полости.

Достоинством последнего являлись его неинвазивность, быстрота получения информации. Ультразвуковое исследования использовались как скрининговым методом диагностики у всех пострадавших, а при отсутствие признаков повреждения органов в течение первых суток после травмы, его выполняли в динамике каждые 4 часа с целью выявления критериев или показаний для оперативного лечения.

Всего оперировано 38 (33,6%) больных с повреждениями внутренних органов. У 14 больных (12,3%) разрыв селезенки из них у 10 (8,81%) выполнена спленэктомия, у 4 больных (3,5%) вшивание надрыва селезенки с подведением сальника. У 8 (7,0%) больных выполнена вшивание кровотокающей раны печени с при повреждение стенки и брыжейки кишки, у 2 (1,7%) больных произведено резекция части сальника.

Не оперированные пострадавшие было 113 что составляло 32%. Из них умерли 2 (1,7%) в первые часы поступления. Причинами их смерти было шок и массивная кровопотеря. У 58 (24%) больных во время исследования и динамического наблюдения повреждения органов брюшной полости исключены.

Таким образом, при травмах органов брюшной полости первостепенную роль играет четкая организация диагностического обследования, а также соблюдении этапности в обследовании больных с данной патологией.

Следует особо отметить, что большое диагностическое и прогностическое значение имеет УЗИ и исследование красной крови в динамике. Которые и служат критериями для определения тактики лечения данной группа больных.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДИАФИЗА КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ДЕТЕЙ

Мирзаматов Н.И. Жалилов И.С., Хатамов Б.Ж.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Переломы костей предплечья - самые частые переломы у детей -возникают при падении на руку или непосредственном ударе. Среди причин переломов первое места занимают падение (67 %), затем попадание под автомобиль 17 %, и несчастные случаи при занятии спортом 16 %. (Н Г Дамье, 1960. Н.Н Приорова 1953. Зеузз Я 1952)

Переломы диафиза костей предплечья самые частые у детей, на верхние отдел диафиза приходится 7,1 % на средний 63,5 % на нижний 29,4% обычно перелом наступает в результате падения на ладонь, при этом происходит сильное сгибание костей, реже обе кости чаще ломаются на одном уровне образуя надлом или перелом с угловым смещением (угол открыт к тылу или в радиальную сторону) по типу «зелёной ветки». У детей старшего возраста также иногда встречается поднадкостичные переломы без смещения отломков по длине, и со смещением костных отломков по длине.

Изолированные переломы одной лучевой кости встречаются реже, чем перелом обеих костей, ещё реже - изолированный перелом локтевой кости.

Основным методом лечение переломов диафиза костей предплечья является консервативный метод. Показаниям к оперативному лечению служат открытые переломы, переломы с повреждением сосудов и нервов, оскольчатые переломы, интерпозиционные переломы, переломы при которых после попытки закрытой репозиции отломки остаются в неблагоприятном для сращения их, которые не поддаются консервативному лечению.

За период 2005 г. в наш травматологический пункт поступило 183 -детей с переломом диафиза костей предплечья что составляла (55,6 %), по отношению к переломам костей предплечья. Преобладал мужской пол: мальчиков было 105 (75,4 %) девочек 78(42,6 %), повреждения левой верхней конечности 72 % случаев, правой 28 %. Наибольшее количество переломов пришлось на возраст 4-9 лет. В первые сутки после травмы поступило 176 (96,2 %) больных до 3 суток - 7 (0,4%).

Основным способом лечения данной патологии является метод закрытой ручной репозиции. Мы применяли метод закрытой ручной репозиции у 176 (96,2 %) больных. При поступление больного, пункцией с места перелома удаляли гематому, вводили в место перелома 10 мл 0,5 % раствора новокаина. Произвели ручную репозицию отломков, наложили тыльную гипсовую лонгету от середины плеча до основания пальцев при сгибании в локте до 90°, положение предплечья средний между пронацией и Как высококалорийный продукт (В 100 граммах мёда содержится от 315 до 335 килокалорий) он незаменим в случаях, когда в игровых видах спорта продолжительность не ограничивается временем. Суточная доза его должна составлять не более 1,5 грамма на килограмм массы занимающихся.

Картофель - богатейший источник веществ, в которых нуждается организм спортсмена. Эксперты по вопросам питания, сотрудничающие с Олимпийским комитетом США утверждают, что именно картофель может восполнить недостаток калия в диете спортсменов. Во время интенсивных нагрузок вместе с обезвоживанием организма происходит большая потеря калия, что может стать причиной возникновения судорог мышц. Кроме того, калий укрепляет артерии сердечно-сосудистой системы.

Биологически-активные вышеперечисленные вещества легко доступны в условиях нашей Республики.

Весьма распространено в спортивном мире употребление различных соков и напитков, в частности напиток из лимона, моркови и мёда, лимона и мёда, черной смородины и мёда. Технология приготовления напитков в виде восстановительных средств очень проста и дешёва.

Все перечисленные биологически-активные вещества находятся в условиях нашей Республики, но мало известно их воздействие на организм начинающих спортсменов, что требует от тренерного состава постоянной информации для них.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Норматов У.Э., Эминов Б. Ж., Эшонкулов А., Жохонгирханов А.Ж.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Сочетанные повреждения органов грудной и брюшной полости у детей составляют 35-40% от общего количества повреждений и представляют один из актуальных и сложных разделов неотложной медицины.

Целью настоящей работы являлась разработка стандартов интенсивной терапии при сочетанных повреждениях органов грудной и брюшной полости у детей.

Нами были проанализированы результаты лечения 59 детей с повреждениями грудной и брюшной полости за период с 2013 по 2017 гг. Мальчиков было 39 (66%), девочек – 20 (34%).

Разрыв селезенки установлен у 2 (3,4%) детей, печени – у 4 (6,8%), тонкой кишки - 5 (8,5%), толстой кишки – у 2 (3,4%), брюшины, сальника и брыжейки – у 6 (10,2%), почки у 4 (6,8%). Ранение передней брюшной стенки было у 2 (3,4%) детей, разрыв диафрагмы – у 1 (1,7%) перелом ребер с ушибом лёгкого – у 8 (13,6%), разрывы лёгких у 6 (10,2%) кровотечение из лёгких и плевральной полости – у 7 (11,9%) ребенка.

Сочетанное повреждение органов грудной клетки и брюшной полости установлено у 12 (20,3%) детей. Дети поступали в стационар от 30 мин до 4 часов с момента травмы с явлениями выраженного травматического шока и нарушением гемодинамики. Лёгочное плевральное и внутрибрюшное кровотечение являются абсолютными показаниями к проведению инфузионно-трансфузионной терапии.

При повреждениях грудной клетки травма сопровождалась внутриплевральным кровотечением, источником которого были разрывы легочной ткани, повреждения межреберных вен и сосудов корня лёгкого.

Давление в легочной артерии у детей 5 раз ниже системного, что облегчает самостоятельный гемостаз. В то же время беспокойства, кашель и увеличение давления в артериальной и венозной системе лёгкого препятствуют остановке кровотечения.

При кровотечениях в плевральную полость кровь остается в жидком состоянии, смешиваясь с плевральной жидкостью. Такое кровоизлияние может быть обнаружено в ранние сроки путем перкуссии и рентгенографии. Разрывы легочной ткани у детей проявлялись кровохарканьем и гемопневмотороксом. Повреждение терминальных бронхов у 5 детей привело к развитию пневмоторокса.

При перкуторных, аускультативных и рентгенологических симптомах скопления жидкости в полости плевры производилась плевральная пункция, устанавливали дренаж. При продолжающемся кровотечении производили таработомию. Во время операции дыхательные пути освобождали от крови, мокроты и восстанавливали анатомическую целостность легких, переливали кровь. У 5 больных произвели реинфузию излившейся крови.

При повреждениях органов брюшной полости скопление крови может отмечаться в области малого таза или забрюшинном пространстве, в случаях повреждения полых органов часть крови заполняет их просвет. Диагностика внутрибрюшных кровотечений основана на клинических симптомах: выпячивание стенок живота в области скопления крови, повышение купола диафрагмы, притупление перкуторного звука. Если при травмах паренхиматозных органов при ранениях крупных сосудов кровопотеря достигает значительных величин и сопровождается геморрагическим шоком.

Особенностями повреждения органов брюшной полости у детей являются выраженный болевой синдром, спазм мышц передней брюшной стенки в области подреберной и эпигастрии.

Лечебные мероприятия, при поступлении пострадавшего в стационар, заключаются в максимально полном и быстром восстановлении основных жизненно важных функций. Это прежде всего нормализация артериального давления (АД) и объема циркулирующей крови (ОЦК), показателей внешнего дыхания и газообмена, так как артериальная гипотония, гипоксия, гиперкапния относятся к вторичным повреждающим факторам усугубляющим состояние больного. Проведение реанимационных мероприятий и средств, используемых в критических ситуациях: поддержание адекватной ИВЛ и оксигенации, инфузионная и трансфузионная терапия, восполнение ОЦК до уровня нормоволемии, устранение судорожных двигательных возбуждений нейровегетативной блокадой.

Таким образом, основная цель интенсивной терапии при повреждениях органов заключается в поддержании нарушенных жизненно-важных функций и основных механизмов гомеостаза, создании условий для максимально полного восстановления функции органов.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ СТИМУЛИРУЮЩИХ ПРОЦЕССЫ РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ

Мирзаматов Н.И., Хатамов Б.Ж., Умурзаков О.Э.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Ферганский филиал РНЦЭМП

В настоящее время, вследствие нарушения экосистемы Ферганской долины, отмечается некоторая склонность к снижению иммунитета, что в определенной степени отражается и на процессах репаративной регенерации костной ткани.

Современные методы лечения переломов и остеопорозов основаны на назначении препаратов двух групп: «костных антирезорбентов», способных замедлять потерю костной массы, и «костеобразующих» средств, действие которых направлено на восстановление утраченной костной массы (О.В.Чумакова и др., 2003). К «антирезорбентам» относят кальций, препараты витамина D, кальцитонин, бисфосфонаты, к «костеобразующим» средствам, способным вызвать восполнение утраченной костной массы – фторид натрия, фрагменты паратиреоидного гормона, а также факторы роста – инсулиноподобный фактор роста и трансформирующий фактор роста β (G.A.Rodan et al., 2000).

С другой стороны, медикаментозная терапия при репаративном остеогенезе должна быть дифференцированной и проводиться с учетом стадийности развития процесса.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности применения препаратов стимулирующих процессы репаративной регенерации костной ткани (Остеогенон, Миакальчик, Альфа Дз – ТЕВА, Кальций- Дз никомед, Идиос,) при переломах у больных с политравмой в травматологическом отделении ФФРНЦЭМ.

Оптимальным режимом лечения остеопороза и остеопоротических переломов Миакальчиков в настоящее время считается назальный спрей 200 МЕ/день, ампулы 100 МЕ через день (3 раза в неделю) 2-3 месяца, далее 2-3 месяца перерыв. Лечение необходимо сопровождать приемом препаратов кальция.

Действие Альфа ДЗ-ТЕВА (альфа кальцидола) направлено на повышение всасывание кальция и фосфора в кишечнике, усиления реабсорбции в почках, повышение минерализации костей, снижение содержания в крови паратгормона и постепенное ослабление костных и мышечных болей. Доза препарата составляет в среднем 0,75 мкг/сут.

Дозы препарата детям назначают с 3-х лет (массой до 20 кг по 0,01 мкг/кг/сут (1 кап/сут), выше 20 кг по 2 капс/сут).

Остеогенон оказывает двойное действие на метаболизм костной ткани, стимулирующее действие на остеобласты и тормозящие действия на остеокласты.

Остеогенон назначают для взрослых по 2 т x 2 рвд № 20 дней. Для детей остеогенон назначают по 1/3 – 1 т x 2 – 3 рвд. реч од в зависимости от возраста детей.

Препарат «Кальций – ДЗ никомед» - удобная форма для детей, обладающий приятным апельсиновым вкусом, который содержит карбонат кальция и холекальциферол

(витамин Д3). Кальций –ДЗ Никомед в возрастная дозировка: дети старше 12 лет – по 1 таблетки 2 раза в день, дети от 8 до 12 лет по ½ таблетки 2 раза в день, дети от 5 до 8 лет по 1/3 таблетки 2 раза в день, дети от 3-4 лет по ¼ таблетки 2 раза в день. Назначают зависимость от тяжести патологии и возраста ребенка от 1 до 3 месяцев.

Под нашим наблюдением с 2018 по 2020 г находилось 50-больных с политравмой. Средний возраст больных составил 38+ 4 года. Женщин было 21, мужчин -29. Больных была разделены на две группы : основную (30- человек) контрольную(20). Больные основной группы с 7-х суток после операции в течение 2-х месяцев получали препараты стимулирующие процессы репаративной регенерации костной ткани. Всем больным был произведен остеосинтез внутрикостными штифтами и аппаратами внешней фиксации.

В контрольную группу ходило 20 пациентов с множественными и сочетанными повреждениями , из них у 8- переломы конечностей сочетались с черепно- мозговой , у 12-с множественной травмой двух и трех сегментов конечностей .Лечение в этой группе проводили исходя из общепринятых принципов ,но без применения препаратов стимулирующих процессы репаративной регенерации костной ткани.

Эффективность лечение больных в опытной группе (30больных) препаратами стимулирующими процессы репаративной регенерации костной ткани(Остеогенон, Миакальчик, Альфа Дз – ТЕВА, Кальций- Дз никомед, Идиос,) оценивали клинически, рентгенологически и биохимически .Образование костной мозоли контролировали

клинически и рентгенологически в сроки .1, 3 и 6 месяцев после остеосинтеза. Рентгенологическое проявление консолидации перелома было выражено в опытной группе, принимающих препараты стимулирующие процессы репаративной регенерации костной ткани(Остеогенон, Миакальчик, Альфа Дз –ТЕВА, Кальций- Дз никомед, Идиос,), мягкая костная мозоль становилась рентгеноконтрастной на 2-3 недели раньше, чем у больных не принимавших эти препараты.

Наиболее эффективно лечение этими препаратами на стадии формирования в регенерате клеточной бластемы, дифференцировки клеток и начала образования ткан специфических структур.

Таким образом эффект от применения препаратов стимулирующих процессы репаративной регенерации костной ткани (Остеогенон, Миакальчик, Альфа Дз –ТЕВА, Кальций- Дз никомед, Идиос,) наиболее выражен при целенаправленном назначении этих препаратов с учетом стадии остерепарации, стабильном малоинвазивном остеосинтезе и комплекса восстановительного лечения с использованием физиотерапевтических процедур и лечебной гимнастики.

БОШЛАНҒИЧ СИНФЛАРДА ЖИСМОНИЙ ТАРБИЯ МАШҒУЛОТЛАРИДА ЎҚУВЧИЛАРНИНГ ШИКАСТЛАНИШНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ТАДБИР -ЧОРАЛАРИ БЎЙИЧА УСЛУБИЙ ТАВСИЯЛАР

А.И.Туйчиев, Н.И.Махмудов, М.Н.Туйчиева

Фар. ДУ., РШТЁИМ Фарғона филиали

Масаланинг долзарблиги: Жисмоний тарбия машғулоти вақтида болаларда юз бериши мумкин бўлган шикастланишлар турлича бўлиб, жисмоний тарбия машғулотларининг турига боғлиқ бўлади.

Жисмоний тарбия машғулоти алоқадор шикастланишларнинг келиб чиқишига асосий сабабларни беш гуруҳга бўлиш мумкин.

1. Жисмоний тарбия машғулотларини методик -ташкилий ҳолатларини нотўғри бўлиши.

2. Жисмоний тарбия анжомларини, машғулоти ўтказиладиган жойларнинг талаб даражасида бўлмаслиги.

3. Ноқулай санитария гигиеник, метеорологик омилларни таъсири.

4. Болаларда жисмоний ривожланишидаги етишмовчиликларни эътиборга олмаслик.

5. Жисмоний тарбия машғулоти пайтида ўқувчилар томонидан интизом қоидаларини бузилиши.

Текширув материаллари: 2183-2020 йиллар давомида Республика шошилини тиббий ёрдам илмий маркази Фарғона филиали қабул диагностика бўлимига жисмоний тарбия машғулоти пайтида турли даражадаги шикастланишлар туфайли 204 та бемор болалар мурожаат этишган. Бу беморларнинг 151 тасига (74%) амбулатор ёрдам кўрсатилган, 53 тасини (26%) шикастланиш ҳолатлари ўрта ва оғир даражада бўлганлиги сабабли стационар бўлимларига даволаниш учун ётқизилганлар. Шикастланиш турлари ва характери турлича бўлиб юмшоқ; тўқималарини лат ёйиши 62 (30,4%) беморда, боғламлар чўзилиши 45 (22%), боғламлар узилиши, мускуллар ёрилиши 32(15,6%), юмшоқ тўқималарнинг турли даражадаги жароҳатлари 20 (9,8%), бўғимлар чиқиши 17 (8,3%), суяклар синиши 16 (7,8%), бош мия чайқалиши 9 (4,4%), бош мия лат ёйиши 3 (1,8%) беморларда кузатилган.

Бизнинг статистик маълумотларимизга кўра 78% беморларда юмшоқ тўқималар лат ёйиши, боғламлар чўзилиши, тери ва тери ости тўқималарининг юза жароҳатлари каби шикастланишлар, 22 % ҳолатларда эса ўрта ва оғир турдаги: бўғимлар чиқиши, суяклар синиши, чуқур жароҳатлар, бош мия чайқалиши, бош мия лат ёйиши каби шикастланишлар учраган.

Жисмоний тарбия ўтказиш пайтида шикастланишларнинг сабабларини таҳлил қилинганда кўп ҳолатларда ўқув машғулотларини ташкил этишда бир қатор камчиликларга йўл қўйилганлиги аниқланди. Айниқса машғулоти ўтказувчи бир ўқитувчи-тренерга ўқувчилар сони нормадан кўп бўлиши, назоратни сусайиши ёки машғулотларни тренерсиз ўтказиши, машғулотлар, мусобақалар дастурини нотўғри тузилиши, изоҳланиш тадбир-чоралари қўлланилмаслиги каби ҳолатлар аниқланди.

Хулосалар: Болаларда спортга алоқадор шикастланишларни олдини олиш учун бир қанча тадбир-чораларни ишлаб чиқиш керак бўлади. Энг аввало жисмоний тарбия машғулоти, мусобақаларини ўтказиш режа дастурларининг методик-ташкилий жиҳатдан талаб даражасида тузилиши, машғулотларни тўғри ташкил этиш, ҳар бир ўқувчига индивидуал ёндашиб, юкламалар бериб бориш керак бўлади. Жисмоний тарбия машғулоти ўтказиладиган жойлар санитария-гигиеник талаблари даражасида бўлиши, ҳамда болалар организми функционал кўрсаткичлари бўйича шифокор тавсияларига тўла амал қилиниши лозим.

OZIQ-OVQAT MAHSULOTLARINING SIFATLI KONSERVALASH USULLARINI GIGIYENIK ASOSLARI

Siddiqov B.T.

Farg'ona Jamoat salomatligi Tibbiyot instituti

Annotatsiya

Ushbu maqolada muallif tomonidan oziq-ovqat mahsulotlarning sifatli konservalash usullarini gigiyenik asoslari, gigienaning rivojlanishi va inson sog'lig'ini asrash usullari haqida so'z yuritiladi.

Kalit so'zlari: konservalash, temperatura, osmotik bosim, sovitish, muzlatish, kimyoviy usul, pasterlash, sterillash, suvsizlantirish, vodorod ioni, radiotoksinlar.

Oziq-ovqat mahsulotlarini konservalash usullari

Oziq-ovqat mahsulotlarining buzilishiga yo'l qo'ymaslik, mahsulotning ozuqaviylik qiymati va yaxshi sifatlarini saqlab qolish maqsadida mahsulotlar konservalanadi. Oziq-ovqat mahsulotlarini konservalash deganda ularni ishlab tayyorlash yoki saqlashda mikroblar ko'paya olmaydigan sharoitlarni yuzaga keltirish deb ayta olamiz.

Oziq-ovqat mahsulotlarini konservalashning asosiy usullari quyidagilarni sanashimiz mumkin:

1) past va yuqori harorat ta'sirida konservalash; Harorat (Temperatura) (lot. temperatura - kerakli aralashma, o'rtacha holat) - moddaning holatini issiq-sovuqligini tavsiflaydigan fizik kattalik.

2) mahsulotni suvsiz holga keltirish;

3) mahsulotdagi osmotik bosim hamda vodorod ionlari konsentratsiyasini kuchaytirish;

4) mahsulotga bakte-ritsid va bakterostatik moddalarni (antiseptiklar, antibiotiklar, fitonsidlarni) qo'shish;

5) mahsulotlarga tabiiy omillarni (ultrabinafsha nurlar, ultratovush, ionlashtiruvchi nur va boshqalarni) ta'sir ettirish. Oziq-ovqat mahsulotlarini ultratovush yordamida konservalash zamonaviy usullardan biri frisoqdir. Bunda ultratovush 15-60 soniya ta'sir ettirilsa sutdagi mikroblar nobud bo'lganini ko'ramiz.

Past harorat ta'siri. Oziq-ovqat mahsulotlarini sifatli holda saqlash uchun sovitish va muzlatish usullari qo'llaniladi. Sovitish deganda, mahsulotlarni 0 °C ga yaqin haroratda, muzlatish deganda -25—40 °C va pastroq haroratda saqlash tushuniladi. Bunday usuldan asosan meva, sabzavot va sut mahsulotlari sovitish usulidan, tez buziladigan oqsilga boy mahsulotlarni (go'sht, baliq, tuxum) esa saqlashda muzlatishdan usulidan foydalaniladi. Past haroratda mikroob hujayrasi bilan atrof-muhit (mahsulot) o'rtasida almashinuv jarayoni kechmaydi va buning natijasida mikroblar nobud bo'lishiga olib keladi. Ammo ba'zi patogen mikroblar masalan, qorin tifi tayoqchasi -18 °C da 6 oy, stafilakokklar esa 5 oygacha saqlanib qoladi. Patogen mikroblar yuqib qolgan, buzilishga kelib qolgan mahsulotlarni muzlatib bo'lmaydi.

Yuqori harorat ta'siri. (60°C va undan yuqori) mikroob hujayrasi Protoplazmasidagi oqsilning koagulyatsiyaga uchrashiga va mikroob hujayrasining halok bo'lishiga sabab bo'ladi. 100°C haroratda ko'pchilik mikroblarning vegetativ formalari bir lahzada halok bo'lsa, batsilla sporalari masalan, C/. botulinum sporalari esa 6 soat davomida qaynatishga ham bardosh bera oladi.

Kimyoviy usullar. Oziq-ovqat mahsulotlarini konservalashda muhit xossalarini mikroorganizmlarning o'sishi va kuchayishiga imkon bermaydigan darajada o'zgartirishni ko'zda tutiladi. Mahsulotlarni tuzlash va qand bilan ishlov berishda osmotik bosimni oshirish usulidan foydalaniladi. Osmotik bosim oshirilganda mikroob hujayrasi bilan uni o'rab turgan muhit o'rtasida modda almashinuvi izdan chiqadi, buning natijasida mikroorganizmlar ko'payishdan to'xtaydi va nobud bo'lishiga olib keladi. Baliq, go'sht va sabzavotlar tuzlab konservalanadi. Ko'pgina mikroorganizmlar o'z hayot faoliyatlarini osh tuzining 10% li konsentratsiyasida, lekin salmonellalar, stafilakokklar 15—20% li tuz konsentratsiyasida to'xtatadilar. Ya'ni go'sht va baliq mahsulotlarini 7—15% li tuz konsentratsiyasida konservalash mahsulotlarning ta'mi buzilishiga, qisman vitaminlar, mineral tuzlar, ekstraktiv moddalar va oqsillarni yo'qotishga sabab bo'ladi. Murabbo, jem, siroplarni konservalashda shakarning yuqori konsentratsiyalaridan (60—70%) foydalaniladi. Qandning yuqori konsentratsiyasi mikroorganizmlarning o'sishi va ko'payishini to'xtatib qo'yadi, jumladan ekzotoksin hosil qiluvchi patogen stafilakokklarning ko'payishini to'xtatib qo'yadi. Konditer mahsulotlari ishlab chiqarishda foydalaniladigan kremlarni tayyorlashda qandning yuqori konsentratsiyalaridan foydalaniladi.

Pasterlash — mikroblarning vegetativ shakllarini yo'q qilishdir. *Uzoq* pasterlash usuli oziqovqat mahsulotlarini 65 °C haroratda 30 minut davomida, *qisqa* pasterlash usuli 80 °C da bir necha minut *bir lahzada* pasterlash usuli 90 °C da bir necha sekund davomida qizdirish bilan o'tkaziladi.

Sterillash — mikroblarning vegetativ va sporali shakllarini yo'q qilishdir. Yuqori harorat, ya'ni 100 °C dan baland harorat avtoklavlarda 1,5 atm bosim ostida hosil qilinadi. Mahsulotlarni konservalashda texnologik uskunalarni mukammallashtirib 130—150 °C harorat olinadi va qisqa muddatda sterillanadi. Pasterlangan va sterillangan oziq-ovqat mahsulotlari mustahkam germetik idishda — bankalarda konservalangan bo'ladi.

Konservalarni tayyorlash quyidagi tartibda amalga oshiriladi: 1) masalliqni tayyorlash — saralash, porsiyalarga ajratish, bug', qaynoq suv bilan ishlash; 2) porsiyalarni bankalarga joylash; 3) bankalarni *germetik qilib kavsharlash*; 4) germetikligini vakuum-apparatda tekshirib ko'rish; 5) avtoklavda sterillash. Konservalarning har bir turi uchun muayyan sterillash tartibi bor, masalan, «dimlama mol go'shti» konservalari 113 °C haroratda 90 minut davomida sterillanadi.

Suvsizlantirish, ya'ni quritish usulida bo'lib oziq-ovqat mahsulotlarida suv miqdorini 15% dan kamaytirish ko'zda tutiladi. Bunda ko'pgina patogen, saprofit mikroorganizmlar, bakteriyalar va zamburug'larning rivojlanishi uchun noqulay sharoitlar vujudga keladi natijada mahsulotlarning buzilishiga yo'l qo'yilmaydi. Suvsizlantirish, ya'ni quritish usulida quritilgan meva va sabzavotlarni konservalashda, qoqnon va quruq sut tayyorlashda qo'llaniladi.

Vodorod ioni konsentratsiyasini o'zgartirish usuli bilan konservalash. Bizga mikroorganizmlarning neytral ($\text{pH} = 7$) muhitda yaxshi o'sib ko'payishi ma'lum. *Kislotali* muhitni yaratganimizda (pH 4,5 dan kam bo'lganda) chirituvchi va patogen mikroblarning ko'payishi to'xtaydi. Kislotali muhitni yaratishda konservalash uchun sirka, limon, sut kislotalaridan foydalaniladi. Oziq-ovqat mahsulotlarini ular ustiga 2—3% li sirka kislota quyib, tuz, qand, ziravorlar qo'shib dudlanadi (marinovka qilinadi). Ortiqcha *ishqoriy* muhitni yaratganimizda ham mikroorganizmlar ko'paya olmaydi.

Kimyoviy moddalar yordamida konservalash. Bu usulda odam organizmiga zaharli ta'sir ko'rsatmaydigan qadoqlangan antiseptiklardan (urotropin, sulfid, benzoat va sorbinat kislotalar) foydalaniladi. Konservalashda, shuningdek, biohtsin, nizin va nistatin kabi antibiotiklardan ham foydalaniladi. Nizin meva va sabzavot konservalarini saqlash muddatini uzaytirish uchun konservant sifatida ishlatiladi. Antibiotiklar gigienik talablari organizmga zaharli ta'sir ko'rsatmasligi va mahsulotlarning organoleptik xossalarini o'zgartirmasligi kerak.

Oziq-ovqat mahsulotlarini sterillash, pasterizatsiyalash va saqlash muddatini uzaytirish maqsadida radioaktiv usullardan, ya'ni ionlashtiruvchi nurdan ham foydalaniladi. Ammo katta miqdordagi ionlashtiruvchi nurlar yaxshi konservalovchi ta'sir ko'rsatsada, inson organizmiga salbiy ta'sir qiluvchi «radiotoksinlar» (lakton, xinon, perekis, epoksidlar) hosil qilganligi tufayli katta dozali ionlashtiruvchi nurlardan foydalanishga yo'l qo'yilmaydi. Prezervalar antiseptiklar bilan ishlov berilib bankalarga solingan oziq-ovqat konservalari bo'lib, past haroratda qisqa muddat saqlanadi.

OQATLANISH SIFATI VA RATSIONIGA RIOYA QILISHNING GIGIYENIK ASOSLARI

Siddiqov B.T.

Farg'ona Jamoat salomatligi Tibbiyot instituti

Annotatsiya

Ushbu maqolada muallif tomonidan ovqatlanish sifati va ratsioniga to'liq rioya qilish, organizmning rivojlanishiga va inson sog'lig'ini asrashi, ovqatlanish gigiyenasi haqida so'z yuritiladi.

Kalit so'zlari: ovqatlanish gigiyenasi, diyetologiya, sanitariya, kaloriya, organizm, nonushta, tushlik, oqsil, yog', energiya.

Ovqatlanish gigiyenasi – gigiyenning bir tarmog'i bo'lib, sog'lom odamning to'g'ri va beka-mu ko'st ovqatlanish muammolarini o'rganadigan fandir. Uning mustaqil bo'limi – *diyetlogiya* bemorlar ovqatini o'rganadi va parhez ovqatlar tarkibini ishlab chiqadi. Go'daklik davridagi ovqatlanishni o'rganish ham ovqatlanish gigiyenasining mustaqil bo'limlaridan biridir. Ovqatlanish gigiyenasi odamning ovqatlanishini jins, yosh, kasb, mehnat xarakteri, jismoniy zo'riqish, iqlim sharoiti, milliy va boshqa(lar) xususiyatlari, turli hududlardagi aholi ovqatining miqdori va sifat tomonlarini bir-biriga bog'lagan holda o'rganadi va kishilarning mehnat sharoitiga qarab oziq moddalarga ehtiyojini belgilab beradi.

Ishlab chiqarish korxonalarining jamoalari, maktablardagi, maktabgacha tarbiya yoshidagi bolalar va boshqa(lar) muassasalarning bolalar jamoalari uchun ratsional ovqat ishlab chiqish, umumiy ovqatlanish va ovqat sanoati korxonalarida oziq-ovqat masallqlarni zararli moddalar qo'shilishidan saqlashga doir ta'sirli sanitariya nazorati usullarini ishlab chiqish, ovqatdan bo'ladigan toksikoinfeksiyalar va intosikatsiyalarni oldini olish tadbirlarini ishlab chiqish, ovqat sanoati, savdo va umumiy ovqatlanish korxonalarini loyihalash, qurish va ishga tushirishni profilaktik sanitariya nazoratiga olish, yangi sanoat tovarlarining vaqtincha texnika shartlari va davlat andazsiga mos ishlab chiqishda qatnashish ovqatlanish gigiyenasining amaliy vazifalaridir.

Ovqatlanish gigiyenasi o'z tadqiqotlarida kimyo, mikrobiologiya, fiziologiya, stomatologiya, iqlimilunolik va boshqa(lar) fanlarning ilmiy ma'lumotlariga tayanadi.

Bolaning bir kunda yeydigan ovqat maxsulotlari kaloriyasi shu vaqt ichida sarf etilgan energiya o'rni qoplashi va o'sishni ta'minlashi kerak. Bolalarni ovqatlantirishda ovqat tarkibidagi mahsulotlar nisbatini hisobga olish juda zurur hisoblanadi. Umumiy o'rta ta'lim maktablarida va maktab internatlarida birinchi smenadagi taxsil oladigan o'quvchilarga ertalabki nonushta 7.30 dan 8.00 gacha bir kunlik ovqat normasining 25%, ikkinchi nonushta 11.00 - 12.00 da ovqat normasining 15-20% ni, maktabdan qaytgandan so'ng tushlik yeyishi kerak, bu ovqat normasining 35% tashkil etishi, kechki ovqat payti 19-20 dagi ovqat normasining 20-25% tashkil etishi kerak.

Oziq moddalari organizmning energiya manbai va qurilish materiali hisoblanadi. Shuning uchun ular istemol talablaridan biri hisoblangan to'la qiymatli ovqat istemol qilishlari kerak. Shundagina ularning organizmlari yaxshi o'sadi, turli kasalliklarga chidamli bo'ladi. Bolalar ovqati barcha zaruriy moddalardan, o'simlik va hayvon mahsulotlaridan, sifatli mahsulotlardan va yetarli darajada bo'lishi, to'q tutishi kerak. Ovqatlanish to'g'ri tashkil qilish katta ahamiyatga ega bo'lib o'rta maktab o'quvchilari 4 marta ovqatlanishlari, nimjon bolalar tez-tez ovqatlanishlari zarur. Ovqatlanish paytida shaxsiy gigiyenaga, stol atrofida o'zini tutishga, dasturxon go'zalligiga rioya qilish kerak. Bu organizmning ovqatlanganda to'liq to'yinish hissini oshiradi.

Katta yoshli odam uchun 1 kecha-kunduzda o'rta hisobda 100g yog' kerak. Iste'mol qilingan yog'ning 70-75% hayvon, 25-30% o'silik yog'idan iborat bo'lishi shart. 6 Oylikdan 4 yoshgacha bo'lgan bolalarning har kg vazniga 3,5-4g, maktabgacha yoshda 2-2,5g yog' istemoli zarur bo'ladi. Rivojlanayotgan yosh organizmga yog' mahsulotlari yetishmaganda bola organizmi ozib ketadi, organizmning chidamliligi pasayadi. Yog'larni ortiqcha qabul qilganda esa oziq moddalar va oqsillarni o'zlashtirish buzilishiga olib keladi.