



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

6 (68) 2024

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (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)

6 (68)

2024

Июнь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 612.127-005.4 : 796/799

ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ЖИСМОНИЙ ФАОЛЛИКНИ ҲАЁТ СИФАТИГА ТАЪСИРИ

Р.Ш.Ражабова <https://orcid.org/0000-0001-6246-4116>

Н.М.Нуриллаева <https://orcid.org/0000-0001-5520-675X>

Тошкент тиббиёт академияси. Ўзбекистон, 100109, Тошкент, Олмазор тумани, Фароби кўчаси 2, тел: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz

✓ Резюме

Дунё бўйлаб катта ёшдаги аҳолининг тўртдан бирдан кўпроги (1,4 миллиард) жисмоний нофаол, дунё миқёсида тахминан ҳар учинчи аёл ва ҳар тўртинчи эркак етарли жисмоний фаолликка эга эмас, ривожланган мамлакатларда жисмоний ҳаракатсизлик даражаси кам даромадли мамлакатларга қараганда икки баробар юқори, 2001 йилдан бери дунё бўйлаб аҳоли орасидаги ўртача жисмоний фаоллик даражасининг ошиши кузатилмади [1]. Жисмоний нофаол инсонлар сони ўтган асрга нисбатан 100 мартаба кўпайиб бормоқда. Ҳар 10 йилда жисмоний нофаол инсонлар сони 10% га ошиб борапти [2]. Жисмоний фаолликнинг ҳаёт сифатига таъсирини ўрганиш мақсадида тадқиқотга ЮИК билан оғриган жами 183 нафар бемор олинди. Стандарт даволаш курслари билан биргаликда олиб борилган жисмоний фаолликнинг касаллик кечиши ва ҳаёт сифатига таъсири ўрганилди. Олинган натижаларга кўра, жисмоний фаолликнинг ҳаёт сифатига ижобий таъсири аниқланди.

Калит сўзлар: юрак ишемик касаллиги, жисмоний фаоллик, ҳаёт сифати, велоэргометрия, «Seattle Angina Questionnaire» сўровномаси

INFLUENCE OF PHYSICAL ACTIVITY ON THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

R. Sh. Rajabova <https://orcid.org/0000-0001-6246-4116>

N.M. Nurillaeva <https://orcid.org/0000-0001-5520-675X>

Tashkent Medical Academy. Uzbekistan, 100109, Tashkent, Almazor district, Farobi street 2, phone: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz

✓ Resume

More than a quarter of the world's older population (1.4 billion) are physically inactive, approximately one in three women and one in four men worldwide do not have enough physical activity, the level of physical inactivity in developed countries is twice as high as in low-income countries, since 2001 the world There was no increase in the average level of physical activity among the population [1]. The number of physically inactive people is increasing 100 times compared to the last century. Every 10 years, the number of physically inactive people increases by 10% [2]. In order to study the effect of physical activity on the quality of life, a total of 183 patients suffering from IUD were included in the study. The effect of physical activity on the course of the disease and quality of life was studied in combination with standard treatment courses. According to the obtained results, a positive effect of physical activity on the quality of life was determined.

Key words: ischemic heart disease, physical activity, quality of life, cycle ergometry, Seattle Angina Questionnaire.

Долзарблиги

утун дунёда юз бераётган ўлим ҳолатларининг асосий сабаби юрак қон томир касалликлари (ЮҚТК) ҳисобланади, ҳар йили юзага келаётган ўлимга ҳеч бир касаллик ЮҚТК даражасида сабаб бўла олмайди. 2016 йилдаги баҳоланишга кўра ушбу йилда ЮҚТКдан 17,9



миллиони одам вафот этган, бу кўрсаткич бутун дунё бўйича барча ўлим ҳолатларини 31% ни ташкил қилади. Ушбу ўлим ҳолатларининг 85% юрак хуружи ва инсулт сабабли юзага келган. Ўлим ҳолатларининг 75% дан кўпи ижтимоий паст ёки ўрта даражадаги мамлакатларда юз беради. Ноинфекцион касалликлар сабабли юзага келган 17 миллион ўлим ҳолатлари 70 ёшгача кузатилиб, 82% ҳолатларда ижтимоий ҳолати паст ва ўрта даражадаги мамлакатларда кузатилган, ундан 37% нинг сабаби ЮҚТК ҳисобланади [3].

Кўпгина тадқиқотлар шуни курсатдики, гиподинамия юрак ва томирларнинг чиникмаганлиги ва ортикча тана вазни йиғилишига олиб келади. Бундай инсонларда энгил жисмоний юклама вақтида ҳам юрак уришини тезлашади ва қон босимини ошади [4]. ЮИК тарқалиши 40-50 ёшдаги эркаларда солиштирилганда жисмоний меҳнат қилувчи эркаларга нисбатан офисда ақлий меҳнат билан шуғулланувчи эркаларда 4-5 маротаба кўпроқ учрайди. Олиб борган текширувга кўра, жисмоний юклама таъсирида қондаги фибринолитик фаолликнинг ортиши фонида фибриноген, коагуляциянинг VII фактори фаоллиги, тромбоцитлар агрегацияси камайиши, яъни тромб шаклланиш хавфининг камайиши кузатилади [5]. Ўтказган тадқиқотлар шуни кўрсатадики, жисмоний фаолликнинг ортиши қон таркибидаги липид спектри кўрсаткичларидан умумий холестерин, триглицерид, паст зичликдаги ва жуда паст зичликдаги липопротеидлар миқдорининг пасайишига, антиатероген таъсирга эга бўлган юқори зичликдаги липопротеидлар миқдорининг эса ошиши кўринишида ижобий таъсир кўрсатади [6]. Бу эса атеросклероз даражасини пасайтиради ва шу аснода атеросклероз билан боғлиқ бўлган касалликлар хавфини камайтиради.

Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, жисмоний фаолликнинг ортиши қон таркибидаги липид спектри кўрсаткичларидан умумий холестерин, триглицерид, паст зичликдаги ва жуда паст зичликдаги липопротеидлар миқдорининг пасайишига, антиатероген таъсирга эга бўлган юқори зичликдаги липопротеидлар миқдорининг эса ошиши кўринишида ижобий таъсир кўрсатади. Бу эса атеросклероз даражасини пасайтиради ва шу аснода атеросклероз билан боғлиқ бўлган касалликлар хавфини камайтиради [6;7].

Ўзбекистонда охириги 20 йил мобайнида юрак-қон томир тизими касалликларидан ўлим хавфи ошиб бормоқда [8]. Аҳамиятли томони шундаки ЮИКдан юз берган барча ўлим ҳолатларининг 42% ни меҳнатга лаёқатли ёшдагилар ташкил этади. Стабил стенокардия ташхиси қўйилган беморлар ушбу касаллик мавжуд бўлмаганларга нисбатан 2 маротаба кўпроқ ЮИКдан вафот этадилар [8]. 2016 йилда ўтказилган Саломатлик-3 лойихаси доирасида эришилган натижаларга кўра, Ўзбекистон Республикаси аҳолиси орасида 40 ёшдан юқори бўлганларнинг 31,3% артериал гипертензиядан (АГ), 10,5% га яқини ЮИКдан азият чекди. 2016 йилда ЮҚТКдан юзага келган ўлим ҳолатлари ЮИК бўйича 49,1%, гипертензия касаллиги бўйича 20,7% ни ташкил этади [9].

Тадқиқотнинг мақсади: ЮИК билан оғриган шаҳар ва қишлоқ шароитида яшовчи беморларда стандарт даволаш курси билан биргалликда олиб борилган жисмоний фаолликнинг ҳаёт сифатига таъсирини ўрганиш.

Материал ва усуллар

Тадқиқот учун Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси кардиология, кардиореабилитация, терапия бўлимларида даволанган 183 нафар Юрак ишемик касаллиги стабил зўриқиш стенокардияси II-III функционал синфи билан оғриган аёл ва эркак жинсига мансуб беморлар жалб қилинди. Беморларнинг ўртача ёши $64,2 \pm 5,1$ йил, улардан 98 нафар эркак, 85 нафар аёллар ташкил қилди. Беморларнинг яшаш шароитига қараб, икки гуруҳга ажратилди. 1-гуруҳга шаҳар шароитида яшовчи ЮИК билан оғриган, 89 нафар (47 нафар эркак, 42 нафар аёл) беморлар, 2-гуруҳга қишлоқ шароитида яшовчи ЮИК билан оғриган 94 нафар (51 нафар эркак, 43 нафар аёл) беморлар киритилди. Тадқиқотга олинган беморлар клиник характеристикаси 1-жадвалда келтирилган.

Қоннинг липид спектрини аниқлаш: Липид спектри аниқлаш учун қон овқатлангандан 12 соатдан кейин оч қоринга, наҳорга билан венасидан олинади. Қондаги умумий холестерин (УХС), юқори зичликдаги холестерин (ЮЗЛП ХС), триглицерид (ТГ), паст зичликдаги холестерин (ПЗЛП ХС)га қўшимча равишда Аполипопротеин А-I, аполипопротеин В миқдори “Mindray” (Хитой) ускунаси орқали “Human” (Германия) диагностик реактивлар ёрдамида спектрофотометрик автоанализаторида колориметрик-ферментатив усулда аниқланди.

Электрокардиография. Беморларнинг электрокардиограмма (ЭКГ) натижаларини баҳолаш учун 50мм/сек тезлик билан, бир вақтнинг ўзида 12 уламалар бўйича қайд қилувчи “Hellige EK-56” электрокардиографидан фойдаланилди.

Велоэргометрия. Электрокардиографик диагностик усул бўлиб, беморлардаги латенг (яширин) коронар касалликларни аниқлаш ва поғонали ошиб борувчи жисмоний юклагамага индивидуал толерантликни баҳолаш учун қўлланилади.

ЭКГ суткалик мониторинг. 24 соатлик ЕКГ мониторинги «Поли-Спектр-СМ-154» Холтер мониторинг тизими ёрдамида амалга оширилди. Стандарт ЕКГ нинг V5, V1, avF уламаларига мос келадиган 3 та монитор уламасини ҳосил қилиш имконини берувчи 7 каналли магнитофондан фойдаланилди.

1-жадвал

Тадқиқотга олинган беморлар клиник характеристикаси

Клиник белгилари	1-группа (n=89)	2-группа (n=94)
Ўртача ёши (йил)	65,4 ± 4,3	63,7 ± 5,1
Эркак (%)	47 (52,8%)	51 (54,3%)
Аёл (%)	42 (47,2%)	43 (45,7%)
ЮИК Стабил зўриқиш стенокардияси II ФС	11 (12,4%)	8 (8,5%)
ЮИК Стабил зўриқиш стенокардияси III ФС	78 (87,6%)	86 (91,5%)
ЮИК давомийлиги (йил)	4,2±0,33	3,6±0,26
АГ (%)	75 (84,3%)	76 (80,8%)
САД (мм сим. уст.)	148,9±11,2	156,9±16,0
ДАД (мм сим.уст)	96,2±13,5	94,5±10,1
ЧСС (дақиқасига)	82,4±15,5	80,2±13,4
ТВИ (кг/м ²)	30,8±4,52	29,7±3,91
Бел айланаси (см)	111,8±13,6	118,7±18,4
Чекиш, %	21 (23,6%)	29 (30,8%)

Изоҳ: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$;

Беморларнинг барчалари ЖССТ Юрак ишемик касаллиги Стабил зўриқиш стенокардияси даволаш стандартлари асосида дориларни қабул қилганлар. 2-жадвалда беморлар қабул қилган дорилари бўйича маълумот келтирилган.

2-жадвал

Тадқиқотга жалб қилинган беморлар стандарт даволаш муолажалари

Дори воситалар	Бемор сони n (%)	
	1-группа (n=89)	2-группа (n=94)
Бета-блокатор (биспролол/небивалол)	73 (82%)	67 (71,3%)
Антиагрегантлар (аспирин/клопидогрел)	89 (100%)	94 (100%)
Статинлар (аторвастатин/розувастатин)	89 (100%)	94 (100%)
ААФи (эналаприл/периндоприл/рамиприл)	49 (55,1%)	56 (59,6%)
Ангиотензин II рецептори блокаторлари (лозартан/валсартан)	26 (29,2%)	20 (21,2%)
Са каналлар блокаторлари (амлодипин)	47 (52,8%)	56 (59,6%)
Нитратлар (мононитрат)	13 (14,6%)	20 (21,3%)

Тадқиқотга жалб қилинган беморларнинг барчаларига лаборатор текширувлардан умумий кон таҳлили, умумий пешоб таҳлили, кон ивиш вақти, қон биокимёвий таҳлили, коагулограмма (9 та кўрсаткич), липид спектри, велоэргометрия, холтер мониторинг, “ОДА23+” ҳамда «Seattle Angina Questionnaire» сўровномалари ўтказилди.

«ОДА-23+» сўровномаси. «ОДА-23+» - (ҳаракат фаоллиги сўровномаси) – ЮИК билан оғриган беморларнинг ҳаркат фаоллигини баҳоловчи махсус сўровномадир. Унда беморларнинг турмуш тарзига боғлиқ равишда ҳаракат фаоллигини баҳолаш мумкин. Сўровнома 23 та саволдан иборат. Ҳар бир саволнинг муқобил жавоблари келтирилган бўлиб, бемор улардан бирини танлаши керак бўлади. Ҳар бир берилган жавоб маълум бир балл билан баҳоланади. Яқунда баллар йиғиндиси ҳисоблаб чиқилади. Барча беморларга қулай бўлиши учун сўровномани ўзбек тилига ўғирдик. «ОДА-23+»

сўровномасининг ўзбек тилидаги варианты 1-иловада келтирилган. Баллар йиғиндисига қараб беморнинг жисмоний фаоллиги баҳоланади.

«Seattle Angina Questionnaire» сўровномаси. «Seattle Angina Questionnaire» – Сурункали касалликлар билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолаб берувчи носпесифик сўровнома. Ушбу сўровнома инсон соғлиғи билан белгиланадиган ҳаёт сифати кўрсаткичларидан қониқиш даражасини ва инсоннинг фаровонлик миқдорини баҳолаб беради. Биз беморларга қулайлик учун сўровномани ўзбек тилига ўғирдик. Сўровномада ҳар бир саволнинг муқобил жавоблари келтирилган бўлиб, бемор улардан бирини танлаши керак бўлади. Ҳар бир берилган жавоб маълум бир балл билан баҳоланади. Яқунда баллар йиғиндисига ҳисоблаб чиқилади. Баллар йиғиндисига қараб бемор ҳаёт сифати белгиланади.

«HealthRunApp» - жисмоний фаолликни индивидуал танлаб берувчи мобил дастур. Ҳар бир беморга танлаб берилган жисмоний фаолликнинг даволаш самарадорлигига ва ҳаёт сифатига ижобий таъсирини баҳолаш ва кейинчалик умумий амалиёт шифокори, кардиолог, терапевт учун махсус ёрдамчи бўлишини инobatга олган ҳолда биз «HealthRunApp»- жисмоний фаолликни индивидуал белгилаб берувчи мобил дастурни ишлаб чиқдик. Мобил илова шифокор томонидан тўлдирилади ва унда кўрсатилган кўрсаткичларнинг ўзгариши динамикада 3-6 ойда солиштириш имконини беради.

Мобил иловани тўлдириш ва қайтар боғланиш схемаси 1-расмда келтирилган.



1-расм. Мобил дастури ишлаш тамойилининг схематик ифодаси

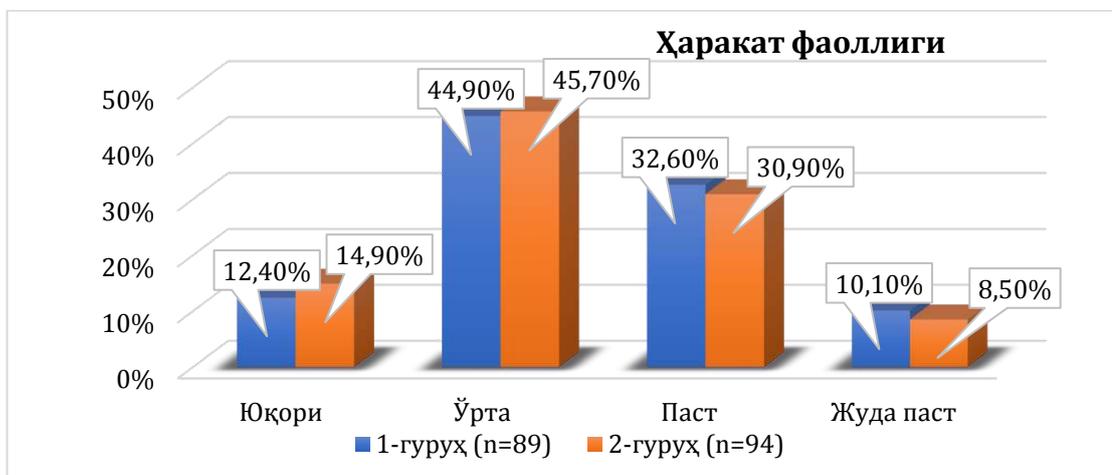
Дастур ҳар бир бемор учун индивидуал ёндошувга ёрдам беради, шифокор томонидан тўлдирилгани сабабли беморнинг антропометрик, липид спектри, коагулограмма кўрсаткичлари, ВЕМ текшируви натижаларини инobatга олган ҳолда буюрилади. Беморга қўлланилаётган жисмоний фаолликнинг хавфсизлигини белгилаб бериш учун дастурга чиниқтирилган пулс кўрсаткичи киритилган ва бемор жисмоний юкламани бажариш бошланганидан 10-15 дақиқа ўтгач, пулсини санаш тавсия қилинади. Беморга пулсининг хавфсизлик чегараси ҳам индивидуал танланган бўлади (2-расм)



2-расм. «HealthRunApp» мобил дастури

Натижа ва таҳлиллар

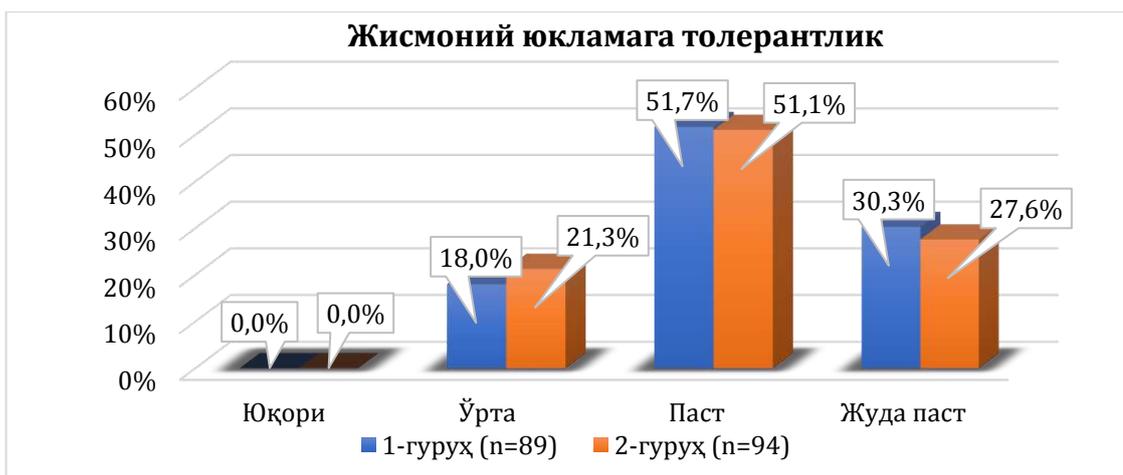
Беморларда ҳаракат фаоллиги даражасини субъектив баҳолаш мақсадида, 2013 йил Д.М.Аронов, В.Б.Красникий, М.Г.Бубнова томонидан тақдим қилинган, “ОДА23+” сўровнома ўтказилди. Бунда беморлар 23 та саволга жавоб бериш орқали ҳаракат фаоллиги даражаси баҳоланди, олинган натижалар 3-расмда келтирилган.



3-расм. Шаҳар ва қишлоқ шароитида яшовчи ЮИК билан оғриган беморлар “ОДА23+” сўровномаси натижалари

3-расмда келтирилган маълумотларга кўра, шаҳарда истиқомад қилувчи беморларнинг қарийб 2/3 қисми ўз ҳаракат фаоллигини ўрта ва юқори баҳолаган, қишлоқда истиқомад қилувчи ЮИК билан оғриган 57,3 % беморлар ўзларининг жисмоний фаоллигини ўрта ва юқори баҳолаган, фақат 10,1% беморлар 1-гурӯҳдан, 8,5% 2-гурӯҳдан ўз жисмоний фаоллигини жуда паст деб кўрсатган.

Ушбу сўровнома баморлар ҳаракат фаоллигини субъектив ҳолатини баҳолашга асослангани учун инсон жисмоний ҳолатининг ҳақиқий кўринишини баҳолай олмайди. Беморлардаги жисмоний ҳолатнинг ҳақиқий ҳолатини ўрганиш учун ВЭМ орқали жисмоний юкламага толерантликни баҳоладик. ВЭМда бемор бажарган юклама асосида олинган натижалар 4-расмда келтирилган.



4-расм. Шаҳар ва қишлоқ шароитида яшовчи ЮИК билан оғриган беморлар ВЭМ асосида олинган жисмоний юкламага толерантлик натижалари

4-расмда келтирилган маълумотлари таҳлиliga кўра, тадқиқотга олинган беморлар жисмоний ҳолатини ВЭМ орқали текширилганда, “ОДА23+” сўровномасида бироз фарқли натижалар чиқди, яъни, шаҳарда истиқомад қилувчи беморларнинг 18,0% фоизидагина жисмоний юкламага

толерантлик ўрта ва юқори эканлиги, 4/5 қисм беморларнинг жисмоний ҳолати паст ва жуда паст эканлиги аниқланди.

Қишлоқда истиқомад қилувчи ЮИК билан оғриган қарийб 21,3% беморларнинг жисмоний фаоллиги ўрта ва юқори эканлиги, қолган 78,7% ҳолатда эса жисмоний юкламага толерантлик паст ва жуда паст эканлиги аниқланди.

Беморларимизда ифодаланган жисмоний фаолликни аниқлаб олганимиздан сўнг, уларга оптимал жисмоний юклама дастурини ишлаб чиқдик (3-жадвал).

Умумий ривожлантирувчи машқлар ўз ичига майда, ўрта ва қисман йирик бўғимлар ҳаракатини дастлаб ўтирган, кейин турган ҳолда бажарувчи энгил машқларни олади. Енгил гимнастика машқларини нафас машқлари билан биргаликда ва алоҳида амалга ошириш мумкин. Дозаланган юриш машқлари ҳар бир беморга индивидуал тарзда танлаб берилди.

Биз «HealthRunApp» - жисмоний фаолликни индивидуал белгилаб берувчи мобил дастурни ишлаб чиқдик. Ушбу мобил илова айнан ҳозирда оилавий шифокор деб аталиётган умумий амалиёт шифокорлари, кардиолог ва терапевтлар учун амалиётда яхши ёрдамчи бўла олади.

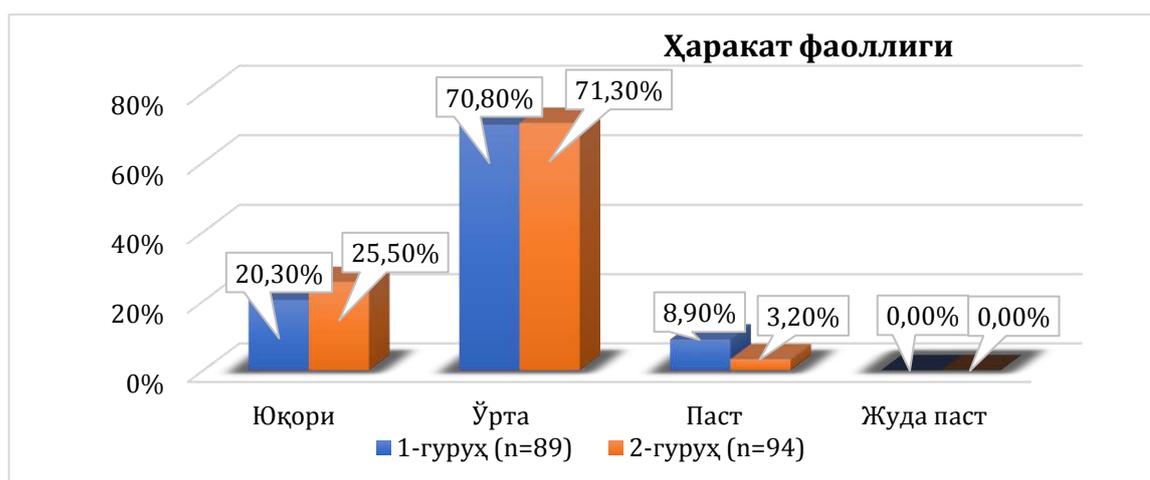
3-жадвал

Юрак ишемик касаллиги функционал синфларидан келиб чиққан жисмоний фаоллик дастури

Жисмоний фаоллик тури	Функционал синф		
	I	II	III
Умумий ривожлантирувчи машқлар	35-45 дақ	25-35 дақ	20-30 дақ
Дозаланган юриш	30 дақ	20-30 дақ	20 дақ
Нафас машқлари	+++	+++	+++
Секин юриш	2,5-3,0 км	2,0-2,5 км	1,5-2,0 км

Беморга буюрилган жисмоний фаоллик бемор стационарда ётган 10 кун давомида ўргатиб борилди, хавфсизлиги назорат қилинди. Беморга узлуксиз тарзда ушбу машқларни ҳафтасига 4-6 мартагача қилиши кераклиги тушунтириб борилди. Беморлар билан телефон орқали боғланиб, жисмоний фаолликни бажариш давомийлиги, хавфсизлиги назорат қилиб борилди.

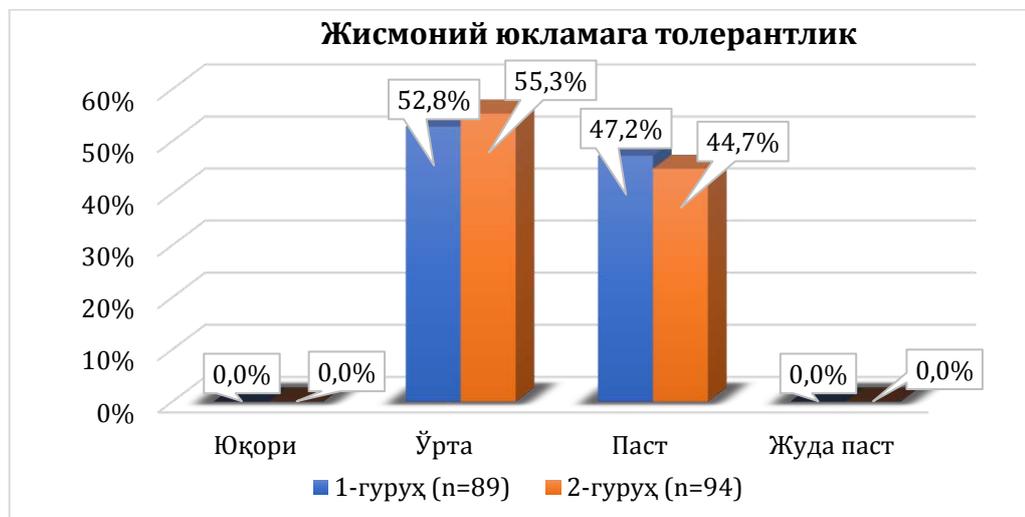
Беморларга 6 ойдан сўнг барча текширувлар қайта ўтказилди ва дастлабки ва 6 ойдан кейинги, жисмоний фаоллик даражасини аниқловчи “ОДА23+” сўровномаси натижалари 4-расмда келтирилган.



4-расм. Шаҳар ва қишлоқ шароитида яшовчи ЮИК билан оғриган беморларнинг 6 ойдан кейинги “ОДА23+” сўровномаси натижалари

Юқоридаги 4-расмдан келиб чиққан ҳолда, айтиш мумкинки, ҳаракат фаоллиги даражасини аниқлаш натижаларига кўра ЮИК билан оғриган шаҳар шароитида истиқомад қилувчи беморлар ҳаракат фаоллиги 6 ойдан кейинги натижалари 33,8% яхшилانган. ЮИК билан оғриган қишлоқ шароитида истиқомад қилувчи беморларда узлуксиз олиб борилган дозаланган юриш машқлари таъсирида ҳаракат фаоллиги “ОДА23+” сўровномасига кўра 36,2% яхшиланган.

Беморларга 6 ойдан кейин жисмоний юкламага толерантликни баҳолаш мақсадида ВЭМ текшируви ўтказилди. Беморларнинг 6 ойдан кейинги жисмоний юкламага толерантлик кўрсаткичлари 5-расмда келтирилган.



5-расм. ЮИК билан оғриган иккала гуруҳ беморларнинг 6 ойдан кейинги жисмоний юкламага толерантлик кўрсаткичлари

5-расмда келтирилганидек, иккала гуруҳ беморлари орасида ҳам юқори жисмоний толерантликка эга беморлар кузатилмади. Шаҳарда истиқомад қилувчи беморларимизда жисмоний фаоллик 2,5 баробарга (34,8%), қишлоқ шароитида истиқомад қилувчи ЮИК билан оғриган эркак беморларимизда 2,1 баробарга (34%) ортган.

Жисмоний ҳолатни ВЭМ ёрдамида ҳисоблашнинг янада аниқроқ усули бажарилган иш ҳажми (БИХ) ни ҳисоблашдир. БИХ куйидаги формула билан ҳисобланади:

$$\text{БИХ (бажарилган иш ҳажми)} = A \text{ кгм/мин} \times 3 \text{ мин} + B \text{ кгм/мин} \times 3 \text{ мин} + C \text{ кгм/мин} \times 3 \text{ мин} = \text{сумма кгм.}$$

Бажарилган иш ҳажминининг тадқиқотга олинган беморларда дастлабки ва 6 ойдан кейинги ўзгаришлари 4-жадвалда келтирилган.

4-жадвал

ЮИК билан оғриган беморлар бажарилган иш ҳажми ўзгаришининг натижалари

Дастлабки	1-гуруҳ (n=89)		2-гуруҳ (n=94)	
	дастлаб	6 ойдан сўнг	Дастлаб	6 ойдан сўнг
	1644,3±153,5	3452,4±285,7**	1716,8±214,2	3374,0±266,1**

Изоҳ: *-p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

5-жадвал

ЮИК билан оғриган беморларнинг дастлабки ва 6 ойдан кейинги ВЭМ натижалари

Кўрсаткич	1-гуруҳ (n=89)		2-гуруҳ (n=94)	
	Дастлаб	6 ойдан сўнг	Дастлаб	6 ойдан сўнг
Давомийлиги, мин	4,16±0,08	7,21±0,14***	5,04±0,09	7,43±0,19***
Дастлабки ЮҚС	76,2±5,8	63,5±4,3	68,7±7,1	63,4±4,7
Максимал ЮҚС	129,5±9,1	102,4±8,3*	133,7±10,2	98,6±7,9*
Дастлабки САД	128,2±10,2	119,2±10,2	136,7±11,0	123,8±10,9
Максимал САД	159,7±14,2	139,4±11,3	165,8±13,4	141,3±11,7
Дастлабки ДАД	96,2±8,5	85,8±6,1	94,5±8,1	84,5±7,3
Максимал ДАД	105,7±9,6	97,9±7,4	107,6±9,1	97,7±8,6
ST сегменти силжиши, мм	1,6±0,07	1,1±0,03***	1,9±0,09	1,3±0,04***
ҚУЭС	24,5±2,1	8,4±0,28***	54,8±3,4	18,1±2,7***
ҚЭС	10,8±1,1	0,5±0,06***	35,7±2,7	1,7±0,07***

Изоҳ: *-p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

4-жадвал таҳлил қилинганда, текширувга олинган барча беморларда 6 ой давомида стандарт даволаниш курси билан биргаликда олиб борилган дозаланган юриш машқлари таъсирида БИХ ишончли даражада ортган. Айниқса, шаҳарда ва қишлоқда истиқомат қилувчи беморларда юқори ишончилилик даражасида кўтарилган ($p < 0,01$). Яъни шаҳарда яшовчи ЮИК билан оғриган беморларда 1,7 баробар, қишлоқда яшовчи беморларда 1,8 баробар кўтарилган.

ВЭМда иккала гуруҳ беморларимизнинг клиник ва гемодинамик кўрсаткичларининг ўзгариши кузатиб қуйидагича натижалар олдик (5-жадвал).

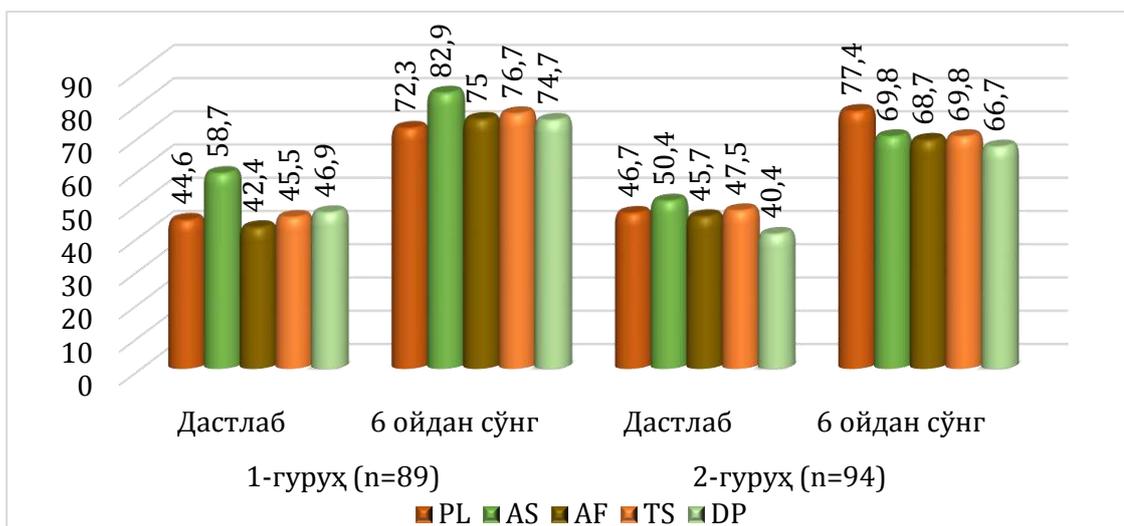
ВЭМ натижаларига кўра дастлаб ва 6 ой кейинги кўрсаткичларига кўра, ЮИК билан оғриган беморларда олиб борилган стандарт даволаш тадбирлари билан биргаликда дозаланган юриш ва жисмоний фаоллик таъсирида шаҳар шароитида истиқомат қилувчи беморларда ВЭМда юкламанинг бажариш давомийлиги ишончли даражада ортди ($p < 0,001$), ST сегментининг силжиши, юкламанинг давомида қайд қилинган ҚУЭС, ҚЭС сони бўйича ишончли даражада камаяди ($p < 0,001$). Максимал ЮҚС эса ишончли даражада камайди ($p < 0,05$).

Қишлоқ шароитида истиқомат қилувчи беморларда эса беморларда олиб борилган стандарт даволаш тадбирлари билан биргаликда дозаланган юриш ва жисмоний фаоллик таъсирида ВЭМда юкламанинг бажариш давомийлиги юқори ишончли даражада ортди ($p < 0,001$), ST сегментининг силжиши, юкламанинг давомида қайд қилинган ҚУЭС, ҚЭС сони бўйича юқори ишончли даражада камаяди ($p < 0,001$). Максимал ЮҚС эса ишончли даражада камайди ($p < 0,05$).

Иккала гуруҳ беморларида ҳам Систолик ва диастолик артериал қон босимининг дастлабки ва юклама таъсиридаги максимал қон босимининг камайишига тенденция кузатилади.

Олинган натижаларига кўра, “HealthRunApp” дастурини орқали танлаб берилган узлуксиз олиб борилган дозаланган юриш машқлари таъсирида ҳаракат фаоллиги “ОДА23+” сўровномасига кўра ЮИК билан оғриган шаҳар ва қишлоқ шароитида истиқомат қилувчи эркак ва аёл беморлар ҳаракат фаоллиги ишончли даражада ортади.

Тадқиқотга олинган беморлар ҳаёт сифатини баҳолашда «Seattle Angina Questionnaire» сўровномасидан фойдаланилди. Ушбу сўровнома орқали қуйидаги шкалалар баҳоланди: **PL** - physical limitation-жисмоний юкламани чеклаш шкаласи, **AS** - Angina stability - хуружлар стабиллиги шкаласи, **AF** - Angina frequency - хуружлар частотаси шкаласи, **TS** - Treatment satisfaction - даволанишдан қониқиш шкаласи, **DP** - Disease perception – касалликка муносабат шкаласи ЮИК стабил зўриқиш стенокардияси билан оғриган беморлар «SF36» сўровнома натижалари 8-расмда келтирилган.



8-расм. ЮИК билан оғриган беморларда дастлабки ва 6 ойдан кейинги «Seattle Angina Questionnaire» сўровномаси натижалари

8-расмдан кўриниб турибдики, ЮИК стабил зўриқиш стенокардияси билан оғриган шаҳар ва қишлоқ шароитида истиқомат қилувчи иккала гуруҳ беморларида ҳам 6 ой давомида стандарт даво билан биргаликда олиб борилган жисмоний фаоллик таъсирида ҳаёт сифатининг барча кўрсаткичлари: жисмоний юкламани чеклаш шкаласи, хуружлар стабиллиги шкаласи, хуружлар

частотаси шкаласи, даволанишдан қониқиш шкаласи, касалликка муносабат шкаласи бўйича ишончли даражада ошди ($p < 0,05$).

Хулоса

Юқоридагиларга хулоса қилиб айтадиган бўлсак, жисмоний фаоллик даражасини ортиши ҳаёт сифатининг барча кўрсаткичларига ижобий таъсир кўрсатади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Бубнова М.Г., Аронов Д.М., Методические рекомендации Обеспечение физической активности граждан, имеющих ограничения в состоянии здоровья. Под редакцией С.А.Бойцова С.А.Бойцова. // КардиоСоматика. 2016;7(1):5-50.
2. Mironova A.A., Physical inactivity hidden risk of non-communicable disease//East European scientific journal 2021;10(74):5-8.
3. <https://www.who.int/ru/news/item/17-05-2017-almost-half-of-all-deaths-now-have-a-recorded-cause-who-data-show>
4. Colberg SR, Sigal RJ et al. Exercise and Type 2 Diabetes. The American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association: joint position statement. Diabetes Care 2010; 12: e248–e367.
5. Karjalainen, J.J., Kiviniemi, A.M., Hautala, A.J., Niva, J., Lepojarvi, S., Makikallio, T.H., Tulppo, M.P. (2012). Effects of exercise prescription on daily physical activity and maximal exercise capacity in coronary artery disease patients with and without type 2 diabetes. Clinical Physiology and Functional Imaging 2012;32:445-454.
6. Ayabe, M., Brubaker, P.H., Dobrosielski, D., Miller, H.S., Kiyonaga, A., Shindo, M., Tanaka, H. (2008). Target step count for the secondary prevention of cardiovascular disease. //Circulation Journal, 2008;72:299-303.
7. Piña IL, Apstein CS, Balady GJ et al. Exercise and Heart Failure: A Statement From the American Heart Association Committee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention. //Circulation 2003;107: 1210–25; doi: 10.1161/01.CIR.0000055013.92097.40
8. Нуриллаева Н.М. Профилактика факторов риска ИБС в первичном звене здравоохранения Узбекистана. /Монография ТТА, 2016;146.
9. Чужинова Т.Д., Дегтярев А.Е., Новикова Т.Д. Эффективность дозированном физическом нагрузке у пациентов с дислипидемиями. // Серия Медицина. Фармация. 2011;10(105).

Қабул қилинган сана 20.05.2024