

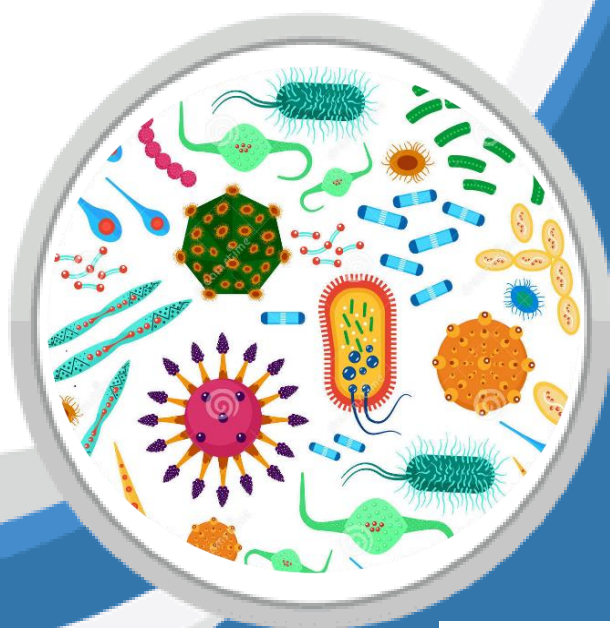


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
МИНИСТЕРСТВО ИННОВАЦИОННОГО
РАЗВИТИЯ
ФЕРГАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ**

СБОРНИК

МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

**ДОСТИЖЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ В ИЗУЧЕНИИ
ЭПИДЕМИОЛОГИИ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ**



Фергана-2021 г.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
МИНИСТЕРСТВО ИННОВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ
ФЕРГАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Материалы международной научно-практической
конференции с участием международных партнерских
вузов

10-июня 2021 года

**ДОСТИЖЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ В
ИЗУЧЕНИИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ИНФЕКЦИОННЫХ
БОЛЕЗНЕЙ**

Фергана 2021

Редакционная коллегия международной научно-практической конференции ферганского медицинского института общественного здоровья

<i>Главный редактор</i>	<i>Сидиков А.А.</i>	<i>- д.м.н., ректор ФМИОЗ</i>
<i>Зам.глав редактора</i>	<i>Ботиров М.Т.</i>	<i>- проректор по учебно-воспитательной работе PhD</i>
	<i>Исаков Э.З.</i>	<i>проректор по научной работе и инновациям, д.м.н.</i>
<i>Редколлегия</i>	<i>Мухидинова Ш.Б.</i>	<i>заведующая кафедрой «Эпидемиологии и инфекционных болезней»</i>
	<i>Маматкулова М.Т.-</i>	<i>преподаватель кафедры «Эпидемиология и инфекционные болезни</i>
	<i>Хошимова А.Ё.</i>	<i>преподаватель кафедры «Эпидемиология и инфекционные болезни</i>
<i>Редактор компьютерной графики</i>	<i>Валитов Э.А</i>	<i>Руководитель центра информационных технологий</i>

ИЛМ-ФАН ВА ИННОВАЦИЯНИ РИВОЖЛАНТИРИШ ЭНГ МУҲИМ УСТИВОР ВАЗИФАЛАРДАН БИРИДИР

Сидиков А.А., Исоқов Э.З.

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

Маълумки, Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институтининг асосий вазифаси соғлиқни сақлаш, санитария-эпидемиологик осайишталик ва жамоат саломатлиги соҳасида юқори малакага эга олий маълумотли кадрларни тайёрлаш, ходимларни касбий ривожлантириш тизимини янада такомиллаштириш ҳамда тиббиёт ташкилотлари, шу жумладан, бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасаларини профессионал мутахассислар билан таъминлаш шунингдек, касалликлар профилактикаси, паразитология, микробиология, вирусология, соғлом турмуш тарзини ривожлантириш масалалари бўйича истиқболли инновацион, амалий ва фундаментал илмий-тадқиқот ишларини амалга ошириш ҳамда уларнинг натижаларини тиббиёт амалиётидаги мавжуд муаммоларга қаратилгандир.

Ҳозирда Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институтида хорижий мамлакатларнинг етакчи тиббиёт ташкилотлари, илмий-тадқиқот марказлари билан таълим ҳамда илм-фан соҳаларидаги узоқ муддатли ҳамкорликни мустаҳкамлаш ва ривожлантириш, моддий-техник базани модернизация қилиш ва мустаҳкамлаш, симуляцион марказ, ўқув ва илмий-тадқиқот лабораторияларини замонавий асбоб-ускуналар билан жиҳозлаш, институт ахборот-ресурс марказини қўшимча илмий адабиётлари билан бойитиш, таълим муассасасини салоҳиятли профессор-ўқитувчилар билан таъминлаш мақсадида етакчи олий таълим муассасаларида тегишли соҳалар бўйича 2021/2022 ўқув йилидан бошлаб клиник ординатура, магистратура мутахассисликлари ва таянч докторантурада кадрларни мақсадли тайёрлаш кўзда тутилмоқда.

Институтда профессор-ўқитувчиларнинг илмий салоҳиятини ошириш мақсадида “Илмий клуб” ташкил этилди ва унинг очилиш таъсис мажлиси

бўлиб ўтди. Унда барча илмий тадқиқот ишларига жалб этилган профессор-ўқитувчилар иштирок этди. Йиғилишда “Илмий клуб”нинг Низоми ташкилий, тузилмаси ва иш режаси муҳокама қилинди ва Илмий Кенгашда тасдиқлашга тақдим этилди.

Клубнинг асосий мақсади профессор-ўқитувчиларнинг илмий ташаббусларига раҳномо бўлиш, уларнинг касбий маҳоратини ривожлантириш, институт кафедралари ва бўлимларидаги илмий салоҳиятини мустаҳкамлаш шунингдек, илмий тадқиқотчиларга моддий, маиший шароитларни яратиш ва маънавий қўллаб қувватлашдан иборатдир.

Бундан ташқари институтда илмий тадқиқот ишларини олиб бораётган профессор-ўқитувчилар ўртасида мунтазам семинарлар ташкил этишнинг календар тематик режаси ишлаб чиқилди.

Семинар календарь тематик режасида фаннинг ҳозирги замонда тутган ўрни, илмнинг ўзига хос белгилари, ёлғон илм нима?, илм тизим сифатида, илмнинг классификациси, илмий тадқиқот фаолияти, илмий тадқиқотнинг усуллари ва услубияти, патент ахборот изланишлари, тадқиқот натижаларини амалиётга қўллаш ва унинг самарадорлиги, илм ва ахлоқ, илм этикаси, олимнинг жамият олдидаги масъулияти, плагиат каби масалаларга кенг ўрин бералади.

Бундан ташқари илмий ахборотлар тизими, ахборотлар турлари ва уларнинг манбалари, улар билан ишлаш, илмий адабиётлар билан ишлашни ташкил этиш, ахборотлардан фойдаланиш йўллари ва шакллари, илмий тадқиқот фаолияти босқичлари, илмий тадқиқот ишларига қўйилган умумий талаблар муфассал кенг ёритилади.

Шунингдек, илмий ишнинг структураси ва мазмуни, илмий ишни ёзишга бўлган талаблар, мақолалар аннотацияси, илмий тилнинг ўзига хослиги, ёзма илмий сўз, илмий матнларнинг лексико-фразеологик ва граматик ўзига хослиги, оғзаки илмий сўз, мулоқот новербал воситаси эканлигига тўхталиб ўтилади.

Бундан ташқари докладни оммавий чиқишнинг ўзига хос кенг тарқалган жихати тўғрисида ва унинг турлари ҳақида маълумотлар берилади.

Шуни таъкидлаб ўтиш керакки илмий тадқиқотчилар учун “Диссертация ёзиш усуллари” тўғрисида услубий тавсиянома ишлаб чиқилди ва илмий тадқиқотчилар билан муҳокама этилди. Унда диссертациянинг кириш қисми, боболари ва параграфлари, муқаддима, ва хулоса илмий янгилик ва уни амалиётга тадбиқ этиш қисмларини ёзиш усул ва йўллари кенг ўрин берилган.

НЕКОТОРЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ COVID-19 У ВЗРОСЛЫХ В АЗЕРБАЙДЖАНЕ

Рустамова Л.И.¹, Кулиева З.М.², Ибадова Т.И.², Ибраһимбекова И.Б.²

*Научно-Исследовательский Институт Медицинской Профилактики
им.В.Ахундова¹, Баку, Азербайджан*

*Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования
Врачей им. А.Алиева², Баку, Азербайджан*

Как говорил лауреат Нобелевской премии в области микробиологии J.Lederberg – Для инфекции не существует национальных границ, и мы дорого заплатим, если будем игнорировать тление инфекции повсюду.

Сегодня бушующая почти на всех континентах пандемия коронавирусной инфекции подтвердила этот тезис. В мире, по официальным данным заразилось более 160 миллионов человек, более 3 миллионов умерли.

Исключительно важная роль эпидемиологических исследований в Глобальной стратегии по достижению здоровья для всех была официально признана в резолюции принятой сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения еще в мае 1988 года. Этот документ призывает шире использовать эпидемиологические данные, концепции и методы при осуществлении профилактических программ.

По ходу реализации в нашей республике противоэпидемических мероприятий в отношении COVID-19 мы провели первичный скрининг эпидемиологических данных по распространению этой инфекции среди азербайджанской популяции. Мы проанализировали официальные

статистические данные об инфицированности, заболеваемости и смертности от COVID-19, которые оглашал Оперативный штаб по COVID-19 при Кабинете Министров республики.

Сравнение цифровых показателей заболеваемости по COVID-19 позволили нам выделить группу риска по полу (женщины) и по возрасту (свыше 65 лет). Нами установлены основные пути заражения COVID-19 в Азербайджане:

1. Бессимптомное вирусоносительство;
2. Больные с легким течением COVID-19;
3. Внутрисемейное инфицирование;
4. Внутрибольничное (нозокомиальное) заражение.

Что касается сезонных особенностей COVID-19 в Азербайджане выявили, что в весенние месяцы (апрель-май) выявляемость COVID-19 была высокой по сравнению с летними месяцами, что согласуется с зимне-весенней сезонности этой инфекции.

Решающую роль в установлении факта зараженности с COVID-19 играет правильно собранный эпидемиологический анамнез.

Хотелось бы особенно отметить, что в Азербайджанской Республике своевременное выявление пациентов с бессимптомными и легкими формами COVID-19 с последующей их временной изоляцией, а также карантинные мероприятия по отношению к контактировавшим с ними, позволили существенно снизить интенсивность распространения COVID-19 среди населения нашей страны. ВОЗ высоко оценила работу нашего правительства в борьбе с COVID-19. Эта оценка доказала важную роль режимно-ограничительных и изоляционных мер для предупреждения распространения COVID-19 среди населения Азербайджана.

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ И ЕГО ПРИМЕНЕНИЕ ПРИ COVID-19 ИНФЕКЦИИ

Тагиева Ф.Ш., Джафарова Х.Г.

Инфекционные болезни возникают в результате проникновения в организм человека болезнетворных микроорганизмов специфичных только для данной болезни. Основная защита от возникновения инфекционных болезней – вакцинопрофилактика - самое надежное и проверенное временем средство предупреждения инфекционных заболеваний

Вакцинопрофилактика - это искусственное воспроизведение специфического иммунного ответа с целью создания у человека невосприимчивости к инфекционным заболеваниям путем введения вакцин. Эффективность вакцинации во всем мире общепризнано - нет ни одной другой программы в области здравоохранения, которая принесла бы столь впечатляющие результаты.

В последнее время популярным стало антипрививочное движение, распространяющийся ряд антинаучных публикаций, рассказывающих о неэффективности и небезопасности прививок. Антивакцинаторы утверждают, что большое количество одновременно вводимых вакцин может создать повышенную нагрузку на иммунную систему, может подавить или ослабить иммунитет ребёнка.

Если отменить вакцинацию, множество редких заболеваний вновь станут распространенными, что подтверждается в последнее время. Во многих странах Европы, США участились случаи кори, коклюша, чему в большей степени способствует наличие непривитых детей. И именно массовой вакцинации человечество обязано спасением многих миллионов жизней.

Осложнения на введение вакцин бывают очень редко: не чаще одного случая на сотни тысяч и даже миллионы прививок. Необходимость и польза прививок неизмеримо выше, чем возможная их опасность. Защитить своих детей от смертельно опасных инфекций, понимая важность вакцинопрофилактики - это обязанность каждого родителя.

В нашей стране вакцинопрофилактика – обязательное государственное мероприятие, способное обеспечить эпидемиологическое благополучие

населения и являющееся одним из наиболее эффективных методов снижения детской инфекционной заболеваемости. Иммунизация в рамках национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям проводится вакцинами зарубежного производства, зарегистрированными и разрешенными к применению в установленном порядке.

В Азербайджане такой календарь предусматривает обязательную защиту детей против 11 инфекционных заболеваний: гепатита В, туберкулёза, полиомиелита, коклюша, дифтерии, столбняка, кори, паротита, краснухи, пневмококковой инфекции, гемофильной инфекции (для детей из групп риска).

Иммунизация позволяет предотвращать страдания, инвалидность и смерть от болезней, предотвратимых с помощью вакцин. На сегодняшний день с помощью вакцин возможно предупредить около 45 заболеваний. Практически от любой инфекции, против которой есть вакцина, медицина в состоянии защитить детей, обеспечивать значительное снижение заболеваемости среди населения контролируемые инфекции. Вакцинация позволила обеспечивать значительное снижение заболеваемости среди населения контролируемые инфекции (корь, коклюш, дифтерия, полиомиелит и др.) победить такое распространенное и опасное заболевание прошлого, как натуральная оспа. На сегодня вакцинация против натуральной оспы прекращена, так как отсутствует циркуляция возбудителя. Ликвидация натуральной оспы является одним из ярчайших достижений медицины. Вакцинация позволяет не только предотвратить развитие инфекционных заболеваний, уменьшить их тяжесть и число осложнений при них, минимизировать риск летального исхода, но и имеет социально-экономическое значение. Благодаря прививкам, исключается возникновение эпидемий.

Очень важным для решения задачи снижения заболеваемости инфекционных заболеваний, либо их ликвидации, является то, чтобы охват детского населения вакцинацией был максимальным. Если 95% всего

населения страны вакцинировано, то формируется стойкий коллективный иммунитет. Если охват вакцинацией недостаточен, то повышенный риск инфекционной заболеваемости появляется даже у привитых, поскольку прививки не обеспечивают 100% устойчивость к болезням. И именно массовой вакцинации человечество обязано спасением многих миллионов жизней. В случае если число не вакцинированных детей, по различным причинам, будет увеличиваться, то велика вероятность того, что эпидемии инфекционных заболеваний снова вернутся.

Глобальный план действий в отношении вакцин (ГПДВ), одобренный 194 государствами-членами Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2012 года, является рамочным документом для предотвращения к 2020 году миллионов случаев смерти благодаря обеспечению более справедливого доступа к существующим вакцинам для населения всех стран и сообществ. Ежегодно в последнюю неделю апреля ВОЗ и партнеры проводят Всемирную неделю иммунизации. Ее целью является ускорение действий по повышению осведомленности и спроса на иммунизацию и улучшению служб по доставке вакцин с тем, чтобы везде можно было бы обеспечить защиту людей от смертельных болезней. Тема кампании в поддержку Всемирной недели иммунизации "Вакцины приносят результат!" Прививки действуют – прививки защищают во все периоды жизни.

В настоящее время COVID-19 является лидером по масштабу вызываемых заболеваний и по ущербу, который он наносит здоровью человека и экономикам стран мира, изучение этой новой инфекции является глобальной задачей для медицины всей нашей планеты.

Мир охвачен пандемией COVID-19 и продолжает борьбу с ней. До настоящего время случаи заболевания составляют - 166 млн., смертельные случаи - 3,43 млн.

COVID-19 также распространен в Азербайджане. С начала распространения коронавируса SARS-CoV-2 инфекция выявлена у 331883

(3,2%) жителей Азербайджана. 4839 (1.5%) человек скончались, выздоровели 319271 пациентов (данные на 21.05. 2021г).

Прививка – это наиболее эффективный способ уберечь себя от заболевания. Профилактическая эффективность вакцинации составляет 90% и более. Прививка не может вызвать заболевание, вакцинированный человек не заразен для окружающих. Важнейшим достижением, полученным в ходе пандемии COVID-19 является разработка и создание вакцин с высокой эффективностью действия. ВОЗ одобрила вакцины: Pfizer-95%, BioNTech-90%, Moderna-94,5%, CoronaVac-90-95%, Спутник V-92%, ЭпиВакКорона, Oxsford/AstraZeneca-63,09% и т.д.

Список вакцин , используемые против COVID-19 инфекции:

- Abdala
- CanSino
- Covaxin
- EpiVacCorona
- Johnson&Johnson
- Moderna
- Oxford/AstraZeneca
- Pfizer/BioNTech
- QazVac
- RBD-Dimer
- Sinopharm/Beijing
- Sinopharm/HayatVax
- Sinopharm/Wuhan
- Sinovac
- Soberana02
- Sputnik V

В Азербайджане иммунизация против COVID-19 проводится с 18.01.2021 года вакциной CoronaVac. бесплатно. До настоящего времени вакцинировано (получившие хотя бы I дозу) - 1 068 493 (10,48%), полностью

вакцинировано (получившие I и II дозу) - 823 210 (8,06%), всего вакцинация произведена **1 891 703**.

Вакцинация проводится поэтапно, так как сначала $60 \geq$, затем другие возрастные поколения. В Азербайджане одобрены следующие вакцины против COVID-19: Sinovac, Спутник В, AstraZeneca. В настоящее время в Азербайджане вакцинация проводится вакциной китайского производства (Синовак) CoronaVac. Но начиная с мая месяца используются и другие вакцины, например российский Спутник V, AstraZeneca (Oxford) и т.д.

Обязательной вакцинации против этой инфекции подлежат: пожилые люди в возрасте старше 60 лет; лица, страдающие хроническими заболеваниями (хроническая сердечная недостаточность, гипертония, сахарный диабет, иммуносупрессия, ВИЧ-инфекция и др.); медицинские работники; другие категории лиц, постоянно находящиеся в общественных местах (работники учебных заведений, сферы обслуживания, торговли, транспорта, военнослужащие).

Таким образом, эпидемическая ситуация в мире в целом, и в отдельности в Азербайджане зависит от профилактических мероприятий, проводимых с целью иммунизации населения с помощью вакцинации. Так давайте, вместе бороться с этой коварной и опасной инфекцией, объединяя усилия всех стран мира. Мир, несмотря на первоначальные успехи, в настоящее время продолжает борьбу с ней.

Литература:

1. Koronavirus.info.az
2. Диагностика, лечение и профилактика новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Методические рекомендации: Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова. Москва – 2020.
3. Кутырев В.В., Попова А.Ю., Смоленский В.Ю., Ежлова Е.Б., Демина Ю.В., Сафронов В.А., Карнаухов И.Г., Иванова А.В., Щербакова С.А. Эпидемиологические особенности новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Сообщение 1: Модели реализации профилактических и

противоэпидемических мероприятий. Проблемы особо опасных инфекций. 2020; 1:6–13. DOI: 10.21055/0370-1069-2020-1-6-13.

4. Novel Coronavirus – China. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronaviruschina/en/>.

5. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-jointmission-on-covid-19-final-report.pdf>.

ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В УЗБЕКИСТАНЕ.

**Матназарова Г. С., Брянцева Е. В., Миртазаев О. М., Тошбоев Б.Ю.,
Мустанов А.Ю.**

Ташкентская медицинская академия

Аннотация. ВОЗ объявила о пандемии Covid-19, которая распространилась по всему миру. Единственным способом борьбы с этой инфекцией является вакцинация. С 1 апреля в Узбекистане начался процесс вакцинации населения от коронавируса. В Республике Узбекистан применяются 3 вакцины (ZF-UZ-VAC 2001, Astra Zeneca и СПУТНИК “V”). В статье описывается охват вакцинацией граждан Узбекистана на 1 этапе за период с 1 апреля по 7 мая.

Ключевые слова: коронавирусная инфекция, вакцина, вакцинация.

Введение. Человечество в очередной раз столкнулось с пандемией. Пандемию Covid-19 можно сравнить с испанкой, которая унесла от 20 до 50 млн. (по некоторым данным 100 млн.) человеческих жизней. По данным университета Джона Хопкинса, сегодня в мире насчитывается 156 млн. случаев коронавирусной инфекции, выздоровели 92,3 млн. 3,26 млн. летальных исходов.

И единственным способом борьбы с этой инфекцией является вакцинация. История знает множество примеров, когда вакцина спасала человечество от вымирания (например, вакцина против натуральной оспы, полиомиелита,

кори, бешенства и другие). Многие задаются вопросом, а нужна ли вакцинация? Да. Вакцина подготавливает наш организм к встрече с чужеродным микроорганизмом, распознать его и выработать против него антитела. Вакцины не лечат болезнь, а предотвращают её. Именно благодаря вакцинам, по данным ВОЗ, удастся ежегодно предотвратить смерть 2-3 млн. человек.

Сейчас по всему миру развернулась программа массовой вакцинации против Covid-19.

Цель исследования: Изучение состояния вакцинации против коронавируса в Республике, в период с 2021 года

Материалы и методы: Нами изучены отчетные данные Республиканской Службы Санитарно-эпидемиологического благополучия и общественного здоровья (ССЭБ и ОЗ РУз), об охвате вакцинации планированных контингентов, а также материалы интернета. В своей работе использовали эпидемиологические и статистические методы исследования.

В Узбекистане также проводится массовая иммунизация. С 1 апреля в Узбекистане начался процесс вакцинации населения от коронавируса. На первом этапе вакцину бесплатно получили граждане старше 65 лет и медицинские работники. Вакцинация является добровольной. Население может выбрать 1 из трёх вакцин. В стране создано 3138 пунктов вакцинации и 862 мобильные бригады.

На втором этапе будут вакцинированы лица 18-64х лет, имеющие хронические заболевания, преподаватели школ, воспитатели детских дошкольных учреждений.

Против COVID-19 разработаны многочисленные вакцины в различных странах мира. Настоящее время со стороны всемирной организации здравоохранения 13 вакцин получили одобрение для использования.

Результаты и обсуждение. У нас в Республике Узбекистан применяются 3 вакцины (ZF-UZ-VAC 2001, Astra Zeneca и СПУТНИК "V"). Все они разрешены ВОЗ и фарм.комитетом к применению и имеют высокую эффективность.

Узбекско-китайская вакцина ZF-UZ-VAC 2001. Разработана институтом микробиологии при академии наук Китая. Узбекистан был назван соавтором вакцины за вклад в её испытание [1,2]. Фазы I и II клинических испытаний препарата завершились еще в октябре прошлого года. Исследования были организованы также в Пакистане, Индонезии. Эта вакцина стала первой вакциной, зарегистрированной в Узбекистане, она оказалась в шесть раз лучше против британского и южноафриканского штаммов, ее иммуногенность составила 97%, а уровень выработки антител после второй дозы повышался в 11 раз. По предварительным результатам клинического исследования, побочные эффекты 1 степени (аллергическая реакция, небольшой жар, головная боль) наблюдались в 0,3% случаев, получивших китайско-узбекскую вакцину. Для сравнения, у Pfizer/Biontech этот показатель составлял 2-3,8%, у "Спутника V" – 0,3-0,4%. В процессе вакцинации не было зарегистрировано значительных побочных эффектов, подтверждены безопасность и надежность вакцины [1].

Побочные действия: преимущественно легкие. Кратковременные местные аллергические реакции – зуд, отек и покраснение кожи в области инъекции, повышение температуры тела, головная боль. В случае возникновения гипертермии, судорог, или других патологических состояний, следующая вакцинация этой вакциной не проводится. Препарат вводится в 3-х дозах с интервалом 21 день.

Вакцина AstraZeneca

Вакцина разработана британо-шведской компанией AstraZeneca и Оксфордским университетом. Она в значительной мере обеспечивает вакцинацию жителей Великобритании [3]. В настоящее время производится в Индии. Большинство побочных реакций были слабыми или умеренными и обычно проходили за несколько дней. Отмечены реакции у пожилых людей (65 лет и старше), которые встречались гораздо реже и слабее, чем у более молодых (18-64 года).

Большинство стран внесли возрастные ограничения в свои рекомендации для использования этой вакцины с определённого возраста:

- Великобритания (с 7 апреля 2021) - лицам старше 30 лет;
- Австралия (с 7 апреля 2021) - лицам старше 50 лет;
- Евросоюз – лицам старше 50 лет.

Эффективность вакцины-82 %. Препарат вводится в двух дозах с интервалом в 8 недель.

Вакцина «СПУТНИК V» разработана Российским научным центром эпидемиологии и микробиологии имени Н.Ф. Гамалеи. Была сертифицирована и одобрена для массового применения в Узбекистане в середине февраля 2021 года. Узбекистан получил первую партию вакцины «СПУТНИК V» [4].

В нашу страну 23 - апреля была доставлена первая партия вакцины «СПУТНИК V». Поставка осуществлена при содействии Российского фонда прямых инвестиций. Эффективность вакцины составляет более 92%. Препарат вводится в двух дозах с интервалом в 21-28 дней.

На первом этапе вакцинации подлежат 3149804 граждан Узбекистана (лица 65 лет и старше, медицинские работники) С 1 апреля по 7 мая вакцинированы 1086309 граждан, что составило 34,5 %.

В республике Каракалпакстан получили вакцину 29,9% граждан, в Андижанской области 45,1%, Бухарской – 30,4%, Джиззакской – 33,1%, Кашкадарьинской – 28,1%, Навоийской – 32,9%, Наманганской – 50,0%, Самаркандской – 33,4%, Сурхандарьинской – 40,8%, Сырдарьинской – 36,6%, Ташкентской – 25,8%, Ферганской – 37,6%, Хорезмской – 33,5%, в городе Ташкенте – 27,2% от общего числа запланированных вакцинаций на первом этапе.

Вакцину AstraZeneca получили 366722 граждан (33,8%) из них 1-ю дозу получили 327078, а вторую дозу – 39644 граждан. Узбекско-китайскую вакцину ZF-UZ-VAC 2001 получили 688393 граждан (63,4%), при этом первой дозой привиты 666602 граждан, второй дозой – 21791, а вакцинация 3-й дозой этой вакциной ещё не началась. Первую дозу вакцины «СПУТНИК V» получили 31194 граждан, что составило 2,9% от общего числа вакцинированных за этот период (с 1 апреля по 7 мая).

54,0% вакцинированных- лица старше 65 лет, получившие вакцину AstraZeneca, 43,0 % - получили Узбекско-китайскую вакцину и 4,0% - вакцину «Спутник V». Медицинские работники, получившие вакцину AstraZeneca составили 34,0%, вакцину ZF-UZ-VAC 2001 – 26% и Российскую вакцину SputnikV – 40,0%.

Началась вакцинация второй группы населения, куда входят лица с хроническими заболеваниями, преподаватели школ и воспитатели ДДУ, среди учителей школ Узбекистана 1-ю дозу вакцины AstraZeneca получили 9 человек, первую дозу вакцины ZF-UZ-VAC 2001 получили 6553 учителя. Началась вакцинация воспитателей детских дошкольных учреждений, Узбекско-китайскую вакцину получили 1619 человек.

Заключение. К концу 2021 года планируется охватить вакцинацией 20% населения Узбекистана. Плановая вакцинация населения более 70% создаст коллективный иммунитет. Вирус, попав в иммунный организм не сможет распространиться дальше. Кроме того, вакцины реагируют на мутированные штаммы (южноафриканский, турецкий, британский и др.). Не получив вакцину у Вас нет гарантии, что Вы не заболите, нет гарантии, что болезнь не будет протекать в тяжёлой форме. Нужно помнить и о «постковидном синдроме» - длительных и тяжёлых последствиях коронавирусной инфекции у переболевших уже людей [5]. Хроническая усталость или системные поражения сосудов – самые частые признаки, которые могут встречаться даже у тех, кто переболел в лёгкой форме [6,7]. Не получив вакцину, Вы подвергаете себя и своих близких большому риску!

Литературные источники.

1. <https://podrobno.uz/cat/uzbekistan-i-kitay-klyuchi-ot-budushchego/uzbeksko-kitayskaya-vaktsina-ot-ko>
2. <https://www.gazeta.uz/ru/2021/03/18/zf-vaccine/>
3. <https://www.bbc.com/russian/news-56378968>
4. <https://www.gazeta.uz/ru/2021/04/23/sputnik-v/>

5. <https://russian.rt.com/science/news/818222-vrach-covid-19-posledstviya>
6. <https://www.gazeta.ru/social/2020/09/21/13260649.shtml>
7. <https://www.dw.com/ru/oslozhneniya-posle-koronavirusa-kakie-novye-dannye-poluchili-uchenyie/a-562252>

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕЛЬМИНТОЗОВ В АЗЕРБАЙДЖАНЕ

Х. Н. Халафли

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра Эпидемиология

Ключевые слова: кишечные паразитарные заболевания, паразитозы человека, глистные инвазии

Начало XXI века характеризуется серией публикаций, в которых проявляется тревога по дальнейшему росту инвазированности детей кишечными, в первую очередь контагиозными паразитами, к числу которых относятся энтеробиоз, гименолепидоз и лямблиоз. Данные по России и Белоруссии показывают, что высокая зараженность энтеробиозом в детских садах обусловлена высокой плотностью детей и низким качеством санитарно-гигиенического режима. В Республике Азербайджан в 90-х годах были предприняты серьезные исследования по изучению инвазированности населения кишечными паразитами, по раскрытию причин их широкого распространения. Среди населения были выявлены 12 видов простейших, однако наибольшая зараженность приходилась на долю лямблиоза - 14,3%, которая среди детей достигает до 29,7%. Более поздние исследования показали, что наибольшая зараженность лямблиозом приходится на детей 3-7 лет (24,4- 29,8%), а среди детей, не соблюдающих гигиенические процедуры, она достигает 37,7%/ Современная гельминтофауна населения республики представлена 21 видом, из них 13 видов нематод, 5 видов цестод и 3 вида трематод. Однако наибольшая зараженность приходится на энтеробиоз – 28,6%, трихоцефалез –9,3%, аскаридоз –7,5%, гименолипедоз –45% и

трихостронгилоидозы- 2,7%.Приведенные данные литературы последних лет показывают бесспорность того, что кишечные паразитозы являются наиболее массовыми заболеваниями населения Земного шара и в первую очередь они поражают детей.

Кишечные паразитозы не только наиболее распространенные заболевания среди детей во всем мире, но и оказывают на их здоровье многостороннее негативное воздействие. Еще в 80-х годах ВОЗ на основании анализа современной ситуации по кишечным паразитозам в мире и сообщений многочисленных исследователей неоднократно подчеркивал, что где бы не отмечается распространенность этих заболеваний, там же неизменно отмечается низкий уровень жизни, дефицит пищевых ресурсов, высокая заболеваемость, отставание детей в физическом и психическом развитии. Однако, борьба с кишечными паразитами до сих пор не приобрела массовый характер, не достигла должного понимания со стороны служб здравоохранения. Связано с тем, что число исследований по социально-экономической значимости кишечных паразитозов еще недостаточен, весьма противоречив, и поэтому адекватность этой проблемы не приобретает надлежащей ей остроты.

Проведенными исследованиями установлено, что среди населения в результате паразитологических исследований выявлен 871 случай кишечных паразитозов. Из них 450 случаев пришлось на детей в возрасте 4-16 лет ($51,7 \pm 1,7\%$). Частота кишечных паразитозов среди остальных возрастных групп значительно меньше. На уровень инвазированности кишечными паразитами сильное воздействие оказывают социально-профессиональные факторы, она намного выше у работников дошкольных учреждений и школ, домохозяек: геопаразитозы от $15,6 \pm 4,6$ до $29,5 \pm 4,8\%$, контагиозные паразитозы –от $32,8 \pm 5,9$ до $47,7 \pm 5,4\%$. На основании полученных результатов предлагается использовать кишечные паразитозы в качестве маркеров социального статуса городских семей и их здоровья.

Доминирующим видом возбудителя является *Enterobius vermicularis*- 65,0%, высок удельный вес и *Lamblia intestinalis* - 11,3%, хотя выявляемость

остальных видов кишечных паразитов и меньше, но довольно частая и варьирует от 2,2 до 4,5%, а выявляемость прочих редких возбудителей очень наименьшая - от 0,11 до 0,57%. На уровень инвазированности кишечными паразитами сильное воздействие оказывают следующие поведенческие, гигиенические и социальные факторы: «остаточный сосательный рефлекс», геофагия, пикацизм, «грязные руки», несоблюдение гигиены дефекации, посещение дошкольных учреждений. Наличие этих факторов повышает инвазированность детей геопаразитами с $21,5 \pm 1,9$ до $42,5 \pm 4,5\%$, контагиозными паразитами – с $50,1 \pm 2,3$ до $73,9 \pm 3,1\%$. Среди взрослых на уровень инвазированности кишечными паразитами сильное воздействие оказывают социально-профессиональные факторы, она намного выше среди работников дошкольных учреждений и школ, домохозяек: геопаразиты от $15,6 \pm 4,6$ до $29,5 \pm 4,8\%$, контагиозные паразиты – от $32,8 \pm 5,9$ до $47,7 \pm 5,4\%$.

Кишечные паразиты оказывают выраженное прямое воздействие на здоровье детей, внешне проявляемое в повышенной нервной возбудимости, замкнутости, малой активности, нарушении аппетита, отставании в физическом развитии и учебе, наблюдаемые от $20,8 \pm 1,6$ до $29,9 \pm 1,8\%$ детей. Тогда как среди неинвазированных детей эти проявления были в $2,67 \pm 8,04$ раза меньше – от $2,7 \pm 0,9$ до $11,2 \pm 1,8\%$. Ослабляя организм детей, кишечные паразиты создают благоприятные условия для развития вторичной заболеваемости. Среди инвазированных детей значительно чаще выявляются соматические и инфекционные заболевания, желудочно-кишечный синдром, дисбактериозы, аллергозы, дерматозы, отиты, тонзиллиты – от $5,3 \pm 0,9$ до $31,9 \pm 1,8\%$, тогда как среди неинвазированных детей их частота гораздо меньше – от $2,4 \pm 0,9$ до $8,5 \pm 1,6\%$. Наши исследования подтвердили, что возбудители кишечных паразитов употребляют витамины и минералы, лишая организм детей этих жизненно необходимых веществ, в частности, кариес зубов и выпадение волос выявлены соответственно у $41,6 \pm 1,9$ и $16,1 \pm 1,4\%$ инвазированных и у $9,8 \pm 1,7$ и $4,7 \pm 1,2\%$ неинвазированных детей. Среди взрослых соматические, инфекционные, желудочно-кишечные, аллергические, кожные заболевания выявлялись в 1,38-1,88 раза чаще среди

инвазированных кишечными паразитами – от $9,1 \pm 1,4$ до $20,1 \pm 2,0\%$, нежели свободных от этих инвазий – от $5,0 \pm 1,1$ до $14,1 \pm 1,8\%$. Особенно разительна эта разница при стоматологических заболеваниях – $36,1 \pm 2,4$ и $26,2 \pm 2,2\%$. Как видно, кишечные паразитозы оказывают как прямое негативное воздействие на здоровье городских семей, так и косвенное, благоприятствуя развитию многочисленной вторичной заболеваемости.

Таким образом, кишечные паразитозы в современных условиях являются наиболее распространенной патологией детского населения и поэтому представляют серьезную, социально-экономическую значимость. В благополучном разрешении проблемы кишечных паразитозов и здоровья детей первоочередное значение имеет решение следующих задач: рационализация подходов комплексного обследования детей на основную нозологию кишечных паразитозов; оценка масштабов заболеваемости детей кишечными паразитами; достоверная оценка влияния кишечных паразитозов на физическое и психическое развитие детей, на параметры их здоровья; выявление эпидемиологических закономерностей заболеваемости детей кишечными паразитами; оценка эффективности комбинаций основных антипаразитарных средств при лечении детей с отдельными и смешанными нозоформами кишечных паразитозов; выработка способов по реабилитации здоровья детей, подвергнутых воздействию кишечных паразитозов; апробация региональных эпидемиологически обоснованных мер профилактики по снижению риска заражения детей кишечными паразитами.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА МАЛЯРИЕЙ

Халафли Х.Н., Ханбутаева С.Н.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра эпидемиологии

Эпидемиологический надзор (ЭН) является важнейшим компонентом эффективной системы программы по ликвидации малярии. Наблюдение за каждым случаем является основой профилактики и контроля заболеваний и имеет особо важное значение для программ по ликвидации малярии, обеспечивая информацию о болезни, необходимой для прогноза и контроля их эффективности. ЭН за малярией, определенный Экспертным комитетом ВОЗ по малярии как «часть программы, направленный на обнаружение, расследование и ликвидацию продолжающейся передачи, профилактики и лечение инфекций», давно признан ключевым компонентом ликвидации малярии. Страны, которые успешно ликвидировали малярию, полагаются на сочетании эффективного пассивного обнаружения каждого случая заболевания и активного выявления случаев медицинским персоналом на всех уровнях системы здравоохранения.

Глобальная техническая стратегия борьбы с малярией на 2016–2030 годы, предложенная ВОЗ в 2015 году указывает на различные шаги на пути к элиминации путем обеспечения всеобщего доступа к профилактике, диагностике и лечению малярии, а также путем расширения научных исследований и укрепления благоприятных условий (таких как увеличение финансирования и обеспечение эффективных мер от органов здравоохранения).

В настоящее время усилия, направленные на ликвидацию малярии, находятся под угрозой из-за отсутствия эффективной вакцины и повышения устойчивости к лекарственным препаратам против паразитов. Различные исследования показали, что распространенность малярийной паразитарной инвазии в мире возросла с 2015 года. Почти половина населения мира находится под угрозой заражения: в 2017 году было зарегистрировано 219 миллионов новых случаев заболевания, что привело к почти полумиллиону смертей в год.

Доклад ВОЗ по малярии в 2017 году указывает, что трудно достичь двух важнейших целей Глобальной технической стратегии по малярии: снижение смертности и заболеваемости на 40% к 2020 году.

В Азербайджане с 2013 года местных случаев заболевания малярией не зарегистрировано. Несмотря на это каждый год регистрируются по 1- 2 случая малярии у граждан, прибывших в Азербайджан из тропических стран Африки. В таких случаях эти лица берутся под контроль и проходят лечение. Таким образом, на сегодняшний день малярия продолжает оставаться глобальной проблемой здравоохранения, ограничивая экономический рост и прогресс в странах с высоким риском заболевания.

Система ЭН включает сбор данных на уровне учреждения или общества, всестороннюю отчетность в информационной системе здравоохранения, рутинный анализ и мониторинг, а также надлежащие меры по планированию стратегий элиминации малярии. Структура также включает общие требования для поддержки функционирования системы, такие как, управление персоналом и стратегическое управление. Индикаторы должны включать эпидемиологическую информацию о важнейших демографических данных, диагнозе, геолокации и классификации.

Следует собирать информацию о мероприятиях по борьбе с переносчиками и энтомологическом надзоре.

Обзор и анализ представленных данных должен способствовать регулярному мониторингу и оценке ситуации с малярией и эффективности системы ЭН и, таким образом, направлять необходимые ответные меры.

КОИНФЕКЦИЯ КИШЕЧНЫМИ ВИРУСАМИ У ДЕТЕЙ С ГАСТРОЭНТЕРИТОМ

ХалафлиХ. Н., АбдуганиеваА. Е.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра Эпидемиология

Ферганский Медицинский Институт общественного здоровья, кафедра
Эпидемиология и инфекционные болезни

Ключевые слова: кишечные вирусные инфекции, острый гастроэнтерит, здоровье детей, профилактика

Ежегодно миллионы детей заражаются вирусами, поражающими желудочно-кишечный тракт и вызывающими острый гастроэнтерит, то есть вирусное поражение желудка, тонкого или толстого кишечника. У детей младше пяти лет ежегодно возникает около миллиарда эпизодов диареи. Симптомы, сопровождающие острый гастроэнтерит, включают недомогание, боль и спазмы в животе, тошноту, рвоту и диарею, которые обычно продолжаются от 1 до 5 дней, но иногда и до 14 дней. РНК-вирусы, включая ротавирус, норовирус, саповирус, астровирус и энтеровирусы, которые передаются фекально-оральным путем, а также ДНК-вирусы, включая кишечные аденовирусы, связаны с возрастом у иммунокомпетентных лиц и лиц с ослабленным иммунитетом всех возрастных групп [1, 2]. Кишечные вирусные сопутствующие инфекции, инфекции с участием более чем одного вируса, были зарегистрированы для различных групп этиологических агентов, включая ротавирус, норовирус, астровирус, аденовирус и энтеровирусы. Эти патогены являются возбудителями острого гастроэнтерита и диарейных заболеваний у иммунокомпетентных и иммунодефицитных людей всех возрастов во всем мире [2, 4]. Несмотря на то, что все чаще выявляются случаи вирусно-вирусной коинфекции в кишечнике, мало что известно об их влиянии на исход болезни или здоровье человека.

В прошлом острый гастроэнтерит обычно относили к одному возбудителю, который, как известно, связан с клиническими симптомами. Однако из-за их высокой распространенности воздействие нескольких вирусов в одно и то же время потенциально может происходить в одном и том же хозяине, и эти вирусы могут инфицировать одновременно или в течение короткого промежутка времени [3, 4]. Таким образом, на исход любой инфекции может влиять совокупный вклад нескольких агентов.

Первые несколько лет жизни являются особенно драматическим периодом сочетанной инфекции, и одновременное обнаружение нескольких энтеропатогенов является обычным явлением, как связанных с острым гастроэнтеритом, так и даже при отсутствии симптомов. Кишечные патогены, в том числе энтеральные вирусы, чрезвычайно распространены в раннем возрасте, и вирус-вирусные взаимодействия, помимо того, что являются синергетически патогенными, могут играть важную роль в развитии гомеостатических отношений хозяин-вирус, а также в формировании иммунной системы. Факторы риска заражения кишечными коинфекциями включают младший детский возраст, посещение детских садов и наличие в семье более чем трех детей, а также использование загрязненной питьевой воды и плохие санитарные условия проживания. Дети из регионов с высоким уровнем доходов часто имеют более низкие показатели сочетанной инфекции, чем дети из регионов с низким уровнем доходов [1, 3].

Аденовирусы- это ДНК-вирусы без оболочки, которые, как известно, вызывают конъюнктивит, заболевания верхних и нижних дыхательных путей и острый гастроэнтерит. Аденовирус может передаваться воздушно-капельным путем фекально-оральным путем и преимущественно поражает респираторный и желудочно-кишечный эпителий. Эпидемиологические данные показывают, что большинство аденовирусных инфекций происходит у детей в возрасте до 5 лет, но данные эпидемии также распространены среди взрослых. Генотипы аденовирусов обычно связаны с острым гастроэнтеритом в педиатрической популяции во всем мире. Кишечный тракт также, по-видимому, является обычным местом реактивации аденовирусов в условиях иммуносупрессии. Хотя инфекция аденовирусов в дыхательных путях хорошо охарактеризована, желудочно-кишечная инфекция менее изучена с точки зрения клеточного тропизма, механизма проникновения и кишечных иммунных ответов.

Ранее коронавирусы рассматривались как возможные редкие причины острого гастроэнтерита у младенцев. Однако в конце 2019 года началась

продолжающаяся глобальная пандемия нового тяжелого острого респираторного синдрома, коронавируса 2 (SARS-CoV-2). Инфекция часто связана с желудочно-кишечными симптомами, включая диарею, и вирусная РНК SARS-CoV-2 может быть обнаружена в образцах фекалий и вирусных антигенах, обнаруженных в тканях кишечника пациентов с COVID-19. Кроме того, появляется все больше доказательств наличия антигена SARS-CoV-2 в кишечнике модельных животных, таких как макаки и хорьки. Хотя инфекция SARS-CoV-2 проявляет более легкие клинические симптомы у детей по сравнению с взрослыми, в педиатрической практике наблюдается продолжительное выделение данных вирусов. Пандемия подняла важные вопросы об этом новом патогене в кишечнике и о том, может ли он в будущем стать важным фактором при кишечных вирусных коинфекциях.

С увеличением способности эффективно анализировать образцы на наличие нескольких предполагаемых патогенов с использованием количественных подходов ПЦР в реальном времени, наше понимание того, что у инфицированного человека может присутствовать более одного вируса, возросло. Сопутствующие инфекции кишечного вируса обычно идентифицируются для всех вирусов, связанных с острым гастроэнтерит. Однако, несмотря на то, что мы все больше осознаем распространенность кишечных вирусных коинфекций, механизмы, лежащие в основе вирусной коинфекции, еще не изучены. Существуют значительные пробелы в наших знаниях относительно динамики между сопутствующими инфекционными агентами и того, как они влияют на тяжесть заболевания, иммунные реакции или эффективность вакцины. Многие особенности механизмов вирусной коинфекции в кишечнике остаются неясными, и дальнейшие исследования будут иметь решающее значение.

Литература:

1. Collaborators, G.B.D. Estimates of global, regional, and national morbidity, mortality, and aetiologies of diarrhoeal diseases: A systematic analysis for the global burden of disease study 2015. // *Lancet Infect. Dis.* 2017;17: p.909–948.

2. Eckardt, A.J., Baumgart, D.C. Viral gastroenteritis in adults. // *Recent Pat. Antiinfect. Drug Discov.* 2011;6: p.54–63.
3. Graves, N.S. Acute gastroenteritis. // *Prim. Care.* 2013;40: p.727–741.
4. Mills, J.A.P., Liu, J., Rogawski, E.T. Use of quantitative molecular diagnostic methods to assess the aetiology, burden, and clinical characteristics of diarrhoea in children in low-resource settings: A reanalysis of the MAL-ED cohort study. // *Lancet Glob. Health.* 2018;6: p.1309–1318.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Кулиева Э. М. , Абдуганиева А. Е.

Азербайджанский Медицинский Университет.

Ферганский Медицинский Институт Общественного Здоровья.

Мир представляет собой глобальную экологическую систему, в которой все живое, в том числе человек подвергается определенным биологическим законам. В наши дни деятельность человека в последние десятилетия все больше отрицательно сказывается на экологическое равновесие. Одной из задач здравоохранения является проблема охраны окружающей среды и здоровья человека. Восстановление разрушенного биологического равновесия между человеком и окружающей средой возможно благодаря согласованным действиям и усилиям специалистов всех стран мира (6).

В настоящее время широкое распространение имеют как инфекционные, так и неинфекционные болезни. Задачи эпидемиологии инфекционных и неинфекционных болезней идентичны и они совпадают: - определение медицинской и социально-экономической значимости болезней в общей патологии; - изучение закономерностей болезней во времени, территории и среди различных групп населения; - выявление причинно – следственных связей заболеваемости; - разработка мер по профилактике болезни (3).

Человечеству удалось избавиться от многих эпидемий, установить контроль над большим количеством инфекционных болезней благодаря долговременным изменениям здоровья населения, снижением заболеваемости и смертности, а также общей и специфической профилактике. Однако настоящее время складывается неблагоприятная обстановка благодаря появлению большого количества новых вирусных инфекционных болезней, в частности пандемии COVID– 19. Уровень заболеваемости и смертности очень высок и от неинфекционных болезней.

Еще в 2013 году на сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения был принят глобальный план действия ВОЗ по профилактике неинфекционных болезней и борьбе с ними. Эпидемиология неинфекционных болезней изучает заболеваемость на популяционном уровне. Для выявления внутренней структуры популяции по признаку предрасположенности к болезням выделяют 2 фактора: генотипический, обеспечиваемый наследственными свойствами индивидуума и фенотипический, вырабатываемый в процессе онтогенеза и жизнедеятельности. Третьим фактором, определяющим заболеваемость неинфекционными болезнями, является внешняя среда. Все эти факторы рассматриваются в единстве при изучении эпидемиологии неинфекционных болезней (3, 4). Генотипические факторы являются эндогенными. К ним относятся - генетические, этнические, гендерные, кровные родства, наследственность, состояние психики, группа крови, мутации, поломка клеточного механизма, диабет, сердечно – сосудистые заболевания, ожирение, онкологические болезни (3).

К генетическим факторам относят предрасположенность к наследственным болезням, встречаемые в определенных нациях и этнических группах (2). Известно, что причиной наследственных болезней являются нарушения хромосом, изменения в структуре хромосом и мутации генов (2, 10). Этнический фактор должен учитываться в медицинских исследованиях, особенно персонафицированной геномной медицине (8). Так для европейских ашкенази и сефардов присуще 29 генетических заболеваний, самые частые из них болезнь Тея- Сакса и болезнь Гоша типа 1

(10). Наиболее распространенными наследственными заболеваниями являются дальтонизм, синдром Дауна, синдром Тернера, шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, эпилепсия, гемофилия. В Азербайджане у жителей 10 районов встречаются бета-гетерозиготная талассемия (1). Талассемия встречается у 17% жителей Кипра, у 12% жителей Греции и Турции (2, 10). Большое количество мутаций генов приводит к гемолизу крови у ряда жителей Италии, Испании и Северной Африки. У жителей средиземноморья встречается непереносимость бобовых, а в Китае – лактозная недостаточность. Генетические болезни встречаются на ряде территорий России: в Чувашии - окостенение скелета; в Дагестане – мукополисахаридоз (нарушение обмена веществ, вызывающий дефекты в костях, хрящах и соединительных ткани); в Якутии- спиноцеребральные атаксии (5, 8). Недостаток железа в организме наблюдается у ряда жителей Азербайджана. Генетическая предрасположенность к сахарному диабету наблюдается у индейских племен Пима в Южной Америке. Фенотипические особенности организма формируются в результате взаимодействия со средой и реализуются на том или ином генетическом уровне. К фенотипическим факторам риска относят воздействие экзогенных факторов: экологические, природные, социальные, экономические, антропогенные, стрессы, обычаи и традиции, образ жизни, характер питания и др. (11, 14).

На рост и распространение неинфекционных болезней оказывают воздействие экологические факторы: температура, атмосферное давление, ионизирующее облучение, климатические явления (бури, засухи, тайфуны) и природные бедствия (землетрясение, наводнение, нашествие саранчи, миграция грызунов, повышение патогенности возбудителя (14).

В Австралии часто наблюдаются случаи рака кожи после длительного пребывания под солнцем под влиянием ультрафиолетовых лучей (8). На рост онкологических заболеваний оказывает воздействие теллурические излучения земли (11). Экстремальный климат способствует снижению иммунитета, которые в последующем приводят к различным заболеваниям.

Наиболее важным фактором воздействующим, на неинфекционные болезни являются антропогенные факторы риска: загрязнение атмосферного воздуха, почвы и воды, радиационные и космические излучения, разрушение озонового слоя атмосферы, изменение климата, уничтожение лесов, строительство гидроэлектростанций и атомных станций, техногенные катастрофы, обычаи и традиции народов (11, 12, 13).

Одним из факторов риска рака полости рта у бурятов, туркмен, казахов является употребление горячего чая с перцем, прожаренным пшеном и мясом. Причиной рака полости рта в Индии, Шри-Ланке, Венесуэле, Колумбии является жевание бетеля (короткая сигарета бидиз), которая закладывается в рот зажженным концом. Аналогичная болезнь наблюдается в Средней Азии, Пакистане, Афганистане от курения наса. Частое употребление сушеной, соленой и копченой рыбы у японцев вызывает рак желудка. Воздействие красителей и волокон шерсти в производстве ковров приводит к раку легких в Иране. Рак нижней губы наблюдается часто у курильщиков трубки (11, 12).

Неправильное питание, то есть частое употребление сахарозаменителей, искусственных красителей, рафинированного сахара, чипсов, попкорнов, кукурузных хлопьев, сахара и соли, колбас с опасным содержанием консервантов могут быть канцерогенными факторами. Употребление пищи с большим содержанием нитратов являются толчком для возникновения онкологических заболеваний. В ряде стран, в частности в США рост онкологических заболеваний связывают с питанием. (6, 7, 8). Онкологические заболевания у мужчин чаще приводят раку трахеи, желудка, бронхов, легких, простаты, мочевого пузыря, толстого кишечника, у женщин чаще – рак молочной железы, шейки матки, кожи.

Факторами риска неинфекционных болезней являются социальные факторы: демографические, экономические, низкие материальные условия населения, неблагополучное состояние территории и жилищные условия, рост числа с девиантными отклонениями (алкоголизм, наркомания, религиозные секты) гиподинамия и др. Для факторов риска при

неинфекционных болезнях характерны специфичность, последовательность во времени, постоянство и ответственность. В то же время они могут быть первичными (стресс, курение, алкоголизм, гиподинамия) и вторичными (гипертония, диабет, ожирение) (6, 10). На неинфекционные болезни могут оказывать воздействие как отдельные, так и комплекс многочисленных факторов. Так при изучении сердечно – сосудистых заболеваний следует отметить многопрофильные факторы: генетические, диабет, ожирение, гиподинамия, избыточный вес, нарушение питания, гиперхолестеринемия и др. Факторами риска при раке половых органов у женщин являются случайные, беспорядочные и ранние половые связи, ранние роды и др.(8).

Доказана роль возбудителей в этиологии ряда заболеваний называемых неинфекционными: вирус гепатита В и С – рак печени; *Helicobacter pylori*–рак желудка; вирус папилломы – рак шейки матки; хламидии – атеросклероз; вирус герпеса - опухоль мозга; вирус Эпштейна – Барр – рак носоглотки в Азии и онкология лимфатической системы (8, 11).

Таким образом, широкое распространение неинфекционных болезней ставит перед человечеством вопрос о прекращении разрушительного действия окружающей среды на человека. Следует изучить возможности выживания человека с учетом демографического взрыва, химизации, индустриализации и урбанизации, деградации окружающей среды, обеспечение населения качественной водой и пищевыми продуктами (4).

С целью устранения вредных факторов окружающей среды следует изменить технологию производства, пересмотреть планирование городов, улучшить адаптационные способности человека, выделить невосприимчивых к неинфекционным болезням в части популяций, изменить образ жизни людей и разработать программу профилактических мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Алекперов Г. История изучения и решения проблемы талассемии в Азербайджане // Клиническая медицина Казахстана, 2013.

2. Азова М. М. Генетика человека с основами медицинской генетики // Москва, 2018.- 539 с.
3. Беляков В. Д. и др. Введение в эпидемиологию инфекционных и неинфекционных заболеваний. Учебное пособие// Москва, 2001.- 262 с.
4. Брико Н. И., Покровский В. И. Глобализация и эпидемический процесс. Журнал эпидемиологии и инф.болезни.2010 № 4.- с.4-10.
5. Балановская Е. В. И др. Русский генофонд.2007.- 424 с.
6. Безручко Н. В. Экология человека. Учебное пособие // Ростов- на Дону: Феникс, 2009 .- 400 с.
7. Коза Н. М. Теоретические основы эпидемиологии неинфекционных заболеваний и их реализация при конкретной патологии. Пермский медицинский журнал, 2012.
8. Кутихин А. Г. и др. Роль инфекционных агентов в возникновении злокачественных опухолей // Журнал микробиологии.2015 №5.- стр.104-119.
9. Джайн К. К., Шариков К. О. Основы персонафицированной медицины // Москва, 2018.
- 10.Радионова М. Наследственные болезни // Москва, 2010.- 704 с.
11. Ревич Б. А. Загрязнение окружающей среды и здоровье человека. Введение в экологическую эпидемиологию // Москва, 2008.- 264 с.
12. Шакурова Ю. Ю. Факторы риска множественных заболеваний или полипатологии. Казанский медицинский журнал, 2008.
- 13.Crawford V. L. et all – Changes in seasonal death from miocardial infarction. Ojum- 2003 № 96- p.45-52
14. Ricks factors Lancet. 2016, 388 (1005.3)- 659-1724

**АНАЛИЗ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ
ПОЛОВЫМ ПУТЕМ У МУЖЧИН С ЭРЕКТИЛЬНОЙ
ДИСФУНКЦИЕЙ**

РзаевР. С.

Ключевые слова: этиология, эректильная дисфункция, андрогенный дефицит, соматическая патология, диагностика, эпидемиологические аспекты

Проведенными исследованиями установлено, что сексуальное поведение мужчин с эректильной дисфункцией (ЭД), характеризовалось наличием большого числа сексуальных партнеров с начала половой жизни, не имеющих достоверных статистических различий по группам ($p > 0,05$). В данном исследовании, для осуществления цели работы, на основании разработанных клинико-лабораторных критериев, за период с 2018 по 2021 год было обследовано 165 пациента в возрасте от 25 до 65 лет (средний возраст $37,86 \pm 5,4$) с диагнозом ЭД. Эти пациенты составили основную группу обследованных с ЭД. Дополнительно в качестве группы контроля было взято 50 здоровых мужчин в возрасте от 25 до 65 лет без ЭД и его клинических проявлений в анамнезе. В результате эпидемиологического анализа установлено, что за период наблюдения с 2016 по 2018 гг. распространенность ЭД у мужчин составил $36,3 \pm 3,4\%$. При этом выявлено, что ЭД имеет идентичное распространение среди мужчин из городской и сельской местности. Показатели общей распространенности ЭД среди жителей города составили $46,1 \pm \%$ (76 человек), среди сельских жителей – $53,9 \pm \%$ (89 человек); разница статистически не значима ($p = 1,51$). При изучении данных анамнеза мужчин с ЭД было выявлено наличие перенесенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Из них у 6 ($3,6 \pm 1,5\%$) пациентов имелись данные о перенесенном сифилисе, у 24 ($14,5 \pm 2,8\%$) – о гонококковой инфекции, 18 ($10,9 \pm 2,4\%$) – о трихомониазе, 31 ($18,7 \pm 3,1\%$) - о хламидийной инфекции, у 15 ($9,1 \pm 2,2\%$) - о микоплазменной инфекции. Всего 71 ($43,2 \pm 3,9\%$) пациентов не отмечали перенесенных ИППП. У пациентов контрольной группы также выявлены перенесенные ИППП: у 2 ($4,0 \pm 2,6\%$) пациента был диагностирован сифилис, у 4 ($8,0 \pm 3,8\%$) - гонококковая инфекция, у 11 ($22,0 \pm 5,8\%$) - трихомонадная инфекция, у 10

(20,0±5,6%) - хламидийная инфекция, у 7 (14,0±4,9%) - микоплазменная инфекция и 16 (32,0±6,6%) пациента не отмечали перенесенных ИППП.

ОСНОВНЫЕ ПРЕДСТАВИТЕЛИ МИКРОФЛОРЫ КОЖИ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Джавадзаде Т.З.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра дерматовенерологии

Ключевые слова: атопический дерматит, бактериальная флора, распространенность

В общей структуре аллергодерматозов атопический дерматит (АД) занимает одно из ведущих мест, при этом частота его распространенности составляет у детей от 10 до 25%. Присоединение вторичной инфекции встречается в 26,0-38,0% случаев и у таких пациентов создаются значительные сложности в диагностике, лечении и их последующей реабилитации. По медицинским данным официальной отчетности уровень распространенности АД у детей не отражает истинной картины по распространенности данной патологии. В современных условиях, учитывая снижение иммунологической реактивности организма ребенка, сложившиеся экологическое неблагополучие, нерационального использования антибиотиков, утяжеляющим фактором течения АД, является бактериальная и грибковая инфекция. При этом, не изучены полностью современные особенности кожного микробиоценоза, его видовой состав, а также не выявлены закономерности микробной колонизации кожи в различных возрастных группах при разных формах АД.

Анализ результатов бактериологического и микологического обследования кожи 112 детей в возрасте от 1 года до 15 лет с АД, осложненным вторичной инфекцией, проведен на основе выкопировки данных лабораторной диагностики. Эти 112 детей составили основную группу обследованных. Контрольную группу составили 55 практически здоровых детей без

аллергически измененной реактивности и очагов хронической инфекции в организме. Различия по полу и возрасту между исследуемыми группами статистически не значимы. Кожа больных детей АД была обсеменена различными микроорганизмами, количество которых значительно было выше, чем на коже детей контрольной группы. Как оказалось, *Staphylococcus aureus* высеивается с кожи больных детей АД в $87,5 \pm 3,1\%$ случаев. Также важное значение среди бактериальных агентов придается *Staphylococcus epidermalis* ($77,6 \pm 3,9\%$). У детей бактериальное инфицирование кожных покровов при АД протекает как без манифестации клинических признаков инфекции ($61,6 \pm 4,6\%$), так и в форме пиодермии ($38,4 \pm 4,6\%$): поверхностные ($77,6 \pm 3,9\%$) и глубокие ($22,4 \pm 3,9\%$). Поверхностная стафило-дермия чаще развивалась у детей раннего возраста и проявлялась в виде остиофолликулитов, фолликулитов и псевдофурункулеза. У пациентов с АД более старшего возраста чаще встречалась глубокая стафилодермия в виде рецидивирующего фурункулеза, а происходило также развитие карбункулов и абсцессов.

Результаты проводимого микологического обследования показали, что у $25,0 \pm 4,1\%$ детей с АД и грибковой колонизацией кожи высеивались: у $32,1\%$ - дрожжевые грибы, у $33,5\%$ - дерматофиты, у $22,4\%$ - плесневые грибы и у $12,0\%$ - ассоциации нескольких грибов. Пациенты с колонизацией кожи нестафилококковой флорой бактериальной этиологии и их ассоциацией с грибами имели незначительный удельный вес в структуре обследованных детей с АД и они составили $18,0\%$ всех пациентов.

МИКРОФЛОРА КИШЕЧНИКА И СОВИД-19 В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТЕ.

Султонова М. А., Бекматова Ш. К.

Ургенчский филиал ТМА

Помимо легких, одним из основных органов-мишеней инфекции, вызванной SARS-CoV-2, является кишечник, который, вероятно, может выступать в качестве потенциального пути распространения заболевания. Поэтому этот обзор посвящен желудочно-кишечным расстройствам и роли микрофлоры кишечника в развитии симптомов заболевания и смертности от него.

Несмотря на то, что коронавирус в первую очередь поражает лёгкие, врачи и исследователи быстро сосредоточили внимание на роли, которую микрофлора кишечника играет в развитии этого заболевания. Главным образом это связано с тем, что симптомы поражения желудочно-кишечного тракта (рвота, тошнота, диарея), по-видимому, чаще встречаются при тяжелом течении заболевания: в анализах инфекция вызывает воспалительную реакцию в кишечнике, о чем свидетельствует высокий уровень специфического биомаркера, кальпротектина, в кале.

Вирус присутствует в желудочно-кишечном тракте

Главным образом SARS-CoV-2 инфицирует клетки путем связывания. Значительный уровень экспрессии ACE2 отмечается в ткани легких и это определяет их уязвимость при инфицировании, но также этот рецептор экспрессируется в сердце, печени и кишечнике. Таким образом, пищеварительная система может служить входными воротами инфекции при употреблении контаминированных пищевых продуктов. Возможна фекально-оральная передача: РНК вируса присутствует в кале у половины пациентов с Covid-19, даже при отсутствии вируса в дыхательных путях. Кроме того, вирус, по-видимому, способен размножаться в кишечнике.

Развитие наблюдаемых нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта может быть обусловлено несколькими механизмами:

Нарушение кишечного барьера из-за местного воспаления или репликации вируса.

Нарушение регуляции SARS-CoV-2, который снижает экспрессию ACE2 в легких, аналогичным образом снижает ее и в кишечнике.

Изменение состава и функций микрофлоры в результате гипоксии, вызванной Covid-19.

Вовлечение оси «кишечник-головной мозг». Нервная система кишечника может поражаться либо напрямую вследствие вирусной инфекции.

Дисбиоз микрофлоры кишечника:

Было показано, что дефицит ACE2 изменяет состав микрофлоры кишечника у мышей, а у пациентов с Covid-19 развивается дисбиоз кишечника. Этот дисбиоз имеет серьезные последствия: микрофлора кишечника.

LIPID METABOLISM DISORDERS IN DIABETIC NEPHROPATHY

Sapaeva Z.A.

Urgench branch of Tashkent medical academy

Background Kidney damage in diabetes mellitus (DM) is the most important problem of modern diabetology, since the development of diabetic nephropathy (DN) dramatically reduces the overall survival of patients with diabetes and is one of the most common causes of end-stage renal failure. The number of patients with DN has a steady upward trend due to an increase in the frequency of diabetes itself, a decrease in the mortality rate of patients from acute complications of diabetes, and an increase in the total life expectancy of patients. In recent decades, in all countries of the world, there has been a rapid increase in the number of patients in need of renal replacement therapy (dialysis, kidney transplantation) [4, 5].

Diabetic nephropathy is characterized by proteinuria, hypertension, progressive loss of renal function, and a high incidence of cardiovascular morbidity and mortality.[3] Of patients with type 2 diabetes, 20-40% develop diabetic nephropathy over a period of 15-20 years after the onset of diabetes.[4] Hyperglycemia, hypertension, hypercholesterolemia, and proteinuria are the most significant risk factors or markers for the development and progression of diabetic nephropathy in type 2 diabetic patients. One of the major risk factors for the development and progression of diabetic nephropathy is dyslipidemia. In this paper we will review the role of lipid in mediating renal injury and the beneficial effects

of lipid control in diabetic nephropathy. In diabetic nephropathy, hyperlipidemia has been identified as a risk factor for a more rapid rate of decline in GFR and increased mortality.[5]. The peculiarities of the lipid spectrum in DN is characterized by a "lipid triad", which includes an increase in the concentration of triglycerides, a decrease in the level of high-density lipoprotein (HDL) cholesterol and the predominance of small dense particles of low-density lipoprotein (LDL) phenotype B in the blood at the borderline values of LDL cholesterol [2, 4]. This condition is a consequence of the following events: as a result of insulin resistance and insufficient insulin secretion, postprandial lipid regulation is disrupted, the level of free fatty acids (FFA) in the blood increases, the production of VLDL by the liver increases and their hydrolysis by lipoprotein lipase decreases, which leads to an increase in the amount of triglyceride-rich circulating lipoprotein particles. Secondly, the concentration of HDL cholesterol decreases due to the increased transfer of cholesterol esters from HDL to VLDL and chylomicrons in exchange for triglycerides [7, 8].

In this regard, the theory put forward in recent years about the "nephrotoxic" effect of hyperlipidemia in the formation of nephropathies not associated with diabetes mellitus is of interest. Since hyperlipidemia inevitably accompanies the development of diabetes mellitus, especially with its unsatisfactory compensation, the possible role of lipids in the progression and DN is not excluded.

Aims: To study the role of hyperlipidemia in the development and progression of diabetic nephropathy in patients with type 2 diabetes mellitus.

Material and methods: Examined: 30 patients (15 men and 15 women) with type II diabetes mellitus at various stages of DN. The average age of the patients was 54.0 ± 0.6 years, the duration of type 2 diabetes was 7.1 ± 0.5 years. In accordance with the classification of diabetic nephropathy (Mogensen CE. Et al. 1983) In the study, the number of patients with normoalbuminuria was 10 people, with microalbuminuria - 12 people and with proteinuria - 8 people. At the same time, the groups of patients were comparable in all clinical parameters. and biochemical analyzes (concentration in blood serum: TG, TC, VLDL, LDL, HDL),

Results: According to our research, in group I, 68.2% of patients had changes in the lipid and lipoprotein composition of the blood. In group II, 79.8% of patients were diagnosed with lipid spectrum. In 89.9% of patients of group III, the lipid spectrum was diagnosed at rest. We revealed an increase in the intensity of dyslipidemia during the transition from the preclinical (microalbuminuria) and clinical (macroalbuminuria) stages of DN. However, severe hyperlipidemia, characterized by a significant increase in TC concentrations. HDL and LDL in the blood serum and an increase in CA were observed only in patients at the proteinuric stage. We have established a fairly strong reliable direct correlation relationship between the value of albuminuria and concentrations. TC ($r = 0.58$) and LDL ($r=0.62$) in blood serum and CA ($r = 0.50$), as well as inverse relationship between the concentration of TC in blood serum and GFR ($r = -0.44$. $P < 0.05$) in the examined patients ... The obtained dependences made it possible to suggest a possible nephrotoxic effect of hyperlipidemia in diabetes mellitus.

At the same time, the activity of the lipoprotein lipase enzyme, which breaks down lipoproteins saturated with triglycerides, decreases. Hypertriglyceridemia plays a special role in the development of CKD, increasing the risk of its development in diabetes mellitus, namely, increasing the percentage of especially atherogenic small, dense LDL cholesterol and decreasing the concentration of high density lipoprotein (HDL). Thus, not only quantitative, but also qualitative changes in the parameters of lipid metabolism occur [5, 6].

Conclusion: Thus, in our study, we established the role of hyperlipidemia in the progression of DN. They also suggested a possible mechanism for the penetration of lipids into the renal structures even through an intact glomerular filter (in patients without proteinuria). Hyperlipidemia and the deposition of lipids and LDL deposits in the renal tissue may contribute to the progression of diabetic nephropathy. Controlling LDL dyslipidemia is one of the effective strategies towards diabetes management to prevent diabetic nephropathy.

REFERENCES

1. Bondar IA, Klimontov VV. Kidneys in diabetes mellitus: pathomorphology, pathogenesis, early diagnosis, treatment. Novosibirsk: Publishing house of NSTU, 2008; 73–75.
2. Bystrova AA. Candidate. Genetic aspects of atherogenic dyslipidemias in patients with type 2 diabetes mellitus. St. Petersburg, 2009.
3. Goldberg RB. Cytokine and cytokine-like inflammation markers, endothelial dysfunction, and imbalanced coagulation in development of diabetes and its complications. J Clin Endocrinol Metab 2009; 94 (9): 3171-82.
4. Hirano T. Pathophysiology of Diabetic Dyslipidemia. J Atheroscler Thromb. 2018 Sep 1; 25 (9): 771-782. doi: 10.5551 / jat. RV17023.
5. K M Prasannakumar, Mala Dharma lingam. Diabetes mellitus-lipid status, significance of Dyslipidemia. LIPIDS-I.C.P. 2002; 137-148.
6. Rutledge JC, Ng KF, Aung HH, Wilson DW. Role of triglyceride-rich lipoproteins in diabetic nephropathy. Nat Rev Nephrol. 2010 Jun; 6 (6): 361-70. doi: 10.1038 / nrneph.2010.59.
7. Parhofer KG. Interaction between Glucose and Lipid Metabolism: More than Diabetic Dyslipidemia. Diabetes Metab J. 2015 Oct; 39 (5): 353-62. doi: 10.4093 / dmj.2015.39.5.353.
8. Weijers RN. Lipid composition of cell membranes and its relevance in type 2 diabetes mellitus. Curr Diabetes Rev. 2012. Sep; 8 (5): 390-400.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛИМФАДЕНОПАТИЕЙ У ДЕТЕЙ В ЦЕНТРАЛЬНОМ ЧЕРНОЗЕМЬЕ НА ПРИМЕРЕ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Смоляков М. В., Емельянова Т. А.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская
Федерация

Актуальность. Увеличение лимфатических узлов может возникать при различных патологиях как инфекционной, так и неинфекционной природы, что делает это с межной, мультидисциплинарной проблемой. Клиническая картина такого состояния может иметь различные варианты течения, затрудняя диагностический поиск. В работе педиатра, как правило,

лимфаденопатия чаще всего появляется при возникновении и протекании инфекционного процесса, который и вовлекает лимфатическую ткань. Наиболее распространенными причинами лимфаденопатий являются токсоплазмы, цитомегаловирусы, герпесвирусы, хламидии [1, 2].

Цель. Провести анализ заболеваний с увеличением лимфоузлов неонкологической природы у иммунокомпетентных детей в Курской области за 10 лет.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 188 пациентов, проходивших лечение на базе 5 педиатрического отделения ОБУЗ «Областная детская клиническая больница», с жалобами на увеличение лимфоузлов. По возрасту было сформировано 3 группы: 0-5 лет (80 пациентов), 5-10 лет (56 пациентов), 10-15 лет (52 пациента). Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи программ Microsoft Excel и «Статистика».

Результаты исследования. В группе 0-5 лет, в 30% случаев увеличены были шейно-поднижнечелюстные лимфатические узлы 2 степени, в 70% лимфаденопатия носила генерализованный характер (наиболее часто увеличивались нижнечелюстные, надключичные и подмышечные лимфоузлы). Этиологические факторы в 85% не выявлены, хламидии выявлялись в качестве инфекционного агента в 8,75%, оставшиеся 6,25% занимали другие микроорганизмы (цитомегаловирус, микоплазмы). Увеличение шейно-поднижнечелюстных лимфатических узлов в 50% случаев отмечалось во 2-ой группе (5-10 лет), у 35% пациентов наблюдалась генерализованная лимфаденопатия (надключичные, шейные, подмышечные лимфоузлы). Хламидии обнаружены у половины пациентов, цитомегаловирусная инфекция и токсоплазменная инвазия отмечались в 10,7% соответственно, в 28,5% этиология не была установлена.

В возрастной группе 10-15 лет лимфаденопатия проявлялись в большей степени локальным увеличением надключичных (28,8%) и подключичных (30,7%) лимфоузлов, а также подбородочных (24%), реже

встречались генерализованные формы, которые отмечались в 17,3% (подмышечные, паховые, надключичные лимфоузлы).

Для 47,6% установлено наличие токсоплазменной инфекции, токсокароз выявлен у 7,6% пациентов, не удалось выявить этиологию в 31,1% случаев, герпесвирусы, хламидии и микоплазмы обнаружены у 13,4%.

Выводы. Исходя из случайной выборки пациентов, можно сделать вывод, что у детей первой возрастной группы не удавалось идентифицировать этиологию, что предположительно связано с несвоевременным обращением, а также ускользанием клинических проявлений на ранних стадиях. Развитие лимфаденопатии во второй группе имело локализованный характер, триггером являлась хламидийная инфекция. В третьей группе большинство обращались по поводу протекавшего острого воспаления, что возможно связано с развитием инфекционного процесса.

Литература

1. Мишин, К.И., Налётов, А.А. Лимфаденопатии у детей: дифференциальная диагностика / К.И. Мишин, А.А. Налётов // Академический журнал Западной Сибири. - 2019. - Т. 15. № 5 (82). - С. 46-48.
2. Терещенко, С.Ю. Генерализованная лимфаденопатия инфекционной этиологии у детей: вопросы дифференциальной диагностики / С.Ю. Терещенко // Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение. - 2013. - Т. 21. № 3. - С. 129-133.

ОТНОШЕНИЕ ЖИТЕЛЕЙ ЖЕЛЕЗНОГОРСКА КУРСКОЙ ОБЛАСТИ К ВАКЦИНАЦИИ КАК СПОСОБУ ПРОФИЛАКТИКИ COVID-19

Смоляков М. В., Кульсеева Т. Г.

Актуальность. Разработка и внедрение вакцин, наряду с применением первоочередных, неспецифических методов профилактики по предупреждению распространения коронавирусной инфекции, является важным элементом для уменьшения прямых и косвенных последствий пандемии и ускорения ее завершения. Создаваемые вакцины позволяют создать активный искусственный иммунитет, который даст организму предотвратить среднетяжелое и тяжелое течение COVID-19, что во многом сможет позволить снизить нагрузку на медицинский персонал, смягчить ограничения.

Цель. Оценить отношение жителей города Железногорска Курской области к вакцинопрофилактике новой коронавирусной инфекции.

Материал и методы исследования. Для изучения проблемы данной тематики использовался анализ документов и литературы, анкетирование и статистическая обработка данных. В анонимном социологическом исследовании участие 105 человек, однако 5 анкет были заполнены с нарушениями и их данные не принимались во внимание в дальнейшей работе. Опрос проводился среди жителей города Железногорска Курской области в возрасте от 18-65 лет. Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи программ Microsoft Excel и «Статистика».

Результаты исследования. По полученным данным в ходе опроса 56% опрошенных считают новую коронавирусную инфекцию реальной угрозой для своего здоровья или для здоровья близких. Более 74% респондентов оценивают риск инфицирования как высокий. Среди жителей принявших участие в исследовании 24% сдавали кровь на антитела к коронавирусу, из них 32% обладали достаточно высоким уровнем антител, что говорило о сформировавшемся иммунитете. Необходимой вакцину считают 54% респондентов, а в эффективность 66% опрошенных. Непосредственно привились 9% анкетированных. Наиболее частыми причинами, по которым

горожане не делали прививку стали: невозможность найти время, убежденность в достаточно сильном иммунитете, развитие побочных эффектов, сомнения. Меньше 31% считают, что вакцинация новой вакциной может привести к различным осложнениям. Около половины считают спад напряженной эпидемиологической ситуации благодаря вакцинации реальной. Согласно полученным данным, подавляющее большинство населения города адаптировалось к условиям жизни в пандемию, необходимости придерживаться определенных требований и правил. В ходе проведенного исследования выяснилось, что горожане принявшие участие в анкетировании оценивают новую коронавирусную инфекцию как достаточно серьезную проблему, с которой возможно столкнуться.

Выводы. В ходе проведенного исследования выявился уровень доверия к вакцинопрофилактике, но при этом сохраняется настороженность в отношении возникновения сопутствующих осложнений. Также сохранение мягких ограничений и приспособленность к ним, предположительно, позволяют жителям отложить проведение вакцинации на более поздний срок.

Литература

1)Бабаян, А.Р. Коронавирусы: биология, эпидемиология, пути профилактики / А.Р. Бабаян, А.П. Фисенко, Н.М.Я. Садеки, А.Р. Мирзаева // Российский педиатрический журнал. - 2020. - Т. 23. № 1. - С. 57-61.

2)Тельнова Е.А., Щепин В.О., Загоруйченко А.А. Вакцинация как вызов COVID-19 / Е.А. Тельнова, В.О. Щепин, А.А. Загоруйченко // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2020. - № 3. - С. 82-89.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА И ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ВОДОПОЛЬЗОВАНИЯ СЕЛЬСКОГО И ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН.

Норматова Ш. А., Саидова С. А.

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

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.

Актуальность проблемы 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, непосредственно используемая населением, должна быть доброкачественной, то есть иметь хорошие органолептические свойства, быть безвредной по химическому составу. Водой с хорошими органолептическими свойствами считают такую, которая не имеет запаха, вкуса и привкуса, прозрачную, неокрашенную, не содержащую заметных на глаз примесей (пленок, осадка, взвешенных веществ и т.п.), прохладную.

В человеческом теле содержание воды составляет 60-65%. В прочем, это усредненная цифра, поскольку в различных тканях содержание воды существенно различается. Так, в костях содержится всего 22%, в мышцах и в

мозге – около 75%, а в крови – до 92-93% воды. Среднесуточная потребность человека в воде составляет 2-2,5л, причем в эту цифру входит не только жидкость, которую человек пьет, но и жидкость и влага, содержащиеся в пище и продуктах. В жизнедеятельности людей вода играет огромную роль. Мы перечислим основные функции, которые выполняет вода:

- регулирует температуру тела и теплообмен организма с окружающей средой;
- обеспечивает циркуляцию питательных веществ и кислорода по всем клеткам тела, их усвоение организмом и переработку в энергию;
- увлажняет вдыхаемый и выдыхаемый воздух;
- защищает жизненно важные органы, смягчая резкие механические воздействия на них;

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 и иметь такую суммарную объемную радиоактивность, которая не превышает гигиенического норматива.

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.

Через воду могут передаваться многие инфекционные заболевания, в первую очередь холера. История знала 6 пандемий холеры. Водный путь распространения особенно характерен для брюшного тифа. До устройства централизованного водоснабжения водные эпидемии брюшного тифа были обычными для городов Европы и Америки. Сегодня достоверно установлено, что через воду может передаваться и дизентерия - бактериальная и амебная, иерсиниозы. Сравнительно недавно возникла проблема заболеваний, вызванных легионеллами. Легионеллы поступают с аэрозолями через дыхательные пути и занимают второе место после пневмококков в качестве

причины воспаления легких. Чаще заражаются в бассейнах или на курортах в местах использования термальных вод, при вдыхании водяной пыли вблизи фонтанов.

К водным заболеваниям следует отнести ряд антропозоонозов, в частности лептоспирозы и туляремию. Лептоспиры обладают способностью проникать через неповрежденную кожу, поэтому человек заражается чаще в районах купания в загрязненных водоемах либо во время сенокосов, полевых работ. Эпидемические вспышки приходятся на летне-осенний период.

Водные вспышки туляремии возникают при заражении источников водоснабжения (колодцы, ручьи, реки) выделениями больных грызунов в период туляремийных эпизоотий. Заболевания чаще регистрируются среди сельскохозяйственных рабочих и скотоводов, употребляющих воду из загрязненных рек и небольших ручьев. Хотя известны эпидемии туляремии и при использовании водопроводной воды в результате нарушений режима очистки и обеззараживания.

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.

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.

Однако вода практически никогда не бывает чистой. Вызвано это, прежде всего тем, что она, будучи практически универсальным растворителем, постоянно контактирует с окружающей средой. Кстати, первостепенная роль воды в жизни организмов как раз и объясняется тем, что вода является универсальным растворителем огромного количества химических веществ, как органических, так и неорганических.

Эффективность всей системы гигиенических и санитарно-технических мероприятий, осуществляемых, при строительстве и эксплуатации современного централизованного водоснабжения населения, доказана огромным практическим опытом-непрерывном и устойчивым снижением заболеваемости кишечными инфекциями и особенно ярко полным прекращенными массовых водных эпидемий.

В Ферганском области нужна широка изучать физиологическое действие и дана гигиеническая оценка йода и фтора как микроэлементов, способных вызывает эндемические заболевания-соответственно эндемической зоб, и флюороз. Теоретическое и экспериментальные исследование подтвердят, что водной 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 водными оказались эндемии флюороза, вызывающиеся

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 др. районах Уз Р. Исследования покажут, что характерное поражение эмали зубов является лишь одним из ранних симптомов флюороза, который проявляется и в разноразличных в организме человека патологических изменениях более разнообразного и глубокого характера.

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, что кариес ведет к преждевременной потере зубов и способствует развитию хронических инфекционных заболеваний сердца и суставов. Заболеваемость кариесом растет во всем мире и особенно в экономически развитых странах.

Еще более многочисленными физиологическими и санитарно-токсикологическими исследованиями биологической роли и степени опасности для здоровья организма встречающихся в природных, преимущественно подземных, водах повышенных концентраций таких микроэлементов, как свинец, стронций, молибден, бериллий и др., а также микроэлементов (солей щелочных и щелочноземельных металлов) в качестве факторов, которые могут способствовать развитию гипертонических состояний, атеросклероза, мочекаменной болезни и др. В ряде случаев результаты экспериментальных исследований сопровождались натурными наблюдениями для изучения условий и степени непосредственного воздействия особенностей химического состава питьевых вод на здоровье населения.

Таким образом, стало очевидным наличие многих условий, которые определяют разнообразие состава питьевых вод и реальную возможность неблагоприятного воздействия его на здоровье населения. По этому изучение степени вредного для организма макро-или микрохимического состава воды имеет своим конечным результатом гигиеническое нормирование химического

состава питьевой воды в качестве научной основы практической деятельности в области водоснабжения, направленной на предупреждении неблагоприятного влияния питьевой воды на здоровые и санитарные условия жизни населения.

В моем работе широко используются отдельные публицистические произведения, в которых поднимаются нравственные аспекты охраны жизни, здоровья населения и охраны окружающей среды в связи с обеспечением населения Республики Узбекистана, питьевой воды нормативного качества. Методологической и теоретической базой диссертационного исследования является использование взглядов и представлений о закономерностях взаимодействия общества и природы, отражение имманентных связей возникновения и развития жизни людей у водных объектов, а также накопленный цивилизацией опыт апробации решений проблем обеспечения населения необходимым количеством питьевой воды нормативного качества, перенесённый на современную практику водохозяйственного строительства.

В работе использован междисциплинарный подход теоретического исследования проблем обеспечения качества жизни при осуществлении питьевого водоснабжения населения, а также существующий механизм правового обеспечения. В связи с этим при разработке указанной проблемы диссертант опирался на труды учёных в области социальной, инженерной и медицинской экологии, а также иных экологических дисциплин.

Заключения.

Обсуждались вопросы по решению задач перехода от теории к практическим действиям. Были предложены пути последовательных действий по усилению принципов рационального использования водных ресурсов и регулирования процессов оздоровления природной среды.

Предлагаемое Соискатель исследование имеет теоретическое и практическое значение. Оно характеризует единство и дифференциацию правовых форм регулирования отношений по обеспечению населения Узбекистана питьевой водой нормативного качества, закладывает научную основу для выявления соответствующих недостатков в экологическом,

санитарном ином законодательстве и развития этих отраслей в желательном для общества направлении. С указанных позиций проведённое исследование представляет собой новое научное решение правового обеспечения удовлетворения потребностей населения в питьевой воде нормативного качества.

Литература.

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. Ахальцева Л. В., Неяскина Е. В., Кирьякова Л. Ф. Суммарная мутагенная активность и концентрация галогенов в питьевой воде. // Материалы 9 Всероссийского съезда гигиенистов и санитарных врачей М — 2001.-Т. 1.-С. 364—366.
5. 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.
6. 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.
7. Беляев Е. И., Домнин С. Г., Митин А. В., Корсак М. П. Питьевая вода и здоровье населения. Выпуск 1. Влияние химического состава воды на здоровье населения М - Федеральный центр Госсанэпиднадзора Минздрава России - 2002.- 63 с.

8. Беляев Е. Н., Чибураев В. И., Фокин М. В. Оценка риска влияния факторов среды обитания как составная часть деятельности госсанэпид-службы. // Гигиена и санитария 2002.- № 6 - С. 8—9.
9. Беляев Е. Н., Подунова Л. Г., Симкалов А. Н. Анализ состояния водоснабжения и заболеваемости населения, связанной с водным фактором. // Инф. бюл. ЗНиСО 1996.-№ 10.- С. 8—11.
10. “Гигиенические требования к качеству воды нецентрализованного водоснабжения и санитарная охрана источников в условиях Узбекистана” Сан ПиН.РУз № 0182-05
11. Гигиена, санология, экология: учебное пособие/под ред. Л.В.Воробьевой.- 2011.-255 с.
12. «Коммунальная гигиена» Ш.Т.Отабоев, Т.И.Искандаров, Г.Т.Искандарова Ташкент-2010
13. 7.«Коммунальная гигиена» Под редакцией Э.И.Гончарука Киев 2007
14. «Региональные санитарно-гигиенические проблемы охраны водоисточников и водоснабжения населения в специфических условиях республики Узбекистан» Ш.Т.Искандарова Ташкент- 2001

АҲОЛИНИНГ СУВ ТАЪМИНОТИ ВА ЭКОЛОГИК МУАММОЛАР

Ашурова М.Ж., Умаров С.Р., Ашуров М.Д.

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

Фарғона Давлат Университети

Ўзбекистон ва унга қўшни мамлакатларнинг аксарияти Орол денгизининг ички дренаж бассейнида жойлашган бўлиб, трансчегаравий сув ресурсларини баҳам кўришади. Чучук сувнинг тақчиллиги ҳозирда энг катта экологик муаммо ҳисобланади ва келажакда муаммо бўлиб қолади, чунки сув ҳосилдорлиги паст шўрланган ерларни қишлоқ хўжалиги маҳсулотини олиш мақсадида суғориш учун ҳал қилувчи ресурс ҳисобланади. Дренаж коллекторлар сувини дарёларга оқизиш ва сув тозалаш тизимларининг самарасизлиги сув ресурслари сифати пасайишига ва сув шўрлиги ортиб боришига олиб келмоқда.

Сув ресурсларидан фойдаланиш жиҳатидан Ўзбекистоннинг табиий шароити анча ноқулай. Марказий Осиё гидрография тармоғида сув ҳавзалари ва ресурслар жуда нотекис жойлашган. Сув ресурсларининг фақат тахминан 10 фоизи мамлакатда ҳосил бўлиши туфайли Ўзбекистон кўшни мамлакатлардан оқиб кирадиган сувга юқори даражада боғлиқ. Экологик имкониятларни ҳисобга олмай сув ресурсларидан фойдаланиш ҳам сув сифати ёмонлашгани ва ичимлик суви билан таъминлашда танг вазиятга олиб келди.

Азалдан халқимиз сувни табиатнинг бебаҳо неъматидек билган ва уни тежаб, оқилона фойдаланишга эътибор берган. Кимёвий моддаларнинг сони кўп, лекин сув ўзига хос, яъни сув ҳеч бир жиҳати билан бошқа моддаларнинг хоссаларини такрорламайди. Гигиена нуқтаи назаридан тоза сув — ҳаёт манбаи, саломатлик гарови ҳисобланади. Сув инсон ҳаёти, ҳайвонот ва ўсимлик дунёси учун муҳим аҳамиятга эга бўлган ташқи муҳит омилларидан биридир.

Сувдан чиниқтирувчи муолажа сифатида фойдаланишдан ташқари, арзон электроэнергия, транспорт воситаси сифатида ҳам фойдаланилади.

Шу билан бирга сув ташқи муҳит омили сифатида инсон саломатлигига жуда катта таъсир кўрсатади ва шу сабабли сувнинг таркиби ҳамда хоссаларини, одам организмига қандай таъсир қилишини ўрганиш гигиеник жиҳатдан муҳим аҳамиятга эга [5,6].

Маълумки, ер шарининг 71% сув билан қопланган. Гидросферанинг асосий захирасини эса шўр денгиз сувлари ташкил этади. Чучук сувлар захираси бор йўғи 2%. Унинг 0,025% олиними қулай бўлган дарё ва чучук кўл сувларидан иборат бўлиб, 1,6% и абадий музликлар, 4% ер ости сувларидир. Мана шу оз миқдордаги чучук сув захираси ҳам ачинарли аҳволда. Ҳозирги кунда ер юзи аҳолисини тоза ичимлик суви билан таъминлаш муаммоси кундан кунга чигаллашиб борапти. Айрим башоратларга кўра, 2025 йилга келиб 52 та мамлакат аҳолиси чучук сув танқислиги муаммосига дуч келадилар. Ҳисоб-китоблар шуни кўрсатмоқдаки, 2020-2025 йилларга келиб, барча чучук сув ресурслари

инсон фаолияти учун эгаллаб бўлинади, яъни сув ҳам инвестиция манбаига айланиши ва сотилиши эҳтимоли бор.

Ҳозирда мамлакатимизда 77 та чучук ер ости ичимлик сув манбалари мавжуд ва уларнинг умумий захираси 57,6 млн. метр/кубни ташкил этади. Ушбу чучук сув захираларини муҳофазалаш борасида давлат сиёсати даражасида амалий ишлар йўлга қўйилган [7,8].

Бугунги кунда жаҳоннинг катта-кичик 40 та давлати сув етишмовчилигини бошидан кечирмоқда. БМТнинг “Атроф-муҳит муҳофазаси” дастури маълумотларига кўра, ҳозирда дунёдаги мавжуд дарёларнинг ярми жиддий ифлосланган. Ер шари аҳолисининг қарийб 40 фоизи эса тоза ичимлик суви етишмаслигидан азият чекмоқда. Ҳар йили тоза ичимлик сувининг танқислиги туфайли 1,2 млн. киши турли хил хасталикларга дучор бўлади, 5 млн. киши эса ифлосланган ва сифатсиз сувдан истеъмол қилишга мажбур. Ушбу муаммо бизнинг минтақамиз учун ҳам долзарбдир.

Маълумки, Марказий Осиё давлатлари аҳолисининг сувга бўлган талаби асосан трансчегаравий дарёлар – Амударё ва Сирдарё ҳисобига қондирилади. Кузатишларга қараганда иқлим ўзгариши, глобал ҳароратнинг ошиши туфайли мазкур дарёларни сув билан таъминлаётган музликлар захирасининг 15–20 фоизга камайиши кутилмоқда. Тоғ музликлари ҳажми йилига 0,2–1 фоиз атрофида камайиб бораётгани, тоғ дарёлари ҳавзаларида қор захиралари тобора қисқараётгани фикримизнинг исботидир. Қишлоқ хўжалиги экинларини суғориш меъёри 2030 йилга бориб 5 фоизга, 2050 йилга бориб 7–10 фоизга ва ниҳоят 2080 йилга бориб ҳозиргидан 12–16 фоизга ошади. Бинобарин, табиатга муносабат, жумладан, сув ресурсларидан оқилона, тежаб-тергаб фойдаланиш янада муҳим масалалардан бирига айланади.

Инсоннинг сувга бўлган физиологик эҳтиёжларидан ташқари, санитар-гигиеник эҳтиёжлари ҳам бўлиб, у ривожланаётган мамлакатларда ҳар бир одам бошига 200-230 литрни ташкил қилади. Шундан 5% овқат пишириш, 40% хожатхонадаги ювиш баки, 34% душ ва ваннага, кир ювиш учун 4%,

уйларни ювиб, артиб чиқиш учун 3% автомашинани ювиш ва ҳовлидаги гулзорни суғориш учун 5% сув ишлатилади.

Инсон ўзининг кундалик ҳўжалик эҳтиёжларидан ташқари ўзи учун саноат корхоналарида маҳсулот ишлаб чиқариши керак. Бу бир одамга ўртача 2000 литр сув тўғри келади, деганидир. Кунига бир киши учун олинётган 2000 литр сувнинг 550-600 литри ифлосланаётган сув сифатида табиатга қайтиб келяпти. Олимларнинг маълумотига кўра 1литр оқава сув (канализациядан чиққан сув) 7 литр табиий сувни ифлослантирар экан. Бу инсониятнинг ўзи атрофидаги табиий сув ҳавзаларини ифлослантиряпти, деганидир.

Оқава сувлар (саноат корхоналари, маиший корхоналар ва турар жойлардан чиқадиган ифлос сувлар) ва ёгин сувларни тозалаш масалалари табиатни муҳофаза қилишнинг муҳим бир қисми ҳисобланади. Оқава сувлар таркибидаги балчик, коллоид ва эриган моддалар тиндиргичларда чўктирилади, зарарли моддалар биологик усулларда зарарсизлантирилади, корхоналардан чиқаётган сувлар тозалаш иншоотларида тозаланади. Оқава сувларни тозалашнинг физик-кимёвий, термик ва бошқа усуллари ҳам бор.

Табиий сувларни саноатда қўлланадиган усуллар ёрдамида микроорганизмлар, тузлар ва газлардан буткул тозалашнинг имкони йўқ. Шу сабабли уларнинг ичимлик сувидаги миқдори белгиланган маълум меъёрдан кўп бўлмаслиги талаб этилади. Масалан, ичимлик сувининг 1 мл даги микроорганизмларнинг умумий сони 100 тадан ошмаслиги, ичак таёқчалари гуруҳи бактерияларининг сони 3 тадан ошмаслиги шарт. Сувнинг умумий қаттиқлиги 7 ммол/л гача, қуруқ қолдиқ 1000 мг/л гача, водород кўрсаткичи — рН 6,0 дан 9,0 гача бўлиши керак. Айрим ҳолларда ичимлик сувининг қаттиқлиги 10 ммол/л гача, қуруқ қолдиқ 1500 мг/л гача, темир ва марганец ионларининг миқдори тегишлича 1 ва 0,5 мг/л гача бўлишига рухсат этилади. Сувни тозалаш халқ ҳўжалигида ва аҳоли соғлиғини сақлашда жуда муҳим тадбир ҳисобланади [1,2,3,4].

Ўзбекистон 2003 йил 6 майда МДХ давлатлари орасида биринчилардан бўлиб “Сув ва сувдан тўғри фойдаланиш тўғрисида”ги қонунини қабул

қилди. Шунингдек мамлакатимиз ҳудудидан оқиб ўтувчи 8 та дарё – Қашқадарё, Чирчиқ, Сурхондарё, Зарафшон, Қорадарё, Норин, Амударё ва Сирдарёлар ҳамда давлат аҳамиятига эга бўлган 11 та ер ости чучук сувлари ҳосил бўладиган ҳудудларни ифлосланишдан муҳофаза қилиш мақсадида Вазирлар Маҳкамасининг ўндан ортиқ қарорлари қабул қилинган.

Чучук сув манбалари мамлакатимиз ҳудудида нотекис жойлашган. Аҳолининг 15 фоизи жойлашган шимоли-шарқий қисмида умумий дарё сувларининг 86 фоизи, аҳолининг 35 фоизи жойлашган жанубий ва жануби-ғарбий қисмда эса дарё ресурсларининг 14 фоизи жойлашган.

Ўзбекистонда чучук ер ости сув ресурслари асосан Фарғона водийси (34,5 %), Тошкент вилояти (25,7%), Самарқанд вилояти (18%), Сурхондарё вилояти (9%) ва Қашқадарё вилоятлари (5,5%)да жамланган. Бошқа вилоятлар умумий чучук сув ресурсларининг 7% атрофидаги захирасига эга ҳолос. Техноген омиллар таъсири натижасида илгари аниқланган чучук ер ости сув захираларидан 35-38% ичиш учун яроқсиз ҳолга келиб қолди ва бу жараён ҳамон тўхтаганича йўқ. Қорақалпоғистон Республикаси, Хоразм ва Бухоро вилоятлари ичимлик суви маҳаллий манбаларидан деярли маҳрум бўлдилар. Самарқанд вилоятидаги Зарафшон, Тошкент вилоятидаги Чирчиқ ва Оҳангарон, Фарғона вилоятларидаги Сўх сув манбалари таназзул остида турибди.

Тоғларда ҳосил бўлиб оқиб келадиган дарё сувлари нисбатан соф бўлиб, деярли ифлосланмаган. Бироқ пастга оқиб боравергани сари сувнинг сифати кескин ёмонлашади.

Табиий сувлар таркибида кўп ёки кам миқдорда микроэлементларнинг бўлиши баъзи бир сурункали (юқумли бўлмаган) касалликларни келтириб чиқариши мумкин. Минерал тузлар миқдори ортган сари сувнинг таъми бузилиб, меъда-ичак йўли ҳамда бошқа аъзолар фаолиятига салбий таъсир этади. Баъзи тузлар, масалан, нитритлар, нитратлар, фторидлар маълум миқдорда заҳарли таъсир кўрсатади.

Республикаимизнинг баъзи вилоятларида (Наманган, Фарғона, Тошкент) таркибида хлор-натрий-кальций тутган паст радиоактивликка эга

бўлган сув манбалари мавжуд. Бундай сувлар Фарғона артезиан ҳавзасининг полигон чиқиндилари орасидаги массагет чиқиндиларидан чиқади. Улар юқори даражада минерализациялашган бўлиб, таркибида азот, йод (30 мг/лгача), бром (20 мг/л) сақлайди.

Юқори даражада минерализациялашган сувни истеъмол қилишга ўрганмаган одамларга бундай сувлар салбий таъсир кўрсатади, шунингдек, бундай манбалар ягона бўлган жойларда, яъни таркибида 1500—1700 мг/л ва ундан кўп туз тутган сувларни истеъмол қилувчиларда деярли ўзгаришлар бўлмайди. Муҳитга мослашиш, ўрганиш (адаптация) натижасида ерли аҳоли орасида физиологик ва клиник ўзгаришлар ҳамда касалликнинг кўпайиши деярли кузатилмайди.

1950 йилдан бошлаб сув манбаларини сунъий радиоактив изотоплар билан ифлослангани аниқлана бошланди, бундай изотоплар айрим аъзоларда кумуляция қилиниши натижасида организмнинг иммунобиологик реактивлигини сусайтириш билан бир қаторда нур касаллигига сабабчи бўлиши мумкин.

Ўзбекистон шаҳар ва туманларида марказлаштирилган ҳолда аҳолига бериладиган ичимлик суви водопровод станцияларида тозаланади ҳамда санитария кўригидан ўтказиб турилади. Бу иш билан шаҳар ва туман санитария эпидемиология осойишталиги ва жамоат саломатлиги марказлари шуғулланади. Йирик саноат ва маиший корхоналарнинг оқава сувлари маҳаллий тозалаш иншоотларида тозалаб чиқарилади.

Тоза сув танқис бўлган жойларда аҳолининг саломатлиги хавф остида қолиши табиий. Демак, сув организмнинг физиологик-гигиеник талабларига ва хўжалик эҳтиёжларига сифат ва миқдор жиҳатидан тўлиқ жавоб берадиган бўлиши керак.

“Гидроахборот маркази” томонидан ер ости сувларнинг ифлосланиш даражаси бўйича олиб борилган мониторинг ва кузатувлар натижасида ер ости сувларнинг барча манбалар бўйича башорат ресурслари ва захиралари қайта ҳисоблаб чиқилди. Бунга кўра, минераллашгани 1 кг/л гача бўлган чучук сув захиралари сўнгги 30 йил давомида 40% камайган. Энг кўп

камайиш республиканинг ғарбида, Амударёнинг қуйи қисмларида, Қорақалпоғистон Республикаси, Хоразм, Бухоро ва Навоий вилоятларида кузатилган.

Шуни алоҳида қайд этиш муҳимки, асримизнинг 80-йиллари сув манбаларининг ифлосланиши билан ажралиб туради. Ўзбекистонда ер усти сувларининг асосий ифлослантирувчи манбаларига – қишлоқ хўжалигида кенг кўламда ишлатиладиган пестицидлар ҳамда минерал ўғит қолдиқлари тоғ-кон саноати, саноат тармоқлари, автокорхоналар, коммунал-маиший объектлар, дам олиш масканлари ва даволаш муассасалари киради. Энг хавфлиси ташқи муҳит таъсирига чидамли, кучли, турғун заҳарли хусусиятга эга бўлган, аксарият хлорорганик гуруҳга кирувчи бирикмаларнинг сувга тушишидир.

Ичимлик сувининг сифати унинг органолептик хоссаси, кимёвий таркиби, касаллик тарқатувчи микробларнинг ҳамда радиоактив нурларнинг бор ёки йўқлиги билан белгиланади.

Ўзбекистон Республикасида сув орқали тарқаладиган юқумли касалликлар таҳлил қилинганда шундай хулоса келиб чиқадики, ичак инфекцияси тарқалишига 70 % ҳолларда ҳовуз, ариқ ва канал сувларини истеъмол қилиш сабаб бўлар экан. 8-13 % касалланиш ҳоллари эса канал ва ариқ сувларида чўмилиш оқибатида, 58 % эса ифлосланган қудуқ сувларини ичиш натижасида пайдо бўлар экан. Бундай ҳолатлар гоҳо водопровод сувини ичиш натижасида ҳам пайдо бўлиши мумкин. Бунга водопровод трубаларининг чириши, ёрилиши, чиқинди сувларнинг тушиши ва бошқалар сабаб бўлади. Республикамиздаги Зарафшон дарёси сув микроорганизмлар маконига айланмоқда, бунинг сабаби канализация ва оқава сувлар, ахлатлар зарарсизлантирилмай дарё сувига оқизиляпти.

Сувни тозалаш — сув таъминоти манбалари (дарёлар, кўллар, сув ҳавзалари, сув омборлари ва б.)дан водопровод тармоғига келиб тушадиган сувнинг сифатини белгиланган меъёрга келтириш учун мўлжалланган технологик жараёнлар мажмуи. У саноат корхоналари ва маиший корхоналардан чиқадиган оқава сувларни тозалашни ҳам ўз ичига олади. Сув

таъминоти ва канализация тизимидаги, корхоналардаги муҳандислик иншоотлари ёрдамида ҳамда биологик ва кимёвий усулларда амалга оширилади.

Сувнинг сифатини яхшилаш усуллари жуда кўп, булар сувнинг патоген микроорганизмлардан, ҳар хил қуйқа-чўкмалардан, турли хил элементлар, кислоталарнинг тузларидан: жумладан кимёвий тузлар, калий, натрий, темир, марганец, фтор, хром, қўрғошин ва бошқалар ҳамда қўланса ҳид берувчи бирикмалардан, заҳарли ва радиоактив моддалардан тоза қилишга қаратилган.

Тоза хўжалик ичимлик сувини Давлат стандарти талабига келтириш мақсадида коагуляция, тиндириш, филтрдан ўтказиш сўнгра сувни зарарсизлантириш усулларида фойдаланилади.

Юқоридаги маълумотлардан маълум бўлдики, аҳолининг касалланиши билан сув таъминотининг ҳолатининг боғликлиги аниқланган. Сувнинг баъзи бир хусусиятларини саломатликка хавфлилиги яъни сув таркибидаги баъзи элементлар турли хил эндемик касалликлар келтириб чиқариши мумкин. Шу сабабли сувдаги кимёвий моддаларнинг меъёрларини билиш санитария шифокорлари учун муҳим аҳамият касб этади. Аҳолини тоза ичимлик суви билан таъминлашда давлат санитария назоратини ташкиллаштириш ва ўтказиш, водопровод иншоотларини тўғри лойихалаштириш ва уларни тўғри эксплуатация қилиш катта аҳамиятга эга.

Адабиётлар

1. Ичимлик суви. Гигиеник талаблар ва сифатини назорат қилиш O'zDST 950:2000
 - а. Гигиенические требования к процессам водоподготовки в системах централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения населения в условиях Узбекистана Сан Пин РУз № 0256-08

2. “Гигиенические требования к качеству воды нецентрализованного водоснабжения и санитарная охрана источников в условиях Узбекистана” Сан ПиНРУз № 0182-05
3. Гигиенические критерии и контроль качества воды централизованных систем хозяйственно - питьевого водоснабжения населения Узбекистана Сан ПиН РУз № 0211-06
4. «Коммунальная гигиена» Ш.Т.Отабоев, Т.И.Искандаров, Г.Т.Искандарова Тошкент-2010
5. «Коммунальная гигиена» Под редакцией Э.И.Гончарука Киев 2007
6. Марказлаштирилган хўжалик -ичимлик суви билан таъминлаш манбалари О'зДSt 951:2000
7. «Региональные санитарно-гигиенические проблемы охраны водоисточников и водоснабжения населения в специфических условиях республики Узбекистан» Ш.Т.Искандарова Ташкент- 2001.

ПОСТНАТАЛ ОНТОГЕНЕЗДА ЧАҚОЛОҚЛАР БРОНХ ДАРАХТИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИДА СЕМИЗ ХУЖАЙРАЛАРИНИНГ ДИНАМИКАСИ

Содиқова З.Ш., Султонов Р.К.

Тошкент Тиббиёт Академияси

Долзарблиги: Муддатидан олдин туғилган чақолоқларда ўпка-бронх тизими касалликлари, касалланиши сурункали ўпка касалликлари кўпайиши бутун дунё соғлиқни сақлаш тизими олдида жиддий муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. (Радзинский В.Е, 2009 Володин Н.Н, 2009, Воляник Е.В, 2010, Степанова О .А, 2010, Заугстад О.Д, 2011, Валиулина А.Я, 2013, Fraser D. W, 2005).

Нафас олиш системаси органларининг эмбриогенезини такомил этиши, тузилиши, иннервацияси, қон-томир таъминоти, айниқса ўпканинг сегментар тўзилиши ва скелетопияси ацинус тузилишига алоҳида этибор берилди.[1]
Аммо бронх дарахти тузулиши ва морфометрик тахлили қилинмади.

Ҳомилада ўпка бронхларнинг шохланиши 4-6 ҳафталикдан олдинги ичак найининг вентрал қисмидан тараққий этади ва бронхлар девори энтодерма ва мезодермадан ривожланишини, ҳомиладорликнинг 20 ҳафтасидан ўпка сирт қисм газ алмашинув жараёнлари шаклланиш бошланишини аниқлашди. [2]

Маълумки, ўпка жуда муҳим функцияларни, жумладан газ алмашинуви, липидлар метобализми, эндокрин метоболизми ва биологик фаол моддаларни метоболизми кабиларни бажаради. Ўпканинг эпителийси эса барьер вазифасини бажаради. [3]

Ўрганиш давомида адабиётлардан маълумки, семиз ҳужайралар ҳар доим ўз ҳолатини ўзгартириб туриши, хатто бир кунда бир неча марта ўзгартириши маълум, у узининг индивидуаллиги ва ёшга нисбатан ўзгарувчанлиги билан бошқа ҳужайралардан фарқ қилади. [4]

Шунинг учун ҳам бронх шиллик қаватидаги семиз ҳужайраларининг ҳар хил зичликдаги тузилишини ўрганиш долзарб масаладир. Ҳаётий текширишларда шу нарса маълум бўлдики, соғлом бола ўпкаси бронх дарахти шиллик қавати семиз ҳужайралар сони 74,8-87,2 бронхиал астмада эса 135,6 гача (1мм² эпителийда) кўпайиб кетиши маълум бўлди. **Тадқиқот мақсади:** Шунга ўхшаш илмий тадқиқотлар ёшга нисбатан аниқланмаганлиги сабабли, ҳар хил калибрдаги бронх дарахти шиллик қаватида семиз ҳужайраларининг сони ва зичлигини 1 ёшгача бўлган чақолоқларда ўрганишни олдимизга мақсад қилиб олдик.

Ҳар хил калибрлаги бронх дарахти шиллик қаватидаги семиз ҳужайраларнинг морфометрик таҳлили 1980 йилдаги Д.П. Ленднер тавсифига кўра аниқланади. Мақсадга мувофиқ гистологик кесмалар бронх дарахтининг турли қисмларидан олинди. Олинган материаллар 10% формалинда фиксация қилиниб, парафинга қуйилгандан сунг олинди. Кесмалар 3-5 мкм қалинликда бўлиб, толуидин кўкида (0,1% рН-3,9) бўялган. Бунда биз бўёқ билан гепарин орасидаги нисбатни 1:1 деб олдик. Семиз ҳужайраларнинг морфометрик таҳлили эса Вейбель усулида қилинди.

Илмий ишнинг маътериаллари ва натижалари: Тадқиқотимиз учун 1 ёшгача бўлган чақолоқлардан, яъни янги тўғилган (1-10 кунлик),

эмизикли(11 кунликдан-1 ёшгача), илк болалик (1-3 ёшлик) болалар олинб, ўлим сабаблари ва асосий касаллик пат-анатомик марказида текширилган ўпка касалликлари бўлмаган мурдаларда ўрганилди. Изланиш натижаларида шу нарса маълум бўлдики, 1 ёшгача бўлган болалардаги семиз ҳужайралар 10-12 мкм бўлиб, ёш усиши билан улар ҳам ўсиб, йирик, ўрта ва майда семиз ҳужайраларга ажралади. Семиз ҳужайралар эса ўзида сектор гранулалар (СГ) сақлайди.

СГ ларнинг структураси ва тузилишига қараб ўрганилаётган семиз ҳужайралар 3 типга бўлинади:

1-типда СГ зич ва кўп бўлиб, цитоплазмани тўлдириб жойлашади.

2-типда СГ нисбатан камрок, йирик ва зич жойлашганлари билан биргаликда бирмунча дегранулангани ҳам учрайди.

3-типда СГ асосан дегрануланган ва маълум бир қисми зич жойлашган.

Таббий физиологик шароитда семиз ҳужайраларининг ҳар хил морфологияси уларнинг асинхрон равишда функциясига таъсир кўрсатади. [5,6]

Семиз ҳужайраларининг хусусий қаватида бўлинишини ҳар хил яъни йирик (бош, бўлак), ўрта(сегментар, субсегментар) ва майда бронхларда текширилганда қуйидагилар аниқланди.

1-10 кунлик чақалоқларда уларнинг сони $15,7 \pm 0,8$, $17,1 \pm 0,6$, $12,9 \pm 7,1$ йирик бронхларда семиз ҳужайралар сони камаяди, майда бронхларда эса кўпаяди, ўрта бронхларда ўзгариш бўлмайди. Кейинги ёшларда семиз ҳужайралар сони йирик ва ўрта бронхларда ошиб боради.

Агар семиз ҳужайраларни ҳар хил калибрдаги бронхлар шиллик қаватидаги ўзгаришлар динамикасини кузатсак, 1-жадвалдаги сонларни кўришимиз мумкин.

Агар аҳамият берсак 1-типдаги семиз ҳужайралар унчалик ёшга боғлиқ эмас, ҳамма ёшда асосан 2-типдаги семиз ҳужайралар ўчрайди.

Шундай қилиб, ўпка бронх дарахти шиллик қаватларидаги семиз ҳужайраларининг постнатал давридаги сонини ўзгаришини ўрганиш уларнинг бола организмдаги ҳаётий зарур жарёнларга таъсири борлигини

кўрсатади. Кейинчалик семиз хужайраларининг ультраструктурасини ва бошқа аъзоларидаги шиллиқ қават семиз хужайралари билан ўзaro боғлиқлигини ўрганиш жуда муҳим аҳамият касб этади.

Хулоса:

1. Ёшнинг ўсиши динамикасида бронх дарахти шиллиқ қаватидаги семиз хужайралар сони ва типлари 3 ёшгача ошиб борди.
2. Ҳамма ёш давларида йирик, ўрта ва майда бронхлар шиллиқ қаватлари семиз хужайраларининг асосий қисмини 2-тип хужайралар ташкил қилади.
3. Майда, ўрта, йирик бронхлар шиллиқ қаватларидаги 3 хил типдаги семиз хужайралар постнатал онтогенезда асинхрон ҳолатда бўлади, уларнинг функциялари эса табиий физиологик ҳаётин зарур жараёнларга оптимал таъсир кўрсатади.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. David Warburton. Overview of lung development in the newborn human. Neonatology. Author manuscript; available in PMC 2018 May 25.
2. Молдавская А.А, Газиев М.А, Калаев А.А, Петров В.В. Морфогенез и топографо-анатомические особенности легких в пренатальном онтогенезе человека. 2012г.
3. Haies D, Gill J, Weibel E.R. / Morfometric study of rat lung cells.//Amer. Rev. Resp. Dis. -1981. Vol-123.P-533-567.
4. Успенский В.М. Функциональная морфология слизистой оболочки желудка, -Л.:Наука, 1986-320 ст.
5. Ерохин В.В. Функциональная морфология респираторного отдела легких.-М.: Медицина, 1987.-272 ст.

КОМОРБИДНЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ В КОНТИНГЕНТАХ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЫ: ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПРИ ПАНДЕМИИ COVID19.

Коломиец В.М., Польщикова Н.А.

ФГБОУ ВО "Курский государственный медицинский университет»

Аннотация. При реализации «Государственной программы развития здравоохранения до 2020 г.» в России, как и в других странах СНГ, необходимо было снизить инфекционную заболеваемость, прежде всего в группах - контингентах пенитенциарной системы. Представлены результаты наблюдения контингентов пенитенциарных учреждений в течение более десяти лет сравнительно с населением одного из регионов. Установлена приоритетность в формировании эпидемической ситуации коморбидных инфекций, прежде всего Вич-ассоциированного туберкулеза и Вич-инфекции, особенности и факторы риска их развития. Выявленные особенности формирования эпидемической ситуации перед развитием COVID19 в контингентах пенитенциарной системы позволили интенсифицировать и повысить эффективность противоэпидемических мероприятий,

Ключевые слова: эпидемическая ситуация, коморбидные инфекции, туберкулез

Введение. При реализации утвержденной Правительством РФ «Государственной программы развития здравоохранения до 2020 г.» (ГПРЗ) необходимость эпидемиологического надзора за инфекционной заболеваемостью и общей эпидемиологической обстановкой в стране не вызывает сомнений и повышение его эффективности имело приоритетное значение. В начале реализации ГПРЗ ситуация по инфекционной заболеваемости оценивалась как стабильная, однако отмечалась необходимость дальнейшей интенсификации противоэпидемических мероприятий [7,11],

Наиболее перспективными является интенсификации таких мероприятий в отношении социально-значимых заболеваний и предупреждение их распространения прежде всего в угрожаемых группах риска населения. С учетом интенсивности распространения эпидемический процесс при этих инфекциях в последнее время может проявляться и как спорадическая заболеваемость, и в виде эпидемических вспышек и эпидемий и пандемий [1]. Ведь и до настоящего времени в стране ежегодно регистрируются до 100

тыс. больных туберкулезом (ТБ), а особую тревогу вызывает и распространенность Вич-инфекции [2,6,8]. В новой стратегии ВОЗ в очередной раз указывается на возможность и необходимость ликвидации эпидемии в России [9]. В ГПРЗ в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ [10] включены различные мероприятия по оказанию медицинской помощи и особое значение проведение таких мероприятий имеет в группах населения с высокой частотой факторов риска развития различных заболеваний. Несомненно, такой группой риска являются контингенты пенитенциарных учреждений (КПУ), где находится значительный контингент больных - приоритетная группа риска среди населения [3,4,5].

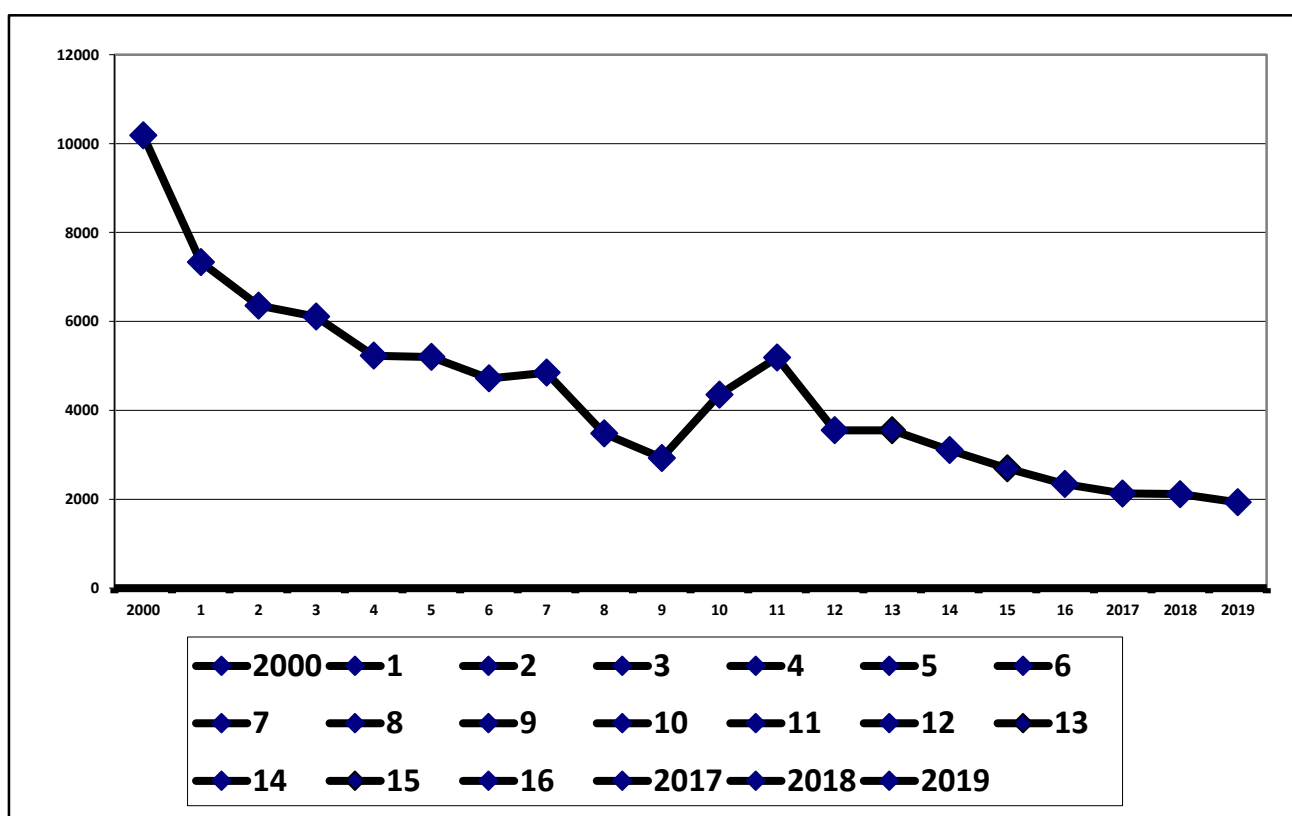


Рисунок 1. Пораженность (болезненность) инфекционными и паразитарными болезнями в 2000-2019 г.г. (на 100.000)

Цели исследования. Анализ эпидемической ситуации для интенсификации противоэпидемических мероприятий в контингентах пенитенциарной системы.

Материалы и методы. В течение десяти лет в КПУ ФСИН одного из субъектов РФ отслеживается заболеваемость и эффективность оказания специализированной медицинской помощи (СМП) при инфекционных болезнях, в том числе (как оказывается, приоритетно) и больным ТБ всех локализаций, с целью разработки и реализации мероприятий по повышению ее эффективности. Для оценки ее эффективности учитываются прежде всего показатели клинической реабилитации, анализируются динамика пораженности и заболеваемости всеми инфекционными и паразитарными болезнями для разработки дальнейших реабилитационных мероприятий. Используются общепринятые методы диагностики и лечения, практически в большинстве случаев для верификации диагноза больные консультируются сотрудниками кафедр ФГБОУ ВО КГМУ [3].

Таблица 1. Болезненность инфекционными и паразитарными болезнями в 2000-2019 г.г.

Инфекционные и паразитарные заболевания	Годы	
	2000	2019
Вензаболевания:	2693,8	232,3
- сифилис	2367,3	154,9
- гонорея	326,5	19,3
- трихомониаз		58,1
Педикулез	1857,1	290,4
Чесотка	2102	38,7
Туберкулез	2877,5	716,4
ВИЧ-инфекция	204	774,5
Вирусные (хронические) гепатиты	241,8*	98,4
- в т.ч. ВГВ		39,4

- в т.ч. ВГС	241,8	59
ВСЕГО:	10183,6	1932
ВСЕГО:		6564,6

Результаты и обсуждения. Данные о частоте инфекционных заболеваний в наблюдаемых КПУ УФСИН региона представлены на рисунке 1. Общий уровень инфекционной заболеваемости в целом по КПУ (без учета острых респираторных заболеваний, в том числе гриппа) в последние пять лет снизился с 54,2 до 35,5 на 1 тыс. человек

Если же рассматривать эпидемическую ситуацию в целом по КПУ, то несомненно преобладание заболеваемости туберкулезом органов дыхания, которая после кратко временного подъема в период заключительного этапа реализации Федеральной целевой программы до 1220,9 на 100 тыс. человек хотя и снижалась до 716,4, но на порядок превышает заболеваемость среди всего населения региона (таблица 1). Что же касается выраженной заболеваемости венерическими болезнями (сифилисом, гонореей, трихомониазом), то она хотя и имеет тенденцию к снижению, составив 3,1/тысячу, однако также заметно превышает таковую среди всего населения.

Аналогичная ситуация с пораженностью (заболеваемостью) спецконтингента педикулезом, так как ее удалось снизить за анализируемый период в 3,6 раза 1,0/тыс. человек. Следует отметить, что все случаи паразитарных заболеваний (педикулеза, чесотки) за анализируемый период времени выявлялись в следственных изоляторах области при поступлении спецконтингента. В ИК (исправительных колониях) данные заболевания не регистрировались.

Отмечается рост впервые выявленных случаев хронических вирусных гепатитов (в основном ХВГ С) – в 2,9 раза (до 3,7 на 1 тыс. КПУ). При этом нельзя не учитывать факт, что эта динамика во многом была обусловлена улучшением финансирования на обследование подлежащих категорий КПУ и, соответственно, увеличением количества обследованных лиц. В то же время наметилось снижение впервые выявленных случаев острых вирусных гепатитов – почти в 4 раза, до 0,19 на 1 тыс. человек с преобладанием

заболеваемости острым вирусным гепатитом В (ОВГ В). Несомненно, крайне тревожным фактом следует признать и то, что на фоне такой динамики заболеваемости ОВГ и ХВГ выражено увеличение количества впервые выявленных случаев ВИЧ-инфекции в 3,9 раза до 2,3 на 1 тыс. человек.

Заболеваемость спецконтингента ОРЗ в целом по КПУ за анализируемый период времени остается на прежнем уровне и составляла от 60,2 до 68,8 на 1 тыс. человек КПУ, при этом, как правило, она практически в два раза выше в контингентах следственных изоляторов (СИЗО) сравнительно с исправительно-трудовыми колониями (ИТК). В конечном итоге удалось достичь показателей общей инфекционной заболеваемости в КПУ на уровне 87,1/1 тысячу, в том числе 63,4 в ИТК и 242,4 в контингентах СИЗО.

Установлено, что и пораженность, и заболеваемость всеми инфекционными и паразитарными инфекциями достоверно выше в контингентах отбывающих наказание в СИЗО. Так, на примере заболеваемости ТБ в начальный период наблюдений она в несколько раз превышала аналогичную в исправительных колониях - 3672,3/100.000 против 691,9/100.000.

Таким образом, особенностью эпидемической ситуации в пенитенциарных учреждениях является преобладание пораженности туберкулезом и Вич-инфекцией. Повышенный интерес вызывает и динамика пораженности коморбидным, Вич-ассоциированным ТБ (ВичТБ). Если после реализации ФЦП «Предупреждение распространения туберкулеза» в пенитенциарных учреждениях отмечается снижение заболеваемости ТБ с 1143,4 до 635,5/100.000, но за этот же период пораженность контингентов Вич-инфекцией увеличилась с 200,6 до 753,2/100.000, что, естественно, повлекло за собой и рост заболеваемости ВичТБ с 40,1 до 117,8/100.000 КПУ.

При сравнительном анализе эпидемической ситуации по коморбидному ТБ установлено, что в социальной структуре среди больных ВичТБ преобладают мужчины и городские жители, включая и мигрантов, возрастной состав коррелирует с возрастными группами заболевших ТБ. В

динамике (по годам наблюдения) у 38,5%-43,4 % больных диагностирован вторичный ТБ, 46,8 % 52,4% - ВИЧ-инфекция и ТБ выявлены одновременно и в не более чем в 10% случаев ВИЧ-инфекция развилась на фоне ТБ, с вероятным сроком первичного инфицирования ВИЧ до 3 лет было 72,5%.

В клинической структуре заболеваемости ВичТБ преобладание диссеминированной и инфильтративной форм (соответственно 42,3% и 41,2%) и относительно высоким является выявление больных ВичТБ с фиброзно-кавернозным ТБ. Лекарственная устойчивость МБТ выявляется у 12% больных. При этом в преобладающем большинстве больные с запущенными и деструктивными формами выявляются среди мигрантов.

Из сопутствующих заболеваний хронический гепатит зарегистрирован у 65 %, анемия - 21,6 %, наркомания 2,5 % и дефицит массы тела у 10,9% больных ВичТБ. Злоупотребление алкоголем выявлено у 17,4 %, в 35,3 % случаев табакокурение было свыше 10 сигарет в день, а курение и злоупотребление алкоголем у 20,6 % больных.

В 43,4 % случаев ТБ развился на фоне существующей ВИЧ-инфекции, в 46,8 % случаев ВИЧ-инфекция и ТБ выявлены одновременно и в 9,8 % случаев ВИЧ-инфекция развилась на фоне туберкулеза. Из сопутствующих заболеваний у зарегистрированных больных ВичТБ чаще встречались: хронический гепатит в 65 %, анемия - в 21,6 %, наркомания в 2,5 % и дефицит массы тела в 10,9 % случаев. Из больных злоупотребление алкоголем выявлено в 17,4 % случаев, табакокурение свыше 10 сигарет в день в 35,3 % случаев, а курение и злоупотребление алкоголем в 20,6 % случаев.

В 50,5 % случаев ВичТБ выявлены при обращении, при профилактических осмотрах - в 42,7 % случаев и при обследовании в лечебных учреждениях по различным причинам - 6,8 %. При добровольном консультировании и тестировании на ВИЧ-инфекцию пациентов противотуберкулезных заведений антитела к ВИЧ выявлены в 2% случаев.

Как особенности течения ВичТБ возможно отметить - женщины составляют 1/3 больных, более 50% из всех больных в возрасте 30-39 лет,

единичные случаи в возрасте старше 60 лет. Контакт с больным туберкулезом в семье отмечали 11,1%, с друзьями и сослуживцами - 7,4%, кроме того, 29,6% ранее находились в местах лишения свободы. Заражение ВИЧ парентеральным путем при введении наркотиков у 74,1% больных, у 14,8% - половым и у остальных 11,1% путь заражения установить не удалось.

Из особенностей распространения и клинического течения отмечена и низкая выявляемость внелегочных форм ТБ у ВичТБ больных.

Лекарственная устойчивость МБТ выявлена у 12% больных, или в 21,8% случаев бактериовыделения, как и среди больных только туберкулезом, но при этом необходимо отметить, что это была первичная моно- и полирезистентность не более чем к двум АБП и при отсутствии случаев заболевания с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (МЛУ МБТ).

У всех больных через 5-9 лет инфицирования Вич и при выявлении туберкулеза отмечались клинические проявления иммунодефицита и вторичных заболеваний: персистирующая генерализованная лимфаденопатия (14,8%), кандидозный стоматит (7,4%), гнойничковые заболевания (3,7%), опоясывающий герпес - у 3,7%. Саркома Капоши и цитомегаловирусная инфекция констатированы в 6,7% случаях.

Сравнительный анализ динамики ВичТБ и ВИЧ-моноинфекции выявил более быстрое прогрессирование заболевания в первом случае. Практически двукратная разница по скорости прогрессирования в указанных группах обнаружена на IVB и IVB стадиях ($p < 0,05$).

В течение первого года развития пандемии COVID19 существенных изменений в формировании эпидемической ситуации по коморбидным инфекциям не произошло, сохранилась и ее структура. В контингентах было выявлено 1,17% инфицированных COVID19, из них с подозрением на заболевание было госпитализированы 6 больных. При их обследовании диагностировано инфицирование и ТБ, у 2 в легких выявлены остаточные изменения. После проведения превентивной терапии, включая химиопрофилактику ТБ, инфицированных продолжают наблюдать в КПУ.

Выводы. Таким образом, в наблюдаемых контингентах пенитенциарной системы региона эпидемическая ситуация по инфекционным заболеваниям сравнительно со всем населением региона формируется приоритетно и стабильно поражённостью туберкулезом, которую возможно рассматривать как контролируемую эпидемию. В последние три года отмечается снижение поражённости вензаболеваниями и резкий рост численности Вич-инфицированных, а также рост заболеваемости как ВИЧ-инфекцией, так Вич-ассоциированным туберкулезом. Пандемия COVID19 существенно не повлияла на эпидемическую ситуацию в рассматриваемой группе риска, что свидетельствует об эффективности системы плановых противоэпидемических мероприятий.

Литература.

1. Брико Н.И., Сергиев В.П.. Терминология и характеристика качественных и количественных проявлений эпидемического процесса. // Журн. микробиол., 2011, № 2, С. 119-121
2. Васильева И. А., Белиловский Е. М., Борисов С. Е., Стерликов С. А. Глобальные отчеты ВОЗ по туберкулезу, формирование и интерпретация // Туберкулез и болезни легких. - 2017. - Т. 95, № 5. - С. 7-16
3. Коломиец В.М., Рачина Н.В., Ляликов А.В., Девянин П.А., Гапеев О.В. Повышение эффективности специализированной медицинской помощи при туберкулезе в группе риска - контингентах пенитенциарных учреждений // Курский научн.-практич. вестн. «Человек и его здоровье». – 2013. - №2. – С.123-126
4. Коломиец В.М. Пенитенциарный туберкулез: патоморфоз и эффективность реабилитации. Курск: ФГБОУВОКГМУ Минздрава России, 2014. 248 с.
5. Нечаева О.Б., Стерликов С. А., Хуриева Н. Б. Целевые индикаторы и показатели Государственной программы развития здравоохранения России до 2020 г. / *Туберкулёз и болезни лёгких*. 2014. №12: С. 25-34

6. Нечаева О.Б.. Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в России. //Медицинский альянс. том 7, № 4, 2019. С. 6-16
7. Онищенко Г.Г., Ежлова Е.Б., Мельникова А.А., Демина Ю.В., Дементьева Л.А., Пакскина Н.Д., Фролова Н.В. Актуальные проблемы надзора за инфекционными болезнями в Российской Федерации.// Журн. микробиол., 2014, № 5, с. 13-24
8. Отраслевые и экономические показатели противотуберкулёзной работы в 2017–2018 гг. Аналитический обзор основных показателей и статистические материалы / С.А. Стерликов, О.Б. Нечаева, В.С. Бурыхин, С.Б. Пономарёв, Л.И. Русакова, А.В. Дергачёв, Н.С. Марьина, О.В. Обухова / под ред. С.А. Стерликова. – М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2019. – 59 с.
9. Равильоне М., Коробицин А. А.Ликвидация туберкулеза – новая стратегия ВОЗ в эру устойчивого развития, вклад Российской Федерации. //Туберкулез и болезни легких.2016. №11. С. 8-15.
10. Федеральный закон от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» //Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446)
11. Шкарин В.В., Ковалишина О.В.. О существующих проблемах в эффективности эпидемиологического надзора за инфекционными болезнями в Российской Федерации //Журн. микробиол., 2015, № 6, С. 121 — 126

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ

Азизов А.А.

Азербайджанский Медицинский Университет

Ключевые слова: хронический тонзиллит, острый тонзиллит, микробиологическое исследование

Как известно, при выраженных очаговых инфекциях, к каковым относится хронический тонзиллит важное значение имеет состояние местного клеточного иммунитета, одним из показателей является

численность лейкоцитов.

Для этой цели широко используется проба Ясиновского, при помощи которого оценивается состояние местного иммунитета пародонта – пограничного с небными миндалинами участка полости рта. Данная проба весьма доступна, производительна и экономична и мы воспользовались ею в наших исследованиях. Другим методом, который мы использовали, это определение сывороточного (секреторного) специфического иммуноглобулина SIgA, отвечающего за уровень местного иммунитета. Коммерческий тест-набор иммуноглобулина SIgA нами был приобретен в центральном НИИ стоматологии (Россия, Москва), что позволило определить его уровень среди всех выявленных 100 детей с хроническим тонзиллитом и 47 детей со здоровыми небными миндалинами.

Прежде разберем результаты постановки пробы Ясиновского. В норме в слизистой оболочке полости рта количество лейкоцитов в слизистой жидкости составляет от 80 до 120 в 1 мкл., из них жизнеспособных клеток от 90 до 98%. Снижение этих показателей свидетельствует о слабости местного иммунитета. Если среди детей со здоровыми миндалинами число лейкоцитов со слизистой оболочки полости составила в среднем $96,3 \pm 3,2$ в 1 мкл, среди которых $90,4 \pm 3,0$ в 1 мкл лейкоцитов были жизнеспособными, что составляет $93,9 \pm 2,5\%$, то среди детей с разными клиническими формами хронического тонзиллита ситуация весьма неприглядная. Так, при компенсированной форме число лейкоцитов в 1 мкл составляет $78,5 \pm 2,5$ в 1 мкл ($\chi^2=5,76$; $p<0,02$), из них жизнеспособными $67,3 \pm 2,4$ лейкоцитов в 1 мкл ($\chi^2=8,33$; $p<0,02$) или $85,7 \pm 3,9\%$ ($\chi^2=3,86$; $p<0,05$). Еще меньше эти показатели при декомпенсированной форме – $66,3 \pm 2,4$ в 1 мкл ($\chi^2=6,07$; $p<0,02$), $46,5 \pm 2,2$ в 1 мкл ($\chi^2=7,46$; $p<0,01$) и $68,8 \pm 5,7\%$ ($\chi^2=5,48$; $p<0,02$). Аналогична ситуация и с уровнем секреторного иммуноглобулина SIgA. Среди детей с компенсированной формой хронического тонзиллита содержание

секреторного иммуноглобулина SIgA ниже нормы наблюдалось в $61,5 \pm 6,1\%$ случаев, среди детей с декомпенсированной формой инфекции была еще более меньшей – $82,9 \pm 6,5\%$ случаев ($\chi^2=4,83$; $p<0,05$). Среди детей со здоровыми миндалинами содержание SIgA во многих случаях было в норме и лишь у $17,0 \pm 5,5\%$ детей оно было ниже нормы ($\chi^2=22,07$; $p<0,01$). Т.е. местный иммунный статус детей с хроническим тонзиллитом очень низкий. Одновременно с этим, низкий уровень SIgA у ряда детей со здоровыми миндалинами говорит о повышенном риске их заболеваемости этим заболеванием. Тщательное наблюдение за детьми позволили оценить значимость каждого из многочисленных клинических симптомов и составить кадастр уровня их диагностической значимости.

На основании кадастра путем сбора субъективных и объективных данных можно приводить своевременное диагностирование не только хронического тонзиллита, но и его клинических форм, что имеет исключительно важное значение, так как дает возможность выбора и проведения тактики специфического лечения.

Вполне очевидно, что недостаточный уровень местного иммунитета статуса и скорее всего всей иммунной системы организма, проявляемое низким содержанием лейкоцитов и секреторного иммуноглобулина SIgA, является одной из основных причин, благоприятствующих заболеванию детей хроническим тонзиллитом. Поэтому возникает необходимость сочетания антибактериального лечения инфекции с реабилитацией иммунного статуса детей.

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРЕБЫВАНИЯ В СТАЦИОНАРЕ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ COVID-АССОЦИИРОВАННОЙ ВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ И НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБНЫЕ НА ЭТО ПОВЛИЯТЬ

Алтухова А.О., Хлебодарова Е.В.

Курский государственный медицинский университет

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. После первого зафиксированного случая заражения человека коронавирусом SARS-Cov-2 прошло уже больше года. За время пандемии выявлено 173 млн случаев заболевания по всему миру, 5 млн из которых - в России. 121711 случаев заболевания в России привели к летальному исходу. Согласно последним данным известно, что наиболее встречаемым клиническим проявлением варианта коронавирусной инфекции является двусторонняя пневмония. Развитие наиболее тяжелого осложнения - острого респираторного дистресс синдрома зафиксировано у 3-4% пациентов.

К увеличению сроков выздоровления приводят также тромбозы и тромбоэмболии, возникающие под воздействием вируса. Большой интерес представляют также еще не зафиксированные, но возможные поздние осложнения Новой коронавирусной инфекции. Исходя из этого можно предположить, что своевременное оказание пациенту полного объема медицинской помощи позволит избежать развития критических состояний, уменьшить количество осложнений, приводящих к ухудшению прогноза на полное выздоровление, что улучшит состояние после выписки пациента. Поэтому огромное значение имеет своевременная диагностика и ранняя госпитализация при наличии показаний.

Цель исследования. Анализ взаимосвязи между длительностью нахождения на амбулаторном лечении, возрастом пациентов и длительностью пребывания в специализированном стационаре пациентов с диагнозом: Новая коронавирусная инфекция Covid-19, лабораторно

подтвержденная. Внебольничная двусторонняя полисегментарная пневмония, средней степени тяжести.

Материалы и методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ 100 историй болезни с диагнозом: Новая коронавирусная инфекция, лабораторно подтвержденная, средней степени тяжести. Внебольничная COVID-ассоциированная пневмония средней степени тяжести, находящихся на стационарном лечении в ковидном отделении ОБУЗ Тимской ЦРБ с ноября 2020 года по апрель 2021 года. Среди них 66 (66%) женщин, 34 (34%) мужчины. Возраст больных варьировал от 23 до 82 лет.

Для анализа статистических данных была использована программа Statistica 12.

Результаты исследования. В ходе исследования были получены следующие результаты: из 100 пациентов на 1-3 сутки болезни в стационар поступили 27 человек, на 4-7 сутки - 48, на 8-14 сутки - 23 человека, на 15 и более - 2 человека.

На стационарном лечении 29 человек провели 8-12 койко-дней, 49 человек — 13-17 койко-дней, 13 человек — 18-22 койко-дней, 7 человек — 23-27 койко-дней, 2 человека — 28 и более койко-дней.

Чтобы оценить взаимосвязь между длительностью нахождения на амбулаторном лечении больных внебольничной Covid-ассоциированной вирусной пневмонией и длительностью пребывания в специализированном стационаре, был рассчитан коэффициент корреляции Спирмена, оказавшийся равным 0,124, связь между исследуемыми признаками прямая, сила связи по шкале Чеддока - слабая. Для оценки статистической значимости был рассчитан t-критерий Стьюдента. Зависимость можно назвать статистически не значимой ($p=0,23$).

Кроме того была исследована взаимосвязь между возрастом больных и длительностью их нахождения на стационарном лечении. Коэффициент корреляции Спирмена равен 0,213. Связь между исследуемыми признаками прямая, слабая. Для оценки статистической значимости был рассчитан t-

критерий Стьюдента, равный 2,159. Зависимость можно назвать статистически значимой ($p=0.0033334$)

Выводы. Проведенный анализ историй болезни пациентов с диагнозом внебольничная Covid-ассоциированная вирусная пневмония, находившихся на стационарном лечении, выявил прямую слабую связь между длительностью нахождения пациентов на амбулаторном лечении и длительностью пребывания в специализированном стационаре, прямую слабую связь между возрастом пациентов и временем их нахождения в ковидном отделении специализированного стационара. Своевременность госпитализации в стационар является одним из факторов эффективного лечения больных COVID-ассоциированной пневмонией. От возраста больных также зависит длительность нахождения на стационарном лечении.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ COVID-19 У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Лукина А.Э.

Курский государственный медицинский университет. Россия

Кафедра фармакологии

Актуальность. В 2020 году на весь мир обрушилась пандемия, вызванная новым штаммом коронавируса – SARS-Cov-2, которая продолжает главенствовать на текущий период времени [2]. Передача данного вируса осуществляется двумя путями: воздушно-капельным и контактным, а основным источником данной инфекции является больной человек, что в свою очередь сильно повлияло на организацию стационарного лечения пациентов вне COVID-19 [1]. Зачастую тяжесть течения заболевания очень тесно взаимосвязана с наличием сопутствующих заболеваний, которые в той или иной степени могут взаимно отягощать друг друга. При этом не стоит забывать о беременных женщинах, а также пожилых людях, страдающих от хронических патологий сердечно-сосудистой системы, ожирения и сахарного диабета. Именно данная группа людей будет являться мишенью для тяжелого течения новой коронавирусной инфекции.

Цель исследования – проанализировать эффективность фармакотерапии пациентов с новой коронавирусной инфекцией, имеющих в анамнезе сопутствующие хронические заболевания.

Материалы и методы исследования. Для оценки эффективности терапии COVID-19 были проанализированы истории болезни пациентов с новой коронавирусной инфекцией, имеющих сопутствующие хронические патологии, находящихся на стационарном лечении одной из больниц г. Курска. Динамику течения заболевания оценивали по данным компьютерной томографии органов грудной клетки (КТ-ОГК) и обзорной рентгенографии грудной клетки. Результаты исследования. В исследованной группе пациентов с COVID-19 было 70% женщин и 30% мужчин. По возрастным группам пациенты были разделены следующим образом: 60-69 лет – 70%, 70-79 – 10% и более 80 лет 20%. Распределение пациентов в зависимости от наличия сопутствующих заболеваний, происходило следующим образом: у большинства пациентов – 47% наблюдалась артериальная гипертензия (АГ), с высокими показателя систолического артериального давления в пределах 170-210 мм.рт.ст., сахарным диабетом страдали 23%, из числа данной группы людей у 12% было выявлено ожирение II и III степеней, на долю иных патологий сердечно-сосудистой системы приходится 18%: 12% – больные с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), у 6% в анамнезе присутствует стенокардия (рис.1)



Рисунок 1. Сопутствующие хронические заболевания пациентов с COVID-19

При подтверждённом диагнозе COVID-19 у всех пациентов данной выборки препаратом первого ряда являлся противовирусный препарат Фавипиравир, который назначался по следующей схеме: первый прием по 1600 мг 2 раза в день, затем в течение 10 дней по 800 мг 2 раза в день.

Антибактериальная терапия назначалась всем пациентам. При этом у 40% исследованных больных использовалась комбинация, включающая в себя антибиотик из группы цефалоспоринов 3 поколения – Цефтриаксон, который вводился внутривенно в дозе 2,0 в сутки и антимикробный препарат, производное фторхинолона – Левофлоксацин, назначаемый пациентам внутривенно в дозе 500 мг 2-3 раза в день в течение 10-14 дней. 30% пациентов получали антибиотик из группы трициклических гликопептидов Ванкомицин в дозе по 1 г внутривенно 2 раза в день в течение двух недель. У 30% пациентов применяли Амоксиклав по 1,0 2 раза в сутки.

Для предотвращения образования тромбов у людей, находящихся в группе риска, использовались антикоагулянтные препараты – Гепарин или Цибор [3]. Цибор применяется в дозе 2,5 мл 1 раз в день, Гепарин по 5 тысяч единиц или по 7,5 тысяч единиц 3-4 раза в день. Длительность терапии антикоагулянтами зависела от результатов лабораторных исследований крови.

Среди гормональных препаратов, используемых для предотвращения цитокинового шторма, в основном использовался Дексаметазон, назначался внутривенно первоначально в дозе 12 мг на 200 мл раствора NaCl 2 раза в день, затем концентрацию разведения постепенно понижают до 4 мг на тот же объем физиологического раствора. Данный препарат применяют с момента поступления пациента в стационар. Длительность терапии зависит от результатов лабораторных исследований, включающие данные о концентрации С-реактивного белка и интерлейкина-6 в крови.

По результатам исследования, в ходе анализа заключений результатов КТ-ОГК и обзорной рентгенографии грудной клетки у пациентов

наблюдалась положительная динамика пневмонии – значительное уменьшение объема и протяженности инфильтративных изменений в легочных полях, но сохранялись участки снижения прозрачности по типу матового стекла. При выписке у пациентов на рентгенологической картине легочные поля были без явных инфильтративных изменений.

Выводы. Таким образом, в ходе анализа эффективности фармакотерапии пациентов с COVID-19, наблюдалась положительная динамика у пациентов исследуемой группы, которая оценивалась по результатам инструментальных методов исследования и проявлялась в улучшении общего самочувствия. Для дальнейшего восстановления легких назначалась дыхательная гимнастика и постепенное увеличение физической нагрузки. Стоит отметить правильность выбора специалистами тактику фармакотерапии больных, в ходе которой наблюдалась положительные результаты лечения в течение 2-3 недель.

Список литературы

1. Деятельность медицинской организации по предупреждению и лечению пациентов с COVID-19 в ГАУЗ «Городская поликлиника №3» г. Набережные Челны / Н. Попова, Р. Сабитов, Д. Низамов, О. Юминова. // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2020. - №4. – С. 8-13.
2. Терновых, И.К. Подходы к лечению пациентов с димиелинизирующими заболеваниями нервной системы в период пандемии COVID-19 / И.К. Терновых, М.П. Топузова // Современные проблемы науки и образования. – 2020. - №4. – С. 95.
3. Харкевич, Д.А. Фармакология: учебник / Д.А. Харкевич. – 11-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – С. 582-614. : ил. – ISBN 987-5-9704-2427-8.

СОСТАВ МИКРОБИОТЫ ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С АДЕНОМИОЗОМ

Азизова М.Э.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра акушерства и
гинекологии II, Баку, Азербайджан

Ключевые слова: аденомиоз, микрофлора, диагноз, гистерэктомия, матка, дифференциальная диагностика

Аденомиоз, определяемый миграцией эндометриальных желез и стромы из базального слоя эндометрия в миометрий, считается доброкачественным состоянием матки [1, 2]. Аденомиоз связан с клиническими симптомами, включающая дисменорею, диспареунию, аномальное маточное кровотечение, бесплодие. Поскольку аденомиоз обычно возникает вместе с эндометриозом, его диагностика остается важной клинической проблемой [3, 4]. Единственный окончательный метод диагностики аденомиоза - гистерэктомия в сочетании с гистологическим исследованием. Аденомиоз - распространенное гинекологическое заболевание, наблюдается у женщин в возрасте от 30 до 50 лет и обычно является побочным эффектом внутриматочной процедуры [5]. Распространенность аденомиоза колеблется от 5% до 70% из-за различий в этнической принадлежности, отборе случаев и диагностических критериях [3].

Целью настоящего исследования было детальное изучение состава вагинальной микробиоты у женщин репродуктивного возраста с аденомиозом.

Материалы и методы исследования.

Исследование выполнялось в 2020 г., в рамках научной программы кафедры акушерства и гинекологии ПАМУ. Для осуществления цели исследования в данной работе было проведено обследование 48 женщин с аденомиозом, в возрасте от 30 до 50 лет (средний возраст $42,0 \pm 1,8$ лет). Контрольная группа - 24 относительно здоровых женщин репродуктивного возраста с регулярным

овуляторным менструальным циклом, не имевших гинекологических заболеваний в анамнезе. Всего было обследовано 72 женщин репродуктивного возраста. Комплекс обследования наряду с клинико-анамнестическими методами исследования включал эхографическое обследование, доплерографию, цветное доплеровское картирование, компрессионную эластографию органов малого таза. Пациенткам обеих групп выполняли микроскопические исследования выделения из влагалища и бактериоскопические исследования по Грамму окрашенных влагалищных мазков. Вагинальные мазки окрашивали по Граму на бактериальный вагиноз с помощью стандартизированного метода, описанного Nugent et al. [3]. Было выделено 54 культуры *Lactobacillus* из эпителия влагалища женщин с диагностированным аденомиозом и здоровых женщин репродуктивного возраста. Идентификацию культур проводили с помощью ПЦР-анализа 16S рибосомной РНК. Статистический анализ данных осуществлялся с помощью данных программ электронных таблиц Microsoft Excel, сформированные в соответствии с запросами проводимых исследований.

Результаты и их обсуждение.

Проведенными исследованиями было установлено, что более 15 лейкоцитов в поле зрения при микроскопическом исследовании вагинального секрета было выявлено у 27 ($37,5 \pm 5,7$ %) пациенток обеих групп: у 23 ($47,9 \pm 7,2$ %) пациенток основной группы с аденомиозом и у 4 ($16,7 \pm 7,7$ %) женщин группы сравнения. Проведенными в исследуемых группах бактериоскопическими обследованиями по Грамму окрашенных влагалищных мазков гонококков и трихомонад выявлены не были. Микроскопически выявлены грибы рода *Candida* у 34 пациенток ($70,8 \pm 5,3$ %) обеих групп: у 32 ($66,7 \pm 6,8$ %) в основной группе и у 2 ($8,33 \pm 5,8$ %) – в группе сравнения.

Результаты генотипирования показали, что изолированные лактобациллы женщин с аденомиозом относятся к семи видам: *L. fermentum*, *L. iners*, *L. gasseri*, *L. amnionii*, *L. jensenii*, *L. crispatus* и *L. delbrueskii*. Большинство штаммов лактобацилл обладают высокой ингибирующей активностью по отношению ко всем тест-штаммам, кроме *Candida albicans* (47,5%). 55,8%

исследованных культур показали высокую адгезию к эритроцитам человека. Все штаммы лактобацилл были устойчивы к метронидазолу, 82,4% - к канамицину, 56,7% - к ванкомицину, у всех штаммов диагностирована чувствительность к рокситромицину, амоксиклаву, ампициллину. 52,5% культур показали умеренную чувствительность к гентамицину и цефазолину. 82% культур проявляли пероксидпродуцирующую активность. Самый высокий процент встречаемости во влагалище женщин группы сравнения был *L. fermentum* (26,8%).

Проведенный тест дал положительные или отрицательные результаты для трех следующих диагнозов: 1) бактериальный вагиноз (БВ) путем алгоритмического анализа молекулярной ДНК, обнаруживающей лактобациллы, а также бактерии, связанные с БВ, *G. vaginalis*, *A. vaginae*, *Megasphaera*; 2) вагинальный кандидоз путем обнаружения молекулярной ДНК группы *Candida* (*C.albicans*, *C.tropicalis*, *C.parapsilosis* и *C.dubliniensis*) или *C. glabrata* или *C.krusei*; 3) трихомониаз с помощью молекулярной ДНК-детекции простейших трихомонад.

Качественные показатели обнаружения бактерий с помощью видов / родоспецифичных ПЦР-анализов представлены следующим образом: *L. iners* была наиболее часто обнаруживаемой бактерией у женщин с аденомиозом (87%), за ней следовали *G.vaginalis* (82%), *A.vaginae* (73%), *Prevotellaspp.* (68%), *M.mulieris*, (64%), *F.magna* (57%), *L.amnionii* (52%), *Eggerthellaspp.* (48%) и *S.sanguinegens* (46%). Микоплазменные бактерии, включая *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma urealyticum*, были также изолированы из верхних отделов половых путей у женщин с аденомиозом. При БВ количество лактобацилл уменьшается с увеличением количества таких микроорганизмов, как *Atopobium vaginae*, *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus mulieris*, виды *Prevotella*, и виды *Megasphaera*.

В нашем исследовании *G.vaginalis* (82%) и *A.vaginae* (73%) были обнаружены с помощью ПЦР в реальном времени у пациенток с аденомиозом, но эти бактерии также были обнаружены у 23% пациентов группы сравнения. Использование количественных диагностических порогов привело к резкому

улучшению диагностических характеристик. ПЦР дала 88% чувствительность и 95% специфичность для *G.vaginalis* и 96% чувствительность и 97% специфичность для *A.vaginae*. Бактериальный вагиноз, диагностированный по критериям Nugentetal. [3] был связан с аденомиозом у женщин. Нами выявлено, что бактериальный вагиноз и бактериальный вагиноз-ассоциированные микроорганизмы независимо связаны с аденомиозом.

Выводы

1.Результаты нашего исследования подтверждают молекулярные исследования, показывающие, что БВ связан со значительными изменениями состава влагалищной микробиоты. Бактерии, ассоциированные с БВ- *G. vaginalis*, *A. vaginae*, *Eggerthella*, *Prevotella*, *Megasphaera*, обнаруженные на диагностических уровнях, выраженные в виде относительной численности или абсолютного количества бактериального генома / гена (количество генома / копий гена 16S рПНК), были высоко предсказуемыми.

2.Уменьшение видов *Lactobacillus* в сочетании с присутствием либо *G. vaginalis*, либо *A.vaginae* на диагностическом уровне был очень точным предиктором БВ. Измерение количества нормальной вагинальной микробиоты относительно общего количества бактерий во влагалищных выделениях может предоставить более точные инструменты для диагностики БВ.

3.Наши результаты показывают, что вагинальные микроорганизмы, часто встречающиеся у женщин с аденомиозом, поднимаются из влагалища к эндометрию, что приводит к инфекции верхних отделов половых путей.

Литература:

1. Bae, S.H., Kim, MD. et al. Uterine Artery Embolization for Adenomyosis: Percentage of Necrosis Predicts Midterm Clinical Recurrence. // J VascIntervRadiol. 2015;26(9), p.1290–1296.
2. Lohle, P.N., De Vries, J., Klazen, C.A. Uterine artery embolization for symptomatic adenomyosis with or without uterine leiomyomas with the use of

- calibrated tris-acryl gelatin microspheres: midterm clinical and MR imaging follow-up. // *Journal of Vascular and Interventional Radiology*. 2007;18(7), p.835–841.
3. Nugent, R.P., Krohn, M.A., Hillier, S.L. Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of gram stain interpretation. // *J ClinMicrobiol*. 1991;29, p.297–301.
 4. Popovic, M., Puchner, S., Berzaczy, D. Uterine artery embolization for the treatment of adenomyosis: a review. // *J VascIntervRadiol*. 2011;22(7):901–909
 5. Smeets, A.J., Nijenhuis, R.J., Boekkooi, P.F. Long-term follow-up of uterine artery embolization for symptomatic adenomyosis. // *CardiovascInterventRadiol*. 2012; 35(4), p.815–819.

ДИСБИОТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ЖЕНЩИН ПРИ ОБРАЗОВАНИЯХ СРЕДНИХ И БОЛЬШИХ РАЗМЕРАХ МАТКИ И ЯИЧНИКОВ

Амирасланова Н.А.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра акушерства и
гинекологии II

Ключевые слова: микрофлора, миома матки, лапароскопическая миомэктомия, лапароскопические гинекологические операции

Повсеместное широкое неконтролируемое использование антибактериальных препаратов приводит к селекции антибиотикорезистентных штаммов различных возбудителей инфекционных заболеваний, что в итоге снижает эффективность проводимого основного лечения. Положение осложняется тем, что население также зачастую необоснованно употребляет эти средства.

В данной работе, для осуществления цели исследования, на основании разработанных клинико-лабораторных критериев, за период с 2017 по 2019 год было обследовано 110 женщин с образованиями средних и больших

размеров в матке и яичниках, в возрасте от 18 до 73 лет (средний возраст $47,45 \pm 5,2$). Все исследованные 110 женщин были разделены на 2 группы: основную (80 больных) и группу сравнения (30 больных). В основную группу исследования вошли 80 пациенток, оперативное лечение которым было выполнено лапароскопически. Группу сравнения составили 30 пациенток, которые были оперированы традиционным открытым способом. Пациенткам обеих групп выполняли бактериологическое исследование выделения из влагалища. Посев материала проводили на набор стандартных питательных сред для выделения облигатных и факультативных анаэробов, микроаэрофилов, включая генитальные микоплазмы, гарднереллы, грибки и трихомонады.

Приведенные данные показали, что для микробиоценоза влагалища у женщин с образованиями средних и больших размеров матки и яичников было характерным снижение частоты выявления и количественных значений лактобацилл, увеличение частоты выявления коагулазоотрицательных стафилококков, эубактерий, грибов рода *Candida* и стрептококков. При бактериологическом исследовании выделений из заднего свода влагалища установлено, что у всех женщин имеются дисбиотические нарушения, характеризующиеся достоверным снижением частоты обнаружения лактобацилл ($21,1\%$; $p < 0,05$) и их количества ($\lg 3,6 \pm 0,5$ КОЕ/мл). Частота выявления грибов рода *Candida* у обследованных пациентов была достоверно повышена, отмечалось также и увеличение их количества ($\lg 5,6 \pm 1,2$ КОЕ/мл; $p > 0,05$) сравнительно с нормой. У пациенток обеих групп частота выявления пептострептококков (соответственно $75,3\%$ и $66,9\%$) находились в пределах нормальных показателей, количественные значения (соответственно $\lg 5,5 \pm 0,4$ КОЕ/мл и $\lg 4,1 \pm 0,3$ КОЕ/мл; $p < 0,05$) достоверно было выше нормы. Частота выявления бактероидов у женщин основной группы ($21,4\%$) была выше нормы, у женщин группы сравнения ($13,4\%$; $p < 0,05$) была достоверно меньше. Количественные значения соответственно по группам - $\lg 4,9 \pm 1,3$ КОЕ/мл и $\lg 2,7 \pm 0,1$ КОЕ/мл.

ТИББИЁТДА СУНЪИЙ ИНТЕЛЛЕКТНИНГЎРНИ

Абдуманонов А.А.

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти “Биофизика ва ахборот технологиялари” кафедраси.

Аннотация: Ушбу мақолада сунъий интеллектни тиббиётда қўлланилиши ва бундай тизимларни яратишда сунъий нейрон тармоқлар технологиясидан фойдаланиш афзалликлари ва улар ёрдамида касалликларни ташхислашда башоратлашни амалга ошириш ва муқобил ташхисларни ажратиб олишда кўп қатламли сунъий нейрон тармоқлар уларда мисолларга асосланган ўқитиш тизимидан фойдаланиш натижасида аниқлик даражаси юқори бўлган ташхис муқобилларини ажратиб олиш орқали даволовчи шифокорларга тезкор ташхислаш қарорларини қабул қилишга ёрдам беради ва бунинг учун шифокорлар илмий асосланган ташхисларни танлаш имкониятини яратади, шунингдек ташхис аниқлигини ошириш ва ўлим сонини камайтиришга олиб келади.

Калит сўзлар: сунъий интеллект, сунъий нейрон тармоқ, сунъий нейрон тармоқларда ўқитиш тизимлари, тиббиётда ахборот технологиялари, эксперт тизимлар.

Тиббиётнинг энг долзарб замонавий йўналишларидан бири касалликларини ташхислаш ва башорат қилиш учун интеллектуал тизимларни ишлаб чиқиш ва уларни амалиётга қўллашдир [1-15]. Бу турдаги тизимларнинг асоси турли математик моделлар ва алгоритмларга асосланган. Сунъий интеллектнинг (СИ) тури математик аппаратларга асосланган тизимлар айниқса тиббий ташхислаш ва башорат қилиш муаммоларини ечишда самаралидир. СИ бу инсон интеллектини аниқ математик аппаратлар ёрдамида такрорлай оладиган дастурий таъминоти тушунилади. Бундай сунъий интеллект тизимларини яратишда турли эксперт тизимлар ёки сунъий нейрон тармоқ (СНТ) технологияларидан фойдаланиш ҳозирда кенг

тарқалган. СНТ математик нейронлар деб аталувчи элементлардан иборат, математик нейрон ахборот олади, унинг асосида вазин коэффициентларига эга бўлади, у бўйича ҳисоб-китобларни амалга оширади ва уни кейинги тизимга узатади. Боғланган ва ўзаро боғланган математик нейронлар жуда мураккаб масалаларни ҳал қила оладиган нейрон тармоғини ҳосил қилади. Ҳозирги вақтда кўп қатламли персептрон энг кўп ишлатиладиган СНТларнинг бир неча турлари ишлаб чиқилган. Ушбу ишда тиббиётнинг турли соҳаларда СНТда фойдаланишни кўриб чиқилган, алоҳида эътибор, уларнинг архитектурасига, ўқитиш алгоритмлари ва уларнинг ишлаш аниқлигига қаратилди.

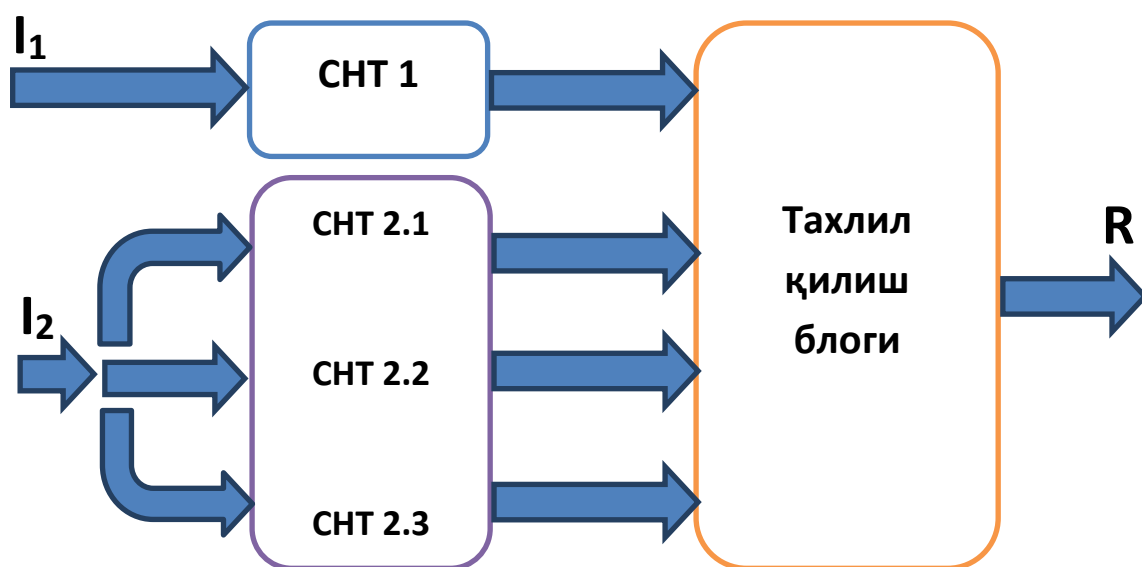
Бугунги кунда дунёдаги энг кенг тарқалган касалликнинг даволашда уни эрта ташхислаш катта аҳамиятга эга. Бундай муаммоларни ҳал қилишнинг энг қулай воситаларидан бири кучли ва айна пайтда жараён ва ҳодисаларни симуляция қилишнинг мослашувчан усули ҳисобланган сунъий интеллект тизимларидан бири бўлган сунъий нейрон тармоқлардир. Замонавий сунъий нейрон тармоқлари ўзида махсус дастурий ва аппарат воситалар, моделлар ва қурилмаларни яратиш ва тимсоларни таниш назариясининг алгоритмларини қўллаш асосида ташхислаш муаммоларни ечиш имконини беради. Нейрон тармоқларининг ўзига хос хусусияти уларнинг экспериментал маълумотлардан ўрганиш қобилиятидир. Даволаш тадбирлари ҳар бир бемор учун турли эканлигини масалани мураккаблигини оширади, баъзи беморлар бутунлай бошқача кўрсаткичларга эга бўлиши мумкин ва бу маълумотлар уларнинг даволаш ўртасидаги муносабатлар, тизимни ўқитиш тармоқлари учун ахборот (билим) сифатида тақдим қилинади.

Нейрон тармоқ моделининг афзаллиги шундаки, уни яратишда тиббиёт ва ташхислаш масаларида (замонавий ахборот технологияларидан фойдаланишнинг яна бир йўналиши) кенг тарқалган эксперт тизимларини ишлаб чиқишда талаб қилинадиган ташхисланган ҳодисани тасвирлаш учун мураккаб шаблонларнинг тўпламини тақдим этишга ҳожат йўқ. Сунъий нейрон тармоқларининг потенциал иловалари инсон ақлининг самарасизлиги ва анъанавий ҳисоблашда вақт талаб қиладиган ёки жисмонан етарли

эмаслиги (яъни, сунъий нейрон тармоқларидан фойдаланиш) реал физик жараёнлар ва объектларни акс эттирмаслик ёки ёмон акс эттирмаслик қўл келади. Нейрон тармоқларидан (яъни нейрокомпютерлардан) фойдаланишнинг долзарблиги кам шакллантирилган муаммоларни ҳал қилиш зарурати туғилганда жуда яққол кўринади.

Шундай қилиб, тиббий ташхислаш ва башоратлаш муаммоларини ҳал қилиш учун мўлжалланган СНТлар тузилишининг энг мос турлари бу киришда бемор ҳақида маълумот бериш ва чиқиш касалликнинг ташхисини олиш имконини берувчи сигмасимон фаоллаштириш функциялари ва персептрон ҳисобланади. Хатоларни қайта тарқатиш алгоритми ва генетик алгоритм кўпинча турли касалликларни ташхислашда кўп қатламли перкептронларни ўқитиш учун ишлатилади.

Рис. 1 – касалликларни ташхислаш тизими схемаси. Бунда «СНТ 1»



тизимдаги яратилган сунъий нейрон тармоқдаги хатолик кўрсаткичини энг кичиги олинади. Иккинчи блокдаги беморларни сунъий нейрон тармоқлар асосида касал ёки касал бўлмаганларга ажратиб беришидир. Нейроннинг киришига беморнинг маълумотлари ва унинг тиббий анализига тегишли ахборотлар берилади, ундан сўнг нейрон тармоқ беморни касал ёки соғломлигини (танланган касалик (МКБ10 асосидаги) тури доирасида) аниқлайди.

Биз кўраётган тизим даволовчи шифокорлар учун ёрдам тизим ҳисобланиб, у шифокорга танланган ташхисни эҳтимоллик даражасини фоизларда кўрсатади ва унга танланган ташхисни эҳтимолий аниқлигини белгилашга ёрдам беради, яқуний ташхисни даволовчи шифокор танлайди. У тизим берган эҳтимолий ташхис фоизини юқори бўлганини танлаши ёки уни аниқлаштириш учун қўшимча тиббий текширувларни олиб бориши мумкин бўлади. Ташхислаш тизимининг иккинчи блоги 3 та нейрон тармоқдан иборат бўлиб, улар ҳар бири алоҳида аниқ касаллик турини ташхислашга жавоб беради. Уларни кетма-кетликда ишлайди, блокнинг асосий функцияси беморнинг касаллигини ташхислаш ечимини ҳисоблашдан иборат. Хамма сунъий нейрон тармоқлар ишини тугатгач маълумотлар нейрон тармоқ томонидан аниқланиши керак бўлган ташхис туридан бирини тасдиқлайдиган ёки аксинчалигини топиш функциясидан иборат бўлган тахлиллаш блогига келиб тушади. Агар учта сунъий нейрон тармоқдан бири бемор касаллик белгилари ўзидаги касаллик турига мослиги ҳақида ахборот берса, унда айнан шу маълумот бутун ахборот тизимнинг чиқишида кўринади. Агар тизимнинг бир неча нейрон тармоқлари бемордаги касаллик тури улардаги касаллик турига мослигини аниқлаганлиги ҳақида ахборот берса, ундай ҳолда тахлиллаш блоги берилган нейронлардаги хатолик фоизига этибор беради, агар хатолик фоизи қанча кам бўлса демак шубҳа касаллик турини бемор ташхиси эканлигига ва танланган ташхиснинг аниқлиги эҳтимоллиги юқорилигини англатади.

Тизимнинг тўғри ишлашини текшириш учун олинган сунъий нейрон тармоқлари синовдан ўтказиш амалга оширилди. Бунинг учун тизимнинг учта блокдан ҳар бирининг ишлаши алоҳида мисоллар билан текширилди. Кейинги қадамда СНТ ни иккинчи блогида биринчи блокдаги танланма мисоллардан текширув натижасида ажратиб олинган. Олинган маълумотлар кейинги тахлилларни амалга ошириш учун жадвалга киритилди. Иккинчи блокдаги неронларни синовдан ўтказишдан сўнг N тўғри ечилган натижага эга бўлган мисоллар олинди ва у энг юқори фоизли натижа олинади, бу эса ташхислаш тизимини ишини тўғри ишлаётганлигини тасдиқлайди.

Хар қандай ахборот тизимларининг сифатини бир неча мезонлари ёрдамида баҳолаш мумкин. Масалан, ишлаб чиқилган ахборот технологиялари самарадорли даволовчи шифокорларга даволаш ва ташхис қўйиш бўйича қарорлар қабул қилиш учун сарфланган вақтининг қисқариш орқали ифодаланиши мумкин. Даволаш тадбирлари ва ташхислашни автоматлаштириш бемор ташхисни аниқлашга сарфланадаган вақтни бир неча баробар қисқартиришга имкон бериши даволаш бўлимининг меҳнат самарадорлигини ошириш ва хар бир бемор билан ишлаш имконини беради. Бундан ташқари, бундай ташхислаш ахборот тизимларини жорий этилмасдан олдин, даволовчи шифокор ташхислашда ўзи қабул қилмоқчи бўлган ташхислаш қарорини тўғрилигига тўлиқ ишонч ҳосил қилмайди, бу учун бошқа турдаги консилиумлар ташкиллаш ва бошқалар учун яна вақт талаб қилади ва бу ўз-ўзидан бемор билан ишлаш тезлигини секинлаштирди. Нейрон тармоқлар асосида ЮҚТ касалликларини ташхислаш тизимини жорий этиш ижтимоий таъсир ҳам кўрсатади, бундай дастурий таъминотлардан фойдаланаётган даволаш муассасасига кўрсатилаётган тиббий хизматларга ишонч ошади, ҳамда бу бозор иқтисодиётида ўз нуфузини оширишга, беморларни шу шифохонага ишонч даражасини ошиши билан боғлиқ бўлади, шунингдек юқори сифатли хизмат кўрсатиш, миқдорнинг талабларини қондириш ва энг муҳими касалликни тезкор аниқлаш ва тегишли даволаш тадбирларини тез ва тўғри ташхис беморларни соғлиқликларини тиклашларида муҳим омил бўлади.

Касалликларни ташхислашда ёрдам берувчи ахборот тизимини жорий этиш даволаш бўлими фаолиятини оптималлаштириш, нотўғри ташхислар сонини камайиши ва шу билан ўлимлар сонини камайитириш имконини беради. Бундан ташқари, бундай тизимларни барча даволаш муассаларида қўлланилиши соҳадаги энг илғор ютуқлар ва самарали даволаш тадбирларини қўлланилиши тизимни янада мукамалроқ ишлаши ва аниқлик даражасини ошишига сабаб бўлади. Демак бу тизимни мамлакатимиздаги иқтисослашган кўплаб тиббий даволаш ва ташхислаш муассасаларида

кўллаш аҳоли саломатлигини ошириш ва тиббий хизматлар кўрсаткичини ўсишига олиб келади.

Тизимни яратиш учун асос Фарғона шошилини тиббий ёрдам кўрсатиш илмий марказини клиник бўлимлари томонидан тақдим этилган маълумотлар бўлди. Маълумотлар 10 устундан иборат жадвал бўлиб, 60 беморларининг тиббий маълумотлари ва ташхиси текширув натижалари берилган. Маълумотлар сирпанувчи ўртача катталиклар усули ёрдамида бўш ячейкаларни олиб ташлаш орқали қайта ишланди, бу эса тизимнинг ахборотларни етишмаслиги каби муаммоларини бартараф этди.

Касалликларини самарали ташхислаш сунъий нейрон тармоғини ташкил қилиш учун NeuroPro дастуридан фойдаланилган. Ўқитиш ва синов намуналари аниқлангандан сўнг сунъий нейрон тармоғи архитектураси ишлаб чиқилди, унинг асосида тизим 4 нейрон тармоқларидан иборат бўлиб, уларнинг ҳар бири олдиндан яратилган намуналарда ўқитилган ва синовдан ўтказилган. Нейрон тармоқларининг ҳар бири 12 кириш ва 1 чиқиш нейронларидан иборат бўлиб, иккинчи қаватдаги нейронлар сони 5 чиқиш ва 15 киришни ташкил этади.

Ушбу архитектура юрак-қон томир касалликларини ташхислаш тизимини моделлаштириш учун ишлатилган. Тизим учта блокдан иборат бўлиб, уларнинг ҳар бири муайян ҳаракатлар учун масъулдир. Биринчи блок беморнинг касал ёки соғлом эканлигини аниқлайди, иккинчи блок муайян беморнинг учта ташхисидан қайси бирига тегишлилигини аниқлайди. Учинчи блок дастлабки икки блокдан олинган маълумотларни таҳлил қилиш ва якуний натижани чиқариш учун мўлжалланган. Ҳар бир блокнинг нейрон тармоқлари синовдан ўтказилди ва ўқитиш ва тест синов пайтида энг паст хатолик фоизини кўрсатган тармоқлар танлаб олинди. Танлаб олинган тармоқлар келгусида тиббий ЮҚТ касалликларини ташхислаш тизимида қўлланди, тизимининг тузилишини аниқлагандан сўнг, тизимнинг асосий иш усули тавсия этилган ташхисни ташхислаш блоклари ва таҳлил блокини кетма-кет ишлатиш билан ташхисларни тасдиқлаш ёки рад этишдан иборат бўлди.

Тизимнинг тўғри ишлашини текшириш учун олинган нейрон тармоқлари синовдан ўтказилди. Юрак-қон томиркасалликларни ташхислаш тизими моделини синовдан ўтказиш натижасида ташхис 33,5 дан кам хато даражаси билан амалга оширилди. Демак, бу тизимни даволаш ташхислаш муассасаларида клиник жараёнда қўллаш учун тавсия қилишга лойиқлигини кўрсатди. Тизимдаволаш муассасини юрак-қон томир касалликларни даволаш ва ташхислаш бўлимлари фаолиятини оптималлаштириш, даволовчи шифокорларга тезкор ташхислаш қарорларини қабул қилиш ва бунинг учун шифокорлар илмий асосланган ташхисларни танлаш имкониятини яратади, шунингдек ташхис аниқлигини ошириш ва ўлим сонини камайтиришга олиб келади.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Барский, А.Б. Логические нейронные сети: Учебное пособие - М.: Бином, 2013. - 352 с.
2. Галушкин, А.И. Нейронные сети: основы теории. / РиС, 2014. - 496 с.
3. Редько, В.Г. Эволюция, нейронные сети, интеллект: Модели и концепции эволюционной кибернетики /Ленанд, 2015. - 224 с.
4. Logical calculus of the ideas immanent in nervous activity. / S.W. McCulloch, H.W Pitts. – Bulletin of Mathematical Biophysics, Vol. 5, 1943.– 133 с.
5. Аравин О.И. Применение искусственных нейронных сетей для анализа патологий в кровеносных сосудах. – Астрахань: Медицина и здравоохранение. 2011. с. 45-51.
6. Specht D. A. General Regression Neural Network. – IEEE Trans.: on Neural Networks. 1991. с. 568-576.
7. Ясницкий Л.Н. Введение в искусственный интеллект. - М.: Академия, 2005. – 176 с.
8. Луценко Е.В. Интеллектуальные информационные системы. – Краснодар: КубГАУ. 2006. – 615 с.

9. В.А. Дюк, В.А. Самойленко Информационные технологии в медико-биологических исследованиях / Питер. 2001. – 368 с.
10. Галушкин А. Нейронные сети. Основы теории. / Горячая линия телеком. 2012. – 253 с.
11. Основы теории искусственных сетей / Е.В. Бодянский, О.Г. Руденко – М.: Высшая школа. 2003. – 317 с.
12. А.И. Голушкин, А.В. Шмид. Оптимизация структуры многослойных нейронных сетей // Нейрокомпьютер, №2. 1992. с. 7-11.
13. Abdumanonov A.A., Xalilov D.A., Jumaboyeva N.A. Research of methods of application of neuroinformation networks in medicine // Scientific ideas of young scientists / Pomysly naukowemlodych naukowcow International scientific and practical conferences January, 2021 Warsaw, Poland 53p.
14. Abdumanonov A.A., Xalilov D.A., Jumaboyeva N.A. Нейро сет обработки медицинских данных для поддержки принятия врачебных решения // “Тиббиёт ахборот технологиялари нинг ривожланиши истиқболлари” мавзусида Республика илмий-амалий онлайн анжумани тўплами Фарғона 2021 й 17-23 б.

ПРОТЕКТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ БЕНЗКЕТОЗОНА

Аллаберганов М.Ю.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

г. Ургенч, Республика Узбекистан.

Нарушение равновесия между факторами агрессии и защиты в слизистой желудка отображены в концепции патогенеза язвенной болезни. Ослабление факторов защиты при язвенной болезни возникает в результате нарушения физико-химических свойств желудочной слизи и регенераторной активности эпителиальных клеток, а также изменения кровоснабжения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны, синтеза простагландинов и оксида азота. Нерастворимый слизистый гель желудка (фукоза, гексоза,

сиаловая кислота, общий белок), является одним из главных компонентов системы местной защиты[2,3,4,5].

В этом плане значительный интерес представляет бензкетозон. В ходе исследований выявлено, что 1 % мазь бензкетозона увеличила защитную функцию слизистой полости рта и оказывала выраженный регенераторный эффект при стоматите. А также, глазная мазь бензкетозона оказывала положительное влияние на воспалительные и регенераторные процессы у больных конъюнктивитом [1, 4].

Методы исследования. В экспериментах применяли крыс исходной массой тела 170-220 г. Язву вызывали по методу иммобилизационного стресса. Изучаемые препараты применяли в течение пяти суток после образования язв желудка. Бензкетозон применялся в дозе 75 мг/кг. В качестве эталонных препаратов были взяты глицирам в дозе 75 мг/кг и омепразол 30 мг/кг. С целью стимуляции желудочной секреции подкожно вводили 0,025% раствор пентогастрина из расчета 200 мкг/кг. Состояния слизистого барьера желудка изучали путем определения содержания нерастворимых гликопротеинов до и после стимуляции желудочной секреции.

Извлекали желудок, очищали, промывали холодным физиологическим раствором, удаляли преджелудок, взвешивали. Далее, выскабливали слизистый слой, взвешивали. Слизистый гель суспензировали в дистиллированной воде в фарфоровой ступке из расчета 30 мг/мл. Содержание сиаловых кислот в суспензии определяли по методу Л.И.Линевика. Содержание гексоз определяли по методу, указанному А.Готшалком, а общего белка – по методу О.Н.Lowry и соавт. Для определения фукозы в суспензии воспользовались методом, предложенным П.Д.Рабиновичем и соавт [1].

Результаты и их обсуждения. Под влиянием эмоционального стресса состав нерастворимых гликопротеинов слизистой оболочки желудка нарушается за счет углеводных компонентов. При этом определяется снижение содержания

сиаловых кислот, фукозы и гексозы почти в 2 раза по сравнению с интактной группой, а содержание общего белка не отличалось от нормы .

Полученные данные свидетельствуют о понижении вязкости и упругости слизистой оболочки желудка. При этом выявлено повышение содержания сиаловых кислот до стимуляции- на 17%, после стимуляции – на 15%, содержание фукозы соответственно на 27 и 23%, а содержание гексозы осталось в пределах нормы. Под влиянием омепразола в изученных показателях нерастворимых гликопротеинов не наблюдалось статистически значимых изменений. Бензкетозон оказывал стимулирующее влияние на все показатели нерастворимого слизистого геля желудка и вызывал заметные повышения в содержании гликозамигликанов: содержание сиаловых кислот до и после стимуляции повышалось по сравнению с контролем соответственно на 48% и 42%, фукозы- на 36% и 27%, гексозы- на 18% и 9%. А в содержании общего белка не отмечались заметные сдвиги по сравнению с контролем.

Таким образом, в основе корригирующего действия глицирама, омепразола и бензкетозона лежит их способность стимулировать синтез углеводных компонентов нерастворимого слизистого геля желудка, что положительно сказывается на обеспечении защитно-барьерной функции слизистой желудка.

Выводы:

1. Стрессовой язве происходят нарушения в защитно-барьерной функции слизистой оболочки желудка за счет уменьшения содержания углеводных компонентов нерастворимых гликопротеинов.

2. Бензкетозон, глицирам и омепразол оказывают заметное корригирующее действие на нарушенные параметры защитно-барьерной системы слизистой желудка у крыс с экспериментальной стрессовой язвой и поэтому действию бензкетазон обладает более выраженным корригирующим эффектом по сравнению с другими препаратами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аллаберганов М.Ю . Нерастворимые гликопротеины желудка // Матеріали ІІІ Науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю «Фармацевтическая наука и практика: проблемы, достижения, перспективы развития», «Pharmaceutical science and practice: problems, achievements, prospects» 15-16 квітня 2021 року Харків, Україна -2021. -С. -283-285.
2. Изучение действия бензкетазона на гистоморфологические изменения при экспериментальной язве желудка / Аллаберганов М.Ю., Рахимова Г.О// Молодые ученые – медицине: Материалы XIX научной конференции молодых ученых и специалистов с международным участием: Россия, Владикавказ 5 июня 2020 года -С.30-34.
3. Сологова С.С.Эффективность и гастропротективные свойства нового противовоспалительного препарата: амтолметин гуацил в лечении болевого синдрома / Сологова С.С., Максимов М.Л. // РМЖ «Медицинское обозрение» №18 от 19.08.-2014 -стр.- 1367.
4. Хамраев А.А. Ингибирующее влияние традиционной терапии на некоторые механизмы синтеза защитного барьера желудка // Инф.,иммун. и фармакол. – 2005. - № 2. – С. 87 – 89.
5. Хайруллаева С.С. Особенности взаимоотношения агрессивных и защитных факторов в слизистой гастродуоденальной зоны у больных бронхиальной астмой/ Хайруллаева С.С., ХамраевА.А. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология6 (106) - 2014 -С. -86- 89.

РОЛЬ ТЕОРИЙ И КОНЦЕПЦИЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Кулиева Э. М., Абдуганиева А. Е.

Азербайджанский Медицинский Университет.

Ферганский Медицинский Институт Общественного Здоровья.

Основные положения теорий и концепций эпидемиологии объясняют проявления особенностей эпидемического процесса инфекционных болезней

меры борьбы и профилактики с ними в целях обеспечения эпидемиологической безопасности (1).

Теория Громашевского Л. В. о механизме передачи возбудителей является эволюционно выработанным способом перемещения возбудителя из одного организма хозяина в другой, обеспечивающим ему поддержания биологического вида, который включает смену 3 стадий: выведение возбудителя от источника инфекции в окружающую среду, временное пребывание в абиотических и биотических объектах окружающей среды и внедрение в восприимчивый организм. Основными механизмами передачи являются: фекально-оральный, воздушно-капельный, трансмиссивный и контактный, а также вертикальный. Учение Громашевского Л. В. способствовало познанию эпидемического процесса и позволило обосновать организацию противоэпидемических мероприятий в зависимости от факторов и путей передачи. Этот закон применителен к антропонозам, но не к зоонозам и сапронозам.

Теория природной очаговости болезни Павловского Е. Н. была сформулировано применительно к трансмиссивным зоонозным инфекциям, возбудители которых циркулируют в природе и передаются от животных к животным через кровососущих насекомых (6). Позже это учение было распространено и на некоторые нетрансмиссивные болезни (лептоспироз, бешенство). Учение о природной очаговости состоит в открытии феномена эволюционно сформулировавшегося на конкретной территории природного очага, в котором циркуляция возбудителя в популяциях диких животных – хозяев осуществляется независимо от человека. Взаимодействие возбудителя инфекционных заболеваний с переносчиком – кровососущими насекомыми и восприимчивых животных представляет собой паразитарную систему являющуюся вариантом биоценоза. Природные очаги существуют в определенных географических ландшафтах. Природная очаговость распространяется и на сапронозы, резервуар которых находится не в позвоночных, а в абиотических объектах окружающей среды и животных,

обитающих в ней. В связи с этим предложено определение, что природный очаг инфекции – это естественная экосистема, включающая популяцию возбудителя (5). Концепция экологии сапронозных возбудителей является приоритетом Российской медицины, признанная в 1969 году мировой наукой. Впервые термин сапронозные инфекции выделил В. И. Терских в третий класс инфекций – сапронозы (9). В результате исследований установлены сложные закономерности, взаимодействия возбудителей сапронозов представителями низшей биоты. Концепция В. И. Терских доказала возможность сапрофитизма патогенных для человека и животных бактерий как способа их выживания в абиотической окружающей среде. Следовательно, субстраты внешней среды могут считаться таким же резервуаром как теплокровные организмы при антропонозных и зоонозных инфекциях (4).

Теория саморегуляции паразитарных систем В. Д. Белякова характеризует не эпидемический процесс как социально – биологическое явление, а только механизмы функционирования его биологической основы (2). Теория вскрывает конкретные факторы определяющие популяционную динамику возбудителя – их численную гетерогенность и изменчивость, а также разность этих популяционных изменений микроорганизмов в процессе функционирования паразитарной системы. В теории саморегуляции существуют 4 фазы жизненного цикла популяции паразита : резервация, эпидемическое преобразование, эпидемическое распространение и резервационное преобразование возбудителя. Социальные и природные факторы способны влиять и регулировать фазовые преобразования паразитарных систем и создать благоприятные и неблагоприятные условия формирования и распространения «эпидемических» вариантов возбудителей.

Теория В. Д. Белякова объясняет динамику эпидемического процесса фазовой самоперестройкой популяции возбудителя под влиянием изменения в иммунном статусе популяции хозяина.

Социально-экологическая концепция эпидемического процесса Б. А. Черкасского (10) основана на системном подходе к анализу явлений в природе и обществе, которая состоит из подсистем разных уровней, влияющих друг на друга. Концепция эпидемического процесса представляет собой сложную социально-экологическую систему, обеспечивающую существование, воспроизведение и распространение патогенных видов микроорганизмов среди населения (11). В структуре собственно эпидемического процесса выделены два уровня : соэкосистемный (высший) и экосистемный (низкий) отражающие взаимодействие эпидемической экосистемы с социальными и природными условиями жизни населения. По его определению локальной экосистемой является эпидемический очаг, региональной - эпидемии в пределах государства и глобальной – пандемии. В социо – экологической концепции было использовано понятие экосистема, представляющая собой единую саморегулирующую биологическую систему и взаимосвязь совокупности живых организмов и природной среды их обитания.

Вышеуказанные теории Л. В. Громашевского, В. Д. Белякова, Б. А. Черкасского не принимают во внимание интеграционное и конкурентное взаимоотношение возбудителей в развитии эпидемического процесса. По интеграционно – конкурентной концепции развитие эпидемического процесса А. А. Яковлева инфекции, имеющие общую локализацию способны прямо или опосредованно на популяционном уровне влиять на развитие эпидемического процесса друг друга. Саморегуляция может происходить не только в отдельно взятых паразитарных системах, а также в интергационно-конкурентных взаимоотношениях внутри сложившихся биоценозов между отдельными видами микроорганизмов. Возникновение инфекции смешанных этиологий следует рассматривать с межвидовых этиологических позиций, а не случайно возникшие ассоциации, которые сказываются на проявлениях эпидемического процесса. Причиной интеграции и конкуренции является взаимное влияние микроорганизма друг на друга в зараженном организме,

изменение вирулентности при различных сочетаниях возбудителей на иммунной ответ.

Теория соответствия В. И. Покровского и Ю. П. Солодовникова (7, 8) касается одной из задач эпидемиологии по изучению изменений условий и факторов, детерминирующих этиологическую структуру многих заболеваний, в том числе бактериальной дизентерии. Авторы впервые сформулировали эпидемиологическую теорию этиологической избирательности главных (первичных) путей передачи инфекции и их неоднозначности при различных формах дизентерии. При изучении эпидемиологии дизентерии недооценивалась и игнорировалась эпидемиологическая самостоятельность отдельных нозологических форм этой групп болезней. Этиологическая структура считалась дополнительным второстепенным признаком. Доминирующие основные нозологические формы дизентерии (Григорьева – Шига, Флекснера и Зонны) являются самостоятельными в эпидемиологическом отношении заболеваниями. Возбудители дизентерии различных видов способны распространяться всеми известными путями передачи как кишечные антропонозные инфекции. Однако, теория соответствия отражает этиологическую избирательность главных (первичных) путей передачи инфекции, обуславливающих преимущественное распространение лишь определенных нозоформ. Так, главным путем передачи при шигеллезе Зонне является пищевой, шигеллезе Флекснера – водный, Григорьева – Шига – контактный. Главные пути передачи обеспечивают сохранение шигелл данного вида в природе и их интенсивного распространению. Способность распространяться тем или иным путем зависит также от социальных и природных условий территорий. Этиологическая форма получает преимущественное распространение лишь на той территории и в тот период времени когда условия жизни населения благоприятствуют активной циркуляции ее возбудителя. Профилактические и противоэпидемические мероприятия в отношении отдельных форм шигеллеза о своему характеру должны быть строго специфичны и направлены на нейтрализацию главных (первичных) путей передачи.

Изучение эпидемиологии инфекционных болезней и теоретические разработки позволили сформулировать ряд теорий и концепций, касающихся особенностей и сущностей эпидемического процесса. Теории эпидемиологии является фундаментом для реализации эффективных, профилактических и противоэпидемических мероприятий, успешно осуществленных в борьбе с инфекционными и паразитарными болезнями. Успехи борьбы с многими инфекционными болезнями свидетельствуют о том, что надежной методологической основой являлись теории эпидемиологии, основные положения которых сформулированы в XX веке.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Антоненко А. Д. Формирование отечественной концепции эпидемиологии в целях обеспечения эпидемиологической безопасности // Вестник Саратовского Государственного Университета.
2. Беляков В. И. и др. Саморегуляция паразитарных систем // Москва, 1987.- 247 с.
3. Громашевский Л. Б. Общая эпидемиология.
4. Дятлов И. А. К вопросу о сапронозах, психрофильности и патогенах. Журнал «Бактериология» 2017 № 2.- стр.5- 6.
5. Литвин Ю. В. и др. Сапронозы как природные – очаговые инфекции //Журнал «Эпидемиология, вакцинопрофилактика» 2010 № 1.
6. Павловский Е. Н. О природной очаговости инфекционных и паразитарных болезней // Журнал « Вестник АН» 1939 №10.- стр.98-100.
7. Покровский В. И. и др. Инфекционные болезни и эпидемиология // Москва, 2004.- 813 с.
8. Солодовников Ю. П. Научные основы эпидемиологического надзора за кишечными инфекциями // Журнал «Микробиология» 1988 №10.- стр. 96-111.
9. Терских В. И. Сапронозы // Журнал «Микробиология» 1958 №8.- стр.118 -122.
10. Черкасский Б. Л. Эпидемический процесс как социально-экологическая система // Москва, 1986.

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ФИЗИЧЕСКИХ И ПСИХИЧЕСКИХ РАН, НАНОСИМЫХ ВОЙНОЙ.

Амирова М.Ф.¹, Сабрин А. А.М², Эллада Г. Э.

Азербайджанский Медицинский Университет

Городской университетский колледж Аджмана, Объединенные Арабские
Эмираты

Резюме

Одна из основных целей любой страны должна заключаться в пересмотре социального и культурного положения людей с ограниченными возможностями, получивших травмы во время войны, и их возвращении к жизни. Ортопедические травмы составляют значительную часть военных потерь, и раннее восстановление пациентов с этими травмами обеспечивается физиотерапевтами. Из всех ранений, полученных на войне, преобладают травмы головы. Например, черепно-мозговые травмы примерно в 8 раз чаще, чем ампутации. Следует отметить, что преобладающей формой черепно-мозговой травмы является легкая форма повреждения. Таким образом, физиотерапевты - самая незаменимая категория врачей в военное время. По мере вывоза раненых в тыл бремя реабилитации раненых ложится на хирургов. Хирурги знают, что даже выполненные ими самые успешные операции иногда могут быть превзойти все ожидания, а иногда закончиться самым неблагоприятным образом. Последние исследования показывают, что вера человека во Всевышнего Аллаха положительно влияет на его выздоровление. Можно говорить также о различиях в реакциях пациентов на одни и те же реабилитационные мероприятия, проводимые в регионах, географически близких, но немного различающихся по культуре. Недавние исследования выявили что для того, чтобы реабилитационные меры были высокоэффективными, необходимо позаботиться о предоставлении лечения раненым в центрах близких к семье. Для реализации этого проекта во время оказания медицинских услуг необходимо максимально учитывать внутренний мир человека, его духовность. У нас должна быть

специализированная программа по предоставлению данного вида медицинских услуг. В истории медицины было замечено, что длительный курс выздоровления закончился неожиданно успешно из-за сильной психологической поддержки пациента. Таким образом, для успешной реабилитации пациентов получивших множественные травмы важно учитывать и развивать моральные факторы, которые положительно влияют на пациентов. С учетом всех этих факторов приводим в данной статье недавно разработанную программу, согласно которой реабилитационный период делится на 4 основных этапа.

Ключевые слова: ориентированное на человека лечение, пост-травматический синдром, реабилитация

Травмы войны

После войны 2020 года 13000 защитников Родины вернулись калеками, 3000 умерли, многие все еще проходят реабилитацию, некоторые пережили глубокий психологический стресс после ужасов войны. Таким образом, военнослужащие вооруженных сил Азербайджана получили множественные серьезные ранения. Это наиболее тяжело сказывается на здоровье нового поколения в нашей стране. В истории есть опыт реабилитации военных после боевых действий, особенно богатый опыт реабилитации был приобретен после Великой Отечественной войны. Военные пациенты уникальны в условиях реабилитации. Канадцам посчастливилось иметь относительно небольшое количество серьезно раненых солдат в результате текущих конфликтов по сравнению с огромным количеством военных раненых в Соединенных Штатах (Hannah F.. September 9, 2008. Медицинский опыт войны длится много дольше самих военных действий, сформировав будущее медицины для инвалидов в странах, вовлеченных в войну. Сравнительный анализ реабилитации в Германии и Великобритании во время Великой войны показал, что боевая мощь зависит от эффективной реабилитации раненых солдат. Социальное и культурное

переосмысление инвалидов сопровождалось медицинскими достижениями, разработанными для них (Anderson J. et al, 2014). Военной медициной разработаны некоторые правила, позволяющие защитить подрастающее поколение от ужасов войны. Так, военные действия не должны сопровождаться привлечением детей к боевым действиям (Patrick J. et al., 1996). В военное время госпитали должны быть преобразованы в военные госпитали, хотя это создает административные проблемы, но необходимо учитывать, что ветераны имеют преимущественное право на услуги и лечение (Marble S., 2008).

Р. Мартин показал, что армейские физиотерапевты хорошо подходят для оказания гуманитарной помощи во время войны, поскольку ортопедические травмы составляют значительную часть жертв войны, поэтому раннее выздоровление этих пациентов могут обеспечить оптимизированную помощь и дать многообещающие результаты. Опыт физиотерапевтов в области костно-мышечной травмы делает их незаменимыми врачами для реабилитации во время и после войны (Martin R. 2001). Пострадавшие военнослужащие и члены их семей рассчитывают на доступ к проверенным, безопасным и эффективным вмешательствам на каждом этапе непрерывной медицинской помощи для поддержки выздоровления. Еще более желательными являются «лекарства» и «быстрые исправления». Однако конкретные варианты лечения, основанные на фактических данных, более ограничены при хронических состояниях, чем при острой травме (Besemann L.M. et al. 2018)

Доклиническая помощь, травматологическая хирургия и интенсивная терапия для раненых в тылу, которые сейчас претерпевают значительные изменения, значительно повысили выживаемость после травм. Но, несмотря на все эти достижения в медицине, некоторые проблемы реабилитации все еще остаются трудными для решения: военнослужащие все еще проходят клиническую триаду посттравматических состояний: хроническая боль, посттравматическое стрессовое расстройство и черепно-мозговая травма.

Частота черепно-мозговой травмы , сопутствующей остальным травмам примерно в восемь раз выше, чем частота ампутации, причем наиболее распространенной является черепно-мозговая травма легкой степени (Hannah F., 2008).

Необходимость лечения, ориентированного на человека

Общеизвестен тот факт, что даже экстренное вмешательство врача и его максимальное участие в программе реабилитации все равно приводит к разным результатам у разных пациентов. Большинство хирургов осознают тот факт, что даже успешно выполненные квалифицированные процедуры могут привести к различным результатам, иногда чрезвычайно успешным, а иногда менее желательным. Известно, что варианты реабилитации зависят от типа травмы, ее осложнений и функциональных ограничений. В основном военная травма принимает форму множественных травм: переломы, ампутации, периферические невропатии, травмы спинного мозга, черепно-мозговые травмы и т. Д. Для военнослужащих, проходящих реабилитацию после сложных травм после травм, в этой клинической триаде посттравматических состояний может возникнуть множество проблем. Результаты могут быть бесперспективными, особенно когда травма приводит к хронической боли и психическим расстройствам. Так, черепно-мозговые травмы сильно ассоциируется с посттравматическим стрессовым расстройством и проблемами физического здоровья после возвращения солдат домой (Hoge C.W. et al., 2008).

Сопутствующие симптомы могут совпадать с нарушениями сна, депрессией и тревогой, что затрудняет определение происхождения и истинной природы основных состояний и соответствующего диагноза. Правильная стратегия вмешательства может быть потеряна из-за дорогостоящих и ненужных, иногда очень вредных методов лечения, наряду с этим неточный диагноз может замедлить выбор эффективного лечения, основанного на точных симптомах. Следует иметь в виду, что многие травмы

могут привести к долгосрочным дегенеративным изменениям костно-мышечной системы, что может стать источником хронической боли. Это может привести к задержке процесса выздоровления, значительным ограничениям активности, ограниченному участию в активной жизни и общему ухудшению качества жизни. Раненые военнослужащие и члены их семей считают, что постоянная медицинская помощь способствует их выздоровлению. Однако варианты лечения, основанные на фактических данных, более ограничены и сопровождаются хроническими состояниями, поэтому необходимы дополнительные варианты лечения, если люди с травмой хотят получить пользу от реабилитации. В настоящее время данные показывают, что большинство военнослужащих не полностью реагируют на лечение, потому что у нас очень разнородные группы больных, так что для лучшей поддержки выздоровления и реабилитации людей с травмами необходимы дополнительные исследования и организации медицинской помощи, ориентированной на человека. В поддержку этой идеи мы также можем сослаться на тот факт, что существуют различия в реакции на одни и те же реабилитационные мероприятия, проводимые в разных, даже географически близких регионах. Так, Андерсон и соавторы ([Anderson J.](#), 2014) выявили значительные различия в реакции на реабилитационное лечение в таких географически близких странах как Великобритания и Германия. Поэтому для достижения высокоэффективного результата реабилитационных мероприятий у нас, прежде всего, должна быть программа по максимально возможному оказанию ориентированных на человека услуг в центрах, близких к семье. Такие программы есть в опыте других стран, которые состоят из нескольких военных реабилитационных центров, совмещенных с гражданскими центрами. Известны случаи, когда, несмотря на тяжесть травм после длительной реабилитации, благодаря сильной психологической поддержке и длительному курсу восстановления результат превосходил все ожидания.

В настоящее время никто не оспаривает тот факт, что на результат лечения каждого пострадавшего влияют многие факторы: тяжесть и

сложность травмы, время доступа к медицинскому вмешательству, качество медицинской помощи; и даже психологическая поддержка семьи. Огромное значение имеют также духовные факторы, такие как вера, целеустремленность и наличие общечеловеческих ценностей у человека.

Военнослужащие, которые имеют негативную самооценку, отчуждают себя от гражданского общества, восстанавливаются медленно и в меньшей степени; результат их реабилитации обычно неблагоприятен. Те же, кто выработал новый взгляд на жизнь и смирились с новой ситуацией, могут компенсировать свои потери или изменения в функциональных способностях, выбрав новые полезные занятия. Такие пациенты могут успешно заниматься полезными делами и легко выздоравливать. Конечно, на первом этапе медицинского вмешательства первая роль врачей - спасти жизнь и здоровье, поэтому у них мало времени для детального изучения психосоциальных факторов, которые могут повлиять на окончательные результаты; на первом этапе лечения эти вопросы потенциально могут даже привести к неэффективному результату. Тем не менее, в будущем для проведения успешной реабилитации пациентов после множественных ранений важно учитывать и развивать в пациентах духовные факторы, позитивно влияющие на выздоровление и окончательную реабилитацию.

На сегодня фазы реабилитации делят на 4 основных периода (Hoge C.W. et al., 2004):

I. Послеоперационный период (перед протезированием):

- а) физиотерапия и мобилизация двигательной активности, укрепление опорно-двигательного аппарата
- б) необходимые рекомендации по ограничениям и безопасным упражнениям
- в) психологическая поддержка и поддержка со стороны сверстников

II. Ортопедическое обучение:

- а) для начальной фазы протезного обучения требуется не менее 4-6 недель.

Затем наступает фаза «б»:

- б) развитие навыков, таких как бег, высокоэффективные полезные упражнения и полноценное использование протезов. На это требуется от 4 до 6 месяцев, иногда до года, чтобы полностью раскрыть потенциал
- в) спортивные мероприятия и поддержка пациента со стороны более активных людей с ампутированными конечностями

В этот период пока еще не разрешается возвращаться к работе во время фазы активной реабилитации

III. Возвращение к нормальной деятельности, возвращение к домашним, семейным и общественным обязанностям:

а) Перед возвращением в семью необходимо провести тщательный мониторинг психического здоровья солдат, поскольку они выходят из защищенной реабилитационной среды и возвращаются к своей жизни изменившимися людьми. Это время является периодом наибольшего риска ухудшения психического здоровья раненого.

б) временная поддержка, необходимая для предотвращения чувства покинутости и изоляции

в) неформальное взаимодействие с благоприятной рабочей средой

IV. Возвращение к продуктивной деятельности и прежней роли в семье:

а) больной должен найти значимую цель в жизни, обычно профессиональную или какую-либо иную, хотя бы хобби.

б) устранение опасений по поводу применения к нему стандартов «непригоден для использования - не пригоден для трудоустройства». Это обеспечивается через принятие военнотружущих обратно в семью и через систему повторного трудоустройства, помощь в переквалификации.

На последующих стадиях в реабилитации и ассимиляции раненого все большее значение приобретают общественная поддержка, семья и принятие выздоровевшего как полноценного гражданина.

Литература

1. HannahF.. CRS Report for Congress; Order Code RS22452, United States Military Casualty Statistics: Operation Iraqi Freedom and Operation Enduring Freedom. Updated September 9, 2008

2. [Anderson J.](#), [Heather R. P.](#) Rehabilitation and restoration: orthopaedics and disabled soldiers in Germany and Britain in the First World War // *Medicine, Conflict & survival*. 2014; 30 (4): 227-251.
3. Patrick J., Bracken, Joan E. Giller, James K. et al. The rehabilitation of child soldiers: Defining needs and appropriate responses// *Medicine and War*, 1996; 12:2, 114-125.
4. Marble S. Rehabilitating the wounded: Historical Perspective of Army Policy// *Office of Medical History*, 2008, 115p.
5. Martin R. Physical Medicine and Rehabilitation in the Military: The Bosnian Mass Casualty Experience // *Military Medicine*. 2001; 166 (4):33- 337.
6. [X.Besemann L.M.](#), [Hebert J.](#), [Thompson J. M.](#), [Cooper R.A.](#), [Gupta G.](#), [Brémault-Phillips S.](#), [Dentry S.J.](#) Reflections on recovery, rehabilitation and reintegration of injured service members and veterans from a biopsychosocial-spiritual perspective // [J Surg](#). 2018; 61(6 Suppl 1): S219–S231.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ *HELICOBACTER PYLORI* ПРИ ПОРТАЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНЗИОННЫХ ГАСТРОПАТИЯХ

Гаджиева С.В.¹, Хыдырлы Н.М.², Мурадова С.А.¹, Гурбанова С.Ф.¹

Азербайджанский Медицинский Университет,

Кафедра Медицинской микробиологии и иммунологии¹,

Кафедра I хирургических болезней²

Ещё в 1985 г. Т.Т. McCormack с соавторами описали эндоскопические и гистологические изменения слизистой оболочки желудка у больных с портальной гипертензией (ПГ) и отметили, что, несмотря на схожесть макроскопических проявлений, данное состояние имеет иные морфологические признаки, включающие нарушения микроциркуляции (1). Одним из осложнений портальной гипертензии (ПГ) является портальная гипертензивная гастропатия (ПГГ)-синдром, характеризующийся специфическими изменениями в слизистой оболочке желудка. (2).

Распространенность портальной гипертензивной гастропатии (ПГГ), по данным разных авторов, колеблется в пределах 20—98 % (3, 4). В среднем ПГГ встречается более чем в 40% случаев при циррозе печени и часто сочетается с варикозным расширением вен пищевода и желудка (4, 5).

Портальная гипертензия является осложнением цирроза печени (6). В то же время, ПГГ может развиваться при гипертензии не только цирротического, но и любого другого генеза (7), например при повышенной секреции кислоты в результате повышения гастрина в крови (8), снижении секреции простагландинов слизистой оболочкой желудка (9) и пр. В литературе так же дискутируется вопрос о влиянии *H. pylori* на развитие ПГГ у больных с циррозом печени (10).

При изучении частоты контаминации слизистой оболочки желудка хеликобактериями у больных циррозом печени с ПГГ, а также зависимости степени течения ПГГ от выраженности колонизации, были получены противоречивые данные (11, 12, 13).

Патогенез ПГГ все еще плохо изучен. Исследование распространенности *H. pylori*-инфекции у пациентов с портальной гипертензией, а также изучение его связи с портальной гипертензивной гастропатией может быть целесообразным для лучшего понимания патогенеза ПГГ.

Цель работы. Целью исследования явилось изучение встречаемости *H. pylori* у пациентов с портальной гипертензивной гастропатией и установление возможной связи между ПГГ и хеликобактер-инфекцией.

Материалы и методы. Исследование проводилось при совместном участии сотрудников Кафедры I Хирургических болезней и Кафедры Медицинской микробиологии и иммунологии Азербайджанского медицинского университета. В течение 2016-2019 гг. в отделении хирургических болезней по результатам ультразвукового исследования органов брюшной полости, печеночных проб, эластографии и обследования пищевода, было выявлено 110 пациентов с портальной гипертензией. Диагноз ПГГ был поставлен согласно характерному мозаичному рисунку в слизистой

("кожа аллигатора" или "змеиная кожа") у обследуемых, красной (розовой или вишневой) слизистой и подслизистым кровоизлияниям (14).

Согласно классификации McCormack по степени тяжести ПГГ делится на две категории: легкая и тяжелая ПГГ.

Двадцать шесть пациентов, которые ранее получали антибиотики для эрадикации *H. pylori*, были отстранены от исследования. Для обнаружения *H.pylori* в клиническом материале 84 пациентов с ПГГ был использован уреазный CLO-тест.

Результаты. У 51,2% (43) пациентов с ПГГ не был выявлен *H.pylori*, у 48,8% (41) пациентов был выделен *H.pylori*. 65,8% (27) *H.pylori*-положительных пациентов были с легким течением ПГГ, а у 34,2% (14) – было отмечено тяжелое течение ПГГ. Из 43 *H. pylori*-негативных пациентов, у 27 (62,8%) выявлена легкая форма ПГГ, а у 16 (37,2%) пациентов - тяжелое течение ПГГ.

68,3% *H. pylori*-положительных пациентов составляли мужчины, 31,7% - женщины, среди *H.pylori*-отрицательных пациентов мужчины составили 72,1% и 27,9% - соответственно женщины.

Согласно полученным результатам, частота встречаемости *H. pylori* у пациентов с ПГГ составила 48,8%. В группах *H. pylori*-положительных и *H. pylori*-отрицательных пациентов не было выявлено статистически значимых отличий в характере течения ПГГ. Также, несмотря на более высокую частоту встречаемости ПГГ у мужчин, нежели у женщин, существенной разницы в течении данной патологии у пациентов обеих групп не наблюдалось.

Таким образом, не было установлено значимой связи между *H. pylori* и портальной гипертензионной гастропатией. Следовательно, вероятность влияния хеликобактерной инфекции на патогенез ПГГ очень низка. Однако распространенность хеликобактерной инфекции среди пациентов с ПГГ довольно высокая и требует более детального изучения, целесообразно также проводить эрадикацию *H. pylori* у пациентов с ПГГ.

Литература:

1. McCormack T.T., Sims J., Eyre-Brook I., Kennedy H. [et al.] Gastric lesions in portal hypertension: inflammatory gastritis or congestive gastropathy? // Gut. — 1985. — № 26. — P. 1226-1232.
2. Thuluvath P., Yoo H. Portal hypertensive gastropathy, Am J Gastroenterol 2002;97:2973-2978.
3. Москаль О.М. Гепатогент ерозивно-виразкові ураження шлунка: клініко-біохімічне, імунологічне та мікробіологічне обґрунтування лікування: Автореф. дис. канд. мед. наук — Дніпропетровськ, 2008. — 20 с.
4. Urruganda N.H. Portal hypertensive gastropathy and colopathy / N.H. Urruganda, D.C. Rockey // Clin. Liver Dis. — 2014. — 18 (2). — P. 389-406.
5. Малаева Е.Г. Портальная гипертензивная гастропатия // Е.Г. Малаева, Н.Н. Силивончик // ARS MEDICA. — 2009. — № 6 (16). — С. 87-97.
6. De Palma GD, Rega M, Masone S, Persico F, Siciliano S, Patrone F, Matantuono L, Persico G. Mucosal abnormalities of the small bowel in patients with cirrhosis and portal hypertension: a capsule endoscopy study. Gastrointest Endosc. 2005;62(4):529–534..
7. Бабак О.Я., Колесникова Е.В. Цирроз печени и его осложнения / . – К., 2011. – 576 с. 8. Lenz HJ, Hogan DL, Isenberg JI. Intestinal phase of gastric acid secretion in humans with and without portocaval shunt. Gastroenterology 1985;89:791-796.
8. Lenz HJ, Hogan DL, Isenberg JI. Intestinal phase of gastric acid secretion in humans with and without portocaval shunt. Gastroenterology 1985;89:791-796.
9. Kamalporn P. Factors predisposing to peptic ulcer disease in asymptomatic cirrhotic patients. Aliment Pharmacol Ther.-2005. № 21.- P.1459-1465.
10. Cubillas R. Portal hypertensive gastropathy: a review/ R.Cubillas, D.C.Rockey // Liver Int. – 2010. -N30. –P. 1094–102.
11. Жесткова Т.В., Бутов М.А., Крупнов Н. М., Давыдова В.А., Логвинова А. С. Частота выявления Helicobacter pylori у больных с морфологическими

изменениями слизистой оболочки желудка Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2021, 3 (187) стр.125-129.

- 12.SatharSh.A., KunnathuparambilS.G., SreeshS., NarayananP., VinayakumarK.R. Helicobacter pylori infection in patients with liver cirrhosis: prevalence and association with portal hypertensive gastropathy// Ann Gastroenterol. 2014;27(1):48-52.
- 13.Kim D. J., Kim H. Y., Kim S. J., Hahn T.H., Jang M.K., Baik G.H.et al., “Helicobacter pylori infection and peptic ulcer disease in patients with liver cirrhosis,” The Korean Journal of Internal Medicine, vol. 23, no. 1, pp. 16–21, 2008.
- 14.Yoo H. Accuracy and reliability of the endoscopic classification of portal hypertensive gastropathy. Gastrointestin Endoscopy-2002. № 56 (5) –P. 675-680.

ВЛИЯНИЕ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Джафарова Х. Г., Тагиева Ф.Ш.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра эпидемиологии,
Баку, Азербайджан

Здоровье – это капитал, данный человеку природой изначально, потеряв который, трудно вернуть обратно.

«Здоровье свыше нам дано, учись, человек, беречь его!»

«Как наша прожила б планета, Как люди жили бы на ней — Без теплоты, магнита, света. И электрических лучей?» **А. Мицкевич**

Все большую озабоченность вызывают связи между окружающей средой и здоровьем человека. Во всем мире от одной четверти до одной трети бремени болезней обусловлено факторами окружающей среды. На протяжении последних нескольких десятилетий сложилась устойчивая тенденция к повышению частоты и экстремальности негативно влияющих на человека факторов окружающей среды, что приводит к повышению заболеваемости и дополнительной смертности населения и ухудшению демографической ситуации. Любая деятельность человека становится

основным источником загрязнения окружающей среды, что влияет на их физическую выносливость, работоспособность, а также на их плодovitость.

Нарушение экологического равновесия влияет на здоровье человека, а именно отвечает различными расстройствами на вредные воздействия физических излучений, профессиональными заболеваниями на неподготовленность к новым профессиям; нервно-психической неустойчивостью на информационные перегрузки и перенаселенность, чрезмерный шум в городах; аллергическими реакциями на изменение химического состава окружающей среды.

Реакции организма на загрязнения зависят от индивидуальных особенностей: возраста, пола, состояния здоровья. Как правило, более уязвимы дети, пожилые и престарелые, больные люди. Что касается экологии, как фактора воздействия на здоровье человека, то при оценке степени его влияния важно учитывать масштабы экологического загрязнения: глобальное экологическое загрязнение - беда для всего человеческого общества, региональное экологическое загрязнение - беда для жителей региона, локальное экологическое загрязнение - представляет серьёзную опасность как для здоровья населения отдельного города/района в целом. Однако самое сильное влияние на здоровье человека оказывает экология его жилища и рабочего помещения.

Существует обоснованная причинно-следственная связь между загрязненной водой, загрязнением воздуха почвы и здоровьем человека. Отрицательное воздействие на здоровье людей и окружающую среду оказывают промышленные предприятия. При систематическом или периодическом поступлении организм сравнительно небольших количеств токсичных веществ происходит хроническое отравление. Поступающие в атмосферу оксиды углерода, серы, азота, углеводороды, соединения свинца, пыль и т.д. оказывают различное токсическое воздействие на организм человека. Содержащиеся в атмосфере вредные вещества воздействуют на человеческий организм при контакте с поверхностью кожи или слизистой оболочкой. Наряду с органами дыхания загрязнители поражают органы

зрения и обоняния. Загрязненный воздух раздражает большей частью дыхательные пути, вызывая бронхит, астму, ухудшается общее состояние здоровья человека. Установлено, что такие отходы производства, как хром, никель бериллий, асбест, многие ядохимикаты вызывают раковые заболевания. Высокий уровень заболеваемости раком легкого можно объяснить влиянием вредных факторов загрязнений атмосферного воздуха, промышленными выбросами при производстве кокса, подземной и наземной добычи угля.

Негативное влияние на здоровье человека оказывает питьевая вода. Существует не мало случаев, когда загрязнённые источники воды стали причиной эпидемий холеры, брюшного тифа, дизентерии, которые передаются человеку в результате загрязнения водных бассейнов болезнетворными микроорганизмами, вирусами.

Источниками загрязнения почвы служат сельскохозяйственные и промышленные предприятия, жилые здания. Из почвы вредные вещества (свинец, ртуть, мышьяк и их соединения), а также органические соединения и болезнетворные бактерии могут проникнуть в грунтовые воды, которые могут поглощаться из почвы растениями, а затем через молоко и мясо животных попадать в организм человека. Через почву передаются такие заболевания, как сибирская язва и столбняк, газовая гангрена, ботулизм, актиномикоз, гистоплазмоз и др. Очень высок уровень промышленных шумов, которые приводят к снижению иммунитета, способствует развитию гипертонии, ишемической болезни сердца и других заболеваний. Нарушения в организме человека из-за шума мешают нормальному отдыху и восстановлению сил, нарушает сон. Систематическое недосыпание и бессонница ведут к тяжелым нервным расстройствам.

Радиоактивное загрязнение окружающей среды способствует увеличению заболеваемости во много раз среди населения, особенно детей - острая лучевая болезнь (ОЛБ), хроническая лучевая болезнь (ХЛБ), при которых наблюдают споражения органов кроветворения, нервной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем. Последствия облучения: изменения в

половой системе, склеротические процессы, лучевая катаракта, иммунные болезни, сокращение продолжительности жизни, генетические и тератогенные эффекты.

Попадание дезинфицирующих препаратов (дезинфектантов, инсектицидов, родентицидов) в окружающую среду оказывает отрицательное влияние на здоровье человека. Воздействие некоторых пестицидов во время работы может повысить риск болезни Паркинсона (паркинсонизма) на 15–20%.

Учитывая способность зеленых насаждений благоприятно влиять на состояние окружающей среды, общая площадь зеленых насаждений в городах должна занимать больше половины его территории.

Для человека окружающей внешней средой является не только природа, но и социальные условия (общество). Социальные факторы оказывают существенное неблагоприятное влияние на здоровье населения в целом. Наибольшее влияние на состояние организма человека и здоровье населения оказывает образ жизни, который они ведут (50%). Среди составляющих данного фактора: нарушение режима отдыха, сна, питания, полезные и вредные привычки, двигательная активность, нервно-психическое состояние (стрессы, депрессии и т.п.), курение, наркотики, алкоголь приводят к развитию у него ряда заболеваний: сердечно-сосудистых, нервно-психических, нарушения обмена веществ, онкологических.

Научно-технический прогресс существенно изменил и улучшил жизнь человека, сделал её более комфортной. Однако, внедрение в жизнь некоторых достижений научно-технического прогресса дало не только положительные результаты, но одновременно принесло целый комплекс неблагоприятных факторов: повышенный уровень радиации, токсичные вещества, горючие пожароопасные материалы. Самое сильное влияние на здоровье человека оказывает экология его жилища и рабочего помещения. Ведь примерно 80% своего времени мы проводим именно в зданиях. При экстремальных термических условиях у человека наблюдаются нарушения

кровообращения и перегрузка центральной нервной системы. Поэтому создание искусственного климата в рабочих помещениях, спортивных залах и т.п. с температурой в пределах +20...+23 °С и относительной влажностью не более 50–60 % приводит к заметному повышению производительности труда, улучшению самочувствия.

Способность приспосабливаться к отрицательным воздействиям различна у людей с разным уровнем здоровья, физической подготовленностью. Адаптационные особенности человека зависят от типа его нервной системы. Слабый тип (интраверт) приспосабливается труднее и часто подвержен серьезным срывам. Сильный, подвижный тип (экстраверт) психологически легче приспосабливается к новым условиям. В то же время, как показали специальные исследования, у людей с более высоким уровнем физической подготовленности устойчивость организма значительно выше, чем у лиц с низкой общей физической подготовленностью. Поэтому нужно заниматься спортом и вести здоровый образ жизни.

Литература:

1. Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 гг. ВОЗ.
2. Гаибов А.Г., Пулотов К. Д., Пирова А. Х., Лукьянов Н. Б. Эпидемиологические подходы к изучению факторов риска неинфекционных заболеваний. 2013.
3. Большаков А.М., Крутько В.Н., Пуцилло Е.В. Оценка и управление рисками влияния окружающей среды на здоровье населения. - М.: Эдиториал УРСС, 1999. - 254 с.
4. Русаков Н.В. Методологические проблемы неинфекционной эпидемиологии и гигиены при химическом загрязнении окружающей среды, 2016 .
5. Русаков Н. В., Русакова Е.В. Неинфекционная эпидемиология и гигиена окружающей среды в охране здоровья населения. 2015
6. Чаклин А.В. Злокачественные новообразования. // Эпидемиология неинфекционных заболеваний. - М.: Медицина, 1990. - 272 с.

ДЕБЮТ НЕЙРОЛЕЙКИМИИ КАК РЕЗУЛЬТАТ ПРЕРВАННОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО МИЕЛОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА

Андросов С. С., Хардикова Е.М.

Курский государственный медицинский университет, Россия

Введение. Острый миелобластный лейкоз – это злокачественное заболевание системы крови, морфологическим компонентом которого являются незрелые гемопоэтические бластные клетки. Данный вид опухоли составляет 3% от злокачественных опухолей человека, однако среди гемобластозов занимает по частоте встречаемости одно из первых мест.

Цель исследования. Изучить особенности течения острого миелобластного лейкоза у пациента 78 лет осложненного нейрорлейкозом в результате незаконченного, прерванного лечения.

Материалы и методы. На основании истории болезни пациента, находившегося на лечении в гематологическом отделении БМУ Курской областной клинической больницы, был проведен ретроспективный анализ клинического случая.

Результаты. Больной Р., 78 лет поступил в приемное отделение БМУ Курской областной клинической больницы в бессознательном состоянии из регионального сосудистого центра. Со слов родственников и медицинской документации составили анамнез: заболевание развилось 2 года назад, когда больной поступил в гематологическое отделение с жалобами на лихорадку, кожные высыпания и головокружение. В результате объективного осмотра были выявлены такие синдромы как: гиперпластический синдром – увеличенный язык, гепатоспленомегалия, увеличенные лимфатические узлы шейной группы; геморрагический синдром – наличие кожных геморрагий; интоксикационный синдром – лихорадка 38°C. В результатах ОАК обнаруживалась нормохромная нормоцитарная анемия ($RBC - 3,38 \times 10^{12}$, $Hb - 89 \text{ g/l}$, $MCV - 30 \text{ ps}$, $MCHC - 297 \text{ g/l}$), тромбоцитопения $- 126 \times 10^9$, лейкоцитоз $- 15 \times 10^9$, с лейкомическим провалом и эозинофильно-базофильной диссоциацией, бластные клетки – 30%. Помимо этого, пациенту была выполнена стеральная пункция и цитохимический анализ пунктата, бластоз

составил 36%, и определялись положительные реакции на миелопероксидазу, судан черный и эстеразу. Pas-реакция гликогена в диффузной форме выявило 30% бластных клеток. По результатам обследований был поставлен диагноз – острый миелобластный лейкоз M2. Назначили индукцию ремиссии по схеме 7+3 цитозар 2100мг даунорубицин 180мг, в результате которой был достигнут положительный эффект. При контроле отсутствовали бластные клетки в периферической крови и костном мозге, на консолидацию ремиссии больной не захотел госпитализироваться по своим религиозным взглядам, а также прекратил наблюдение у гематолога.

В течении двух лет пациент не наблюдался у терапевта. Жил один, соседи обнаружили его без сознания и вызвали скорую. Больного доставили в регионарный сосудистый центр с подозрением на инсульт. При проведении МРТ в головном мозге были обнаружены множественные гиподенсивные очаги диаметром от 1мм до 2см и в связи с гематологическим анамнезом пациента направили в приемное отделение областной клинической больницы. В виду тяжелого состояния больного направили в реанимационное отделение, где провели люмбальную пункцию: спинномозговая жидкость бесцветная, давление – 206 мм вод.ст., цитоз – 28 кл. в 1 мкл. и бластные клетки 40%. Выполнили стернальную пункцию, где обнаружили тотальную бластную трансформацию костного мозга. В результатах ОАК крови 80% бластных клеток. На основании анамнеза и выполненных исследований был выставлен нейролейкоз. Больному оказали реанимационную и симптоматическую терапию, но через 2 дня пациент скончался в результате запущенности патологического процесса, который развился из-за прерванного лечения.

Выводы. Данный клинический случай демонстрирует необходимость соблюдать поэтапность лечения для того, чтобы не допустить развития таких грозных жизнеугрожающих осложнений как нейролейкоз, когда современные препараты не могут спасти жизнь пациента в настолько запущенных случаях.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID 19) В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ

Апсаламов Б. М., Старцева Н. В.

Андижанская медицинская диагностика (АТД), Узбекистан

В новом тысячелетии человечество столкнулось с инфекционными болезнями, о которых никто не знал. На смену чуме и тифу пришли опасные вирусы. Изменение окружающей среды, потепление климата, увеличение плотности населения и другие факторы провоцируют их появление, а высокая миграционная активность населения способствует распространению по всему миру.

Уже больше года во всем мире регистрируется новая коронавирусная инфекция COVID-19 — SARS-CoV-2. В настоящее время подтверждено 162 208 037 случаев заболевания коронавирусом в мире, погибли 3.365.106 человек, выздоровели - 98 029 340. Узбекистан также не стал исключением, так, с момента начала пандемии по состоянию на 14 мая 2021 года всего было зарегистрировано - 96 368 случаев заболеваний, в том числе 2547 случаев в Андижанской области, из них выздоровело - 91831 человек, летальные исходы – 667 человек.

Для своевременного выявления и лечения больных необходима слаженная деятельность всех звеньев структуры Здравоохранения, в том числе и лабораторной диагностики.

В комплекс лабораторного обследования пациентов должны быть включены: общеклинические анализы крови и мочи, скрининговые коагулологические исследования и ряд биохимических тестов с контролем газового состава крови. Общий (клинический) анализ крови, с определением уровня эритроцитов, гематокрита, лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы, скорости оседания эритроцитов. Характерен нормоцитоз. Чем тяжелее течение, тем более выражены: лейкопения, лимфопения, эозинофилия, тромбоцитопения; в случае присоединения бактериальной суперинфекции: лейкоцитоз и/или «сдвиг формулы влево»; нейтрофилия

может быть связана с цитокиновым штормом, вызванным вирусной инфекцией.

У части пациентов может отмечаться гиперкоагуляция, но наиболее часто наблюдают дискоагуляцию. О гипокоагуляции свидетельствует удлинение ПТВ, МНО и АЧТВ. По данным, опубликованным китайскими исследователями из Уханя, одним из основных маркеров, ассоциированным с развитием ДВС-синдрома и летального исхода, является высокий уровень D-димера и продуктов деградации фибриногена. Биохимический анализ крови, с определением аспартатаминотрансферазы (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ), билирубина, креатинина и мочевины, миоглобина, тропонина, мозгового натрий-уретического пептида (BNP/NTpro-BNP), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), креатинфосфокиназы (КФК), ферритина, общего белка, альбумина и глюкозы для выявления отклонений, указывающих на наличие органной дисфункции, декомпенсацию сопутствующих заболеваний и развитие осложнений. Полученные результаты имеют прогностическую ценность и влияют на выбор лекарственных препаратов и/или на режим их дозирования. Исследование белков острой фазы, с определением уровня содержания С-реактивного белка и прокальцитонина. Увеличение концентрации С-реактивного белка коррелирует с тяжестью течения, распространенностью воспалительной инфильтрации и прогнозом при пневмонии. Уровень содержания прокальцитонина имеет значение для дифференциальной диагностики: при бактериальной пневмонии и сепсисе – повышается; при коронавирусной инфекции остается в пределах нормальных значений и только при тяжелом ее течении – снижается. Исследование динамики иммунологического ответа, с определением интерлейкинов IL-1, IL-6, IL-8 для более точного прогнозирования начала цитокинового шторма. Увеличение уровня этих показателей используют для оценки риска развития тяжелого состояния (ОРДС), с целью предотвращения.

Так, на базе диагностического центра «Андижон тиббий диагностика» с 1 июня 2020 г и по сегодняшний день, всего было проведено 5816 исследований PCR (в режиме реального времени), материалом для

увеличение частоты неврологической и психиатрической патологии, особенно в I пожилом и старческом возрасте [6].

Другой причиной является увеличение доли пожилых и старых людей в популяции и, соответственно, рост значимости возрастных изменений высшей нервной деятельности и памяти. НП занимают одно из ведущих мест практически во всех схемах и методах медикаментозного воздействия при данных заболеваниях [14].

Среди других причин расширения применения НП - их стресспротекторные свойства [1,2]. Значительное повышение роли хронического психоэмоционального и экологического стресса в жизни и деятельности населения определяет актуальность поиска путей профилактики и коррекции негативного воздействия стресса на деятельность нервной системы [9, 7]. Одним из путей профилактики является применение НП [3].

Несмотря на наличие большого разнообразия НП и различие механизмов их действия, эффективность существующих НП считается недостаточной [16]. Именно поэтому активно ведется поиск новых синтетических НП [19], таких как Цитаргин, Циторгин, Циткорнит и др. Исследуется возможность применения комбинации нескольких веществ, приводящих к ноотропному эффекту [5,18].

Сегодня на фармацевтическом рынке Узбекистане присутствуют синтетические НП, комбинированные НП, растительные препараты с ноотропным действием, а также биологически активные добавки (БАД) с ноотропным эффектом. Исследование и стандартизация комбинированных препаратов, а также препаратов, содержащих растительные извлечения, относятся к достаточно сложной задаче, требующей значительных материальных и временных затрат. Это обусловлено тем, что в их состав могут входить вещества широкого спектра липофильности и гидрофильности, в том числе и их ассоциаты.

Одним из таких препаратов является «Цитаргин» (раствор для инфузий), созданный ООО «TEMURMEDFARM», Узбекистан [14].

Цель исследования: оценить в краткосрочной перспективе специфические свойства и острую токсичность нового отечественного ноотропного препарата «Циторгин».

Материал и методы: острую токсичность изучали общепринятым методом, описанным в литературе, однократным введением лекарственных препаратов с определением класса токсичности [4,15].

Вид и количество животных: для эксперимента использовали белых беспородных мышей самцов и самок в количестве 36 голов, массой тела 19 – 21 г, выдержанных на карантине в течение 14 дней. До и в период экспериментов мыши находились в виварии при температуре воздуха +20 -

22°C, влажности – не более 50%, объёме воздухообмена (вытяжка: приток) – 8:10, в световом режиме - день – ночь. Мышей размещали в стандартных пластиковых клетках и содержали на стандартном рационе.

Проведение эксперимента: оструютоксичность препаратов проводили в двух сериях. Первой серии эксперимента в хвостовую вену мышей вводили препарат «ЦИТАРГИН»– раствор для инфузий следующим образом:

- 1 группа (6 мышей) – в/в в дозе 260 мг/кг (0,1 мл);
- 2 группа (6 мышей) – в/в в дозе 780 мг/кг (0,3 мл);
- 3 группа (6 мышей) – в/в в дозе 1300 мг/кг (0,5 мл).

Во второй серии эксперимента в хвостовую вену мышей вводили разбавленные препараты сравнения «Тивортин®» производства ООО «Юрия - фарм», Украина и «СОМАЗИНА®», производства Ferrer Internacional SA, Испания (из расчета 96 мл «Тивортин®» + 4 мл «СОМАЗИНА®») следующим образом

- 1 группа (6 мышей) – в/в в дозе 260 мг/кг (0,1 мл);
- 2 группа (6 мышей) – в/в в дозе 780 мг/кг (0,3 мл);
- 3 группа (6 мышей) – в/в в дозе 1300 мг/кг (0,5 мл).

Далее за мышами всех групп наблюдали ежечасно в течение первого дня эксперимента в условиях лаборатории, при этом в качестве показателей функционального состояния животных использовали выживаемость в течение опыта, общее состояние, возможные судороги и гибель. Со второго дня наблюдение вели ежедневно, в течение 2-х недель в условиях вивария, при этом вели наблюдение за общим состоянием и активностью, особенностями поведения, реакцией на тактильные, болевые, звуковые и световые раздражители, частотой и глубиной дыхательных движений, ритмом сердечных сокращений, состоянием волосяного и кожного покрова, положением хвоста, количеством и консистенцией фекальных масс, частотой мочеиспускания, изменением массы тела и др. показателями. Все подопытные животные содержались в одинаковых условиях и на общем рационе питания со свободным доступом к воде и пище [8, 10].

После завершения эксперимента определяли LD₅₀ и класс токсичности препарата [4,15].

Полученные результаты:

При изучении острой токсичности препарата «ЦИТАРГИН» – раствор для инфузий, производства ООО «TEMUR MED FARM», Узбекистан были получены следующие данные:

1 группа (доза 260 мг/кг): после введения препарата в течение дня мыши оставались активными, изменений в поведении и функциональном состоянии не наблюдалось. Состояние шерсти и кожных покровов обычное без изменений, от пищи и воды не отказывались, гибели мышей не наблюдалось.

На второй день и в последующий период наблюдения патологических изменений в поведении и физиологических показателях мышей не было. Употребление воды и корма в норме, отставание в росте и развитии не наблюдалось. Гибели мышей в течение 14 дней не было.

Таблица №1

**Определение острой токсичности препарата «ЦИТАРГИН»,
производства ООО «TEMUR MED FARM», Узбекистан и разбавленные
препараты сравнения «Тивортин®» производства ООО «Юрия - фарм»,
Украина и «СОМАЗИНА®», производства Ferrer Internacional SA,
Испания**

№ жив ных	«ЦИТАРГИН » раствор для инфузий, ООО «TEMUR MED FARM»					«Тивортин®» + «СОМАЗИНА®»			
		доза		путь введени я	результат	доза		путь введени я	Резуль тат
	Вес, г	мг/кг	мл			мг/кг	мл		
1	19-21	260	0,1	в/в	0/6	260	0,1	в/в	0/6
2	19-21	780	0,3	в/в	0/6	780	0,3	в/в	0/6
3	19-21	1300	0,5	в/в	0/6	1300	0,5	в/в	06
LD ₅₀	> 1300мг/кг								

2 группа (доза 780 мг/кг): после введения препарата в течение дня мышьяктивные, в поведении и функциональном состоянии видимых изменений не наблюдалось. Состояние шёрстки и кожных покровов обычное без изменений, от пищи и воды не отказывались, гибели мышей не наблюдалось. На второй день и в последующий период наблюдения патологических изменений в поведении и физиологических показателях мышей не было. Употребление воды и корма в норме, отставание в росте и развитии не наблюдалось. Гибели мышей в течение 14 дней не было.

3 группа (доза 1300 мг/кг) после введения у мышей наблюдалась кратковременная вялость и малоподвижность, которая проходила через 30 -

40 минут. Через 1 час мыши возвращались к своему прежнему состоянию, поведение активное, физические показатели не отклонялись от нормы.

На второй день и во весь период наблюдения в течение 14 дней у мышей в поведении и других физических показателях изменений не наблюдалось, мыши охотно употребляли корм и воду, реакции на световые и звуковые раздражители оставались в норме, шерсть и кожные покровы чистые, мочеиспускание и каловыделение в норме, масса и рост мышей не отставали в развитии. Гибели мышей не наблюдалось (таблица №1).

Аналогичные данные были получены при изучении острой токсичности препарата разбавленные препараты сравнения «Тивортин®» производства ООО «Юрия - фарм», Украина и «СОМАЗИНА®», производства Ferrer Internacional SA, Испания.

LD₅₀ препаратов «ЦИТАРГИН», производства ООО «TEMUR MED FARM», Узбекистан сравнению с препаратами «Тивортин®» производства ООО «Юрия - фарм», Украина и «СОМАЗИНА®», производства Ferrer Internacional SA, Испания составляет дозу >1300 мг/кг.

Заключение: Таким образом, препараты «ЦИТАРГИН » - раствор для инфузий (с. 0010219, с.г. 02/2021), производства ООО «TEMURMEDFARM» Узбекистан в сравнении с препаратом «Тивортин®» - раствор для инфузий 100 мл, 42 мг/кг (с. ВМ1388/1-2, с.г. 10/2020 № и дата регистр. DV/X 01635/04/16 15/04/16 Б-250-95 24311 РУз 22/04/11), производства ООО «Юрия - фарм», Украина и «СОМАЗИНА®» - раствор для инъекций 1000 мг/4мл (с. L 009, с.г. 11/2020 № и дата регистр. DV/X 03617/09/17 22/09/17 Б-250-95 24612 РУз 15/06/12), производства Ferrer Internacional SA, Испания по показателю острая токсичность за LD₅₀ предлагается принимать дозу больше >1300 мг/кг.

Антигипоксическую активность препарата изучали на модели нормобарической гипоксической гипоксии в опытах на 18 белых мышах, массой тела 20-23г [11]. Для эксперимента мышей разделили на 3 группы по 6 голов. Препарат вводили внутривенно следующим образом:

1-группа – контрольная – в течение 3 дней 0,9% раствор NaCl внутривенно в объеме 0,3 мл;

2-группа – опытная – в течение 3 дней препарат «ЦИТАРГИН », производства ООО «TEMURMEDFARM» Узбекистан в дозе 780 мг/кг (0,3 мл);

3-группа – опытная – в течение 3 дней разбавленные препараты сравнения «Тивортин®» производства ООО «Юрия - фарм», Украина и «СОМАЗИНА®», производства Ferrer Internacional SA, Испания в дозе 780 мг/кг (0,3 мл);

На 3 день, через 30 минут после введения препарата, по 2 мыши помещали в герметичные посуды, объемом 250 мл. При этом регистрировали время от момента помещения в посуду до остановки дыхания и гибели животного. Полученные результаты выражали в процентах от контроля, который принимали за 100 %. Полученные данные статистически обрабатывались с помощью программы STATISTICA по парному критерию Стьюдента [12].

Полученные результаты: результаты, полученные при изучении антигипоксического действия показали, что препарат «ЦИТАРГИН », производства ООО «TEMURMEDFARM» Узбекистан на модели нормобарической гипоксической гипоксии повышает устойчивость мышей к гипоксии: в дозе 780 мг/кг достоверно удлиняет продолжительность жизни животных на 25%, т.е. мыши, получившие препарат «ЦИТАРГИН », производства ООО «TEMURMEDFARM» Узбекистан прожили $11,52 \pm 0,53$ минут, в то время как у контрольной группы мышей этот показатель составил $9,2 \pm 0,76$ минут. Полученные данные представлены в таблице № 2

Таблица №2

Антигипоксическое действие препарата «ЦИТАРГИН », производства ООО «TEMURMEDFARM» Узбекистан и препараты сравнения «Тивортин®» производства ООО «Юрия - фарм», Украина и «СОМАЗИНА®», производства Ferrer Internacional SA, Испания

Вес, г	Доза, мг/кг	объём раствора, мл	Продолжительность жизни в условиях гипоксии, мин	% эффекта
Контрольная группа, NaCl				
$21,5 \pm 1,05$	0,9% NaCl	0,3 мл	$9,2 \pm 0,76$	-
«ЦИТАРГИН », производства ООО «TEMURMEDFARM» Узбекистан				
$21,3 \pm 1,03$	780	0,3 мл	$11,52 \pm 0,53$ P < 0,05	25
«Тивортин®» + «СОМАЗИНА®»				
$21,5 \pm 1,37$	780	0,3 мл	$11,45 \pm 0,47$ P < 0,05	24,5

В аналогичных условиях препараты сравнения «Тивортин®» производства ООО «Юрия - фарм», Украина и «СОМАЗИНА®»,

производства Ferrer Internacional SA, Испания в дозе 780 мг/кг оказал антигипоксическое действие, удлинив продолжительность жизни животных на 24,5%. Разница между процентом эффекта действия сравниваемых препаратов явилась недостоверной ($P < 0,5$)

Заключение: Исследуемый препарат «ЦИТАРГИН» - раствор для инфузий (с. 0010219, с.г. 02/2021), производства ООО «ТЕМURMEDFARM» Узбекистан в сравнении с препаратом «Тивортин®» - раствор для инфузий 100 мл, 42 мг/кг (с. ВМ1388/1-2, с.г. 10/2020 № и дата регистр. DV/X 01635/04/16 15/04/16 Б-250-95 24311 РУз 22/04/11), производства ООО «Юрия - фарм», Украина и «СОМАЗИНА®» - раствор для инъекций 1000 мг/4мл (с. L 009, с.г. 11/2020 № и дата регистр. DV/X 03617/09/17 22/09/17 Б-250-95 24612 РУз 15/06/12), производства Ferrer Internacional SA, Испания обладают достоверными антигипоксическим действием.

Список используемой литературы:

1. А. Мещерякова // Хим-фарм. журн. 1995. - № 12. - С. 34-37.
2. Астахова, А. В. Биологически активные добавки (БАД) и компоненты БАД / А. В. Астахова // Безопасность лекарств. 2000. - №4. - С. 12-16.
3. Альтшулер, В. Б. СОМАЗИНА® (Ноотропил®) в комплексном лечении больных алкоголизмом и героиновой наркоманией / В. Б. Альтшулер, С. Л. Кравченко, В. А. Плетнев // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2008, - №6. - С. 45-49.
4. Беленький М.Л. Элементы количественной оценки фармакологического эффекта. Л., 1963, - С.81-90.
5. Варпаховская, И. Ю. Состояние производства и разработок ноотропных препаратов за рубежом и в России / И. Ю. Варпаховская // Ремедиум. № 7. - 1997. - С. 3-8.
6. Воронина, Т. А. Новые направления поиска ноотропных препаратов / Т. А. Воронина // Вестн. РАМН. 1998. - № 11. - С. 16-20.
7. Воронина, Т. А. Ноотропные препараты, достижения и новые проблемы / Т. А. Воронина, С. Б. Середин // Эксперим. и клин, фармакология. 1998. - № 4. - С. 3-9.
8. Гуськова Т.А. Токсикология лекарственных средств. Москва, 2008. – С.27-30.
9. Машковский, М. Д. Лекарственные средства / М. Д. Машковский. -М. : Новая Волна, 2005. 1206 с.
10. Методические указания по изучению общетоксического действия фармакологических веществ. /В Руководстве по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ. Под общей редакцией члена-корреспондента РАМН, профессора Р. У.

- ХАБРИЕВА. Издание второе, переработанное и дополненное/. М.: - 2005. - М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2005.— С. 41-54
11. Методические указания по изучению противогипоксических свойств. / В Руководстве по проведению доклинических исследований лекарственных средств. Под редакцией д.м.н. Миронов А.Н. Москва - 2012.— С. 285
12. Основные методы статистической обработки результатов фармакологических экспериментов. /В Руководстве по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ Под общей редакцией члена-корреспондента РАМН, профессора Р. У. ХАБРИЕВА. Издание второе, переработанное и дополненное/. М.: - 2005. - М: ОАО «Издательство «Медицина», 2005.— С. 763-774.
13. Стандарт качества лекарственного средства фармакопейная статья предприятия Узбекистан.
14. Стандартизация лекарственных форм фенибута / Л.А. Чекрышкина.
15. Стефанов А.В. Доклинические исследования лекарственных средств., Киев 2002. – с. 91.
16. Эллер, К. И. Оценка подлинности растительных экстрактов, как сырья для БАД. Ginkgo biloba Гинкго Билоба / К. И. Эллер, А. С. Балусова, Е. Л. Комарова // Рынок БАД. - 2005. - № 4 (24). - С. 29-30.
17. Эффекты ноотропов СОМАЗИНА®а и ГВС-111 на потенциалозависимые ионные каналы нейрональной мембраны / Е. И. Солнцева, Ю. В. Буканова, Р. У. Островская и др. // Бюл. эксперим. биологии и медицины. 1996. - № 2. - С.151-155.
18. De Feudis, F. V. Ginkgo Biloba Extract (EGb 761): Pharmacological Activities and Clinical Applications / F. V. De Feudis. Elsevier, Paris, 1991.
19. Levetiracetam protects hippocampal neurons in culture against hypoxia-induced injury / K. Sendrowski, L. Bockowski, W. Sobaniec, et al. // Folia Histochem Cytobiol. 2011. - Vol. 49 (1). - P. 148-152.

ОЦЕНКА СПЕЦИФИЧЕСКОЙ И ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ НОВЫХ ОТЕЧЕСТВЕННОГО НООТРОПНОГО ПРЕПАРАТА

Касимов Э.Р. , Иноятова Ф.Х.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследований: Сравнительное изучение специфических свойств и острой токсичности нового отечественного ноотропного препарата «ЦИТКОРНИТ».

Материал и методы: острую токсичность изучали общепринятым методом, описанным в литературе, однократным введением лекарственных препаратов с определением класса токсичности.

Вид и количество животных: для эксперимента использовали белых беспородных мышей самцов и самок в количестве 36 голов, массой тела 19 – 21 г, выдержанных на карантине в течение 14 дней. До и в период экспериментов мыши находились в виварии при температуре воздуха +20 – 22°C, влажности – не более 50%, объёме воздухообмена (вытяжка: приток) – 8:10, в световом режиме – день – ночь. Мышей размещали в стандартных пластиковых клетках и содержали на стандартном рационе.

Проведение эксперимента: острую токсичность препаратов проводили в двух сериях. Первой серии эксперимента в хвостовую вену мышей вводили препарат «ЦИТКОРНИТ» – раствор для инфузий следующим образом: 1 группа (6 мышей) – в/в в дозе 150 мг/кг (0,1 мл); 2 группа (6 мышей) – в/в в дозе 450 мг/кг (0,3 мл); 3 группа (6 мышей) – в/в в дозе 750 мг/кг (0,5 мл).

Во второй серии эксперимента в хвостовую вену мышей вводили разбавленные препараты сравнения «Алмиба» – Merphar Ilac Sanayiі A.S. Турция и «СОМАЗИНА®», производства Ferrer Internacional SA, Испания (из расчета 10 мл «Алмиба» + 4 мл «СОМАЗИНА®» + вода для инъекции до 100 мл) следующим образом. 1 группа (6 мышей) – в/в в дозе 150 мг/кг (0,1 мл); 2 группа (6 мышей) – в/в в дозе 450 мг/кг (0,3 мл); 3 группа (6 мышей) – в/в в дозе 750 мг/кг (0,5 мл).

Антигипоксическую активность препарата изучали на модели нормобарической гипоксической гипоксии в опытах на 18 белых мышах, массой тела 20-23г [5]. Для эксперимента мышей разделили на 3 группы по 6 голов. Препарат вводили внутривенно следующим образом:

1-группа – контрольная – в течение 3 дней 0,9% раствор NaCl внутривенно в объёме 0,3 мл; 2-группа – опытная – в течение 3 дней препарат «ЦИТКОРНИТ», производства ООО «TEMURMEDFARM» Узбекистан в дозе 450 мг/кг (0,3 мл); 3-группа – опытная – в течение 3 дней препарат

разбавленные препараты сравнения «Алмиба» - Merphar Ilac Sanayii A.S. Турция и «СОМАЗИНА®», производства Ferrer Internacional SA, Испания в дозе 450 мг/кг (0,3 мл);

На 3 день, через 30 минут после введения препарата, по 2 мыши помещали в герметичные посуды, объемом 250 мл. При этом регистрировали время от момента помещения в посуду до остановки дыхания и гибели животного. Полученные результаты выражали в процентах от контроля, который принимали за 100 %. Полученные данные статистически обрабатывались с помощью программы STATISTICA по парному критерию Стьюдента [6].

Полученные результаты: LD₅₀ препарата «ЦИТКОРНИТ» и раствора препарата «Алмиба» + «СОМАЗИНА®» составила >750 мг/кг. Результаты, полученные при изучении антигипоксического действия показали, что препарат «ЦИТАРГИН», на модели нормобарической гипоксической гипоксии повышает устойчивость мышей к гипоксии: в дозе 450 мг/кг достоверно удлиняет продолжительность жизни животных на 25%, т.е. мыши, получившие препарат «ЦИТАРГИН », производства ООО «TEMURMEDFARM» Узбекистан прожили $11,52 \pm 0,53$ минут, в то время как у контрольной группы мышей этот показатель составил $9,2 \pm 0,76$ минут.

Вывод. Использованные препараты обладают равнозначным достоверным антигипоксическим действием и низкой токсикологической характеристикой.

Литература:

1. Востриков В.В. Место ирацетама в современной практической медицине. // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии.- 2017,- №15(1).- С.14-25.
2. Громова О.А., Торшин И.Ю., Стаховская Л.В., Пепеляев Е.Г., Семенов В.А., Назаренко А.Г. Опыт применения мексидола в неврологической практике. // Журнал неврологии и психиатрии,- 2018,- №10- С.94-104.

3. Гуськова Т.А. Токсикология лекарственных средств,- М., 2008- С.27-30.
4. Дроздова Т.В., Фитьмова О.А., Фитьмова А.А. Роль Мексидола в терапии умеренных когнитивных расстройств в рамках проявления хронической недостаточности мозгового кровообращения // Фарматека. - 2012. - № 14 (247) - С.97-103.
5. Зарубина И.В. Современные представления о патогенезе гипоксии и ее фармакологической коррекции // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии,- 2011,- Т.9, №3,- С.31-48.
6. Камчатнов П.Р., Евзельман М.А., Морозова Ю.А. Возможности комбинированной терапии пациентов с хроническими расстройствами мозгового кровообращения. // Поликлиника.- 2017,- №2,- С.73-78.
7. Левченкова О.С., Новиков В.Е., Пожилова Е.В. Фармакодинамика и клиническое применение антигипоксантов. // Обзор по клинической фармакологии и лекарственной терапии,- 2012,- Т.10, №3,- С.3-12.
8. Международная заявка, РСТ/IB20 13/0029 14, Номер международной публикации №WO 2014/087231 А 2; ЗАМЕРТОН ХОЛДИНГС ЛИМИТЕД Афентрикас 4, Афентрика Корт, офис 2, Ларнака, 6018, AfentficaCourt, Lamaka (CY).

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ COVID – 19

Каттаханова Р.Ю., Суяров Ш.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Одним из наиболее актуальных проблем является правильный и обоснованный выбор антимикробных препаратов при COVID-19 с комплексным учетом клинико-лабораторных данных больных. Необоснованная антибактериальная терапия приводит к ряду нежелательных явлений, которые могут значительно ухудшить состояние пациента, а порой и привести к жизнеугрожающим последствиям.

При COVID-19 вторичная бактериальная инфекция развивается редко. По результатам недавно выполненного систематического обзора, лишь у 8% пациентов, госпитализированных с COVID-19, в период нахождения в стационаре развивалась бактериальная или грибковая коинфекция.

Не рекомендовано назначать антибиотики при легких и бессимптомных течениях COVID-19 в лечебных и профилактических целях.

При среднетяжелой и тяжелой форме строго по показаниям и при наличии признаков присоединения бактериальной инфекции: повышение прокальцитонина ПКТ>0.5нг/мл и наличие лейкоцитоза с нейтрофильным сдвигом.

Выбор антибиотиков и способ их введения осуществляется на основании: тяжести состояния пациента, при факторах риска встречи с резистентными микроорганизмами (наличие сопутствующих заболеваний, предшествующий прием антибиотиков и др.), результатов микробиологической диагностики.

Стартовая терапия: защищенные пенициллины: р-р Амоксициллин/клавулоновой кислоты 1000/200мг х 3р/сут в/в.

В качестве второй линии: цефалоспорины 1-2 поколения (ЦС) или фторхинолоны: р-р левофлоксацин 750мг в первые сутки терапии, затем 500мг х 1р/сут в/в 5-7 дней.

При неэффективности стартовой терапии через 48-72 часов смена препарата с учетом результатов бактериологических исследований. На 3-е сутки АБТ (антибактериальная терапия) после микробиологического подтверждения рекомендуется назначение противогрибковой терапии – нистатин, флюконазол.

Продолжительность эмпирического АБТ должна быть как можно более короткой, обычно 5–7 дней.

Пациентам в тяжелом состоянии (ОРИТ) при наличии признаков бактериальной инфекции рекомендована комбинированная терапия: защищенные аминопенициллины (амоксциллин/клавулоновая кислота, амоксициллин/сульбактам) или цефалоспорины (цефтриаксон, цефотаксим) в/в + или азитромицин или кларитромицин в/в.

Альтернативой является применение:цефалоспорины III поколения (цефтриаксон, цефотаксим) в/в + Респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин) в/в.

Таким образом, при COVID-19 антибактериальную терапию нужно назначать в случае бактериальных осложнений – в частности, тяжёлой внебольничной, госпитальной пневмонии, сепсисе, с учетом данных местной эпидемиологической обстановки, восприимчивости и национальных клинических руководств.

Не следует допускать широкого применения антибиотиков, их употребление может привести к повышению уровня бактериальной резистентности, что скажется на бремени болезней и смертности населения во время пандемии COVID-19 и в последующий период.

ПЕНТОГАСТРИНЁРДАМИДА СТИМУЛЛАНГАН СЕКРЕЦИЯНИ КОРРЕКЦИЯЛАШ

Каримова Д.Ш.¹,Аллаберганов М.Ю.²,Бекчанова Ю.Х.³,

Курбонниёзова Ю.А.⁴, Латипова Ш.Б.⁵

ТТА Урганч филиали

Гастроэнтерологияда меъда яра касаллигини консерватив даволашда юқори самарадорликка эга бўлган ярага қарши препаратларни амалиётга тадбиқ қилиш масалалари муҳимлиги бизга олдиндан маълум [1,2,5].

Фикримизни Ўзбекистон кимё-фармацевтика илмий-тадқиқот институтида синтез қилинган фенилглиоксил кислотасининг тиосемикарбазони бўлган бензкетозон препарати жалб қилди.

Маълумки, бензкетозон малҳам ҳолида конъюктивит ва блефарит касалликларида репаратив регенерацияни кучайтирувчи, стоматитда эса оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг ҳимоя ва регенератив хусусиятларини оширувчи хоссаларга эга экан [4,5].

Материал ва усуллар.Вазни 160-230 г бўлган оқ, зотсиз каламушлардан фойдаланилди. Бензкетозон кукун шаклида 75 мг/кг миқдорда ишлатилди. Таққослов учун эталон сифатида меъда шиллиқ қавати ҳимоя тизимининг фаоллигини оширувчи глицирам 75 мг/кг ва антисекретор фаолликка эга бўлган омепразол 30 мг/кг дозада ишлатилди. Ушбу препаратлар 3 % ли крахмал клейстерида суспензия ҳолида металллик зонд ёрдамида меъдага оғиз орқали киритилди. Назорат гуруҳдаги каламушларга эса муқобил ҳажмда крахмал клейстери юборилди. Барча препаратлар стресс чақирилганидан кейин 5 кун мобайнида киритилди.

Яра чақиришда иммобилизацион стресс усулидан фойдаланилди. Меъда секрециясини стимуллаш мақсадида каламушларнинг териси остига пентогастриннинг 0,025 % ли эритмасидан 200 мкг/кг ҳисобида юборилди. Орадан бир соат ўтгач стимулланган меъда шираси ҳам тортиб олинди ва меъда шираси таркибидаги эркин хлорид кислотаси ва пепсин миқдори М.Михаэлис ва В.П.Туголуков микрометоди бўйича аниқланди [3]. Олинган натижалар Стъудент критерийлари бўйича статистик жиҳатдан ҳисоблаб чиқилди.

Натижалар ва уларнинг таҳлили. Ўтказилган тадқиқотлар натижаларидан назорат гуруҳидаги ҳайвонларда эркин хлорид кислотаси миқдори интакт ҳайвонларга нисбатан 47 % га, глицерам таъсиридаги ҳайвонларда 43 % га, омепрозол таъсиридаги ҳайвонларда 24 % га ва бензкетозон таъсиридаги ҳайвонларда 38 % га ошганлиги аниқланди. Мазкур кўрсаткич назорат гуруҳидаги ҳайвонларга нисбатан глицирам ва

бензкетозонда меъёр атрофида бўлди, омепразолда эса 16 % га камайганлиги маълум бўлди.

Эркин хлорид кислотасининг миқдори стимуляциядан кейин интакт ҳайвонларга нисбатан назорат гуруҳида 73 % га, глицирам, омепразол ва бензкетозон таъсиридаги гуруҳларда тегишлича 50 %, 26 % ва 30 % га ошганлиги аниқланди. Ушбу кўрсаткич назорат гуруҳидаги ҳайвонларга нисбатан глицирам, омепразол ва бензкетозон таъсиридаги ҳайвонларда мос равишда 13, 27 ва 24 % га камайганлиги кузатилади.

Пепсиннинг базал секрециядаги миқдори интакт ҳайвонлар гуруҳига нисбатан назорат гуруҳида 40 % га, глицирам ва бензкетозон таъсиридаги ҳайвонларда мос тарзда 24 ва 15 % га ошганлиги, омепразол таъсиридаги ҳайвонлар гуруҳида эса деярлик ўзгаришларга учрамаганлиги аниқланди. Мазкур кўрсаткич назорат гуруҳига нисбатан таҳлил қилинганида эса глицирам таъсиридаги ҳайвонларда 12 % га, омепрозол таъсиридаги ҳайвонларда 34 % га ва бензкетозон таъсиридаги ҳайвонларда 18 % га камайганлиги маълум бўлди.

Пепсиннинг миқдори стимуляциядан кейин интакт ҳайвонлар гуруҳига нисбатан назорат гуруҳида 34 % га, бензкетозон таъсиридаги ҳайвонларда 12 % га ошганлиги, глицирам ва омепрозол таъсиридаги гуруҳларда эса меъёр кўрсаткичлари атрофида бўлганлиги кузатилди. Ушбу кўрсаткич назорат гуруҳидаги ҳайвонларга нисбатан таққосланганда глицирам, омепрозол ва бензкетозон таъсиридаги ҳайвонларда тегишлича 19, 21 ва 17 % га камайганлиги аниқланди.

Натижаларнинг таҳлилидан кўриниб турибдики, омепрозол базал ва стимуляциядан кейин меъда шираси таркибидаги эркин хлорид кислотаси ва пепсин миқдорини интакт ҳамда назорат гуруҳи каламушлари кўрсаткичларига нисбатан сезиларли даражада камайтирди. Глицирам таъсирида мазкур кўрсаткичлар деярлик ўзгаришларга учрагани йўқ. Бензкетозон таъсиридаги ҳайвонларда эса базал меъда шираси таркибидаги эркин хлорид кислотаси ва пепсин миқдорида ҳамда стимулланган меъда ширасидаги пепсин миқдорида деярлик меъёрга яқинлашишлар кузатилмаган бўлса ҳам,

стимулланган меъда ширасидаги эркин хлорид кислотаси миқдорида омепразолникига ўхшаш, ammo унга нисбатан кучсизроқ бўлган натижалар аниқланди.

Хулоса. Экспериментал меъда яраси чақирилган каламушларда бензкетозон базал ҳамда стимуляциядан кейинги меъда шираси таркибида эркин хлорид кислотасининг ва пепсиннинг секрециясида кузатилган бузилишларга коррекцияловчи самарага эга эмас.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Исмоилов С.Р. Экспериментал меъда яраларида янги маҳаллий бензкетозон препаратининг липидлар пероксидли оксидланиш жараёнлари ҳамда антиоксидант ферментлар фаоллигига таъсири /Исмоилов С.Р., Аллаберганов М.Ю., Мустанов Т.Б.// Ўзбекистон тиббиёт журнали.- 2015. -№ 6. -Б. 157-160.
2. Рагимова Ш.И. Современные методы диагностики и антиоксидантный эффект глутатаиона при гастродуоденальных кровотечениях у больных с высоким операционно- анестезиологическим риском.// Вестник хирургии казахстана -2016. -№2- -С. 24-30.
3. Спасов А.А.Влияние на желудочную секрецию и противоязвенное действие производных имидазо[1,2-А]бензимидазола / Спасов А.А., Ковалев Г.В., Бакумов П.А., Решетов М.Е., Анисимова В.А., Авдюнина Н.И. // Фармакология и токсикология. - 1990. - Т. 53.-№ 4. - С. 30-33.
4. Цитологическое исследование конъюнктивы у больных с блефароконъюнктивитами в процессе лечения препаратом бензкетозон / Бахритдинова Ф.А., Азизов У.М., Джамалова Ш.А., Абдурахманова У.М. // Научно-практическая конференция офтальмологов Узбекистана, 16-17 мая 2007 г., Сб.научн.тр., Ташкент, -2007. - С. 29.
5. Якубов А.В. Некоторые проблемы стимуляции защитных механизмов в слизистой гастродуоденальной зоны при лечении язвенной болезни / Якубов А.В., Исамухамедова Л.Ж., Саидова Ш.А., Пулатова Д.Б., Азизов Е.Х. // Патология, -2002. - № 3 - С. 3-9.

SIL KASALLIGINING TARQALGANLIGI VA PROFILAKTIKASI

Atadjanova YU.A., Obidova N.R.

Marg'ilon Abu Ali ibn Sino nomidagi Jamoat
salomatligi texnikumi

Ma'lumotlarga ko'ra, sil bemor yo'talganda ajraladigan 2 mingdan 5 mingtacha tomchi havoda muallaq holatda bo'lishi mumkin. Bu tomchilar bemor aksirganda va yo'talganda 2 dan 9 metrgacha masofaga tarqalishi mumkin. Yemirilgan o'pka siliga chalingan bemor, balg'ami bilan kuniga 15-100 mln. sil mikobakteriyalarini ajratishi mumkin. Sil kasalligi paydo bo'lishi uchun 1 dan 10 tagacha sil mikobakteriyasi bo'lishi kifoya. Bu tomchilar sog'lom kishining nafas yo'llarida, ro'zg'or anjomlarida, o'yinchoqlarda qoladi. Ba'zan kasallik qo'zg'atuvchisi sog'lom odamga alimentar yo'l, ya'ni oziq-ovqatdan ham o'tadi.

OIV bilan kasallanganlardasil kasalligining faol shaklinirivojlanishi 20-30 barobarga ortadi. Boshqa kasalliklar sababli immunetizimi zaiflashgan kishilarda sil kasalligining faol shakli bilan og'rishxavfi yuqori bo'ladi.

Jahonda 2016 yilda 10,4 million kishi sil bilan kasallangan va 1,7millioni (shu jumladan 0,4 million OIV bilan zararlanganlar) bukasallikdan vafot etgan. Bolalar orasida 2016 yilda 1 million bolalar (0-14 yosh) sil bilankasallangan va 250 ming bolalar shu kasallikdan vafot etishgan. Sil bakteriyalari dunyoning barcha joyida uchraydi. Asosan sil kasalligining yangi holatlarining aniqlanishi aksariyat hollarda Osiyo davlatlariga to'g'ri keladi – 45% yangi aniqlangan holatlar. Keyingi o'rinni Afrika mamlakatlari egalladi – 25%. Yangi aniqlangan holatlarning 87% 30 ta sil kasalligi bo'yicha og'ir ahvoldagi mamlakatlarga to'g'ri keladi.

Dunyoning Hindiston, Indoneziya, Xitoy, Nigeriya, Pokiston, Filippin va Janubiy Afrika davlatlariga yangi aniqlangan sil kasalligi holatlarinng 64% to'g'ri keladi. Jahonda sil kasalligi bo'yicha vaziyatning yaxshilanishi ushbu davlatlarda silga qarshi profilaktika va davolash ishlarning oldinga siljishi bilan bog'liq.

Global miqyosda olganda sil bilan kasallanish har yili 2% g'akamaymoqda. Ma'lumotlarga ko'ra 2000 yildan 2016 yilgacha bo'lgan muddatda sil kasalligini tashhislash va davolash natijasida 53million kishining hayoti saqlab qolingan. Yaqinda qabul qilingan barqaror rivojlanish sohasidagi maqsadning mohiyati shundan iboratki, Sog'liqni saqlash tizimi oldida turgan muhim vazifalardan biri 2030 yilga borib sil epidemiyasi ustidan g'alaba qozonishdir.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ И ДИАГНОСТИКА ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

(Литературный обзор)

Ахмадханов Д., Расулова М.Т.

Аннотация: конце XX века в медицине произошли два важнейших события, на долгие годы вперед определившие судьбы многих пациентов. Совершился переворот в представлениях об артериальной гипертензии (АГ). Во-первых, мы узнали, что не бывает «рабочего» давления; во-вторых, стало понятно, что повышение артериального давления не всегда проявляется головной болью в затылке. Оказалось, что большинство случаев повышения артериального давления протекает бессимптомно. Это означает, что распространенность артериальной гипертензии значительно больше, чем представлялось раньше, и что даже здоровым людям, которые ни на что не жалуются, необходимо чаще измерять артериальное давление (АД), чтобы как можно раньше выявить артериальную гипертензию. Несмотря на более чем двадцатилетнюю историю этих открытий, до сегодняшнего дня некоторые врачи считают понятия рабочего давления и повышенное АД как причину головных болей актуальными.

Ключевые слова: Под термином «артериальная гипертензия» подразумевают синдром повышения систолического АД (САД) 140 мм рт. ст. и/или диастолического АД (ДАД) 90 мм рт. ст., возникающего в результате необратимых изменений в артериолах либо по неизвестной причине (эссенциальная), либо как вторичное состояние. Термин «гипертензивная

болезнь» соответствует принятому в других странах термину «эссенциальная гипертензия» и может наряду с ним употребляться в медицинской документации и литературе. В основе патогенеза эссенциальной гипертензии лежит изменение стенки артериол: мышечная гипертрофия, атеросклероз, утрата сократительной функции как мышечного, так и эндотелиального слоя оболочки сосуда. Одно из важнейших исследований, определившее эффективность «жесткого» и «мягкого» подходов к лечению гипертензии, исключило понятие «рабочего давления» — исследование NOT (Hypertension Optimal Treatment, или «Оптимальное лечение гипертензии»). В это же время появилось понятие «целевое АД». *Цель лечения больного любого возраста с артериальной гипертензией — достижение целевого уровня артериального давления.* Изолированная систолическая гипертензия, встречающаяся практически у всех лиц старше 65 лет, также подлежит лечению [2]. Таким образом, на основании данных эпидемиологических исследований последних лет обоснованы: 1) понятие «целевое АД»;

1) выраженная зависимость сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности от уровня АД;

3) необходимость активного выявления повышенного АД с помощью регулярных осмотров здоровых людей;

2) необходимость лечения изолированной систолической гипертензии у людей старше 65 лет.

Основа диагноза АГ — обнаружение повышенного АД при нескольких измерениях. Измерение АД требует соблюдения правил, изложенных во многих рекомендациях, возможно, известных всем. Однако практика показывает любопытные вещи. Во-первых, правилами нередко пренебрегают, уступая высокой рабочей нагрузке, отсутствию медицинской сестры и прочим организационным неурядицам. Во-вторых, со временем навыки измерения АД утрачиваются: ухудшается слух, снижается внимание и память. К сожалению, это приводит к диагностическим ошибкам. Любопытный пример привели Bruce et al. [7] по данным British Heart Study. Сразу после

тренировочного семинара по обучению навыкам измерения АД медицинские сестры получали почти одинаковые показатели АД у одних и тех же больных. Однако через 6 месяцев различия между стандартом и показателями, полученными тремя разными сестрами, составляли почти 20 мм рт. ст.!

Понятно, что такая ошибка может привести к неадекватной лекарственной терапии. Последовательность действий при измерении АД должна быть отработана на уровне рефлекса. Нельзя пренебрегать такими обязательными условиями, как правильное расположение манжеты, ее размер, расслабленная поза пациента, отдых после каких-либо физических упражнений (даже если он добрался в кабинет врача на третьем этаже) или курения. Сегодня существует много точных приборов, позволяющих не только измерять АД вне офиса врача общей практики, но и фиксировать эти показатели и передавать их врачу с помощью мобильной связи, гаджетов, интернета или других информационных технологий. Поэтому в последних рекомендациях Европейского общества кардиологов [1, 3] отмечено большое клиническое и прогностическое значение внеофисного измерения АД. К нему относится суточное мониторирование АД (СМАД) с помощью непрерывно носимого в течение суток аппарата и домашнее мониторирование АД (ДМАД), при котором обученный технике измерения АД больной самостоятельно проводит измерения. Эти методы позволяют выявить лиц с неблагоприятным характером ночного профиля АД (нон-дипперы), а также уточнить наличие маскированной гипертензии и «гипертензии белого халата». По данным метаанализов, учитывающих пол, возраст и другие вмешивающиеся факторы, сердечно-сосудистый риск при «гипертонии белого халата» существенно не отличался от такового при истинной нормотонии. Это говорит о том, что в домашних условиях АД у этих пациентов имеет нормальные значения, в то время как при маскированной гипертензии — наоборот. Диагноз «гипертония белого халата» рекомендуется подтверждать не позднее чем через 3–6 мес., а также тщательно обследовать и наблюдать данных пациентов. Маскированной гипертензией называют такое состояние, когда в условиях медицинской

организации или приеме АД нормально или незначительно повышено, а вне этих условий повышено значительно, о чем больной не знает, если регулярно не измеряет АД. По данным популяционных исследований, распространенность маскированной гипертензии достигает 13 % (диапазон от 10 до 17 %) [1, 2], а метаанализы проспективных исследований свидетельствуют о двукратном, в сравнении с нормотонией, росте сердечно-сосудистой заболеваемости при данной форме гипертензии, что соответствует стойкой АГ. Возможным объяснением этого феномена может быть неудовлетворительная диагностика данного состояния и, соответственно, отсутствие лечения у этой группы больных. Показания к СМАД приведены в российских и европейских рекомендациях [2,3]. Диагноз АГ необходимо подтвердить двумя измерениями на двух визитах. Значения АД, определяющие гипертензию, различаются в зависимости от места измерения (табл. 2) [3]. Таким образом, внеофисное измерение АД целесообразно выполнять для подтверждения диагноза АГ, установления ее типа, выявления эпизодов гипотонии и максимально точного прогнозирования сердечно-сосудистого риска. Для этого можно использовать как СМАД, так и ДМАД в зависимости от доступности, стоимости методов, предпочтений пациентов. После установления диагноза АГ определяют ее характер, то есть исключают вторичную, или симптоматическую, гипертензию. Затем оценивают степень тяжести заболевания, или, иными словами, проводят стратификацию риска: определяют наличие факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), как биологических, так и связанных с образом жизни, и вероятность неблагоприятных исходов этих заболеваний; оценивают состояние органов мишеней; выявляют ассоциированные с гипертензией клинические состояния. Таким образом, все необходимые анамнестические сведения, физикальные, лабораторные и дополнительные исследования должны способствовать решению двух задач: установить причину гипертензии и ее степень тяжести. Величина АД является важнейшим, но не единственным фактором, определяющим тяжесть АГ, ее прогноз и тактику лечения. Большое значение имеет оценка общего

сердечно-сосудистого риска, степень которого зависит от величины АД, наличия или отсутствия сопутствующих факторов риска (ФР), субклинического поражения органов мишеней (ПОМ) и наличия сердечно-сосудистых, цереброваскулярных и почечных заболеваний.

Цель стратификации риска — правильный выбор комплекса лечебных мероприятий. Разработано несколько моделей для оценки сердечно-сосудистого риска, в том числе и известная модель SCORE (System Coronary Risk Evaluation — модель систематической оценки коронарного риска). Она позволяет рассчитать риск смерти от сердечно-сосудистых (не только коронарных) заболеваний в ближайшие 10 лет на основании возраста, пола, курения, уровня общего холестерина и САД. Подготовлено два набора таблиц для международного использования: один для стран с высоким риском, второй для стран с низким риском. Создана также электронная интерактивная версия SCORE, известная как HeartScore («сердечный балл») (см. на www.heartscore.org). Прежде чем переходить к причинам вторичной гипертензии, следует упомянуть о концепции центрального АД. Измерение центрального АД вызывает все больший интерес в связи с тем, что оно может иметь значение для прогнозирования неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов и по-другому реагирует на антигипертензивные препараты, чем АД, измеренное на верхней конечности. Форма волны артериального давления складывается из давления приходящей волны, создаваемой сокращением желудочков, и отраженной волны. Её следует анализировать на центральном уровне, то есть в восходящей аорте, так как она отражает истинную нагрузку, приходящуюся на сердце, головной мозг, почки и крупные артерии. Из-за различного наложения приходящей и отраженной волн давления в артериальном русле систолическое и пульсовое давление в аорте может отличаться от измеренного стандартным способом давления в плечевой артерии. Однако несмотря на существование специальных приборов для измерения центрального АД, в рекомендациях Европейского общества кардиологов подчеркивается, что рутинное использование этой методики пока не

рекомендуется, поскольку имеет больше теоретическое, чем клиническое значение [1, 2]. Наиболее распространенными причинами *вторичной гипертензии* являются болезни сосудов и паренхимы почек, синдром (болезнь) Иценко-Кушинга, феохромоцитома, первичный гиперальдостеронизм (синдром Конна), коарктация аорты. Частыми причинами паренхиматозной ренальной гипертензии являются поликистоз, сморщенная почка, гидронефроз сосудистой — врожденные аномалии сосудов, фибромышечная дисплазия, атеросклероз почечных артерий. Если в процессе сбора анамнеза и физикальных данных возникли подозрения на вторичную природу гипертензии, необходимы дополнительные исследования. Чаще всего следует думать о вторичной гипертензии, если заболевание началось в молодом возрасте, если АД в начале заболевания более 180 мм рт. ст., а также при устойчивости АД к терапии. Необходимо обращать внимание на декомпенсацию состояния у пожилых людей, когда гипертензия перестает подчиняться подобранной прежде терапии — нередко причиной может стать атеросклероз почечной артерии, когда сужение сосуда становится критическим. Прежде чем начинать лечение больного АД, каждый врач должен представлять себе, когда начинать фармакотерапию, каких целевых значений АД следует достигать с ее помощью с учетом разной выраженности сердечно-сосудистого риска, какими должны быть тактика лечения и выбор препаратов. Цель лечения любого больного с артериальной гипертензией — максимальное снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смерти от них.

Это *стратегия*, определяющая выбор препаратов. Целевым АД в рекомендациях 2013 года считается АД меньше 140 и 90 мм рт. ст., а для больных сахарным диабетом — менее 140 и 85 мм рт. ст. Все эти показатели обоснованы анализом результатов разнообразных клинических исследований, как сравнительных, так и проспективных, причем нередко с участием метаанализов [2, 3]. Существуют надежные данные, позволяющие рекомендовать больным АД пожилого и старческого возраста моложе 80 лет с уровнем САД 160 мм рт. ст. его снижение до 140–150 мм рт. ст. Заметим, что

в предыдущих версиях рекомендаций предлагалось лицам пожилого возраста снижение САД до 130 мм рт.ст. и ниже, что вызывало протесты со стороны неврологов и гериатров. В то же время, если пациент пожилого возраста хорошо переносит снижение АД менее 140 мм рт. ст., а именно не падает в обморок, не испытывает головокружений, сохраняет когнитивные способности на хорошем уровне, нет необходимости искусственно поддерживать АД на более высоком уровне. *Тактика* лечения больных АГ определяется индивидуально и направлена на улучшение качества жизни, ликвидацию симптомов заболевания. Следует отметить, что подобный терапевтический подход в настоящее время используется в лечении всех сердечно-сосудистых заболеваний: *стратегия* улучшение выживаемости и смертности, *тактика* ликвидация симптомов. Обязательным условием ведения больного любой степенью риска является настойчивая и интенсивная немедикаментозная коррекция образа жизни и привычек. Если она неэффективна, надо устранять факторы риска с помощью лекарств. Гипотензивная терапия назначается с учетом оценки риска, поражения органов мишеней, сопутствующих заболеваний, и, как правило, включает два-три препарата. Особенно актуально это положение для России, где больные поздно попадают к врачу, и уже при первых обращениях у них фиксируется и высокий риск сопутствующих заболеваний, и высокий уровень АД. Контроль эффективности терапии осуществляется с помощью регулярного измерения АД, которому обучают больного. Лечение больного артериальной гипертензией осуществляется в несколько этапов:

1. Оценка риска развития сердечно - сосудистых заболеваний.

2. Лечение до цели АД менее 140/90 мм рт. ст.

или менее 140/85 мм рт. ст.: изменение образа жизни; медикаментозная терапия.

3. Обеспечение выполнения рекомендаций врача

Литература

1. *Chalmers J, et al.* 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the management of hypertension. Guidelines

- sub-committee of the World Health Organization. *ClinExpHypertens*. 1999;21(5-6):1009-1060. doi: 10.3109/10641969909061028.
2. Kearney PM, et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*.2005;365:217-223. doi: 10.1016/s0140-6736(05)70151-3.
3. Шальнова С.А., Деев А.Д., Оганов Р.Г., Шестов Д.Б. Роль систолического и диастолического артериального давления для прогноза смертности от сердечно-сосудистых заболеваний // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2002. – № 1. – С. 10–15. [Shalnova SA, Deev AD, Oganov RG, Shestov DB. Contribution of systolic and diastolic blood pressure to cardiovascular disease mortality prognosis. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2002;(1):10-15.]

ДИАГНОСТИКА КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Асрарова З.Д., Даминова М.Н., Абдуллаева О.И., Даминова Х.М.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт¹,

Ташкентская Медицинская Академия², Республика Узбекистан, г.Ташкент

Актуальность. Вирусные заболевания не знают границ. В настоящее время вслед за вспышкой коронавирусной инфекции 2019 года (COVID-19) заболевание лавинообразно распространяется по всему миру и обнаруживает многочисленные эпицентры. Сегодня внимание всего мирового сообщества приковано к одной общей проблеме — распространению новой коронавирусной инфекции COVID-19 (CoronavirusDisease 2019).

Целью нашей работы было изучение клинических проявлений коронавирусной инфекции у детей.

Материалы и методы. Обследовано 27 больных с коронавирусной инфекцией у детей, от 9 до 17 лет, на базе Республиканской специализированной больницы №1-Зангиота. Лабораторная диагностика специфическая: 1. Выявление РНК 2019-nCoV методом ПЦР. 2. Выявление иммуноглобулинов классов А, М, G (IgA, IgM, IgG) к SARS-CoV-2. **Результаты и их обсуждение.** Проведено клиническое наблюдение 27 детей в возрасте от 9 лет до 17 лет, мальчики 16 (59,26%), девочки

11(40,74%). Суммарно распределение всех клинических случаев по тяжести течения было следующим: в 11(40,74%) случаев наблюдалось "легкое" течение без каких-либо симптомов пневмонии, еще у 14(51,85%) детей имелись "умеренные" проявления, т.е. средней степени тяжести с симптомами вирусной пневмонии. В 2(7,41%) случаев было необходимо проведение лечения в условиях отделения интенсивной терапии с подключением аппарата искусственной вентиляции легких, что предотвратило развитие летальных исходов. Среднее время от начала появления симптомов заболевания составило 5-6 дней. Пациенты с легкими случаями заболевания выздоравливали в течение 2 недель, в то время как пациентам средней степени тяжести инфекции дети выздоравливали в течение 3-6 недель. Летальные исходы не наблюдались. Клинические проявления Covid-19 у детей проявлялись - повышением температуры, которое наблюдалось до 37,5°C у 16(59,26%) детей, до 37,5-39°C у 11(40,74%) детей, кашель — несколько реже 13(48,5%). Головная боль отмечалась у 5(18,52%). Остальные клинические проявления заболевания, такие как слабость, встречались у 2 детей (7,6%), миалгия у 4(14,81%) и одышки у 3(11,11%). Результаты исследования показали, что у детей, больных COVID-19 выявлены нарушения обоняния, anosmia 2(7,41%).

В историях переболевших пациентов видно, что расстройство работы желудочно-кишечного тракта может быть иногда первым симптомом коронавируса, иногда же, тошнота, рвота и боли в животе, диарея развиваются в процессе болезни на 3-5 день. Результаты исследования показывают следующий порядок развития симптомов COVID-19: жар, кашель, мышечные боли, тошнота или рвота и понос, причём тошнота и рвота появлялись при COVID-19 раньше диареи. Эти симптомы могли длиться только один день. У некоторых детей с COVID-19 диарея и тошнота появлялись до развития лихорадки и респираторных симптомов».

Выводы. Таким образом течение COVID-19 у детей имеет ряд специфических черт, в частности заболевание часто протекает бессимптомно

или с невыраженной клинической картиной. Исходы заболевания у детей, как правило, благоприятные.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Бабаханов И.С.

Республиканский госпиталь медицинской службы Министерства
Внутренних Дел Азербайджанской Республики, г.Баку

Ключевые слова: ишемический инсульт, сосудистые заболевания головного мозга, диагностика, критерии, прогноз, неврологические аспекты

Сотрудники правоохранительных органов во время своей работы подвергаются воздействию целого ряда комплекса неблагоприятных производственных факторов, включая напряжённость и тяжесть труда, что соответствует профессиональному риску нарушения здоровья. Ишемический инсульт у сотрудников правоохранительных органов является серьезной проблемой общественного здравоохранения, и необходимы дальнейшие исследования с использованием стандартизированной методологии. Эти результаты позволяют предположить, что работа в качестве сотрудника правоохранительных органов связана с увеличением заболеваемости сосудистыми заболеваниями головного мозга, и эта взаимосвязь сохраняется после рассмотрения нескольких общепринятых факторов риска и возраста.

Артериальная гипертензия - самый важный и поддающийся изменению фактор риска инсульта. Неконтролируемая гипертензия также является основной причиной когнитивных нарушений и деменции. Снижение систолического артериального давления (САД) на 2 мм рт. ст. было связано со снижением инсульта на 25%, в то время как снижение диастолического артериального давления (ДАД) приводило к уменьшению инсульта на 50%. Взаимосвязь между артериальным давлением и риском инсульта является линейной и непрерывной, поскольку снижение пограничной гипертензии (САД 130–140 мм рт. ст. и ДАД 85–89 мм рт. ст.) также было связано со снижением риска инсульта. Лечение изолированного САД у

пациентов старших возрастных групп также является профилактическим: снижение САД > 160 мм рт. ст. до 145 мм рт. ст. Эффективное снижение артериального давления гораздо важнее для профилактики инсульта, чем выбор гипотензивных препаратов. Выбор класса препарата следует производить на основании сопутствующих заболеваний. Как установлено, артериальная гипертензия (АГ) зарегистрирована у 198 из 225 ($88,0 \pm 2,1\%$) обследованных пациентов. Гипертонический криз в течение ишемического инсульта выявлен у 14 из 225 человек – $6,22\%$ из всех обследованных и у $17,68 \pm 2,7\%$ среди пациентов с АГ (34 пациента). Также случаи гипертонических церебральных кризов (ГЦК) были выявлены в 15 ($6,67 \pm 3,83\%$) случаев. Установленные случаи ГЦК выявлены у 5 ($2,22\%$) человек и «возможные» – у 10 ($4,44 \pm 2,80\%$). Суммарно у тех обследованных, у которых в анамнезе имелось наличие ГЦК, $66,7\%$ оказались вероятные эпизоды встречаемости ГЦК.

IMMUN-MIKRITROMBOVASKULIT BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA KOAGULYATSION-GEMOSTAZ SHIKASTLANISHINI BAXOLASH.

Babadjanova SH. A., Kurbonova Z. CH., Olimjonov J.T., Azimov E.R.

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Annotatsiya. Patogenetik davolash maqsadida Gemoragik sindrom bilan shifoxonaga yotqizilgan bemorlari qon ketish sababini aniqlash muxim klinik muamolardan biri xisoblanadi. Etiologik taʼsir qiluvchi omillar koʻp boʻlib, turli yoshdagi bemorlarga turlicha taʼsir qiladi. Ogʻir turdagi qon ketishlarning kam uchraydigan turi gemofiliya A xisoblanadi. Orttilirilgan gemofiliyalarning aksariyati 60 dan oshgan bemorlarda uchraydi. Ushbu bemorlarda kasallikning patogenezi, klinik koʻrinishi, laboratoriya diagnostikasi xamda Gemofiliya A kasalligini davolash boʻyicha zamonaviy adabiyotlar taxlil qilingan. Gemoragik diatezlarda

tashxisni zamonaviy koagulogik testlar xamda gemostazni integral baxolash yordamida qo'yiladi.

Kalitso`zlar:Immun mikrotombovaskulit, gemoragik diatez, koagulyatsion gemostaz, antikoagulyantlar.

Annotation.Determining the cause of bleeding in a hospitalized patient with hemorrhagic syndrome for pathogenetic treatment is an important clinical challenge. There are many etiological factors that affect patients of different ages. Hemophilia A is a rare type of severe bleeding. Most acquired hemophilia occurs in patients over 60 years of age. Modern literature on the pathogenesis, clinical manifestations, laboratory diagnosis and treatment of hemophilia A in these patients has been analyzed. Diagnosis of hemorrhagic diathesis is made using modern coagulologic tests and integrated assessment of hemostasis.

Keywords: Immunmicrotombovasculitis, hemorrhagic diathesis, coagulation hemostasis, anticoagulants.

Dolzarbliigi: Immun mikrotrombovaskulit (IMTV) – bu immunokompleks xarakterli tizimli vaskulit guruhini keng tarqalgan kasaligi bo'lib, u teri va ichki organlarning qon tomirlarining ikkinchi darajali qon ketish irivojlanishi bilan giperergik yallig'lanish o'choqlarida ko'p fokusli qon tomir tromboziga asoslangan. Kasallik 100 ming aholiga 23-25 chastotada uchraydi, bolalarda kasallik kattalarga qaraganda ko'p uchraydi [2,4,7].

Gemostaz tizimini o'rganish IMTV bilan og'rigan bemorlarda qon ivishining buzilishi jarayonidagi etakchi bo'g'in tomir-trombositar gemostazining tarangligiva immune hujum ta'sirida endothelial hujayralar tomonidan prokoagulyant xususiyatlarga ega bo'lishidir. Eriydigan immunitet komplekslari va ular tomonidan faollashtirilgan sitokinlar va complement tizimining tarkibiy qismlari ta'sirida mikrotomirlarning aseptik yallig'lanishi, ko'p yoki ozroq chuqur fokal endothelial distrofiya va devorlarning buzilishi bilan rivojlanadi [5,6].

IMTV bilan kasallanishning yuqori tarqalishi va ko'payishi, klinik kursning og'irligi ushbu muammoning muhim ijtimoiy-iqtisodiy ahamiyatini belgilaydi.

Tadqiqot maqsadi. Immun mikrotrombovaskulitli bemorlarda plazma-koagulyatsion gemostaz holatini o'rganish.

Material va Metodlar. Tadqiqotda Toshkent tibbiyot akademiyasining ko'p tarmoqli klinikasi gematologiya bo'limida davolangan IMTV bilan kasallangan 75 nafar bemorlar olindi. 24 erkak (32%), 51 ayol (68%), bemorlarning yoshi 19 yoshdan 70 yoshgacha, o'rtacha yoshi $39,4 \pm 1,3$ yoshedi. Nazorat guruhiga 15 ta sog'lom odam olindi.

Tekshiruvda bemorlarni tekshirish, umumiy qon tekshiruvi Mindraygematologiya analizatorida (Xitoy), fibrinogen, prothrombin indeksi (PTI), fibrinolitik faollik, tromboplastin vaqti (AChTV) Humaclo DUO koagulometrida o'tqazildi

Natijalar va muhokma. Tekshirilganlarning barchasi kasallikning klinik ko'rinishiga qarab 4 guruhga bo'lingan. 1-guruhga 14 (18,7%) teri shaklidagi bemorlar, 2-guruhga 47 (62,6%) bemorlargateri-bo'g'im IMTV, 3-8 guruhga (10,7%) aralash-abdominal bemorlar, 4-guruhga 6 (8%) kasallikning aralash-buyrak shakli bo'lgan bemorlar olindi. Bemorlarning Yoshi va jinsi bo'yicha taqsimlanishini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, bemorlar orasida ayollarda ko'proq uchragan, erkaklar ayollarga qaraganda deyarli ikki baravar kam bo'lgan.

Plazma-koagulyatsion gemostaz holatini baholash uchun biz qon koagulyatsion omilini, fiziologik antikoagulyantlarni va fibrin parchalanish mahsulotlarini o'rgandik.

IMTV bilan og'rigan bemorlarda koagulyatsion gemostaz indekslarining dastlabki qiymatlari giperkoagulyatsiya holatini ko'rsatdi (jadval). giperkoagulyatsiya yo'nalishi bo'yicha qon ivish vaqti (BCK) o'zgargan. IMTV bemorlar guruhida BCK $2,1 \pm 0,13$ minutgacha qisqargan, bu nazorat guruhiga nisbatan ikki baravar kam ($4,8 \pm 0,21$ min). AChTVning qisqarishi 55 (73,3%) bemorda kuzatilgan: AChTV nazorat guruhida $35,2 \pm 0,54$ s, bemorlarda esa $25,2 \pm 0,48$ s gacha pasaygan ($p < 0,001$).

IMTV bo'lgan bemorlarda koagulyatsion gemostaz holatini tekshiruvda protrombin indeksi, MNO va fibrinogen bo'yicha tahlili giperkoagulyatsiyani aniq ko'rsatdi. IMTT bo'lgan bemorlarda protrombin indeksining $104,0 \pm 1,33\%$ gacha sezilarli o'sishi. Nazorat guruhida esa bu $86,4 \pm 1,24\%$ ($p < 0,001$). Asosiy guruhdagi o'rtacha MNO ko'rsatkichlari nazoratga qaraganda ancha qisqa (mos ravishda $0,82 \pm 0,03$ va $1,25 \pm 0,04$).

IMTV bo'lgan bemorlarda koagulyatsion gemostaz ko'rsatkichlari, M±m

Gemostaz ko'rsatkichi	Nazorat guruhi, n=15	IMTV, n=75
BCK (5min)	4,8±0,13	2,1±0,12b
ACHTV, c (45s)	35,2±0,54	25,2±0,48v
PTI, %(90-95%)	86,4±1,24	104,0±1,33b
MNO	1,25±0,04	0,82±0,03b
Fibrinogen (2,0-3,5g/l)	2,4±0,19	4,9±0,17b
Gematokrit, %(40-50%)	41,2±0,9	48,8±0,82a
Villebrantfaktori	96,2±1,2	118,6±1,8b
AntitrombinIII, %	100,3±5,2	87,8±3,1a
FA, c (140-240s)	142,2±6,14	256,2±5,18v
D-dimeri, mkg/ml	0,58±0,03	2,1±1,6a
Etanol test	manfiy.	musbat.

Eslatma. a-p<0,05; b-p<0,01; nazoratbilantaqqoslagandav-p<0.001.

Plazmadagi fibrinogen kontsentratsiyasining ortishi ham gemostaz holatini giper - koagulyatsiyaga moyilligi bilan tavsifladi. Shunday qilib, asosiy guruhdagi bemorlarda 4,9±0,17 g/l, nazorat guruhida-2,4±0,19 (p<0,01). Gematokrit ko'rsatkichi me'yordan chetga chiqmadi, 41,2 dan 48,8% gacha o'zgarib turdi.

Qonning fibrinolitik faolligi koagulyatsion gemostaz ko'rsatkichlariga ham tegishli. Biz tekshirgan bemorlarda bu ko'rsatkich nazorat qiymatlaridan sezilarli darajada oshib ketdi. Giperkoagulyatsion sindromda tomir ichi qon ivishining belgilarini aniqlash muhim ahamiyatga ega. Bizning etanol testimizva D-dimerlarning tarkibini aniqlashimiz fibrinolizning faollashishini aniqladi, bu asosiy guruhdagi bemorlarda fibrinolitik faollik indeksining nazoratga nisbatan deyarli ikki baravar ko'payishi bilan belgilanadi. 61 (81,4%) nazorat guruhida etanol testi salbiy, bemorlarni barchasida esa ijobiy bo'ldi. IMTT bilan og'rigan bemorlarda qon plazmasidagi D-dimerlarning tarkibi nazoratga qaraganda deyarli 4 baravar yuqori edi. Qonda antikoagulyant tizimini o'rganish gemostaz holatini baholash uchun juda muhimdir. Shu maqsadda biz fiziologik antikoagulyant antitrombin III (AT III)ning faolligini o'lchadik. Bemorlarda ushbu ko'rsatkich nazorat guruhi qiymatlaridan past bo'lib, mos ravishda 87,8 ± 3,1 va 100,3 ± 5,2% ni tashkil etdi.

IMTV bilan og'rigan bemorlarda gemostazning koagulyatsion aloqasini o'rganishimiz giperkoagulyatsiya qilinadigan tomonda sezilarli og'ishlarning mavjudligini aniqladi. Bu fibrinogen, PTI kontsentratsiyasining oshishi, fibrin degradatsiyasi belgilarining qisqarishi - fibrin monomer komplekslari (D-dimerlar darajasining oshishi, ijobiy etanol testi) bilan namoyon bo'ldi.

Xulosa:

1. IMTTning eng tez-tez uchraydigan klinik shakli teri-artikulyar bo'lib, u biz kuzatgan bemorlarning 62,2 foizida aniqlangan, 89,3 foiz bemorlar kasallikning o'tkir shakli bilan yotqizilgan.
2. Ayollar erkaklarga (32,7%) nisbatan ikki baravar ko'proq kasallanishadi (67,3%), bemorlarning aksariyati 18 yoshdan 49 yoshgacha bo'lgan yoshlar (87,3%).
3. IMTI bilan kasallangan bemorlarning gemostaziologik parametrlarini o'rganish giperkoagulyatsiya holatini ko'rsatadi, bu qonda bir qator plazma factor omillari kontsentratsiyasining oshishi, plazmada fibrin parchalanish mahsulotlarining paydo bo'lishi va antikoagulyant xususiyatlarining pasayishi bilan tasdiqlanadi.

ADABIYOTLAR:

1. Абдуллаев Р.Б., Маткаримов Д.С., Нуриддинова У.Н. Гемостазиологические особенности иммунного микротромбоваскулита у допризывающих, проживающих в зоне Южного Приаралья. Терапевт. вестн. Узбекистана. -2011. -№2. –С. 161.
2. Гуляев С.В., Стрижаков Л.А., Моисеев С.В., Фомин В.В. От пурпуры Шенлейна – Геноха до IgA-васкулита; патогенетические аспекты болезни// Тер.арх. -2018. -№10. –С. 109-114.
3. Кудряшова М.А. Прогностические факторы течения и исхода болезни Шенлейна-Геноха у детей: Автореф. Дис. ...канд. Мед. Наук. –М., 2015. -24с.
4. Кудряшова М.А., Подчерняева Н.С., Фролкова Е.В. Значение показателей антигена фактора фон Виллебранда и Д-димера для оценки активности болезни Шенлейна – Геноа у детей // Человек и лекарство: Сб. тез. 21-го Нац. Конгресса. – М., 2014. –С. 66-67.

5. Подчерняева Н.С., Кудряшова М.А. и др. Предикторы развития нефрита при болезни Шенлейна- Геноха у детей // Лечение и проф. – 2015. -№1 (13). -С. 5-10.
6. Audemard – Verger A., Pillebout E., Gullevin L. et al. IgA vasculitis (Henoch – Shonlein purpura) in adults: Diagnostic and therapeutic aspects //Autoimmun. Rev. -2015. –Vol. 14, №7. –Р. 1-7.
7. Chartapisak W., Opastirakul S., Hodson E.M. et al. Intervention for preventing and treating kidney diseases in Henoch – Schonlein Purpura (HSP) // CochranaData. Syst. Rev . -2015. -№7 (8).

АҲОЛИНИ ИЧИМЛИК СУВИГА БОҒЛИҚ КАСАЛЛАНИШ ХОЛАТИНИЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ.

Шеркўзиева Г.Ф., Бекмуратова С.Б., Икромов Н.

Тошкент тиббиёт академияси .

Тошкент, Ўзбекистон.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти саломатликни белгиловчи омилларни қуйидагича таснифлайди: инсон саломатлигининг 10-15 фоизи экология, 10-15 фоизи генетика, 10-12 фоизи тиббиёт тизими даражаси, қолган 55-60 фоизи эса турмуш тарзига боғлиқ. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг норасмий маълумотларига кўра, Ер юзида яшаётган аҳолининг 93 фоизга яқини турли касалликлар билан хасталанган. Дунёда 500 дан ортиқ номда касалликлар рўйхатга олинган бўлса, улар орасида эндиликда йўқолиб бораётганлари ҳам, табобат туфайли давоси топилаётганлари ҳам, саломатликка жиддий путур етказаётган давосизлари ҳам, сурункали давом этаётганлари ҳам, янгидан пайдо бўлаётганлари ҳам мавжуд. Ўзбекистонда аҳоли сонининг кўпайиши сабабли солиштирма сув таъминоти кескин муаммо бўлиб қолмоқда. Орол денгизининг суви чорак аср мобайнида 15 мартадан зиёдга камайиб, сув сатхи 29 метрга пасайган, ҳудудда 5.5 миллион гектар тузли қум майдони ҳосил бўлган, оқибатда атроф

– мухит, одамлар ҳаёти ва ҳайвонот оламига мислсиз зиён етмоқда. Орол денгизи қуриб бориши Марказий Осиё минтақасининг экологиясига салбий таъсир кўрсатмоқда. Орол денгизи хавзасида яшовчи 60 миллиондан зиёд аҳоли унинг таъсири остида қолган. Орол денгизи минтақасининг иқлимий регулятори бўлиб хизмат қилган денгизнинг қуриган тубида 5,7 миллион гектардан ортиқ майдонда эса Оролқум чўли пайдо бўлган. Орол инқироzi ичимлик суви ва суғориш учун ишлатиладиган дарё сувларининг кескин танқислиги ва ўта ифлосланиши, аҳолининг саломатлиги ёмонлашиши, чақалоқлар ўлимининг ортиши ва бошқаларга сабаб бўлмоқда. Марказий Осиёда хавфсизлик ва барқарорликни таъминлаш билан боғлиқ муаммолар тўғрисида сўз борганда минтақанинг умумий сув захираларидан оқилона фойдаланиш масаласини четлаб ўтиб бўлмайди. Сўнгги йилларда мамлакатимизда сувдан оқилона фойдаланиш, унинг сифати ва хавфсизлигини таъминлаш, шунингдек, сув истеъмолини ҳисобга олишнинг замонавий инновацион тизимларини жорий этиш бўйича комплекс чоратadbирлар кўрилган ҳолда сувдан фойдаланиш, шу жумладан сув таъминоти ва сув чиқариш соҳасида изчил ислохотлар амалга оширилмоқда. Ҳозирда Ўзбекистонда сув таъминоти муаммоли бўлган ҳудудларда истиқомат қилувчи 850 мингдан ортиқ аҳолини тоза ичимлик суви билан таъминланишини яхшиланди. Қорақалпоғистон Республикасида 2017 йилда қисқа муддат ичида Мўйноқ тумани аҳолисини тоза ичимлик суви билан таъминлаш бўйича умумий қиймати **26,4 млрд.сўм**, узунлиги **101 км** бўлган Қўнғирот-Мўйноқ сув қувури ва “Қўнғирот” сув тақсимлаш иншооти қурилди. Глобал иқлим ўзгариши туфайли республикада қуруқ фаслларнинг давомийлиги ошиб бормоқда, тоғларда қор захиралари майдони камаймоқда, камсувлик такрорланиши тобора кўпаймоқда, бу эса ўз навбатида сув танқислиги келиб чиқиш хавфининг ошишига олиб келади. Табиатдаги сувлар ўзнинг микробиологик ифлосланиш даражаси бўйича бир-биридан фарқ қилади. Кўпчилик сув манбаалари сувларида микроорганизмлар миқдори бир неча ўн миллионгача бўлади. Ичимлик суви орқали қорин тифи ва паратиф, бацилляр дизентерия, вабо, ўткир гастроэнтерит ва юқумли ич

кетишлар, А ва Е гепатитлари, полиомиелит, амёба дизентерияси, гастроэнтеритлар келиб чиқиши мумкин.

Юқоридагилардан келиб чиққан холда биз аҳоли турар жойлари аҳолисини хўжалик ичимлик суви билан таъминланишидаги водопровод сувининг микробиологик кўрсаткичларини эколого гигиеник текширдик сувнинг сифатига боғлиқ аҳоли саломатлигини ретроспектив тахлил қилдик. Аҳолининг ичимлик сувига боғлиқ касалланиш ҳолати ретроспектив тахлилда ўрганилганда биз асосан сув муҳити орқали келиб чиқадиган касалликлар хусусан юқумли касалликларни ўргандик ва қуйидаги натижалар олинди: Сальмонелез касаллиги 2017 йил- 1 таҳолат, 2018 йил - 2, 2019 йил-1, 2020 йил эса туманда қайд этилмади, дизентерия касаллиги бўйича эса 2017 йил- 1 та ҳолат, 2018 йил -2, 2019 йил-2 та ҳолат аниқланди. Ўткир ичак касалликлари: 2017 йил- 24 та ҳолат, 2018 йил -43, 2019 йил-14, 2020 йил эса-18 ҳолат аниқланди.

Олинган натижалар бўйича қуйидагиларни хулоса қилиш мумкин: туман аҳоли ўртасида ўткир ичак касалликлари ҳамма кузатув йилларида юқори кўрсаткичларда аниқланди. Сальмоналез ва дизентерия касалликлар 2017 ва 2018 йилларда туманда аниқланмади. Аҳолига берилаётган хўжалик ичимлик суви Дав СТ 950-2011 “Ичимлик суви” талаблари бўйича сульфатлар ва хлоридлар миқдори бўйича гигиеник талабларга жавоб бермайдиган намуналар аниқланди ва бу аҳолининг саломатлигини сақлашда муҳим роль ўйнайди.

БИОЛОГИЯ ФАНИНИ ЎҚИТИШДА МУЛЬТИМЕДИЯ ВОСИТАЛАРИДАН ФОЙДАЛАНИШ САМАРАДОРЛИГИ

Бобоева Р. Н.

Тошкент тиббиёт академияси академик лицейи

Жамиятни ахборотлаштириш жараёнининг устувор йўналишларидан бири таълимни ахборотлаштиришдир. Таълимни ахборотлаштириш таълим ва тарбиянинг психологик ва педагогик мақсадларини амалга оширишга

йўналтирилган замонавий ахборот технологияларини ишлаб чиқиш ва оптимал фойдаланиш амалиёти билан таъминлаш жараёнидан иборат. Ахборот технологиялари воситалари таълимни индивидуаллаштириш ва унинг самарадорлиги ошириш, билимларни ўзлаштириш учун қулай имконият туғдиради, жамиятнинг ҳар бир аъзоси учун узлуксиз таълим ва қайта тайёрлашни ривожлантириш учун шароит яратади. Ахборотлаштириш жараёнининг ривожланиш жараёни ахборот-коммуникацион технологияларнинг ривожланиш даражаси билан белгиланади.

Педагогнинг методик малакасини шакллантиришда ахборот-коммуникацион технологияларидан фойдаланиш катта аҳамият касб этади. Маъруза ва лаборатория ишларини анъанавий ўқитиш услубларига асосланган ҳолда ўтиш бугунги кунда эскириб бормоқда. Чунки бу технологияда талабани тор доирада тутиб туриш, чеклаш устунлик қилади. Сифатли маърузага кўп эътибор берилади, лекин ўқитишга индивидуал ёндашув, талабаларнинг ўзаро ҳамкорлигига эришиш иккинчи ўринга қўйилади.

Замонавий компьютер технологиялари усулларида фойдаланиш қуйидаги афзалликларга эга: 1. Лаборатория дарсларида кимёвий реактивлар тежаллади. 2. Ўзлаштирилаётган материалларни бир неча қайта намоиш қилиш мумкин. 3. Махсус компьютер программалари ёрдамида ўзгартириш киритиш мумкин. 4. Вақт тежалари. 5. Яратилган электрон дарс ишланмалари ва лаборатория дарслари ишланмаларидан кенг фойдаланиш имконини беради.

Биологиядан шундай мавзулар борки, ундаги жараёнларнинг механизмини ва кетма-кетлигини бевосита кўрсатишнинг иложи йўқ (масалан, “Қўш уруғланиш”, “Оқсил биосинтези”). Маъруза дарсларида шу мавзудаги мультимедиялардан фойдаланиш ўқувчиларда яққол тасаввурни кенгайтириб, ўзлаштиришни осонлаштиради.

Лаборатория машғулотларини бажаришда талабалар компьютер системасидан фойдаланиб ҳар бир ишни мустақил равишда бажаради. Экранда ишни бажариш методикаси овозли тарзда тушинтириш билан берилади, талаба сичқонча билан ишлаб лаборатория ишини ўзи бажаради, Мультимедия технологиясининг афзаллиги шундаки, у мавзу баён

қилинаётган ҳодисаларни яққол тасаввур қилишни осонлаштиради. Натижада дарсларни самарадорлиги ошириш билан бирга, талабанинг эслаб қолишини ва фикрлашини ривожлантиради.

АКАДЕМИК ЛИЦЕЙ ЎҚУВЧИЛАРИДА ИЛМИЙ ФАОЛИЯТ КЎНИКМАСИНИ ШАКЛЛАНТИРИШ

Бобоева Р.Н., Бобоева З.Н.

Тошкент тиббиёт академияси академик лицейи

Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон

Психологлар ва педагоглар олиб борган тадқиқотлар натижаси шунини кўрсатмоқдаки, ўқувчилар дарсда материалларини ўқиганда берилган маълумотни 10%, эшитганда 20% , кузатганда 30%, кўриб ҳам эшитганда 50%, мунозара ва таҳлилда қатнашиб 70%, гапириб берганда ва амалий иш бажарганда 90% ўзлаштиради. Демак, ўқувчилар фаолиятининг энг самарали тури билимларни илмий фаолият билан бирга ўрганишдир.

Ўқувчиларни илмий лабораторияларга жалб қилиш уларнинг дарсда ўтилган мавзуларни чуқурроқ ўзлаштириш, тасаввурини кенгайтириш, билим, кўникма ва малакаларни ривожлантириш учун хизмат қилади, таълимдаги ўқув жараёнини илмийлик билан бойитади. Асосий мақсад шахсни ривожлантириш , унинг ижодий имкониятларини максимал очиб беришга қаратилади. Шундай қилиб, ўқувчининг илмий фаолияти бошқа жараёнлардан фарқ қилиб, унинг кейинги таълим босқичларида касбий ва ижтимоий мослашишга ёрдам беради.

Олимнинг илмий-тадқиқот ишларини олиб бориши билан ўқувчининг илмий фаолияти ўртасида фарқ бор. Илмий тадқиқот ишларини фақат махсус тайёрланиш босқичларидан ўтган юқори малакали мутахассис жиҳозланган лабораторияда ўтказилади. Фандаги муаммоларни ҳал қилишда илмий-текшириш институтлари, катта коллективлар қатнашади. Ўқувчилар эса мустақил равишда илмий изланиш олиб боролмайди, лекин уларни академик лицейлар ўқув дастури доирасида, ёши ва имкониятини эътиборга олган ҳолда илмий лабораториялар фаолияти билан таништириб, кичик

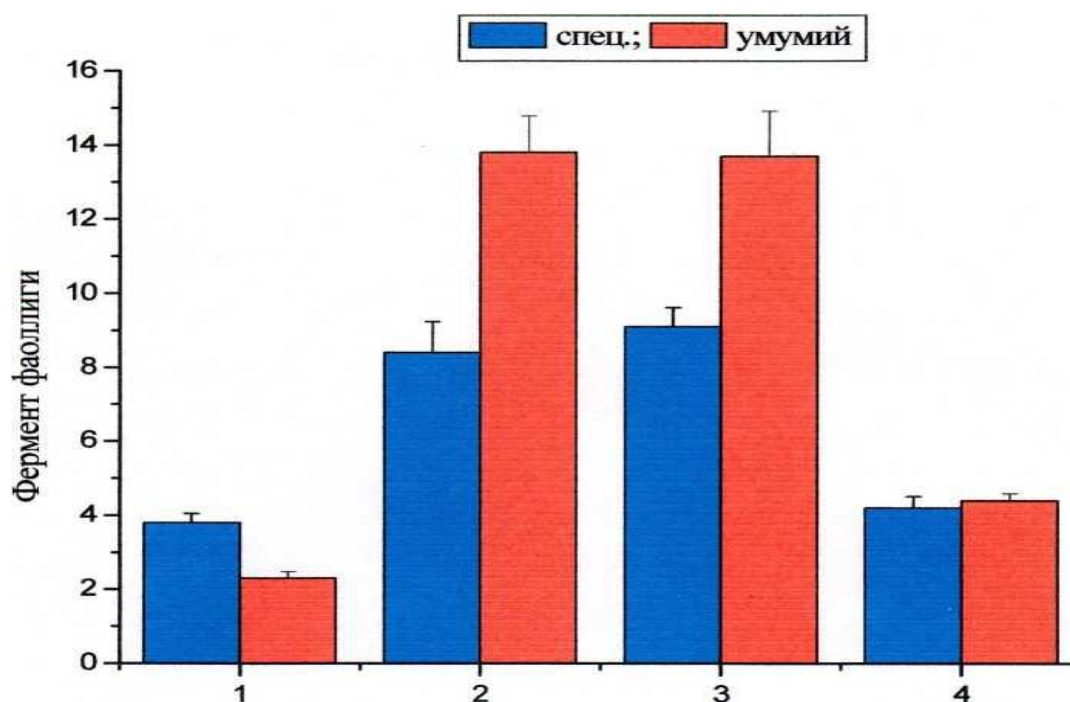
йўналишдаги тажриба ишларига жалб қилиш, методика ва аппаратуралар билан ишлашни ўргатиш уларда илмий изланиш кўникмасини шакллантириш, илм-фан соҳасига йўналтириш имконини беради. Лаборатория-тажриба ишларини ўрганиш жараёнида ўқувчи муаммоларга дуч келади, уларнинг ечимини қидиради, изланади. Бундай ҳолат унда ижодий хусусиятларни ривожлантириш, муаммоли вазиятдан чиқиш йўллари излаш, ечимини топишга интилишига сабаб бўлади. Шунга кўра ўқувчининг фаолиятини илмий изланиш эмас, ўқув-изланиш жараёни деб қабул қилиш мақсадга мувофиқ.

Ўқувчиларни илмий фаолиятга йўналтиришда ўқитувчи илмий лаборатория билан боғланиб илмий фаолиятни ташкил қилади, илмий ходим ва ўқувчи билан биргаликда мавзу танлаш, тажриба қўйиш, методика ўрганиш, турли манбалардан мавзуга оид маълумот тўплаш ишларида маслаҳатчи вазифасини бажаради.

Қуйида академик лицей ўқувчилари тадқиқот усулини қўллаш орқали лаборатория каламушларида ўрганган тажрибани келтирамиз.

Лаборатория шароитида ўсиш ёшидаги оқ кадамушларда лактаза ва мальтаза ферментларининг фаоллиги ўрганилди. Маълумки одам ва сут эмизувчиларнинг сут эмиш даврида дастлаб рационда сут кўп бўлади, кейин аралаш озиқланишга ўтилгани учун ферментлар фаоллиги ўзгаради. Тажриба шуни кўрсатдики, ичак лактазасининг фаоллиги бошқа карбогидразалар фаоллигига нисбатан нофаол ҳолатда бўлар экан. Етук ҳайвонларда ичак лактазаси фаоллигининг бундай ҳолатда бўлиши организмнинг нейрогуморал омиллари билан боғлиқ бўлиб, етук организмни овқатланиш таркибига мослашишдан дарак беради. Лактаза ферментига нисбатан сахараза ва мальтаза ферментлари фаоллигининг юқори бўлиши организмни овқат типига мослашишини кўрсатади. Бу ерда мальтаза ферменти фаоллигининг нисбатан юқори бўлиши ингичка ичакка фермент субстратларининг кўп миқдорда тушишидан ва ингичка ичакда углеводларнинг бошланғич гидролизида ҳосил бўлган олигосахаридларнинг кўпчилиги мальтаза ферменти учун субстрат бўлишини кўрсатади. Шундай қилиб, айтиш

мумкинки ҳайвонларнинг етуклик даврида ичак карбогидразалари ичида мальтаза ферментининг фаоллиги энг юқори бўлди. Лактаза ферментининг фаоллиги нисбатан камкузатилди. Ўрганилган ферментлар орасида сахаразанинг фаоллиги ўртача даражада ўзгарди.



Етук каламушларда ингичка ичак лактазасининг специфик ва умумий фаоллиги. Ингичка ичак бўлимлари: 1-ўн икки бармоқли ичак; 2-проксимал; 3- медиал; 4-дистал.

Тажрибанинг кейинги босқичида ушбу ферментларнинг ингичка ичак бўйлаб тақсимланишини, яъни просимо-дистал градиентини ўрганилди. Натижалар шуни кўрсатдики, ингичка ичакнинг турли қисмларида ферментларнинг фаоллиги бир хил тақсимланмаган.

Диаграммада ичак лактазаси фаоллигининг ингичка ичак бўйлаб тақсимланиши келтирилган. Ингичка ичакнинг проксимал ва медиал бўлимларида фермент фаоллигининг юқори бўлиши расмдан кўриниб турибди. Агар лактаза фаоллиги энг юқори бўлган ингичка ичак медиал

бўлими кўрсаткичини 100% (9,1 мкмоль/мин/г тўқимага) деб оладиган бўлсак, унда ўн икки бармоқли ичакдаги фермент фаоллиги 41,8% (3,8 мкмоль/мин/г тўқимага) ни, проксимал бўлимда эса фермент фаоллиги 92,3% (8,4 мкмоль/мин/г тўқимага) ни ҳамда дистал бўлимда эса лактаза ферменти фаоллиги 46,2% (4,2 мкмоль/мин/г тўқимага) ни ташкил этар экан. Лактаза ферментининг умумий фаоллигида ҳам специфик фаолликда кузатилган тенденция қайд этилди.

Ўқувчилар мазкур тажрибани ўрганиш жараёнида биология дарсларида олган билимларига қўшимча равишда ошқозон –ичак системасида ҳазм жараёни боришининг ўзига хос хусусиятлари, ингичка ичакнинг турли қисмларининг номланиши, лактаза ферментининг активлиги ўн икки бармоқ ичак ва оч ичак бўлимларида фарқ қилишига ишонч ҳосил қилдилар.

Академик лицейларда ўқувчиларнинг ўқув-изланиш фаолиятини ташкил қилиш уларнинг ҳам билим доирасини кенгайтириш, ҳам замонавий таълим жараёнида таълим олувчиларнинг креатив фикрлашини ривожлантиришга кенг йўл очади. Ўқувчиларни илмий лабораторияларга жалб қилиш, фан соҳасидаги янгиликлар билан таништириш ўз навбатида уларда мотивацияни кучайтириши ва касбий танловга йўналтириши мумкин.

ТАЛАБАЛАРГА ТАЪЛИМ БЕРИШ ЖАРАЁНИДА МУАММОЛИ ЎҚИТИШ ТИЗИМИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Бобоева З. Н., Абилов П. М.

ТТА, нормал ва патологик физиология кафедраси, Ўзбекистон

Фундаментал фанлар талабаларда мутахассисликка оид тафаккур ва дунёқарашни шакллантиришда катта аҳамиятга эга. Уларнинг вазифаси организмда кечаётган патологик ва морфологик жараёнлар, уларнинг қонуниятларини ўзлаштириб, касалликлар патогенезининг молекуляр механизмлари, касалликларни олдини олиш ва даволашнинг патогенетик асослари, касалликларни ташхис қилиш ва даволаш самарадорлигини назорат қилишга ўргатиш, шифокорларда клиник фикрлашни ривожлантириш учун замин яратиб беради.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 5 майдаги “Ўзбекистон Республикасида тиббий таълим тизимини янада ислоҳ, қилиш чора-тадбирлари тўғрисида”ги 2956-сонли ПҚ, 2017 йил 20 апрелдаги “Олий таълим тизимини янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги 2909-сонли ПҚ, 2017 йил 27 июлдаги “Олий маълумотли мутахассислар тайёрлаш сифатини оширишда иқтисодиёт соҳалари ва тармоқларининг иштирокини янада кенгайтириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги 3151-сонли қарорлари тиббиёт соҳасида таълим сифатини оширишда кенг имкониятларни юзага келтирди:

касбий фанлар блоки клиникагача ва клиник фанларга ажратилди, мазкур фанлар учун соатлар ҳажми 85% гача кўпайтирилди;

таълим жараёнида янги педагогик технологиялар ва ўқитиш усуллари кенг жорий этиш асосида таълим бериш жараёнини янада такомиллаштириш чоралари кўрсатилди;

таълим жараёнига ахборот-коммуникация технологияларини кенг қўллаш.

Ҳозирги кунда таълим тизимининг асосий мақсади ижодий фикрлайдиган ва эркин фикр юритувчи мутахассисларни тарбиялашдан иборат. Ижодий фикрлашни ривожлантириш - таҳлил, синтез, таққослаш, умумлаштириш, таснифлаш, режалаштириш, теранликни, тасаввурни ривожлантиришни таъминлайди.

Таълимда ўқитувчи билим беради ва талабаларнинг фикрлаш фаолиятига раҳбарлик қилади, ўқувчиларда мустақиллик, ижодкорлик қобилиятларини ривожлантириб, ўрганилаётган нарсанинг онгли равишда ўзлаштиришига эришиш орқали билиш кўникмасини шакллантиради.

Таълим беришнинг асосий технологияларидан ҳисобланган муаммога асосланган ўқитиш воситасида талабаларда узок муддатли турғун маълумотга эга бўлиш имкони яратилади. Бу таълим усули талабаларда билиш, ўрганиш, изланиш кўникмаларини ривожлантиради, талабаларнинг фикрлаш доираси кенгаяди, чунки, талабалар муаммони ҳал қилиш жараёнида қўшимча дарсликлар, электрон ресурслардан фойдаланадилар, бу ўз навбатида уларнинг мустақил ўқиб ўрганишларининг самарадорлигини

оширади ва эгаллаган билимларини бир-бирига қиёсий таҳлил қила олишга ўрганадилар. Билимларни муаммоли баён қилиш, ечим излаш босқичларида талабаларни изланишга, ижодий фикрлашга ундовчи бу метод таълимнинг самарали методи ҳисобланади. ундайди.

Муаммога асосланган ўқитиш методида эвристик методни қўллаш ижобий самара беради. Муаммоли ўқитишнинг илғор усулларида бири - эвристик мунозара.

Эвристик мунозара асосида дарс ўтказилганда мавзуга мос равишда тузилган йўналтирувчи саволлар ва вазиятли масалалар воситасида талабаларга ўқиш жараёнида ижодий фикрлаш учун асос яратилади. Бу жараёнда муаммога гуруҳли ёндошиш билан муаммоли вазифанинг ечими топилади.

Патофизиология ва нормал физиология фанларидан дарс ўтиш жараёнида эвристик методнинг қўлланиши ижобий натижа кўрсатди.

Эвристик метод – муаммони қўйишда ечимини излашда, ҳал қилишда бир-бири билан узвий боғлиқ савол-жавоб тарзида муаммо ечими топилади. Дарс ўтилишида ўқув материали таркибидаги маълумот асосида муаммоли саволлар тузилади. Талабалар бу саволларга мустақил тайёрланиб келган материаллар асосида жавоб топиш орқали муаммонинг ечимини топадилар. Дарс жараёнида ўқитувчи талабаларнинг фикрлаш фаолиятига раҳбарлик қилади, ўқувчиларда ишдаги мустақиллик, ижодкорлик қобилиятларини ўстиради ва шу тариқа ўрганилаётган нарсанинг онгли равишда ўзлаштириб олинишга эришади. Ўқитишда назарий билимлар қанчалик қатъий баён қилинса, ўқувчи талабанинг фикр юритиши ҳам шунчалик аниқ ва равшан бўлади ва ўқув материалларини онгли ўзлаштириш даражаси ҳам ошади.

Дарс жараёнида “Кооп-кооп” усулни қўллаш талабаларни жуда фаол ишлашга ўргатади. Даставвал талабалар 3-4 кишидан иборат 4 гуруҳчага тақсимланадилар.

Ўқитувчи кичик гуруҳлар билан ишлаш вақтида қуйидагиларга эътибор бериш керак:

1. Талабалар берилган муаммони ечимини топиш учун зарур билимга эга бўлиши керак;
2. Гуруҳларга аниқ топшириқ берилиши керак;
3. Кичик гуруҳ олдига қўйилган вазифани бажариш учун етарли вақт ажратилади;
4. Ўқитувчи гуруҳ талабаларига иш натижаларини қандай тақдим этишни аниқтушунтириши керак

Талабалар таҳлил жараёнида қуйидаги ишларни бажарадилар:

- Патологик жараён ривожланишидаги сабаб оқибат занжирини узадилар
- Муаммони ечимини назарий асослашга ҳаракат қиладилар
- Бу ишларни амалга оширишда “Поғона” таҳлил жадвали, “Нима учун?” ва “Қандай” графикли органиайзерлардан фойдаланиб, тақдимот тайёрлаб, муаммо ечимини изоҳлайдилар. ҳар бир гуруҳ талабалари алоҳида тўлдирадилар
- Жамланган маълумот асосида ҳар бир гуруҳча талабалари тақдимот тайёрлаб, топширилган вазифа ҳақида маълумот бериш учун тақдимот тайёрлайдилар.

Тақдимот учун ҳар бир гуруҳчага 6-8 минут вақт берилади. Ҳар бир гуруҳ тақдимоти эшитиб, қўшимча саволлар ёрдамида муҳокама қилинади. Сўнгра, ҳар бир талаба фаолиятдаги иштироки, билим даражасига кўра баҳоланади.

Талабалар қуйидаги қоидага амал қилишлари шарт:

- Муаммоли масалани моҳиятини тушуниш керак
- Ечим топиш манбаларини тўғри танлаши керак
- Маълумотни тўғри таҳлил қилиш керак
- Тақдимот тўғри бажарилиш керак
- Жамоавий ёндошувни ташкиллаштириш керак

Тақдимот вақтида талабаларни мунозарада фаол иштирок этиши дарс самарадорлигини оширади.

Шу метод орқали ўқув машғулотларини ўтказилганда талабалар мавзунини ўзлаштиришда ижодий ёндошганликлари сабаб, уларнинг фаоллиги

ошганлиги, фикрларни мустақил равишда далиллар билан изоҳлай олиши туфайли бирмунча турғун билимга эга бўлганликлари намоён бўлди.

Бу усулни қўллаб дарс ўтказилганда қуйидаги натижаларга эришилди:

- Талабаларнинг мустақил ўқиш бўғанишларининг самарадорлиги ошди;
- Эгаллаган билимларини амалиётда қўллашга ўрганадилар
- Муаммо юзага келганда унинг ечимини топишда тезкорликка ўрганадилар
- Клиник фикрлаш кўникмасини шакллантирилади

ТИББИЁТДА ИЛҒОР ПЕДАГОГИК ТЕХНОЛОГИЯЛАРДАН ФОЙДАЛАНИШ ДАРС САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ ОМИЛИ

Бобоева Р. Н., Бобоева З. Н.

Тошкент тиббиёт академияси лицейи, Тошкент тиббиёт
академияси., Ўзбекистон

Мамлакатимизнинг ижтимоий иқтисодий, сиёсий, маданий соҳаларида бўлаётган тезкор ўзгаришлар таълим тизимида тубдан ислоҳ қилишни тақозо этмоқда. Мукамал таълим тизими мақсади талаба ёшларни ҳар томонлама ижодкор, мустақил фаолият юритадиган шахс бўлиб етишишини таъминлашдир. Ҳар қандай ижтимоий жамиятда ёш авлод таълим-тарбияси муайян мақсад асосида ташкил этилади ва амалда қўллаш тадбир этилади.

Фан ва техника тараккиёти жадал ривожланаётган бугунги кунда барча соҳага оид янги илмий маълумотлар тез оқиб келмоқда. Ўқувчилардан эса маълум бир йўналишга доир ахборотларни излаш, топиш, таҳлил қилиш ва тизимлаштиришни билиш талаб этилмоқда. Бундай ўқувчини тарбиялаш муаммосини педагогик амалиёт синовларидан ўтган услубларни муваффақиятли қўлламасдан ҳал қилиб бўлмайди. Шу билан бирга, ўқувчини мустақил ўқиш, изланишга ўргатиш тақозо этилмоқда.

Шу мақсад йўлида Тошкент Тиббиёт Академияси қошидаги Академик лицейда ўқитишнинг замонавий педагогик технологиялари ва интерфаол усуллари кенг қўллашга алоҳида эътибор берилмоқда. Мазкур лицейда

биологияни чуқурлаштирган ҳолда ўқитиш учун "Конференция дарси", "Модулли дарс", "Заковат ўйини", "Венн", "Кейс-стади", "Балик скелети", "Кластер", "Нилуфар гули", "Пирамида" ва бошқа услублардан кенг фойдаланилмоқда. Бу услублар қўлланилган гуруҳларда ўқувчиларнинг фанга бўлган қизиқиши, фаоллиги, ўзлаштириши мазкур услублар қўлланилмаган гуруҳларга нисбатан 18-20% юқори бўлди. Бундан натижага эришиш учун мавзуга мос услубни тўғри танлай олиш, дарсни ташкил қилишда "бир хиллилик" қолипига тушиб қолмаслик жуда муҳим. Шу билан бирга, айнан бир мавзунини бир неча усулда ёритиш ҳам мумкин.

Куйида биологиянинг "Одам ва унинг саломатлиги" курсида "Иммунитет" мавзусини ўқишда "Нилуфар гули" ва "Қандай?" услубларини қўллашга мисол келтирамиз. Бу услублар мавзунини янги маълумотлар билан бойитишга, ўқувчини ҳам, ўқитувчини ҳам қўшимча илмий адабиётлар билан ишлашга йўналтиришга қаратилган. Бунинг учун ўқитувчи мазкур услубларни тушунтиради, мавзу юзасидан қўшимча маълумот тайёрлашни ўқувчининг ўзига топширади, ўқувчида муаммони аниқлаш ва ечиш қобилиятини ривожлантиради.

"Нилуфар гули" чизмасини тайёрлаш учун ўқувчи марказга асосий муаммони, атрофига кичик муаммоларни ёзади. Шу кичик муаммолардан фақат биттасини танлаб, батафсил кўриб чиқиш учун "шоҳчалар" чиқаради. Аввал муаммонинг сабабини аниқлаб, кейинги "шоҳчалар"да ҳал қилиш чораларини кўрсатиши лозим. Шу тариқа ўқувчида тизимли фикрлаш, таҳлил қилиш кўникмалари ривожлантирилади. Сўров дарсларида эса ўқитувчи ўқувчиларни кичик гуруҳларга бўлади, ҳар бир гуруҳча иш натижасининг тақдимотини топширади .

Шунингдек, "Иммунитет" мавзусини "Қандай?" усули билан ҳам ёритиш мумкин. Бунда ўқитувчи битта муаммони белгилаб, унинг сабабларини босқичма-босқич очиб беришни тушинтиради. "Нима учун?" усулидан фарқ қилиб, бунда бир муаммонинг келиб чиқишига сабаб бўлган бир неча муаммо ости муаммолар очиб берилиши керак. Бу усул ҳам ўқувчининг фикрлаш доирасини кенгайтиради, чунки муаммолар ва уларни

келтириб чиқарувчи сабаблар қанча кўп ёритилса, вазифа шунча тўлиқ ёритилган бўлади, ўқувчининг баҳоси ҳам юқори қўйилиши мумкин . Гап шундаки ўқувчи фақат муаммоларни аниқлабгина қолмай, уларни ҳал қилиш усуллари топа олиши, асослаб бера олиши талаб қилинади. Билдирилгант ғоялар дарахт ёки каскад кўринишида, юқоридан пастга ёки чапдан ўнгга қайд қилиниши мумкин.

Хулоса қилиб айтиш мумкинки, дарсда илғор педтехнологияларни қўллаш ўқувчини қўшимча маълумотлар устида кўп ишлашга ўргатади, фикрлаш доирасини кенгайтиради. Сўров дарсларида замонавий услублардан кенг фойдаланиш вақтни тежаш, дарс самарадорлигини ошириш имконини беради.

АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ ПОЛОВОЗРАСТНОЙ СТРУКТУРЫ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОНМК В УСЛОВИЯХ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (ПО ДАННЫМ КУРСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА)

Барсова Д. А.

Курский государственный медицинский университет, Россия

В 2020 году в мире в результате пандемии новой коронавирусной инфекции произошло значительное увеличение нагрузки на сферу здравоохранения. Были внесены изменения в структуру и организацию отраслей медицины, обнаружены проблемы и сильные стороны здравоохранения, в результате чего борьба с COVID-19 остается эффективной с большей или меньшей долей успеха в разных странах.

Новая коронавирусная инфекция сформировалась не только в виде отдельной нозологии и способов лечения, но и привнесла особенности и изменения в течение многих других патологий. В результате присоединения COVID-19 к течению многих хронических неинфекционных заболеваний произошли изменения в структуре заболеваемости и исходах данных болезней.

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) является одной из актуальных медицинских и социальных тем, так как занимает высокую долю в структуре заболеваемости и смертности населения, а также приводит к инвалидизации и трудовым потерям. По статистическим данным в нашей стране около 30% умерших после перенесенного ОНМК приходится на население младше 65 лет. За последние несколько лет около трети всех перенесших ОНМК составили лица младше 50 лет [2-5].

В сочетании обе упомянутые патологии у пациента могут привести к особенностям в течение и лечении каждого из заболеваний. Осложнением течения COVID-19 у пациента с факторами риска может являться ТИА или ишемический инсульт. Кроме общего влияния вируса на нервную систему человека, ученые отмечают возможность COVID-19 преодолевать гематоэнцефалический барьер, что может в перспективе приводить к цереброваскулярным нарушениям[1].

Целью исследования стал анализ изменения половозрастной структуры госпитализированных пациентов с ОНМК в Курский региональный сосудистый центр за 2015–2019 годы в сравнении с объемом госпитализации за 2020 год (период пика заболеваемости SARS-COV-2).

Для реализации цели и задач исследования был проведен ретроспективный анализ статистических данных пациентов, поступивших в отделение неотложной неврологии Регионального сосудистого центра бюджетного медицинского учреждения Курской областной клинической больницы в периоде с января 2015 года по декабрь 2020 гг. включительно.

Исследование проводилось с разделением пациентов на категории - по возрасту: от 18 до 60 лет и старше 60 лет, по половому признаку.

Обработка и графический анализ данных проводились с помощью MS

Excel. Анализируя данные, можно отметить, что общее количество госпитализированных пациентов с ОНМК в течение изучаемого периода

увеличилось – в 2015 году госпитализировано 917 пациентов, далее наибольший пророст отмечался в 2017 году – на 8,3% по сравнению с предыдущим годом, в 2020 – 1036 человек, при этом в 2020 количество

госпитализируемых больных увеличилось на 4% по сравнению с 2019г.

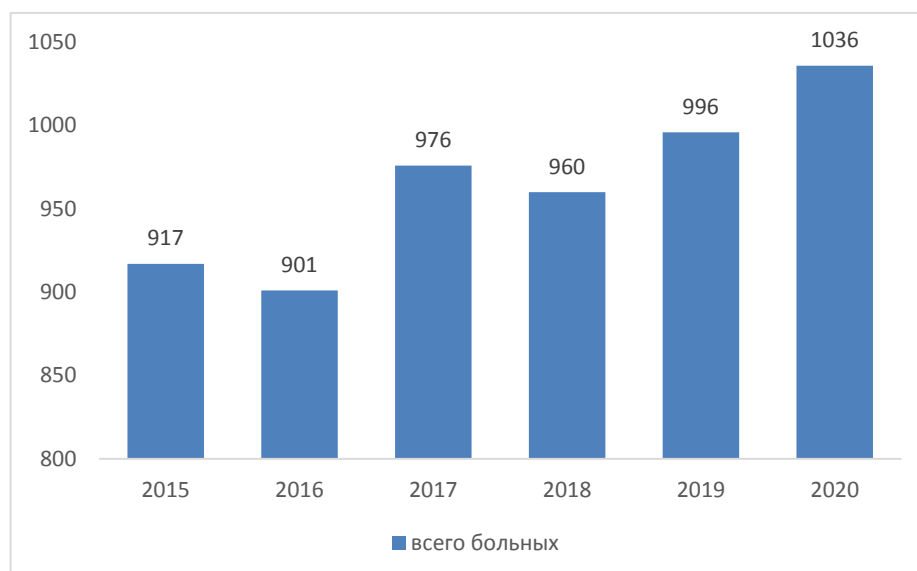


Рис. 1. Общее количество госпитализированных пациентов за изучаемый промежуток времени.

В изученном промежутке отмечается тенденция смещения возрастной характеристики – все чаще госпитализируют больных старше 60 лет: в 2015 году их количество составляло 64% от всех пролеченных больных, в последующем процент госпитализации имел значения 2016г. - 67%, 2017г. - 68%, 2018г., 2019г. - 69%, а в 2020 году наблюдается некоторый скачок - их количество возросло до 75% ($p < 0,05$).

Изучая половую структуру отмечено превалирование заболевших женщин над мужчинами в исследуемом временном промежутке. При этом в динамике наблюдается ежегодное повышение госпитализаций среди женского населения: если в 2015 году среди госпитализированных пациентов было 56% женщин и 44% мужчин, в 2016г. – 60% против 40%, в 2017г. – 62% против 38%, в 2018г. отмечено снижение данных – 56% госпитализированных женщин против 44% мужчин, но уже в 2019 году тенденция снова возвращается – 59% против 41%, в 2020г. – 62% против 38% ($p < 0,05$).

В результате проведенной работы обнаружено, что общее количество госпитализированных пациентов с ОНМК динамично увеличивается. При этом некоторое увеличение госпитализаций в 2020 году по сравнению с предыдущими периодами можно объяснить пандемией коронавирусной

инфекции, что связано и с осложнениями основного заболевания, и с перераспределением доли стационаров под инфекционные отделения. За изученный период увеличилось количество ОНМК в возрастном промежутке старше 60 лет, что связано с улучшением качества диагностики и профилактическими мерами среди населения младшего возраста, в 2020 году обнаружено значительное повышение количества госпитализированных граждан пожилого возраста по сравнению с предыдущими периодами, что может быть последствием присоединения сопутствующей патологии, в том числе и новой коронавирусной инфекции.

Литература:

1. Демьяновская Е. Г. Неврологические аспекты covid-19. Тактика ведения пациентов неврологом с учетом эпидемиологической ситуации //Е. Г.Демьяновская, С. М.Крыжановский, А. С.Васильев, В. И.Шмырев/ ЛВ. - 2021. - №2. – С. 54–60
2. Избранные лекции по неврологии / под ред. В. Л. Голубева. – Москва: Медпресс-информ, 2012–480 с.
3. Камчатнов, П. Р. Ишемический инсульт - основные принципы ведения больного / П. Р. Камчатнов, Х. Я. Умарова // Мед. вестн. - 2014–№ 16. - С.13.
4. Клинические рекомендации: ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых [Электронный ресурс]. - URL: <https://www.rosminzdrav.ru/> (дата обращения: 12.05.2021 г.)
5. Неврология: нац. рук., краткое изд. / [Е. И. Гусев и др.]; под ред. Е. И. Гусева. АСМОК. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014–688 с.

ИЗУЧЕНИЕ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Вадзаковский Р. С., Степченко М. А.

Курский государственньй медицинский университет

Российская федерация

Введение. ИБС (и, в частности, – ОКС – острый коронарный синдром) является одним из самых распространённых заболеваний в мире и занимает первое место по причинам смертности, унося более 15 млн. жизней каждый год.[1] Хроническая болезнь почек (ХБП) так же относится к медико-социальным проблемам: у 10% мировой популяции имеются нарушения скорости клубочковой фильтрации. По данным литературы, велика вероятность совместного течения ОКС и ХБП, что приводит к утяжелению течения и прогноза. [2]. При этом, анемия при ХБП утяжеляет ишемию миокарда, повышенньй уровень мочевины приводит к повреждению эндотелия сосудов, хроническое воспаление вызывает вазоконстрикцию, ускоряя развитие атеросклеротических бляшек. [3] Помимо этого, важную роль играют общие факторы риска, такие как: ожирение, дислипидемия, метаболический синдром, сахарный диабет. [4]

Цель исследования. Установить долю пациентов с нарушением скорости клубочковой фильтрации среди больных с ОКС без подъема сегмента ST в зависимости от гендерной принадлежности.

Материалы и методы: в ходе выполнения практического исследования, был проведён ретроспективный анализ истории болезни 393 пациентов с ОКС кардиологического отделения с ПРИТ ОБУЗ «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи». Нами были проанализированы следующие показатели: пол, наличие или отсутствие подъема сегмента ST на ЭКГ, расчетные уровни скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Статистическая обработка полученных данных производилась с помощью параметрических методов статистики.

Результаты. В ходе проведения исследования было обнаружено, что показатель СКФ независимо от гендерных особенностей был ниже нормы у 337 больных (85,8% от общего числа пациентов). При этом, средний уровень СКФ составил 55,7мл/мин/1,73 м². Анализ СКФ у пациентов с ОКС без подъема сегмента ST в зависимости от гендерной принадлежности показал, что у 95 (49%) мужчин нарушение СКФ наиболее соответствует 2 стадии ХБП, 3А стадия выявлена у 63 больных (32%), 3Б стадия у 30 мужчин (15%). У женщин – 2 стадия ХБП определена у 39 пациентов (23%), 3А стадия у 46 человек (27%), 3Б стадия у 64 больных (37%).

Выводы. Ретроспективный анализ историй болезни пациентов с ОКС без подъема сегмента ST показал, что снижение СКФ встречается одинаково часто у мужчин и женщин. У лиц женского пола преобладают 3А и 3Б стадии ХБП, у мужчин 2 стадия ХБП.

Список используемой литературы

1. Шутов А. М. Хроническая болезнь почек - глобальная проблема XXI века/ А. М. Шутов//Клиническая медицина.- 2015.- №5.- С. 5-10
2. Моисеев В. С. Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегии кардио-нефропротекции/ В. С. Моисеев, Н. А. Мухин, А. В. Смирнов// Российский кардиологический журнал.- 2015.- №8.- С. 7-37
3. Шилов Е. М. Хроническая болезнь почек и нефропротективная терапия. Методическое руководство для врачей/ Е.М. Шилов, М.Ю. Швецов, И.Н. Бобкова.-М.- 2015.- 83 с.
4. Мацкевич С. А. Кардиоренальные взаимоотношения/ С. А. Мацкевич// Медицинские новости.- 2017.- №8.- С. 3-6

МАНИФЕСТАЦИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У ПАЦИЕНТКИ НА ФОНЕ ОСЛОЖНЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Власенко В. Д., Андросов С. С., Хардикова Е.М.

Курский государственный медицинский университет, Россия

Введение. Геморрагический васкулит – одна из форм системных васкулитов, приводящих к воспалению сосудистой стенки и, как следствие, к некрозу и ишемии тканей. Несмотря на подробное изучение данного заболевания, этиология и патогенез остаются до конца неясными. При этом для отдельных форм системных васкулитов определена связь с различными вирусами, а в патогенезе в качестве ведущего фактора выделяют нарушение в иммунной системе.

Цель исследования. Изучить особенности течения геморрагического васкулита, проявившегося у пациентки на фоне сахарного диабета 2 типа, осложненного нагноением трофической язвы.

Материалы и методы. Данные были получены методом выкопировки данных из карты стационарного больного (форма 033У), находившегося на лечении в ревматологическом отделении БМУ «Курская областная клиническая больница». Для диагностики клинического случая использовались клиничко-лабораторные методы исследования.

Результаты. Больная Ш., 54 года, поступила в ревматологическое отделение БМУ Курской областной клинической больницы с жалобами на симметричные кожные высыпания геморрагического характера на разгибательных поверхностях нижних и верхних конечностях, единичные на теле. Повышение температуры тела до 38°C.

Из анамнеза заболевания: длительное время страдает сахарным диабетом 2 типа, принимает сиофор 850мг 2раза в сутки. Около 3 недель назад на подошве левой стопы пациентка стала отмечать появление неглубокой трофической язвы, которую самостоятельно обрабатывала растворами антисептиков. Однако рана не заживала и присоединилась лихорадка до 38°C, консультировалась у хирурга с проведением первичной

хирургической обработки, некрэктомии, назначена антибиотикотерапия. Через 2 дня стала отмечать появление петехиальной сыпи на разгибательной поверхности нижних конечностей с тенденцией к образованию волдырей, отечность голени. В связи с чем обратилась за медицинской помощью. При осмотре состояние средней степени тяжести. В области подошвы левой стопы глубокая трофическая язва без гнойного отделяемого. Преимущественно на нижних конечностях выявлена обильная мелкопятнистая симметричная геморрагическая сыпь, не исчезающая при надавливании, с тенденцией к слиянию и образованию пузырей с геморрагическим содержимым, а также единичная петехия на верхних конечностях и передней брюшной стенке. Отек правой и левой нижних конечностей до уровня верхней трети голени. На фалангах пальцев правой и левой руки - единичные пузыри с геморрагическим содержимым. Лабораторные исследования: в общем анализе крови определялась нормохромная анемия ($Hb = 116 \text{ г/л}$, эритроциты — $3,9 \cdot 10^{12}/\text{л}$, ЦП — 0,9), тромбоцитоз ($420 \cdot 10^9/\text{л}$), СОЭ 40 мм/ч, гипергликемия (11 ммоль/л). Коагулограмма в норме. В общем анализе мочи протеинурия (0,81 г/л), микрогематурия (5 эритроцитов в поле зрения), суточная протеинурия составила 0,89 г/л.

В связи с наличием у пациентки типичной мелкопятнистой симметричной геморрагической сыпи, не исчезающей при надавливании, с тенденцией к слиянию и образованию пузырей с геморрагическим содержимым преимущественно на нижних конечностях, тромбоцитоза ($420 \cdot 10^9/\text{л}$), поражения почек (микрогематурия, протеинурия) ревматологом был верифицирован диагноз геморрагический васкулит, кожная форма, назначено патогенетическое лечение.

Выводы. Представленный клинический случай описывает особенность течения болезни геморрагического васкулита у пациентки на фоне сахарного диабета 2 типа, осложнившегося нагноением трофической язвы.

ПРОБЛЕМА ИНФЕКЦИИ В МЕДИЦИНЕ.

Дехканова Н.Н. , Жамалиддинова Н.Б.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Инфекционные болезни возникли задолго до появления человека. На костях динозавров, мамонтов, пещерных медведей и других древних животных имеются следы остеомиелита. Из предков человека инфекционные поражения костей отмечены у питекантропов с острова Ява, живших 1-2 миллиона лет тому назад. Таким образом, человечество еще на заре своего существования встречалось с многочисленными инфекционными болезнями. Очевидно, что по количеству, общей массе, скорости размножения и длительности существования на Земле бактерии абсолютно превосходят человека. Именно поэтому по мере возникновения общества и развития социального образа жизни человека многие инфекции получили широкое распространение. В целом, можно выделить три исторических этапа взаимоотношений человечества и инфекций.

Первый этап характеризовался ничем не ограниченным, кроме естественной устойчивости организма человека, повсеместным распространением «морových» или «повальных» заразных болезней. Второй этап пришёлся на XIX век, когда началось осознание сущности заразных болезней и открытие их возбудителей; появились первые научно обоснованные меры по противодействию инфекциям. Именно тогда были созданы предпосылки для успешного развития всех основных ветвей инфектологии: микробиологии, эпидемиологии и собственно инфекционных болезней в качестве самостоятельной клинической дисциплины и новой клинической специальности. Третий этап начался в XX веке и ознаменовался беспрецедентной активной борьбой с инфекционными болезнями.

С инфекционными и паразитарными болезнями связано 25% всей смертности в мире (более 50 миллионов ежегодно), а с учетом роли инфекции в патогенезе «неинфекционных» заболеваний — почти 35%. Ежегодно регистрируется от 30 до 50 миллионов случаев инфекционных заболеваний. Каждый третий случай и каждый пятый день временной

нетрудоспособности по болезни связаны с инфекционной патологией. К сожалению, существуют также непрогнозируемые проблемы XXI века. Дело в том, что развитие генетики, совершенствование микробиологических технологий привело к появлению реальной возможности создания микроорганизмов с изменёнными генетическими свойствами. Такие возбудители могут обладать повышенной устойчивостью к антибиотикам, являться орудием биотеррора и создавать значительные трудности в диагностике и терапии. Даже микроорганизмы, считавшиеся ранее условно-патогенными или «безвредными» при определенных условиях могут вызывать серьёзные заболевания.

Закономерны попытки предотвращения инфекционных заболеваний. Очевидно, что одним из реальных путей профилактики может являться иммунизация. Актуальность этого направления обусловлена не только стремлением избежать тяжёлых и хронических форм инфекционных болезней, но и доказанной экономической выгодой вакцинации. В то же время это потребует совершенствования производства медицинских иммунобиологических препаратов, разработки вакцин нового поколения. В этой связи нельзя не вспомнить о том, что ещё в 1974 г. ВОЗ одобрила расширенную программу иммунизации. Она предусматривала на первом этапе (1974 — 1990 гг.) снижение заболеваемости корью, полиомиелитом, дифтерией, коклюшем, столбняком и туберкулёзом, на втором (1991 — 2000 гг.) — снижение заболеваемости вирусными гепатитами.

Очевидно впечатляющее уменьшение заболеваемости дифтерией, корью, паротитом, гепатитом В. Однако было бы неправильно не отметить проблемы вакцинопрофилактики, среди которых отсутствие эффективных вакцин против ВИЧ, гепатита С, малярии, туберкулёза и др., феномен замещения вакцинных штаммов на не вакцинные (пневмококк, нетипируемая гемофильная палочка и др.), снижение влияния «естественного отбора» — накопление в популяции лиц с генетическими дефектами иммунитета и рост числа детей и подростков с отклонениями в состоянии здоровья, при которых проведение прививок может быть недостаточно эффективно

(иммунодефицитные состояния, ВИЧ-инфекция, онкологические заболевания и др.). Нельзя не упомянуть также о проблеме роста стоимости вакцинопрофилактики в связи с появлением современных вакцин и, к сожалению, об имеющихся в обществе и активно подогреваемых антипрививочных настроениях и движениях. Совершенно очевидно, что реализация всего этого невозможна без адекватной лабораторной диагностики инфекций. Этиологическая диагностика инфекционных болезней основана на двух основных подходах: детекции в организме человека живых возбудителей или их компонентов (белков, полисахаридов, нуклеиновых кислот и др.) и выявлении иммунного ответа как свидетельства инфекционного процесса. Для многих из традиционных методов характерны принципиальные ограничения, которые снижают их практическую ценность. Так, в большинстве случаев на ранних стадиях инфекционного процесса выявление иммунного ответа невозможно, а детекция живых возбудителей, особенно вирусов, требует значительных временных затрат, что связано с естественной скоростью роста микроорганизмов.

Улучшению исходов, наиболее быстрому и полному восстановлению как здоровья, так и профессиональной работоспособности реконвалесцентов служат достаточно полно разработанные в последние годы принципы и методы реабилитации инфекционных больных. При этом она начинается не после, а еще во время лечения (так называемое восстановительное лечение). В последние годы быстрое распространение резистентности к средствам этиотропной терапии вызывает необходимость поиска принципиально новых подходов. В качестве одного из самых перспективных направлений рассматривается создание соединений, подавляющих вирулентность бактерий, но не оказывающих влияния на их жизнеспособность. Предполагается, что вероятность развития резистентности к таким препаратам будет ниже, чем к традиционным антибактериальным средствам. Одними из наиболее привлекательных в качестве таких мишеней рассматривают системы «quorum sensing» и системы, связанные с ними. Доказательная медицина, фармакоэпидемиология,

фармакоэкономика призваны детально изучать влияние лекарственных средств на популяцию не только микроорганизмов, но и на само человечество; способствовать рациональному и благоприятному с точки зрения стоимости/эффективности применению наиболее эффективных и безопасных лекарственных средств. К сожалению, в последние годы быстрое формирование и распространение резистентности, вызванное нерациональным потреблением антибиотиков, оказалось связанным со значительными человеческими и финансовыми потерями для общества. Эта угроза давно осознана мировым сообществом, глобальная стратегия по сдерживанию резистентности была предложена ВОЗ еще в 2001 г. Но лишь в 2009 г. руководством стран Северной Америки и Европейского Союза выдвинута инициатива создания трансатлантической группы по борьбе с антибактериальной резистентностью, поддержанная профессиональными сообществами. Она предусматривает появление 10 новых антибактериальных препаратов до 2020 г.

Помимо этого необходимы перспективные разработки новых методов использования антибактериальных средств, мониторинг эффективности антибактериальной терапии, многоцентровые исследования резистентности, внедрение принципов упреждающей ротации антибиотиков широкого спектра в целях сдерживания образования и распространения резистентных штаммов. Очевидно, это потребует принятия неотложных мер как административного, так и образовательного характера, осуществляемых на федеральном и региональном уровнях, а также координации усилий в глобальном масштабе и интеграции России в соответствующие международные структуры.

Литература

1. Лобзин Ю. В. «НИИ детских инфекций», г. Санкт-Петербург.
2. Ющук Н. Д., Венгеров Ю. «Инфекционные болезни» Издательство:

ЗНАЧЕНИЕ ХИМИЧЕСКОЙ НАУКИ В МЕДИЦИНЕ

Дехканова Н.Н., Усмонова А.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Аннотация:

В данной статье рассматриваются существования человеческой цивилизации, которая по-прежнему остаётся крупнейшей экологической проблемой современности, так как окружающая среда имеет непрерывное влияние на здоровье населения. А также освещены достижения химической науки в развитии медицины, синтез новых органических соединений и их применение в фармацевтикой промышленности.

Одно из самых заметных достижений органического синтеза XX столетия — получение новых лекарственных средств. В результате многие болезни, которые раньше считались смертельными, перешли в разряд излечимых. В VI веке чума уничтожила половину населения Византийской империи, а в XIV веке только за три года — с 1347 по 1350-й — в Европе от чумы умерло 25 миллионов человек. Миллионами исчисляются жертвы гриппа 1918 года («испанки»). Синтез в лабораториях новых лекарственных средств и их последующее внедрение в медицинскую практику, вероятно, спасли от смерти на протяжении XX века сотни миллионов человеческих жизней. Во второй половине XIX века быстрыми темпами начала развиваться синтетическая органическая химия. Она дала людям красители, душистые вещества, лекарственные средства. Тем не менее еще в начале XX века число индивидуальных химических соединений, применявшихся в качестве лекарственных средств, исчислялось единицами. Начало химиотерапии — лечению болезней с применением химических препаратов — положил немецкий врач, бактериолог и биохимик Пауль Эрлих. В 1891 году он предложил применить для лечения малярии краситель метиленовый синий. Однако это соединение не могло конкурировать с природным хинином. Позже Эрлих прославился сальварсаном, «волшебной пулей», первым эффективным средством против сифилиса.

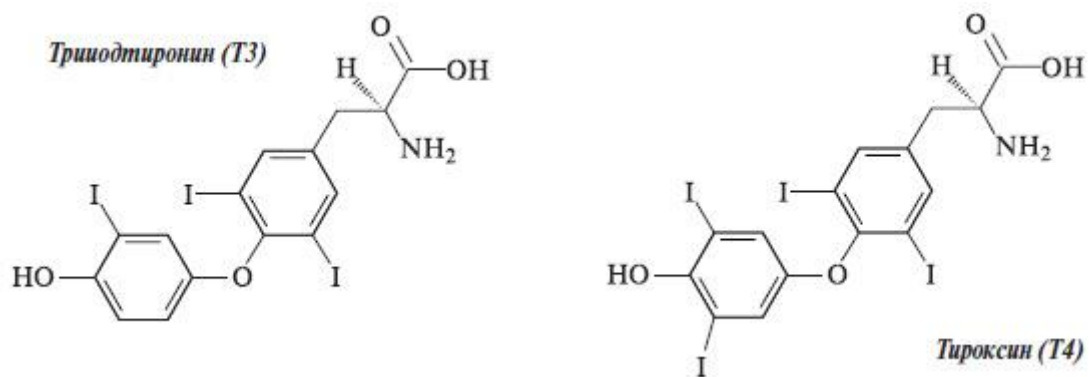
Между синтезом нового соединения и его применением в медицине иногда проходили десятилетия. С XIX века была известна сульфаниловая (*n*-аминобензолсульфоная) кислота $\text{H}_2\text{N}-\text{C}_6\text{H}_4-\text{SO}_3\text{H}$. Впервые ее получил еще в 1845 году французский химик Шарль Фредерик Жерар. В 1908 году был получен амид этой кислоты $\text{H}_2\text{N}-\text{C}_6\text{H}_4-\text{SO}_2-\text{NH}_2$, а затем и его N-замещенные (по амидной группе) производные с общей формулой $\text{H}_2\text{N}-\text{C}_6\text{H}_4-\text{SO}_2-\text{NH}-\text{R}$, которые получили название сульфаниламидов. Но только 27 лет спустя немецкий химик Герхард Домагк выяснил, что соединения этой группы убивают многие микроорганизмы и их можно использовать для лечения ряда инфекционных заболеваний. Первым синтетическим лечебным препаратом был азокраситель красного цвета пронтозил (красный стрептоцид) $\text{H}_2\text{N}-\text{C}_6\text{H}_4-\text{N}=\text{N}-\text{C}_6\text{H}_4-\text{SO}_2-\text{NH}_2$, который синтезировали в 1932 году немецкие химики Фриц Митч и Йозеф Кларер. Домагк исследовал действие этого препарата на множестве мышей, получивших десятикратную смертельную дозу культуры гемолитического стрептококка. Эффект был поразительным: все мыши остались живы, тогда как в контрольной группе все погибли. Это было первое в мире лекарственное средство, давшее такие прекрасные результаты. Необходимо было провести испытание на людях. Именно в это время маленькая дочь Домагки уколола себе палец. В ранку попала инфекция, образовался нарыв, и началось заражение крови. В больнице хирурги очистили нарыв, но заражение не проходило, положение становилось угрожающим. И Домагк решился испытать на дочери пронтозил. Результат не заставил себя ждать: нарыв прошел, девочка выздоровела. Средство помогало также при воспалении легких, при некоторых других болезнях. В 1939 году Домагку за открытие первого антибактериального препарата была присуждена Нобелевская премия по физиологии и медицине.

В конце 1935 года было показано: пронтозил действует не сам по себе. Лечебный эффект, как это нередко бывает, оказывает продукт его распада в организме — известный еще с 1908 года сульфаниламид $\text{H}_2\text{N}-\text{C}_6\text{H}_4-\text{SO}_2-\text{NH}_2$. Его называли белым стрептоцидом. С тех пор было синтезировано более

20 тыс. производных сульфаниламида, из которых в медицине используется лишь несколько десятков. В числе самых известных — стрептоцид, норсульфазол, сульфадимезин, этазол, сульфадиметоксин, фталазол, сульгин, бисептол; они отличаются строением радикала R в общей формуле сульфаниамидов (в ряде случаев замещается также один из атомов водорода в аминогруппе). Искключительную роль в лечении многих инфекций играют антибиотики, первый из которых был случайно открыт в 1928 году. Но синтетические лекарственные средства позволяют бороться не только с бактериальными инфекциями. После открытия транквилизирующего (нейролептического) действия элениума появились десятки близких по структуре соединений, составивших большую группу транквилизаторов (нозепам, лоразепам, феназепам, тетразепам и др.).

Во многом благодаря лекарственным средствам средняя продолжительность жизни в промышленно развитых странах за последнее столетие удвоилась. Так, в Германии смертность от пневмонии, которая в 1936 году составляла 165 на 100 тысяч населения, снизилась к 1985 году в результате применения сульфаниламидных препаратов в десять раз, смертность от туберкулеза с 1930 по 1985 год уменьшилась благодаря антитуберкулезным препаратам в сто раз. В США только за период с 1965 по 1996 год удалось снизить смертность от ревматизма, атеросклероза, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в четыре — шесть раз. В сознании обычного человека (не химика) слово «иод» ассоциируется с пузырьком, который стоит в аптечке. Напомним, что в химических текстах принято писать «иод», а в бытовых и медицинских — «йод». На самом деле в пузырьке находится не иод, а иодная настойка — 5-процентный раствор иода в смеси спирта и воды (в настойку добавляют также иодид калия; он образует с иодом хорошо растворимый трииодид KI_3). Чистый иод — твердый, напоминает с виду графит, только имеет очень специфический запах. Вот как описал иод французский химик Бернар Куртуа, который в 1811 году впервые получил его из золы морских водорослей: «Новое вещество осаждается в виде черного порошка, превращающегося при нагревании в пары

великолепного фиолетового цвета. Эти пары конденсируются в форме блестящих кристаллических пластинок, имеющих блеск... Удивительная окраска паров нового вещества позволяет отличить его от всех доныне известных веществ...». По окраске паров иод и получил свое название: от греч. *iodes* — фиолетовый. Куртуа наблюдал еще одно необычное явление: твердый иод при нагревании не плавился, а сразу превращался в пар; такой процесс называется возгонкой. Но если кристаллы иода нагревать в пробирке быстро, они при температуре 113°C расплавятся, и на дне образуется черно-фиолетовая жидкость. Как правило, в биохимических процессах участвуют только «легкие» элементы, находящиеся в первой трети периодической таблицы. Иод — чуть ли не единственное исключение из этого правила. В человеке содержится от 20 до 50 мг иода, значительная часть которого сконцентрирована в щитовидной железе. Щитовидная железа выделяет в кровь гормоны, оказывающие очень разностороннее влияние на организм. Два из них содержат иод — это тиреоидные гормоны (от греческого *thyreoeides* — щитовидный): тироксин (Т4) и трийодтиронин (Т3), молекула которого содержит на один атом иода меньше. С их помощью железа регулирует развитие и рост как отдельных органов, так и всего организма в целом, настраивает скорости обменных процессов. Процессы образования и гидролиза тиреоглобулина в щитовидной железе происходят непрерывно. В плазме крови оба гормона, Т4 и Т3, связываются с белками-переносчиками. Связь «белок — трийодтиронин» более слабая, и этот гормон легче достигает тканей, что объясняет его более высокую активность. В настоящее время трийодтиронин получают синтетически, причем по строению и действию он ничем не отличается от природного. А раньше использовали препарат тиреоидин, который делали из щитовидных желез крупного рогатого скота.



Оба тиреоидных гормона, Т3 и Т4, ускоряют реакции во всех клетках органов и тканей тела, в том числе увеличивают основной обмен, потребление кислорода, способствуют расщеплению глюкозы и жиров, повышают активность ферментов, стимулируют синтез белка, рост и дифференцировку тканей, влияют на состояние нервной и сердечно-сосудистой систем, печени, почек, других органов — в организме не так уж много гормонов, обладающих таким широким спектром действия! Более того, тироксин усиливает действие других гормонов — инсулина, адреналина, глюкокортикоидов. Поэтому поддерживать постоянный уровень Т3 и Т4 в организме жизненно важно. Поскольку микроорганизмы вырабатывают устойчивость к антибиотикам, приходится постоянно изыскивать все новые и новые препараты, а также модифицировать их или полностью синтезировать (так называемые полусинтетические и синтетические антибиотики). В настоящее время описано более шести тысяч только природных антибиотиков различного происхождения (из бактерий, грибов и актиномицетов). Однако широко применяется только сотая их часть. Кроме них, известно более 100 тысяч полусинтетических антибиотиков, однако лишь немногие из них обладают всем комплексом нужных свойств. При определении их эффективности учитывают не только антимикробную активность, но и скорость развития резистентности к ним микроорганизмов, степень проникновения действующего вещества в очаги поражения, возможность создания и поддержания в течение необходимого времени терапевтических, но безопасных концентраций в тканях больного и т. д.

Литература:

1. Илья Абрамович Леенсон. «Химия и жизнь» №4, 2011
2. В.Г. Граник «Основы Медицинской химии» 2001 год
3. Л.М. Миронович, А.А. Мордашко «Медицинская химия» 2008 год
4. А.Я. Николаев «Биологическая химия» 2004 год

ТУРҒУН ЗЎРИҚИШ СТЕНОКАРДИЯСИ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА КОРОНАР ТОМИРЛАР ҲОЛАТИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Абдурахмонова Н.М., Джумаев Д.Л.

Тошкент Тиббиёт Академияси, Тошкент, Ўзбекистон.

Абстракт. Тадқиқотнинг мақсади: Турғун зўриқиш стенокардияси турли функционал синфларидаги беморларда коронар қон айланишининг ҳолатини қиёсий баҳолаш. Ушбу илмий мақолада турғун зўриқиш стенокардияси турли функционал синфлари билан касалланган беморларда коронар артериялар зарарланишининг ўзига хослиги ва коронар қон айланиши бузилиши ҳамда умумий гемодинамиканинг қиёсий ҳолати ўрганилган.

Материал ва усуллар: Тадқиқотга 64 нафар турғун зўриқиш стенокардияси ташхиси қўйилган беморлар жалб қилинди. Тадқиқот учун турғун зўриқиш стенокардияси I ФС ташхиси қўйилган 12 нафар (4 эркак (33%) ва 8 аёл (67%); ўртача ёш $58,4 \pm 1,05$ йил), турғун зўриқиш стенокардияси II ФС ташхиси қўйилган 30 нафар (18 эркак (60%) ва 12 аёл (40%); ўртача ёш $62,03 \pm 2,7$ йил), турғун зўриқиш стенокардияси III ФС ташхиси қўйилган 22 нафар (11 эркак (50%) ва 11 аёл (50%); ўртача ёш $69,7 \pm 1,8$ йил) беморлар олинди. Барча беморларда коронарография амалиёти ўтказилди.

Натижалар: Коронар етишмовчилик индексини баҳолаш орқали ушбу кўрсаткич бўйича гуруҳлар ўртасидаги статистик жихатдан аҳамиятли фарқларнинг борлиги аниқланди. Окклюзияланган коронар қон томирларни коронарография текшируви орқали ўрганганимизда қуйидаги натижалар олинди. Инвазив коронарография натижаларини таҳлил қилганда I гуруҳдаги беморлар орасида коронар артерияларнинг зарарланиши 3-5% ни

ташқил этиши аниқланди $p < 0,05$. Чап коронар артериянинг олдинги қоринчалар аро тармоғи II гуруҳдаги беморлар орасида кўпроқ зарарланиши аниқланди $p < 0,05$. Чап коронар артериянинг айланиб ўтувчи тармоғи зарарланиши II ва III гуруҳлардаги беморларда мос равишда 24,7% ва 22,4% ташқил қилди. Орқа ён тармоқнинг зарарланиши II гуруҳдаги беморлар орасида 17,7% ни ташқил қилди. Ўнг коронар артериянинг зарарланиши барча гуруҳларда патологик жараёнга мос равишда 2,3%, 12,5%, 13,7% ташқил қилди. Орқа қоринчалар аро тармоқнинг зарарланиши фақатгина III гуруҳдаги беморлар орасида —16,7% ни ташқил қилди. Турғун зўриқиш стенокардияси I, II, III ФС лари коронароангиография маълумотларига кўра бир бири билан солиштирилганда олдинги қоринчалар аро тармоқ ва чап коронар артериядан чиқувчи бошқа тармоқларнинг зарарланиши ўнг коронар артерия ва ундан чиқувчи тармоқларнинг зарарланишига нисбатан кўпроқ учраши аниқланди.

Калит сўзлар: *Юрак ишемик касаллиги, турғун зўриқиш стенокардияси, коронароангиография, коронар етишмовчилик индекси*

Кириш: Юрак қон-томир касалликлари ҳозирги вақтда дунё бўйича касалланиш, ўлим ва ногироликка олиб келувчи сабаблар орасида етакчи ўринни егаллайди (Р.Г.Оганов, 2008й). ЖССТ маълумотларига кўра ер юзида ҳар йили 17 млнга яқин инсон юрак қон-томир касалликлари ва уларнинг асоратларидан вафот этади. Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) бу паталогик ҳолат бўлиб, юрак коронар артерияларнинг зарарланиши (асосан атеросклероз ҳисобига) натижасида миокардда абсолют ёки қисман қон айланишининг бузилиши туфайли келиб чиқадиган касаллик ҳисобланади (ЖССТ, 1965й). ЖССТ маълумотларига кўра бутун дунё аҳолиси орасида ЮИК учраш частотаси эркакларда 45-54 ёшлилар орасида 2-5%ни, 65-74 ёшлилар орасида 10-20% ни; аёлларда 45-54 ёшлилар орасида 0,1-1%ни, 65-74 ёшлилар орасида 10-15% ни ташқил қилади. Шу жумладан ЮИК билан ўлим ҳолатлари эса 30% ни ташқил қилади.

Тадқиқотнинг мақсади: Турғун зўриқиш стенокардияси мавжуд беморларда коронар томирлар ҳолатининг ўзига хослигини баҳолаш.

Тадқиқот материал ва методлари: Тадқиқот Республика Ихтисослаштирилган Терапия ва Тиббий Реабилитация Илмий Амалий Марказида 2019 - 2021 йилларда даволанган беморларда ўрганилди. Тадқиқотга 64 нафар ЮИК. Стабил зўриқиш стенокардияси ташхиси қўйилган беморлар жалб этилди. Улар ишлаб чиқилган барча мезонларга жавоб беришди ва ёзма равишда тадқиқотда иштирок этишга розилик билдиришди. ЮИК Стабил зўриқиш стенокардияси ташхиси беморларнинг шикояти, анамнези, объектив кўрик лаборатор - асбобий текширишлар натижаларига кўра ҳамда Европа кардиологлар жамияти томонидан 2019 йилда қабул қилинган ”Сурункали коронар синдром бўйича тавсиялари” асосида қўйилди. Беморлар клиник ва коронароангиография (КАГ) текширув ҳулосаларига кўра, 3 гуруҳга ажратилди (биринчи гуруҳни турғун зўриқиш стенокардияси I ФС ташхиси қўйилган 12 нафар (4 эркак (33%) ва 8 аёл (67%); ўртача ёш $58,4 \pm 1,05$ йил), иккинчи гуруҳни турғун зўриқиш стенокардияси II ФС ташхиси қўйилган 30 нафар (18 эркак (60%) ва 12 аёл (40%); ўртача ёш $62,03 \pm 2,7$ йил), учинчи гуруҳни турғун зўриқиш стенокардияси III ФС ташхиси қўйилган 22 нафар (11 эркак (50%) ва 11 аёл (50%); ўртача ёш $69,7 \pm 1,8$ йил беморлар ташкил этди).. Тадқиқотга қуйидаги ташхисли беморлар киритилмади: бош миёда қон айланишининг ўткир бузилиши, аутоиммун касалликлар ва бириктирувчи тўқиманинг диффуз касалликлари, ўткир ва сурункали яллиғланиш касалликларнинг авж олиш даври, онкологик касалликлари, руҳий хасталиклар, бошқа оғир касалликлар. Тадқиқот давомида тўпланган маълумотлар IBM SPSS Statistics 21.0 дастуридан фойдаланиб қайта ишланди. Барча кўрсаткичларнинг ўртача арифметик ва стандарт оғишлари ($M \pm m$) ҳисобланилди. Гуруҳлар ўртасидаги миқдорий кўрсаткичлар орасидаги тафвутлар ишончлилиги Студент мезонидан, сифат кўрсаткичлари орасидаги фарқлар Хи квадрат мезони орқали аниқланди. Гуруҳлар ўртасидаги фарқлар $p < 0,05$ бўлганда ишочли деб топилди.

Натижалар: Беморлар клиник ва коронароангиография (КАГ) текширув хулосаларига кўра, 3 гуруҳга ажратилди (биринчи гуруҳни 12 нафар турғун зўриқиш стенокардияси I ФС, ўртача ёш $58,4 \pm 1,05$ йил, 4 эркак ва 8 аёл; иккинчи гуруҳни 30 нафар турғун зўриқиш стенокардияси II ФС, ўртача ёш $62,03 \pm 2,7$ йил, 18 эркак ва 12 аёл; учинчи гуруҳни 22 нафар турғун зўриқиш стенокардияси III ФС, ўртача ёш $69,7 \pm 1,8$, 11 эркак ва 11 аёл беморлар ташкил этди). Гуруҳлар ўзаро ёши ва жинси бўйича таққосланди. Коронар етишмовчилик индексини баҳолаш орқали ушбу кўрсаткич бўйича гуруҳлар ўртасидаги статистик жихатдан аҳамиятли фарқларнинг борлиги аниқланди. Танланган гуруҳлар орасида турғун зўриқиш стенокардияси I ФС беморларнинг энг кам сони аниқланди 18,75% ($p < 0,05$). Гуруҳлар орасида турғун зўриқиш стенокардияси II ФС билан оғриган беморларнинг кўплиги аниқланди 46,9% ($p < 0,05$). Гуруҳлар орасида турғун зўриқиш стенокардияси III ФС билан оғриган беморлар I ФС ва II ФС га нисбатан 34,4% ($p < 0,05$) ни ташкил этди. Оклюзияланган коронар қон томирларни коронарография текшируви орқали ўрганганимизда қуйидаги натижалар олинди. Инвазив коронарография натижаларини таҳлил қилганда I гуруҳдаги беморлар орасида коронар артерияларнинг зарарланиши 3-5% ни ташкил этиши аниқланди $p < 0,05$. Чап коронар артериянинг олдинги қоринчалар аро тармоғи II гуруҳдаги беморлар орасида кўпроқ зарарланиши аниқланди $p < 0,05$. Чап коронар артериянинг айланиб ўтувчи тармоғи зарарланиши II ва III гуруҳлардаги беморларда мос равишда 24,7% ва 22,4% ташкил қилди. Орқа ён тармоқнинг зарарланиши II гуруҳдаги беморлар орасида 17,7% ни ташкил қилди. Ўнг коронар артериянинг зарарланиши барча гуруҳларда патологик жараёнга мос равишда 2,3%, 12,5%, 13,7% ташкил қилди. Орқа қоринчалар аро тармоқнинг зарарланиши фақатгина III гуруҳдаги беморлар орасида — 16,7% ни ташкил қилди.

Мунозара: Коряков А.И. ва қатор ҳаммуаллифларининг берган маълумотларига кўра турғун зўриқиш стенокардияси турли функционал синфлари мавжуд беморларда коронароангиография текшируви ўтказилганда

I гуруҳдаги беморларда коронар қон томирлар зарарланиши жуда кам учраши, чап коронар артериянинг олдинги қоринчалар аро тармоғи III гуруҳдаги беморлар орасида ишончли даражада кўпроқ зарарланиши, ўнг коронар артериянинг зарарланиши барча гуруҳларда патологик жараёнга мос равишда ишончли даражада нисбатан кам учраши, орқа қоринчалар аро тармоқнинг зарарланиши фақатгина II гуруҳдаги беморлар орасида ишончли даражада нисбатан кўпроқ учраши аниқланган [5]. Биздаги таҳлил натижаларига кўра I гуруҳдаги беморларда коронар қон томирлар зарарланиши жуда кам учраши ҳамда ўнг коронар артериянинг зарарланиши барча гуруҳларда патологик жараёнга мос равишда ишончли даражада нисбатан кам учраши натижалар ўхшашлигини кўрсатди. Бизнинг текширувларда чап коронар артериянинг олдинги қоринчалар аро тармоғи II гуруҳдаги беморлар орасида ишончли даражада кўпроқ зарарланиши, орқа қоринчалар аро тармоқнинг зарарланиши фақатгина III гуруҳдаги беморлар орасида ишончли даражада нисбатан кўпроқ учраши аниқланди.

Хулоса: 1. Инвазив коронарография натижаларини таҳлил қилганда I гуруҳдаги беморлар орасида коронар артерияларнинг зарарланиши ишончли даражада нисбатан кам учраши аниқланди.

2. Чап коронар артериянинг олдинги қоринчалар аро тармоғи II гуруҳдаги беморлар орасида ишончли даражада кўпроқ зарарланиши аниқланди.

3. Орқа ён тармоқнинг зарарланиши II гуруҳдаги беморлар орасида I ва III гуруҳдаги беморларга нисбатан ишончли даражада кўпроқ учраши аниқланди.

4. Ўнг коронар артериянинг зарарланиши барча гуруҳларда патологик жараёнга мос равишда ишончли даражада нисбатан кам учраши аниқланди.

5. Орқа қоринчалар аро тармоқнинг зарарланиши фақатгина III гуруҳдаги беморлар орасида ишончли даражада нисбатан кўпроқ учраши аниқланди.

6. Турғун зўриқиш стенокардияси I, II, III ФС лари коронароангиография маълумотларига кўра бир бири билан солиштирилганда олдинги қоринчалар аро тармоқ ва чап коронар артериядан чикувчи бошқа

тармоқларнинг зарарланиши ўнг коронар артерия ва ундан чиқувчи тармоқларнинг зарарланишига нисбатан кўпроқ учраши аниқланди

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Барышникова И.Н. Анализ эктопической желудочковой активности сердца в зависимости от коронароангиографического статуса у больных ИБС / И.Н. Барышникова // Повышение качества и доступности кардиологической помощи. Росс. нац. конгр. кард. М. 2008. - №0094. - С.3.
2. Берштейн Л.Л. Выбор между консервативной и инвазивной тактикой при стабильной ишемической болезни сердца / Л.Л. Берштейн, Н.О. Катамадзе, А.Е. Андреева, С.С. Лазнам, Ю.Н. Гришкин // Сердце: журнал для практикующих врачей. - 2013. – Т. 12. - №2(70). – С. 93 – 101.
3. Габинский Я.Л. Поражение коронарного русла у мужчин трудоспособного возраста с ИБС. В: Кардиология: реалии и перспективы / Я.Л. Габинский, М.С. Фрейдлина, И.Е. Оранский // Росс.нац.конгр.кар. - Москва. - 06-08.10.2009. -№0176. – С. 76
4. Гайсенок О.В. Определение показаний к проведению коронарографии у пациентов без клинических проявлений заболевания и больных со стабильной стенокардией / О.В. Гайсенок, С.Ю. Марцевич // Кардиология. - 2014. - №10. – С.7-62.
5. Коряков А.И. Основные диагностические критерии стенокардии напряжения по данным коронарографии / А.И. Коряков // Российский кардиологический журнал. - 2014. - №6. – С.7-83.6. Bugiardini R. Endothelial function predicts future development of coronary artery disease: a study of women with chest pain and normal coronary angiograms/ R. Bugiardini, O. Manfrini, C. Pizzi // Circulation. - 2004. - №109. – P.2518-2523.7. DeMots H. Prevalence of unfavorable angiographic characteristics for percutaneous intervention in patients with unprotected left main coronary artery disease/ H. DeMots, J. Rosh, J.H. McAnulty, M. Ragosta, S. Dee, I.J. Sarembock // Catheter Cardiovasc Interv. - 2006. - №68. – P .57.8. Levine GN. 2011 ACCF/AHA/SCAI Guideline for Percutaneous Coronary Intervention. A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on

Practice Guidelines and the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions / GN Levine, ER Bates, JC Blankenship // J Am Coll Cardiol. - 2011. - №58. – P.44 –122.

9. Marzilli M. «Obstructive Coronary Atherosclerosis and Ischemic Heart Disease: An Elusive Link!» / M. Marzilli, C.N.B. Merz, W.E. Boden, R.O. Bonow, P.G. Capozza, W.M. Chilian, A.N. DeMaria, G.Guarini, A. Huqi, D. Morrone, M.R. Patel, W.S. Weintraub. // J Am Coll Cardiol. - 2012. - №60 (11). – P.51-956.

10. Pujadas, G. Coronary Angiography in the Medical and Surgical Treatment of Ischemic Heart Disease / G. Pujadas // New York. – 2014. -№14 (3). – P.34-45

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ

Драговоз И. С., Григорьян М.Ф.

Курский государственный медицинский университет, Россия

Актуальность. Внезапная сердечная смерть (ВСС) естественная смерть, связанная с сердечными причинами, которой предшествует внезапная потеря сознания в течение 1 часа после появления острых симптомов; пациент может страдать заболеванием сердца, но время и характер смерти являются неожиданными. Частота ВСС составляет от 0,36 до 1,28 на 1000 населения в год (в среднем 1 на 000). ВСС составляет 15-20% всех ненасильственных случаев смерти среди жителей промышленно развитых стран. У мужчин в возрасте от 60 до 69 лет, страдающих заболеванием сердца, частота ВСС достигает 8 на 1000 человек в год. Не модифицируемыми факторами риска ВСС являются возраст, мужской пол, семейный анамнез ИБС (наличие ИБС у близких родственников, большое количество больных ИБС в семье, возникновение ИБС у родственников в относительно молодом возрасте- у мужчин до 55 лет, у женщин до 65 лет), наследственная предрасположенность. Модифицируемые факторы риска-курение, АГ, высокий уровень ЛПНП, СД, ожирение, низкая физическая активность, употребление алкоголя. В 75—85 % случаев причиной ВСС является ИБС и

связанный с ней атеросклероз венечных артерий, приводящий к инфаркту миокарда. У 25% больных ИБС ВСС является первой клинической манифестацией болезни. Высокое АД в 3 раза увеличивает риск развития ИБС. У лиц с ИМТ более 30 кг/м наблюдают достоверное увеличение сердечно-сосудистой смертности в 1,5- 2 раза по сравнению с людьми с нормальной массой тела. Доказано, что прибавка массы тела на 5-8 кг сопровождается увеличением риска инфаркта миокарда и смерти от ИБС на 25 %. По некоторым данным, у 15-30% внезапно умерших смерть наступает после приёма алкоголя. Продолжение курения связано со значительным (в 2,5 раза) ростом риска ВСС. Учитывая вышесказанное, считаем анализ факторов риска ВСС в общей популяции достаточно актуальным. Цель исследования оценить распространённость факторов риска ВС среди взрослого населения.

Задачи:

1. Оценить распространённость немодифицируемых факто, ров риска (мужской пол, возраст, семейный анамнез ИБС).
2. Оценить распространённость модифицируемых факторов риска (ожирения, АГ, СДД ИБС).
3. Выявить наиболее распространённые немодифицируемые и моли-фицируемые факторы риска ВСС.
4. Оценить комбинации факторов риска ВСС.
5. Охарактеризовать табакокурение, употребление алкоголя и физи-ческую активность у исследуемой группы лиц.

Материал и методы. В условиях свободной выборки в исследовании приняло участие 82 человека в возрасте от 20 до 82 лет (средний возраст- $47,91 \pm 1,09$ лет), среди которых 32 мужчины и 50 женщин. Исследуемыми были жители г. Курск (Россия, Курская область), обратившиеся за медицинской помощью к участковому терапевту ГКБ №2. Изучение факторов риска ВСС проводилось с использованием разработанной анкеты.

Полученные результаты. Возраст старше 55 лет для мужчин и 65 лет для женщин является немодифицируемым фактором риска ВСС. В исследуемой

группе 25,61% опрошенных имели данный фактор риска (18 мужчин и 3 женщины). Также к немодифицируемым факторам риска относят мужской пол – 39,02 % опрошенных-мужчины. ИБС страдают 10,98 % респондентов (n-9). Отягощённый семейный анамнез по ИБС имели 35,37 % опрошенных (n-29); 17,24 % из них сами страдают ИБС (n-35), что составляет 6,09% от общей выборки. Средняя продолжительность заболевания составила $8,2 \pm 3,08$ лет. Инфаркт миокарда перенёс только 1 (1,22 % опрошенных). АГ наблюдалась у 54,88 % исследуемых (n-45). При этом средняя продолжительность заболевания составила 8,7 лет. Статины принимают 4,88 % опрошенных (n-4). Ожирением страдают 23,17 % исследуемых (n-19). Ожирением I степени страдают 13,41 % опрошенных (7 женщин и 4 мужчины), ожирением I степени-9,76 % исследуемых (6 женщин). Таким образом, ожирением страдает 30% женщин и 12,05 % мужчин. Избыточную массу тела имеют 41, 46 % опрошенных (n-34). СД диагностирован у 6,09% исследуемых (n-5). В исследуемой группе диабетом страдают только мужчины. Средняя продолжительность заболевания диабетом составила $5,4 \pm 1,04$ лет. Курят 24,39 % опрошенных (n-20) - 50,00 % мужчин (n=316) и 8,00% женщин (n-4). Средний стаж табакокурения составил $27,7 \pm 3,11$ лет. Среднее количество выкуриваемых сигарет в сутки – 19. Под умеренной физической активностью понимают следующие физические нагрузки- быстрая ходьба, работа в саду или на огороде, медленная езда на велосипеде. Такая нагрузка сопровождается сжиганием от 3,5 до / килокалорий в минуту. Интенсивная физическая активность включает в себя следующие нагрузки: бег трусцой, бег, быстрая езда на велосипеде, занятия аэробикой плавание на дистанцию, теннис, бадминтон, др. виды спорта, при этом сжигается более 7 килокалорий в минуту. Умеренной физической активностью занимаются 93,90% опрошенных (n-77) - 87,50 % мужчин (n-28) и 98,00 % женщин (n-49). 15,85 % исследуемых занимаются интенсивной физической нагрузкой (n=13)-9,38% мужчин (n=3) и 20,00% женщин (n=10). Низкая физическая активность отмечается у 6,10 % (n=35) опрошенных - у 12,50% мужчин (n-4) и 3,1% женщин (n-1).

Ожирение в сочетании с АГ выявлено у 19,51% опрошенных (n16). 3 мужчин с ожирением и АГ курят-3,66 % лиц от общего числа. ИБС с АГ наблюдается у 9,76% опрошенных (n-8). АГ и употребление алкоголя – 31,71 % опрошенных (n-26). ИБС в сочетании с АГ и ожирением - у 3,66 % (n-3). АГ и табакокурение наблюдается у 12,19 % опрошенных (n-10). ИБС и табакокурение -у 1,22 % (n-1). АГ и гиподинамия- у 3,66 % (n-3). Ожирение и гиподинамия-у 1,22 % (n-1). У всех больных с СД наблюдается АГ в сочетании с избыточной массой тела или ожирением (6,09% опрошенных). СД и ИБС-у 1,22 % опрошенных (n-1). Ожирение и табакокурение- у 3,66 % (n-3). 84,21 % лиц с ожирением страдают АГ (n-16). 15,79 % лиц с ожирением страдают ИБС.

Выводы. 1. Среди немодифицируемых факторов риска чаще встречались мужской и семейный анамнез ИБС.

2. Высока распространённость модифицируемых факторов риска ВСС – употребление алкоголя, АГ, табакокурения, ожирения.

3. Наиболее часто встречается сочетание АГ с другими модифицируемыми факторами риска (табакокурение, ожирение).

4. У всех больных с СД наблюдается АГ в сочетании с избыточной массой тела или ожирением.

5. Ожирение, как модифицируемый фактор риска, чаще наблюдалось у женщин.

6. У большинства опрошенных выявлена умеренная физическая активность. Занятия интенсивной физической нагрузкой среди исследуемых встречается редко.

ОСОБЕННОСТИ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST У ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА В СОВРЕМЕННЫХ РЕАЛИЯХ

Драговоз И. С., Хардикова Е.М.

Курский государственный медицинский университет, Россия

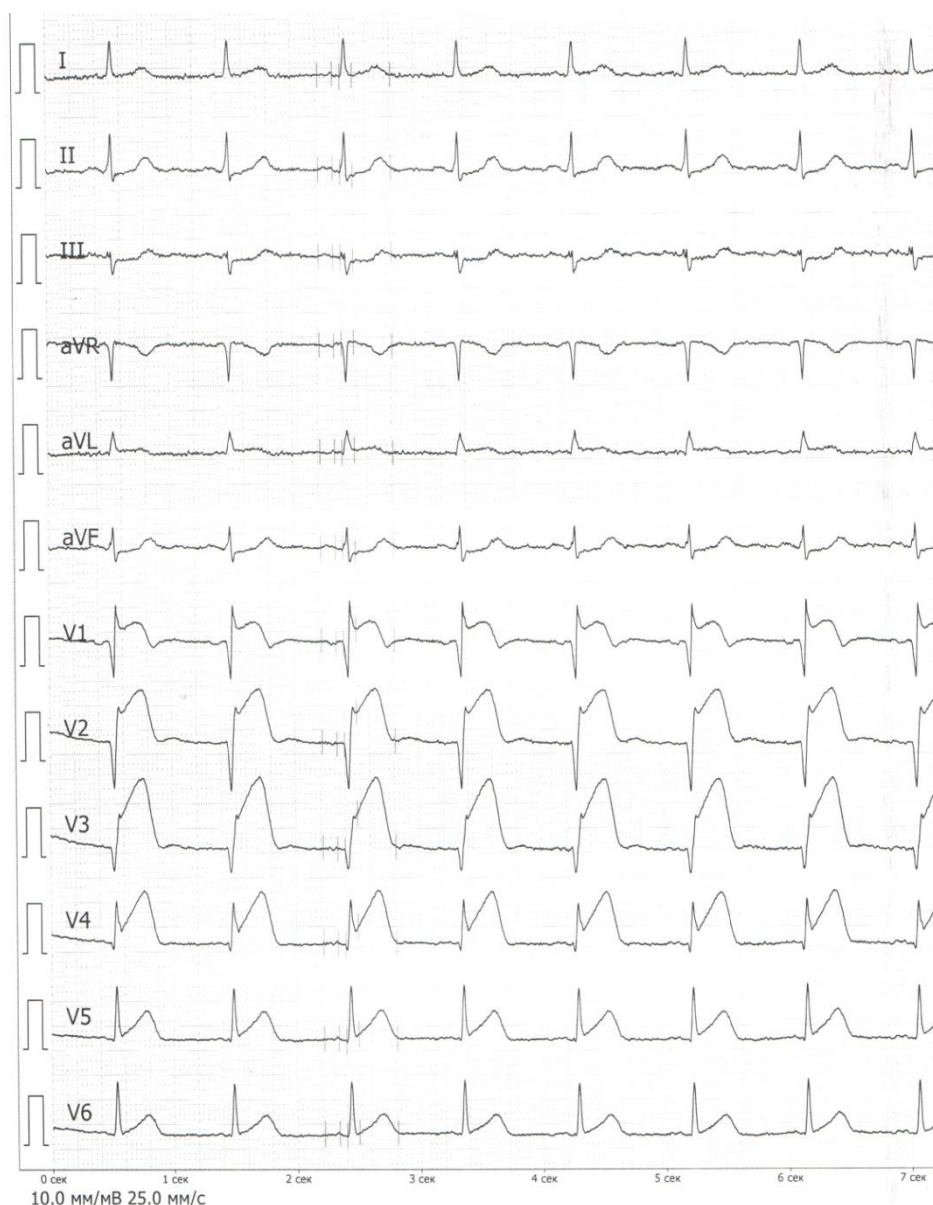
Введение: Основой механизма развития острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST является сложное взаимодействие различных факторов. Один из них – нестабильная атеросклеротическая бляшка, отрыв которой может приводить к образованию внутрикоронарного тромба и, как следствия – острой ишемии миокарда. Своевременно проведенная тромболитическая терапия оказывает решающее влияние на исход остро возникшего состояния, уменьшая вероятность инвалидизации и уровень летальности пациентов.

Цель: описать клинический случай развития первичного острого инфаркта миокарда (ОИМ) с подъемом сегмента ST у пациентки 84 лет без проведения тромболитической терапии из-за наличия противопоказаний, учитывая актуальность проблем, связанных с манифестацией острого коронарного синдрома (ОКС).

Материалы и методы: пациенту Д. 84 года, была вызвана бригада скорой медицинской помощи (СМП). Повод – боли за грудиной. Из анамнеза со слов родственников: около трех часов назад, во время прогулки, почувствовала себя плохо – стали беспокоить головокружения, боли за грудиной с последующей кратковременной потерей сознания. Жалобы на момент прибытия бригады СМП – сильная боль за грудиной сдавливающего характера последние 3-4 часа, не купирующаяся приемом нитроглицерина, иррадиирующая в левую половину нижней челюсти, левую лопаточную область. Сопутствующие заболевания – ИБС: стенокардия напряжения, ОНМК (ишемический инсульт) 5 месяцев назад с последующим восстановлением функций. При осмотре – состояние больной средней степени тяжести. Сознание ясное, частота дыхательных движений – 19 в

минуту, сатурация – 95%, артериальное давление – 150/80 мм рт. ст, пульс – 75 ударов в минуту, тоны сердца ритмичны, приглушены, глюкоза крови – 5,2 ммоль/л. На ЭКГ – ритм синусовый, регулярный. Частота сердечных сокращений – 75 ударов в минуту, подъем сегмента ST в грудных отведениях – V2-V3 на 9-10 мм, V4-V6 на 4-5мм, формирование патологического зубца Q в отведениях V1, V4-V6 – 1-2 мм, патологического комплекса QS (V2 – 12 мм, V3 – 7 мм).

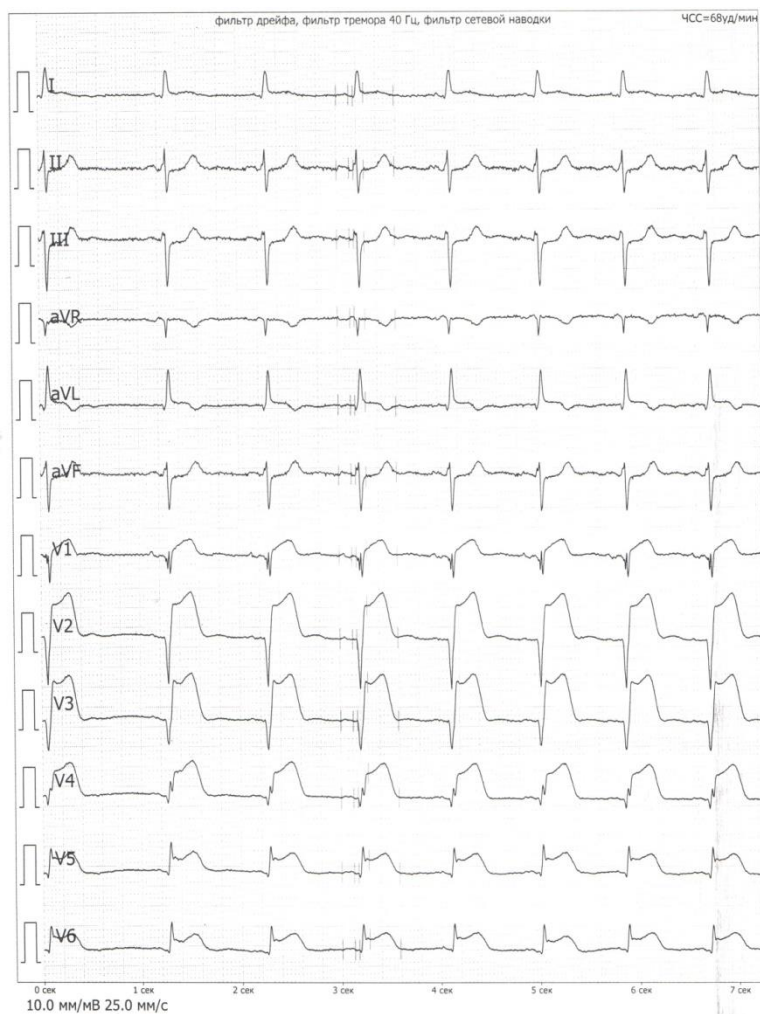
Рисунок 1



Результаты: согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 05.07.2016 г. №457н была оказана скорая медицинская помощь: ингаляция

кислородом через РИК (поток 9 литров в минуту из расчета на 80 кг веса), установлен периферический катетер в кубитальную вену. Парентерально: 1мл 1% раствора морфина+20мл 0,9% раствора хлорида натрия, 5000 единиц гепарина (1мл)+ 10мл 0,9% раствора хлорида натрия. Перорально – клопедогрель 75 мг (из расчета дозы на возраст пациента), ацетилсалициловая кислота 250 мг. Тромболитическая терапия препаратом «Метализе» (9000 ЕД) не проводилась, поскольку прямым противопоказанием является наличие в анамнезе пациентки острое нарушение мозгового кровообращения 5 месяцев назад, а также возраст (>75лет), при котором рекомендуется использовать данное лекарственное средство с осторожностью. Спустя 20 минут после проведенных манипуляций на ЭКГ было отмечено уменьшение элевации сегмента ST во всех грудных отведениях на 2-3 мм.

Рисунок 2.



После проведенного лечения и стабилизации состояния, больная Д. была доставлена бригадой СМП в реанимационное отделение регионального сосудистого центра Курской областной клинической больницы.

Выводы: в данном клиническом случае отображены особенности течения и развития острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST на

фоне оказания помощи на догоспитальном этапе бригадой СМП. Полученные данные и общая клиническая картина в динамике можно согласовать с описаниями, представленными в клинических рекомендациях от 2020 года и в медицинской литературе. Своевременно оказанная экстренная помощь с последующей госпитализацией, адекватное стационарное лечение имеют реальную перспективу на снижение летальности, формирования положительного исхода и, как правило, улучшения качества жизни пациентов после перенесенного ОИМ.

ФАКТОРЫ РИСКА И РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Даминава К.М.

Ташкентский Государственный Стоматологический институт, Узбекистан

Актуальность. Существенное влияние на развитие и прогрессирование хронических заболеваний почек в той или иной популяции может оказать целый ряд факторов. На рубеже XX и XXI веков мировое сообщество столкнулось с глобальной проблемой, имеющей не только медицинское, но и огромное социально-экономическое значение – пандемией хронических неинфекционных болезней, которые ежегодно уносят миллионы жизней.

Цель работы - Совершенствование прогнозирования ранней диагностики хронической болезни почек

Материалы и методы.

В про- и ретроспективное исследование были включены 217 больных в возрасте от 18 лет до 65 лет, больных с органами мочевого выделения, со стабильными формами ИБС и гипертонической болезни в условиях первичного звена здравоохранения.

Результаты и обсуждение.

Диагноз ИБС был установлен у 67 (30,9%) пациентов, из них у 2 (2,99%) больных имела место стабильная стенокардия напряжения 1 ФК, у 67 (30,9%) - стенокардия напряжения, «ФК с анамнезом заболевания 10 и более лет, ИМ давностью от 3 до 15 лет перенесли 18 (8,3%) пациентов, 1 (0,5%) больной перенес ранее два ИМ с интервалом в 7 лет. При

клиническом обследовании и по данным анамнеза АГ в трёх выделенных возрастных группах определена частота АГ. У лиц от 18 до 39 лет($n=58$) она составила 8(13,79%), в средней возрастной группе($n=107$) АГ определялась в 58(54,21 %), а среди людей старше 60 лет($n=52$) - в 45(86,54 %) случаях.

Анализ жалоб пациентов включенных в исследование показал, что только 66(30,4%)($n=217$) больных предъявляли жалобы на типичные приступы стенокардии. Распределение жалоб пациентов по частоте встречаемости отмечено, что в выделенных возрастных группах, преобладали жалобы со стороны сердечно-сосудистой патологии. Пациенты чаще всего отмечали одышку при физической нагрузке (при ходьбе, подъеме по лестнице выше 2-го этажа)- у лиц от 18 до 39 лет она составила 13(22,41%), в средней возрастной группе определялась в 49(45,79 %), среди людей старше 60 лет - в 45(86,54 %) случаях, дискомфорт и/или боли в области сердца при физической, эмоциональной нагрузке и без связи с нагрузкой, при повышении АД- у лиц от 18 до 39 лет она составила 12(20,69%), в средней возрастной группе определялась в 42(39,25 %), среди людей старше 60 лет - в 25(48,08 %) случаях, головные боли- у лиц от 18 до 39 лет она составила 9(15,52%), в средней возрастной группе определялась в 42(39,25 %), среди людей старше 60 лет - в 31(59,62 %) случае, шаткость и головокружение при ходьбе и/или при перемене положения тела- у лиц от 18 до 39 лет она составила 5(8,62%), в средней возрастной группе определялась в 34(31,78 %), среди людей старше 60 лет - в 25(48,08 %) случаях, сердцебиение- у лиц от 18 до 39 лет она составила 7(12,07%), в средней возрастной группе определялась в 38(35,51 %), среди людей старше 60 лет – в 30(57,69 %) случаях, общая слабость у лиц от 18 до 39 лет составила 8(13,79%), в средней возрастной группе определялась в 50(46,73 %), среди людей старше 60 лет - в 39(75,0 %) случаях, дизурические симптомы в виде учащенного мочеиспускания в дневное и/или ночное время- у лиц от 18 до 39 лет она составила 14(24,14%), в средней возрастной группе определялась в 34(31,78 %), среди людей старше 60 лет - в 23(44,23 %) случаях. Основными

заболеваниями, по поводу которых пациенты обращались в поликлинику, в 88(40,6 %) случаях была гипертоническая болезнь (ГБ). Второй по частоте наблюдалась ИБС у 67(30,9 %) пациентов, которая нередко сочеталась с ГБ и другими заболеваниями. У 19(8,8%) пациентов кардиологическая патология сочеталась с сахарным диабетом (СД). Всем пациентам, имеющим сердечнососудистую патологию, были проведены скрининговые лабораторные исследования, включающие: общий анализ мочи (с акцентом на наличие альбуминурии), общий анализ крови, креатинин и мочевины крови, общий белок крови, ЭКГ, холестерин крови и расчет СКФ по формуле Коккрафта-Голта и MDRD. Всем больным с изменениями в анализе мочи и/или СКФ, с выявлением анемии проводилось УЗ-исследование почек.

Анализ полученных данных показал, что из общего количества больных старшей возрастной группы, имеющих кардиологическую патологию (52 больных), 6(11,54 %) пациентов имели признаки хронической болезни почек с почечной недостаточностью.

По показателям среднего значения креатинина плазмы крови были обнаружены различия, по возрастным группам. Средний уровень креатинина крови в младшей возрастной группе составили: $43(74,14 \pm 1,31)$, в средней возрастной группе: $84(78,50 \pm 1,23)$ и в старшей – $43(82,69 \pm 2,46)$.

Данный факт свидетельствует и ещё раз подтверждает, что хроническая болезнь почек достаточно часто протекает без выраженных клинических проявлений и с нормальными показателями азотовыделительной функции почек. Поэтому в постановке клинического диагноза ХБП у больных с любой соматической патологией, а в частности кардиологической, определение СКФ в сочетании с выявлением скрытых факторов, таких как жалобы и объективное обследование является обязательным. При дополнительном обследовании данных больных было уточнено, что в течение длительного времени пациенты отмечали слабость, снижение работоспособности, периодически немотивированную жажду. Однако, врачу данные жалобы не предъявляли, расценивая их как возрастные проявления. Снижение показателей красной крови – гемоглобина и

количества эритроцитов было выявлено у 11(5,07 %) пациентов с повышенными показателями креатинина и у 1(0,5 %) с нормальными показателями. У 48(43,24 %) обследованных пациентов из этой группы (n=111)имелась микроальбуминурия. И только у 1(0,9 %) - она выставлена в основной диагноз с обоснованием в ХБП. Кроме того, мы обратили внимание на снижение уровня общего белка крови в большей степени у пациентов с нормальным уровнем креатинина, что возможно, в сочетании с другими критериями может быть маркером диагностики ХПБ, протекающей без ХПН.

Выводы.

Результаты исследования показали, что на основании полученных данных у 11,1% с сердечно-сосудистой патологией впервые установлен диагноз хронической болезни почек. У 88,9 % из них показатели креатинина крови были в пределах нормы, в то время как СКФ у этих же пациентов была достоверно снижена, что еще раз подтверждает, что хроническая болезнь почек достаточно часто протекает без выраженных клинических проявлений и с нормальными показателями азотовыделительной функции почек. Поэтому в постановке клинического диагноза ХБП у больных с кардиальной патологией, консультация нефролога с определением СКФ мы считаем, является обязательным.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЛЯМБЛИОЗОМ

Жалилова А.С.

Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сино,
Бухара.

Лямблиоз является одним из самых распространенных и часто встречающихся протозоозов, протекающим как в виде латентного паразитоносительства, так и в виде манифестных форм с преимущественным поражением тонкого кишечника. Несмотря на широкий спектр этиотропных препаратов, по-прежнему на повестке дня сохраняются вопросы совершенствования терапии лямблиоза, так как используемые ранее

лекарственные средства теряют свою эффективность в связи с растущей резистентностью к ним паразитов.

Цель работы – изучить эффективность применения препарата албендазола и клинтаб у больных, страдающих лямблиозом.

Под наблюдением находились 50 детей с лямблиозом в возрасте от 3 до 14 лет. Диагностика лямблиоза проводилась с помощью метода микроскопии: непосредственно перед микроскопией готовили тонкий мазок с окраской 1% раствора Люголя. Серологическое исследование включало определение АТ к лямблиям в крови с использованием набора реагентов «Лямблия–антитела-ИФА-Бест», предназначенный для выявления IgM и IgG к антигенам лямблий в сыворотке крови человека. Все обследуемые больные разделили на основную и контрольную группы. Основная группа (25 больных) была назначено албендазол с клинтаб, больные контрольной группы (25 больных) получили албендазол. Противоглистный или антигельминтный фитопрепарат клинтаб предназначен для лечения и предупреждения появления различных паразитов в организме человека. Оказывает положительный эффект на деятельность печени и желудочно – кишечного тракта. Эффективное средство в лечении больных с аскаридозом и энтеробиозом. Препарат также обладает общеукрепляющим, улучшающим функциональное состояние желудочно-кишечного тракта действием.

Албендазол назначали по схеме: 6 мг/кг дважды в сутки на протяжении 5 дней. Больные основной группы в место с албендазол получали клинтаб по 1–2 таблетки 2 раза в день 20 минут до еды. Учитывая, что лямблиозный дуоденит и кишечный лямблиоз требуют не только специфической терапии, мы назначили соответствующего диетического режима, по показаниям – энтеросорбентов (дюфалак), ферментов(креон), желчегонных, антигистаминных средств, противогрибковые и антиоксиданты. Положительный эффект основной группы был достигнут у 92% пациентов, а контрольной у 76% пациентов. Отмечалась хорошая переносимость препаратов, побочные явления отмечены у 7,9% больных контрольной группы.

Таким образом, клинтаб с албендазолом является эффективным и хорошо переносимым средством для лечения детей с кишечным лямблиозом.

АМБУЛАТОРНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА СВЕРТЫВАЕМОСТЬ КРОВИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (SARS-COV-2)

Жеребцова В. Д., Хлебодарова Е.В

Курский государственный медицинский университет

Введение. В последнее время в связи с появлением новой коронавирусной инфекцией (Covid-19/SARS-CoV-2) возросло число тромбообразования, что значительно сказывается на качестве жизни пациентов. Для снижения развития тромбообразования в национальных клинических рекомендациях (НКТ) версии 7 (от 03.06.2020 года) было предложено применение антикоагулянтов в качестве профилактики развития коагулопатий и тромбообразования при заболевании SARS-CoV-2. В настоящее время НКТ версии 10, также рекомендовано их использование, что значительно снижает риск тромбообразований.

Цель исследования. Определить насколько необходимо использование препаратов влияющих на свертываемость крови при лечении новой коронавирусной инфекции в амбулаторных условиях.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования были изучены 200 карт вызовов ОБУЗ Курской городской станция скорой медицинской помощи, 3 подстанции учетная форма N₀ 110/у (СМП) пациентов, которые болели SARS-CoV-2 и получали амбулаторное лечение.

Результаты. При исследовании карт было получено, что 70 обращений со стороны мужчин (42,5 %); 130 вызовов пришлось на женщин (57,5 %). Возраст пациентов варьировался 45-75 лет, средний возраст приблизительно 67 лет. Все пациенты были разделены на 2 группы. 1-ая группа пациентов, в которую вошли 100 человек, не принимали антитромботические препараты при лечении SARS-CoV-2. 2-ая группа (100 человек) – больные Covid-19,

которые получали в лечении антикоагулянты. В результате было выявлено, что у пациентов, которые не принимали антикоагулянты в амбулаторных условиях, часто возникают жалобы на боли в области сердца сжимающего характера часто в покое и при незначительной физической нагрузке, на электрокардиограмме (ЭКГ) определяются ишемические изменения – 30 человек. У таких пациентов, также возникают впервые выявленные аритмии – 20 человек. Некоторые люди отмечают боль в конечностях, чувство онемения, парестезии - 20 человек. 30 пациентов не предъявляли жалоб. У пациентов, которые принимали антикоагулянты при амбулаторном лечении процент ишемических осложнений на много ниже (20 %). На ЭКГ патологии связанной с ишемией миокарда нет у 80 человек. Отклонения на ЭКГ, которые не угрожают жизни пациентов – 20 человек, жалоб на чувство онемения, парестезий в конечностях у пациентов нет.

Выводы. Появление у пациентов жалоб на боли в области сердца сжимающего характера часто в покое и при незначительной физической нагрузке, на электрокардиограмме (ЭКГ) определяются ишемические изменения, возникновение впервые выявленных аритмий, боль в конечностях, чувство онемения, парестезии. Все это указывает на высокий процент ишемических осложнений после перенесенного Covid-19. Но риск развития коагулопатий и тромбообразования при заболевании SARS-CoV-2 снижается при назначении антитромботических препаратов на догоспитальном этапе.

КЛИНИКА-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИЗЕНТЕРИИ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.

Орзикулов А.О., Рустамова Ш.А., Караматуллаева З.Э.

Самаркандский Государственный Медицинский институт, Узбекистан.

Актуальность. Шигеллезы являются одним из самых распространенных инфекций у детей. Среди них наиболее часто встречается острая дизентерия у детей до 3-х летнего возраста и как в нашей Республике, так и во всем мире

[1,2,3]. Статистика заболевания в мире трудно поддается учёту из-за недоступности квалифицированной медицинской помощи, но по предварительным подсчётам ВОЗ ежегодно наблюдается до 80 миллионов случаев заболевания шигеллёзами, и 700 000 из них со смертельным исходом [4,5]. Проблема бактериальной дизентерии, по-прежнему, является одной из наиболее актуальных в педиатрии, что обусловлено ее широкой распространенностью и высоким уровнем заболеваемости среди всех возрастных групп и, особенно у детей [5,6]. В последние годы в структуре заболеваемости дизентерией возрос удельный вес шигеллеза Зонне, о чем свидетельствует значительное увеличение количества пищевых вспышек среди детей [4,5]. Вместе с тем, в ряде регионов, где имеются серьезные недостатки с обеспечением населения доброкачественной водой, лидирующая роль в эпидемическом процессе принадлежит штаммам шигелл Флекснера [6,7].

Продолжаются интенсивные исследования клинико-патогенетических механизмов и методов диагностики дизентерии. Однако в этой области остается много нерешенных вопросов. Относительно невысокая бактериологическая подтверждаемость дизентерии обуславливает необходимость дальнейшего усовершенствования существующих и разработку новых методов диагностики. Дизентерия была и остается одной из важнейших проблем здравоохранения. Активная антибиотикотерапия, проводимые эпидемиологические мероприятия не предупреждают высокую смертность в результате острой дизентерии [3,4,5]. Следует отметить, что прикрепляться к эпителиоциту, проникать в него и размножаться в нем способны только вирулентные штаммы дизентерии, которые контролируются инвазивной активностью этих бактерий. Токсины дизентерии являются самым распространенным токсином в природе. Несмотря на повышенный интерес к изучению дизентерии и их токсинов, в последнее время роль его как фактора вирулентности в патогенезе дизентерии и, особенно в развитии гемоколитического синдрома, остается недостаточно

изученным. Решение этой проблемы требует углубленных информативных методов для их выявления.

Последнее десятилетие, по данным многих авторов, характеризуется увеличением частоты регистрации тяжелых форм и осложненного течения дизентерии [5,6]. Повреждение, вызванное патогеном, кроме местных изменений сопровождается развитием общей реакции организма на инфекционный процесс. У детей шигеллезная инфекция нередко сопровождается развитием инфекционного токсикоза, дегидратации и дисметаболических нарушений, что в острый период заболевания обуславливает особую тяжесть состояния ребенка [4,5,6]. В клинической практике имеются сложности для объективной оценки интоксикационного синдрома, что определяет тяжесть и течение заболевания. Вместе с тем, своевременная диагностика выраженности метаболических нарушений оправдывает проведение направленной патогенетической терапии с использованием современных дезинтоксикационных и антиоксидантных препаратов.

Цель исследования: изучить клинико лабораторную характеристику дизентерии у детей на современном этапе.

Материалы и методы исследования: Проведено изучение клинико-эпидемиологических особенностей дизентерии у детей в возрасте от 3 месяцев до 14 лет. Для оценки эпидемиологической ситуации были использованы данные заболеваемости острой дизентерией за 2010-2020 гг в областной инфекционной клинической больнице г. Самарканда. Проведено клиническое наблюдение детей с острой дизентерией. Диагноз «Острая дизентерия» устанавливали на основании клинико-эпидемиологических данных и результатов бактериологического и копрологического исследования. Формулировка диагноза проводилась в соответствии с общепринятой клинической классификацией дизентерии. Лечение детей проводили стандартными методами с использованием этиотропной и патогенетической терапии (дезинтоксикационная и регидратационная терапия с включением биопрепаратов и энзимов).

Результаты и их обсуждения: Шигеллезы претерпели некоторые изменения по этиологической структуре и клиническому течению. В последние годы изменилась этиологическая структура дизентерии. Соответственно этому наблюдается клиническая картина дизентерии, характеризующаяся увеличением тяжелых форм и снижением легких форм заболеваний. В последние 10 лет (2010- 2020 гг.) диагноз дизентерии у детей подтверждался высевам из кала.

Анализ заболеваемости проводился в период с 2010-2020 гг. по данным ретроспективного анализа историй болезней больных, находившихся на стационарном лечении в областной клинической инфекционной больнице города Самарканда.

В соответствие с поставленными целями и задачами нами проводились исследования в следующих направлениях: изучались эпидемиологические, клинические и лабораторные аспекты дизентерии.

Получение новых сведений о современных особенностях дизентерии в Самаркандской области, разработка рациональной схемы лабораторной диагностики заболевания на основе определения клинико-эпидемиологической значимости традиционных и новых лабораторных методов. Диагноз выставляли на основании клинических проявлений, эпидемиологических данных и лабораторно-этиологических исследований в контексте стандартного определения случая. Удельный вес шигеллезной инфекции в структуре кишечных инфекций, составил 2,7%. Из числа обработанных стационарных карт с диагнозом «ОКИ» дизентерия была подтверждена клинически в 26,6% случаях.

При анализе местожительства больных установлено, преимущественное обращение из районов Самаркандской области (87,3%) (рисунок 1).

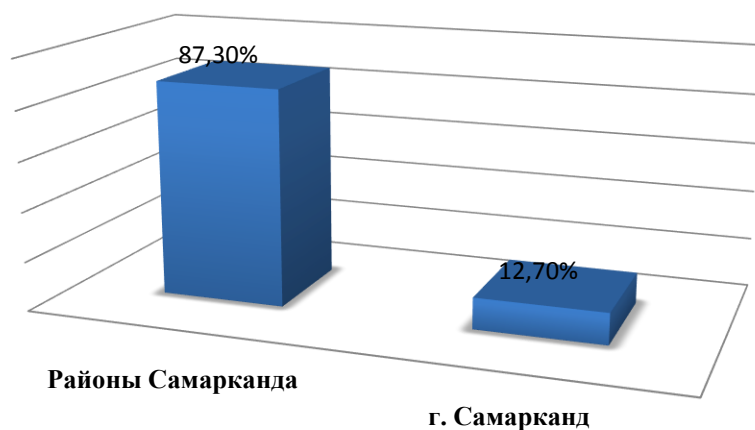


Рис 1. Распределение больных по месту жительства

Как видно, из рисунка дизентерия остается инфекцией, поражающей преимущественно сельское население (рисунок №1).

Заболеваемость дизентерией в основном связано, с плохими санитарными условиями и отсутствием доступа к безопасной питьевой воде.

При анализе обращаемости больных в разрезе колебаний годовой динамики заболеваемость дизентерией не имеет тенденции к снижению среди детей (рисунок №2).

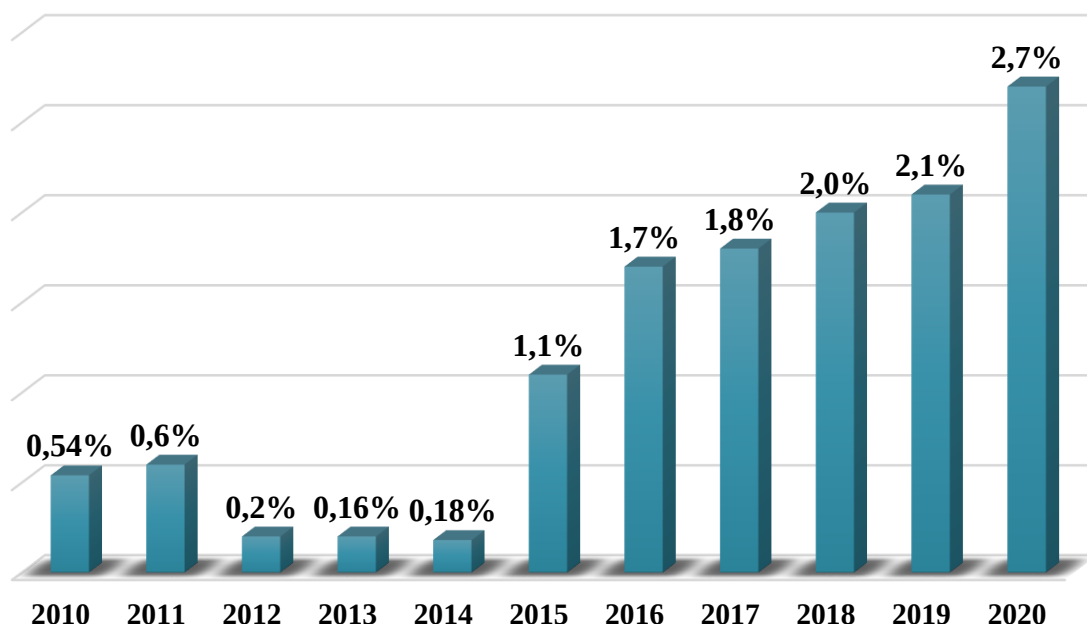


Рис №2. Обращаемость больных в разрезе

Распределение больных по возрасту

Возраст больных	%
Дети до года	9,5 %
1-3лет	15,3 %
3-5 лет	26,4 %
5-7 лет	23,2 %
7-10 лет	15,3 %
10-14 лет	10,3%
Всего	100 %

Относительно высокая заболеваемость детей в возрасте 3-7 лет, посещаемость детей того же возраста дошкольными учреждениями и школами связана с санитарными условиями в них.

Таким образом, наибольший удельный вес дизентерии приходился на детей от одного до 7- лет, где случаи шигеллезной инфекции отмечались в 64,9 % от общего количества больных (таблица №2). С меньшей частотой дизентерия выявлялась в возрастных группах у детей старше 7 лет. Доля детей в возрасте старше 7 лет среди пациентов с установленной шигеллезной инфекцией была наименьшей и составила всего 35,1 %.

При анализе случаев заболевания по месяцам было выявлено, что в зимние месяцы заболевание встречалось в 18,1% случаев, в весенние месяцы в 15,7%, в летние месяцы – в 34,7%, в осенние месяцы – в 31,5% случаев от общего числа случаев. Увеличение заболеваемости приходилось на летние и осенние месяцы.

Преморбидный фон отягощался у 80,3% больных анемией, у 2,4% бронхопневмонией, экссудативно-катаральный диатез 2,6%, врожденными пороками сердца у 2,4%, гипотрофией у 9,5%, паратрофией у 2,8% больных.

Из анамнеза на искусственном вскармливании находились 62,9% детей до 1 года и дети до 3-х лет 44,1% случаев.

При выяснении эпидемиологического анамнеза было выявлено, что заболевание у 9,5% больных связывалось с контактом с диарейным больным, у 21,3% с употреблением немытых фруктов, у 9,4% с употреблением тортов и пирожных, с употреблением салатов у 6,3% больных. У 53,5% больных установить причину диареи не удалось.

Дети были направлены в стационар с диагнозами: острая кишечная инфекция 55,9%, острая респираторная вирусная инфекция с диспептическим синдромом 8,5%, гастроэнтерит-5,3 %, гастроэнтероколит-28,1%, сепсис, септицемия-2,2% случаев. Предварительный диагноз «Дизентерия» в приемном отделении был поставлен 60,7 % случаев. По срокам госпитализации у детей, где острая дизентерия подтверждена высевом шигелла Флекснера поступили в стационар на 1-й и 2-й день болезни, у 67,1 %, на 3-4 день, у 30,3 %, и на 5-6 день 2,5 % детей. Тогда как у детей шигеллезом Зонне, госпитализировались в первые два дня болезни лишь 46,6 %, на 3-4-й день болезни 53,4 %. У детей острая дизентерия, вызванная Флекснером, протекала, в основном среднетяжелой и тяжелой формах. Так, легкая форма шигеллезом Флекснера всего лишь 6,7 %, а тяжелая форма реже наблюдались у детей шигеллезом Зонне 13,4 %.

Симптомы интоксикации проявлялись: повышением температуры тела до 38,5 градусов у большинства 92 % детей, в течение 4-5 дней, рвотой 60,1 %. Синдром интоксикации у детей старшего возраста, в частности повышение температуры тела было кратковременным - 1-2 дня, дисфункция кишечника проявлялась колитным синдромом и сохранялась 3-5 дней. Необходимо отметить, что первые дни отмечали гемоколит. Характерный энтероколитный и колитный синдромы проявлялись тенезмами у 78,6 % больных, спазмированной и болезненной при пальпации сигмовидной

кишкой у 70,1 % больных, учащенным жидким стулом, частота которого у каждого второго ребенка колебалась от 10 до 20 раз в сутки, и сопровождался гемоколитом, примесь крови была в основном в виде прожилок. Стул терял каловый характер только у больных с тяжелой формой дизентерии (29,7 %). У остальных детей (70,3 %) дизентерия протекала в среднетяжелой форме. У детей первых 3-х лет чаще имеет место интоксикационный синдром, в частности повышение температуры тела и рвота. Следует отметить, что тяжелые формы дизентерии в основном были вызваны шигеллой Флекснера. При анализе результатов исследования гемограммы выявлена умеренная анемия у 24,2 % больных, палочкоядерный сдвиг влево у 34,5 % больных, ускорение СОЭ у 36,2 % детей. Для определения этиологии заболевания использовалось бактериологическое исследование кала и копрологическое исследование. Среди обследованных больных бактериологическое подтверждение было получено у 90 %, у 10 % детей диагноз подтвердился клинически. Микст-инфекция зарегистрирована у 5,2 % детей. Всем детям назначалась терапия, которая включала этиотропную терапию, с учетом антибиотикограммы (чувствительности), диетотерапию, дезинтоксикацию и регидратацию, пробиотики, ферменты и сорбенты. Большинство больных шигеллезом 70,8 % получили антибактериальную монотерапию, лишь 29,2 % детей получили комбинированную антибактериальную терапию. У детей до 3 лет часто применяли эрсефурил и III поколение цефалоспоринового ряда (цефтриаксон, цефотаксим, цефтазидим, цефаперазон+сульбактам). Длительность антибактериальной терапии в среднем составила 5-7 дней. Анализ этиотропной терапии позволил выявить нерациональное применение некоторых антибиотиков, таких как ампициллин, цефазолин, гентамицин, амикацин.

Заключение: Таким образом, в последние годы отмечается рост заболеваемости дизентерией среди детей. Наиболее выраженные и длительные проявления интоксикационного синдрома характерны для шигеллеза Флекснера, что наряду с местным воспалительным синдромом обуславливает 30,6% тяжелых форм инфекции. Дизентерия Зонне

характеризуется преимущественным развитием умеренной интоксикации с быстрой обратной динамикой ее клинических проявлений, а частота тяжелых форм среди госпитализированных больных не превышает 13,4%.

Использованная литература:

1. Жураев Ш.А., Исраилова С.Б., Рустамова Ш.А. «Острые кишечные инфекции, вызванные условно-патогенной флорой, у детей раннего возраста на современном этапе». Всеукраинский журнал студентов и молодых ученых “ХИСТ”, г.Черновцы, Выпуск 18, 2016, стр.426.
2. Муминова Ш.Ш., Ярмухамедова Н.А., Рустамова Ш.А. «Ранняя клинико-лабораторная диагностика гемолитико-уремического синдрома у детей ОКИ» Научно - практический журнал «Проблемы биологии и медицины» г.Самарканд, №3 2014 г.стр 142
3. Одилова Г.М., Рустамова Ш.А., Муротова З.Т. «Клинико-лабораторные особенности течения кишечных инфекций салмонеллезной этиологии у детей “Материалы конгресса «Здоровые дети — будущее страны» Научно-практический журнал для врачей «Педиатр» том 8, 2017 спецвыпуск, Россия. Стр 319.
4. Одилова Г.М., Рустамова Ш.А., Караматуллаева З.Э. “Анализ эпидемиологической характеристики острых кишечных инфекций в современном этапе “. Проблемы медицины и биологии. Материалы Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов Кемерово, 11-12 апреля, 2019 года стр 74 -75.
5. Ставицкая Е. Л. Клинико-эпидемиологическая и социальная характеристика современной дизентерии /Автореф.дис.... канд.мед.наук. СПб, 1997. - 28с.
6. Ющук Н. Д., Розенблюм А. Ю., Островский Н. Н., Ефремова Л. В. Клинико-лабораторная характеристика острой дизентерии Флекснера / Эпидемиология и инфекц.болезни. - 1999. - № 1. - С. 29-32.

7. Надирбекова, Р. А. Клинико-лабораторная характеристика дизентерии у детей / Р. А. Надирбекова. - Текст : непосредственный // Молодой ученый. - 2014. - № 16 (75). - С. 121-123. - URL: <https://moluch.ru/archive/75/12794>.

СТРУКТУРА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЛОР-ОТДЕЛЕНИЯХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Ибрагимов Ш.Р.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра болезни уха, горла и носа оториноларингологии

Этиологическая структура внутрибольничных инфекций в ЛОР – отделениях лечебно-профилактических учреждений имеет определенные различия в зависимости от профиля учреждения и вида лечебного вмешательства. Ведущим возбудителем внутрибольничных инфекций в ЛОР-отделениях остается коагулазонегативные стафилококки и золотистый стафилококк, наиболее часто высевается кишечная палочка и другие представители семейства Enterobacteriaceae. Вопросы периоперационной профилактики и лечения инфекционных осложнений в настоящее время в значительной степени стандартизированы. Однако не исключается и клинический подход, предполагающий индивидуальные решения с учетом особенностей организма больного, комплекса имеющихся у него патологических процессов.

Борьба с инфекционными осложнениями невозможна без введения системы мониторинга, своевременного выявления, назначения адекватного лечения. На основании анализа 604 историй болезни пролеченных в ЛОР-отделениях больных было выявлено 148 случаев, которые были классифицированы как инфекционные осложнения. Общая заболеваемость инфекционными осложнениями составила $24,0 \pm 1,7\%$. Анализ структуры локализованных инфекционных осложнений показал, что $50,0 \pm 11,1\%$ (1-е ранговое место) составляет диффузный наружный отит. 2-е ранговое место

(27,3±3,9%) приходится на хронический синусит, 3-е ранговое место (22,7±3,7%) – на флегмону области лица, 4-е ранговое место (21,9±3,7%) эптитимпаниты, 5-е ранговое место (20,0±8,9%) на отогенный менингит, 6-е ранговое место (15,0±7,9%) на отогенный сепсис, 7-е ранговое место (14,0±3,1%) на мезотимпанит, 8-е ранговое место (11,7±2,8%) на гнойный лабиринтит, 9-е ранговое место (10,0±6,5%) на пансинусит, 10-е ранговое место (5,0%) на лимфогенный риногенный лептоменингит, 11-е ранговое место (2,3%) на абсцесс мозга. Лечение генерализованных осложнений составляет наиболее сложную задачу, требует максимальных ресурсов, внимания и знаний от медицинского персонала больницы.

За период исследования было выделено 632 культур микроорганизмов, из них 556 (87,9%) – от больных, 54 (8,5%) – от персонала, 22 (3,6%) – с объектов внешней среды. При этом 529 культуры выделено при клинических состояниях (заболеваниях), 81 культуры – от носителей. Относительно небольшое число культур, полученных от носителей, объясняется ориентацией микробиологических обследований в стационаре на клиническую, а не эпидемиологическую диагностику, первоочередным вниманием и приоритетным обслуживанием больных. В то же время, существование бессимптомных бактериовыделителей среди больных и персонала свидетельствует о наличии внутрибольничного эпидемического процесса. Среди персонала бессимптомное бактериовыделения представляло в абсолютном большинстве случаев – носительство золотистого стафилококка. Микробный пейзаж окружающей среды в целом повторяет структуру микроорганизмов, выделенных от больных и носителей.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРЫ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОФТАЛЬМОМИКОЗОВ

Искендерли В.Б.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра офтальмологии

Ключевые слова: грибковый конъюнктивит, микотические поражения глаз, этиология, микозы

На современном этапе отмечается повсеместное увеличение числа заболеваний, вызываемых условно - патогенными микроорганизмами, в том числе и грибами. Почти каждый пятый человек на нашей планете поражен грибковыми заболеваниями. В связи с этим, микозы являются одними из самых распространенных заболеваний среди людей. Потенциальными возбудителями грибковой инфекции в настоящее время являются около 400 видов грибов и только приблизительно около 50 видов становятся патогенными возбудителями органа зрения и всех его придатков.

Во многих случаях у пациентов с микотической инфекцией глаз грибки внедряются из объектов окружающей среды в ткани глаза или же заносятся из других очагов микотической инфекции на слизистых и коже других органов и тканей организма. Также, но довольно редко поступают из глубоких очагов в организме гематогенным путем. Наиболее часто при гранулематозных грибковых конъюнктивитах основными возбудителями выступают паразитарные грибки рода *Coccidioides immitis*, *Actinomicetes*, *Pennicillium viridans*, *Sporotrichum*. Дрожжеподобные грибки рода *Aspergillus* и *Candida albicans* вызывают экссудативные грибковые конъюнктивиты. Источниками заражения при этом являются вода, почва, травы, больные люди и животные.

Анализ представленных данных 74 случаев грибковых конъюнктивитов глаз показал, что у пациентов выделяется в основном *C.albicans* – в среднем $86,5 \pm 4,0\%$ случаев, выявляемость *Coccidioides immitis* составила $8,1 \pm 3,2\%$ случаев ($\chi^2=81,91$; $p<0,01$), *Pennicillium viridans* - $5,4 \pm 2,6\%$ ($\chi^2=0,43$; $p>0,05$).

Как оказалось, формы заболевания на выявляемость *C.albicans* не оказывают влияния и она варьирует при разных формах заболевания от $84,2 \pm 8,6$ до $87,2 \pm 5,4\%$ ($\chi^2=0,15$; $p>0,05$). Но при этом следует признать, что уровень выделения *C.albicans* наиболее высока при хронической форме заболевания - $55,5 \pm 5,8\%$ случаев, нежели острой формы заболевания $25,7 \pm 5,1\%$ ($\chi^2=13,57$; $p<0,01$) и особенно при форме носительства грибов – $18,9 \pm 4,6\%$ ($\chi^2=0,97$; $p>0,05$). Как видно *C.albicans* не всегда является причиной развития клинической формы грибкового конъюнктивита глаз и он не проявляет патогенных, длительно находясь в организме пораженных лиц, при этом в подавляющем числе случаев он представлен в виде моноинфекции.

При острой форме инфекции *C.albicans* выявляется у 16 пациентов ($84,2 \pm 8,6\%$), *Coccidioides immitis* выявляется у 1 пациента ($5,2 \pm 3,2\%$) и *Pennicillium viridans* выявляется у 2 пациентов ($10,5 \pm 7,2\%$ случаев). При носительстве *C.albicans* выявляется у 12 пациентов ($85,7 \pm 9,7\%$), *Coccidioides immitis* выявляется у 1 пациента ($7,1 \pm 6,2\%$) и *Pennicillium viridans* выявляется у 1 пациента ($7,1 \pm 6,2\%$ случаев).

Совершенно очевидна роль *C.albicans* в развитии и длительном поддержании хронической рецидивирующей формы грибкового конъюнктивита глаз. Как видно в этиопатологии хронической формы грибкового конъюнктивита глаз основную роль играет ассоциация резистентных штаммов *C.albicans*, *Coccidioides immitis* и *Pennicillium viridans*.

АҲОЛИ ТУРАР ЖОЙЛАРИНИ ЧИҚИНДИЛАРДАН ТОЗАЛАШ МУАММОЛАРИ

Искандарова Г.Т., Шеркўзиева Г.Ф., Жолмурзаев А.Д

Тошкент тиббиётакадемияси

Тошкент, Ўзбекистон

Ўзбекистон Республикаси мустақилликка эришгандан сўнг аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш ҳамда мустаҳкамлаш, жамиятда соғлом турмуш тарзини кенг қарор топтириш, экологик барқарорликни таъминлашга қаратилаётган эътибор юксалиб бормоқда. Сўнгги йилларда маиший ва саноат

чиқиндиларининг йилдан-йилга ортаётгани ер юзидаги экологик барқарорликка салбий таъсир кўрсатмоқда. Ҳозирги кунда чиқиндиларнинг 900 га яқин тури қайд этилган. Ҳар йили дунёда чиқиндилар ҳажми 3 фоизга кўпаймоқда. **Ҳозирда республика бўйлаб 221та чиқинди полигони мавжуд бўлиб, уларнинг майдони 0,5 гектардан 70-80 гектаргача боради. Кўпчилик полигонларнинг фойдаланиш муддати 20-30 йилни ташкил этади.** Шу билан бирга қаттиқ маиший чиқиндиларнинг ташқи муҳит объектларида сақланиш муддатлари ҳам узок бўлиб, фотопленкаларнинг пластмасса ғилофи-20-30 йилни ташкил этса, шиши бутилкалари хаттоки 1 миллион йилгача сақланади. Урбанизация жараёни жадаллашиб, шаҳарлар кенгаётган, аҳоли сони ўсаётган ва унинг эҳтиёжини қондириш учун миллионлаб турдаги товарлар ишлаб чиқарилаётган бир пайтда чиқиндиларни қайта ишлаш ва уларнинг утилизацияси энг катта муаммолардан биридир. Бугунги кунда чиқинди муаммоси нафақат Ўзбекистонни балки бутун дунё аҳлини ташвишга солмоқда. Дунё бўйича бу 5 млрд. 754 млн. килограммни ташкил этади ва фақат унинг 30 фоизигина қайта ишланади. Сўнгги йилларда мамлакатимизда атроф-муҳитни муҳофаза қилишни таъминлаш, табиий ресурслардан оқилона фойдаланиш, шунингдек, ҳудудларнинг санитария ва экологик ҳолатини яхшилаш соҳасида изчил сиёсат амалга оширилмоқда. Хусусан, 2017-2018 йилларда қаттиқ маиший чиқиндилар билан боғлиқ ишларни амалга ошириш тизимининг инфратузилмасини такомиллаштириш бўйича кенг кўламли ишлар олиб борилди, 13 та санитария жиҳатидан тозалаш давлат унитар корхоналари ҳамда уларнинг туман ва шаҳарлардаги 172 та филиали, шунингдек, 9 та маиший чиқиндилар билан боғлиқ ишларни комплекс амалга ошириш кластерлари ташкил этилди. “2019-2028 йиллар даврида Ўзбекистон Республикасида қаттиқ маиший чиқиндилар билан боғлиқ ишларни амалга ошириш стратегиясини тасдиқлаш тўғрисида”ги Қарорни қабул қилинган бўлиб, ушбу қарорда қаттиқ маиший чиқиндиларни тўплаш, ташиш, утилизация қилиш, қайта ишлаш ва кўмиш бўйича самарали тизимни яратиш, уларнинг фуқаролар соғлиғи ва атроф-муҳитга зарарли таъсирини бартараф

қилиш кўзда тутилган бўлиб шу билан бирга ҳосил бўладиган қаттиқ маиший чиқиндиларнинг камида 60 фоизини қайта ишлашни таъминлаш;ўзига хос қаттиқ маиший чиқиндиларни (таркибида симоб бўлган чиқиндилар, автошиналар, аккумуляторлар, ишлатилиб бўлинган мойлар, қадоклаш чиқиндилари ва ҳ.к.) қайта ишлаш ҳажмини 25 фоизгача ошириш;полигонларга кўмиш учун йўналтириладиган қаттиқ маиший чиқиндилар ҳажмини 60 фоизгача камайтириш,барча полигонлар ҳолатини ўрнатилган талабларга мувофиқлаштириш, ёпилган полигон ерларини тўлиқ рекультивация қилиш;қаттиқ маиший чиқиндилар билан боғлиқ ишларни амалга ошириш объектларида муқобил энергия манбаларидан 35 фоизгача фойдаланиш белгилаб қўйилган. “Чиқиндилар тўғрисида”Қонуннинг 15–моддасида қуйидагилар белгилаб қўйилган : чиқиндиларнинг белгиланмаган жойларда ёки объектларда сақланиши, қайта ишланиши, утилизация қилиниши ва зарарсизлантирилишига, шунингдек бундай жойларга ёки объектларга жойлаштирилиши ҳамда ташланишига йўл қўймаслиги,чиқиндиларни тўплашни таъминлаши, ўзига тегишли бўлган биноларга яқин ёки туташ ҳудудларда қаттиқ маиший чиқиндиларни тўплаш ва вақтинчалик сақлаш учун контейнерлар (кутилар) ўрнатиши.Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда биз Нукус шаҳри аҳоли яшаш жойларидаги ҳосил бўлаётган чиқиндиларни йиғиш ва тўплаш даражасини ўргандик.Шаҳар ҳудудини ҚМЧ тозаланиш ҳолати “Ўзбекистон Республикаси аҳоли турар жойларини қаттиқ маиший чиқиндилардан тозалаш санитария қоидалари,нормалари ва гигиеник нормативлар” га асосан ўтказилди.Нукус шаҳарда жами фуқоролар йиғинлари сони -61та бўлиб, умумий аҳоли сони -323979та, хонадонлар сони эса -68006 тани ташкил этади,жами чиқинди йиғиш майдончаларининг сони 118 та бўлиб, улардан 49 таси уйчали ,69 таси эса уйчасиз.Чиқинди йиғиш контейнерларнинг сони 275 та бўлиб, улардан 1100л ҳажмга эгаси 249та, 077литрлиси эса 15 та ,мультилифт контейнерларни сони эса 11 тани ташкил этди. Юқорида кўрсатилган чиқинди йиғиш майдончалари ва контейнерларининг сони шаҳар аҳолисидан ҳосил бўлаётган чиқиндиларни йиғиш ва сақлаш учун

етарли, бу эса аҳоли ўртасида чиқиндиларга боғлиқ касалликларнинг профилактикасида муҳим рол ўйнайди.

СЕЛЛЕР ПРЕПАРАТИНИНГ ЎТКИР ЗАҲАРЛИЛИК ХУСУСИЯТИНИ ЎРГАНИШ ДАРАЖАСИ

Жумаева А. А.

Бухоро давла тиббиёт институти

Резюме

Экспериментал текширишлар ва тақдим этилган ҳужжатлар асосида Селлер 20%к.с.инсектициди кулланилганда усимликларга контакт ҳамда ички системалар асосида жуда кучли таъсир этиши аниқланган. Мазкур инсектициднинг очик сув хавзалари, атмосфера хавоси, ишчи уринлари хавосида рухсат этилган концентрацияси (РЭК) ҳамда озик – овқат маҳсулотларида максимал рухсат этилган даражаси (РЭД) илмий асосланган **Калит сузлар:** Селлер 20%, атмосфера хавоси, сув хавзалари, озик-овқат маҳсулотлари, РЭК, РЭД

Қишлоқ хўжалиги экинларини муҳофаза қилишда катта миқдорда кимёвий препаратлар ишлатилмоқда. Буларнинг барчаси биргаликда ва алоҳида тирик организмларни йўқотишга йўналтирилган (3). Кимёвий препаратларнинг кўпчилиги атроф- муҳитда юқори чидамли бўлиб, табиий шароитда ўзининг заҳарлилик хусусиятини сақлаб қолади. (4). Пестицидларнинг айримлари канцероген, мутаген, гонадотоксик хусусиятга эга. Шунинг учун пестицидларнинг заҳарлилик хусусиятини ўрганишда уларнинг гонадотоксик, канцероген, мутаген таъсирига баҳо бериш муҳим аҳамият касб этади[5].

Тадқиқот мақсади. Селлер инсектицидининг инсон организмига ва атроф- муҳитга (тупроқ, сув, ҳаво) ҳамда иссиқ иқлим шароитида етиштириладиган қишлоқ хўжалиги (озик-овқат) маҳсулотларини истеъмолчиларига нисбатан токсиколо-гигиеник жihatдан баҳолаб, хавфсиз бўлган гигиеник меъёр ва регламентларини ишлаб чиқишни илмий асослашдан иборат.

Материаллар ва тадқиқот усуллари

Текшириш объекти Селлер 20% кс препарати ҳисобланиб, препарат “Euro Team Ўзбекистон – Германия” очик турдаги ҳиссадорлик жамияти томонидан ишлаб чиқилган.

Агрегат ҳолати: суств кимёвийҳидга эга бўлган майда заррачали оқ кукув.

Препаратдаучувчанликвапортлашхусусиятийуқ. Селлер 20% кс препарати синтетик пиретроидларсинфигамансуббўлиб, қишлоқхўжалигидабошоқли дон экинларинингзараркунандаларигақаршиишлатилади. Ўсимликларга мутаген вафитозаҳарлитаъсирэтмайди.

Зараркунандаларгақаршитаъсирбирмавсумдавомидасақланади.

Ўткир заҳарланишни ўрганиш олдига қуйидаги вазифалар қўйилди:

- Ўртача ўлдириш ёки концентрациясини аниқлаш (LD_{50} , SL_{50});
- Максимал чидаб бўладиган ва мутлақо ўлдирадиган дозалари ёки концентрацияларини (LD_{100} ва SL_{100}) аниқлаш;
- Порог (яъни жуда сезгир аъзода ўзгаришни келтириб чиқарадиган) дозаси ёки концентрациясини ($Limac$) аниқлаш;
- Тажриба ҳайвонларининг жинсига қараб, сезгирлигини аниқлаш;
- Инсектициднингорганизмгатўпланиш (кумуляция) даражасиниўрганиш;

ЎткирзаҳарланишдатажрибаҳайвонларигаюбориладигандозаларнингмиқдориСеллеринсектицидинингкимёвийтузилишиасосидатанланди.

Адабиётлардан маълумки, синтетик пиретроидларнинг тўртинчи ва олтинчи панжарасида метил ҳалқаси бўлса, улар сувда деярли эримайди ва кам заҳарлиликни намоён қилади.

Селлер препаратининг ўткир заҳарлилик хусусияти икки жинсга мансуб, вазни 150 – 200грамм бўлган оқ каламушларда ўрганилди. Барча тажрибалар экологик ва биологик хавфсизликни таъминлаган ҳолда бажарилди.(Нуралиев Н.А. ва ҳаммуаллифлар, 2016).

Ўткир заҳарлилик хусусиятини ўрганиш мақсадида каламушни иккала жинсига металл зонд орқали очлик шароитида Селлер препаратининг сувли эритмаси 50, 100, 250, 500 мг 1 кг вазни ҳисобига юборилди. Ҳар бир каламуш ошқозонига юборилган пестицидли суюқликнинг миқдори 3- 4

мл.ни ташкил этди. Барча ҳисоб – китоблар фаол таъсир этувчи дозаси ҳисобидан олиб борилди.

Селлер препаратининг ўртача ўлдириш дозасини (LD_{50}) аниқлаш учун ҳар бир доза (50, 100, 250, 500мг/кг) 10 тадан (жами 40 та каламушда 4 та тажриба ва 1 та назорат гуруҳи) текширилди.

Ўткир тажриба ҳайвонларнинг ташқи кўриниши, уларнинг ташқи муҳитга муносабати, ташқи қўзғатувчиларга реакцияси, жун қопламининг ҳолати, нафас ритми ва сонига ҳамда ўлим вақтига эътибор берилди. Тажриба бошлангандан 15 кун ва 30 кундан кейин ҳар бир гуруҳдан 3 тадан каламушлар ёриб кўрилиб, уларнинг жигари, буйраги, ошқозон ва ингичка ичаги патолого анатомик текширилди. Селлер инсектицидини бир марталик юборилганда ўта сезгир аъзоларига (порог дозаси ва концентрацияси) таъсирини ҳайвонларнинг вазни, тана ҳарорати, ҳаракат фаоллиги, ҳаракат рефлекслари асосида ҳамда ҳисоблаш йўли билан ($p \leq 0,05$) аниқланди.

Селлер инсектицидининг териға қўзғатувчан таъсирини ўрганиш усули. Селлер препаратининг териға қўзғатувчанлик хусусияти оқ каламушларда ўрганилди. Ушбу тажриба олтига экспериментдан ва олтига назорат гуруҳларда олиб борилди. Бунинг учун каламушлар терисининг юнги 1х1смда қирилди. Бир сантиметр майдонда 20 мг ҳисобидан Селлер препаратининг суспензияси томизилди. Назорат гуруҳига 20 мл дистилланган сув томизилди. Тажрибадан 4 соат кейин препарат теридан ювиб ташланди ва 1;4; 24; 48; 96 ва 120 соат мобайнида кузатилди. Эксперимент давомида инсектицид оқиб кетмаслиги тажриба ҳайвонлари учун махсус катакчаларга тиқиб қўйилди.

Тажриба 150-200 грамм вазнли 6 та экспериментал ва 6 та назорат гуруҳга бўлинган эркак оқ каламушларда олиб борилди. Бунда терида кизариш, яра ҳосил бўлиши, ёрилиш, қонаш ҳолатларига эътибор берилди. Терида ҳосил бўлган эритема ҳолати С.В.Суворов (1992) калориметрик линейкаси ёрдамида аниқланди.

Селлер препаратининг кўзнинг шиллиқ қаватига қўзғатувчан хусусиятини ўрганиш усули. Тажриба 200- 250 грамм вазнли 12 та оқ

каламушларда (6 та тажриба, 6 та назорат гуруҳи) олиб борилди. Тажриба каламушларнинг кўзига 2 томчми Селлер препарати шиша пипетка ёрдамида табиий ҳолатда бир маротаба томизилди(назорат гуруҳидагилар кўзига дистилланган сув томизилди). Препарат 24 соатгача кўздан ювилмади ва ҳайвонлар 1; 24; 48; 96 ва 120 соат мобайнида кузатилди. Тажрибанинг 15 минутидан бошлаб кузатиш бошланди. Тажриба ҳайвонлари кўзларининг ҳолати балл шкаласида баҳоланди:

0 балл – ҳеч қандай реакция йуқ;

1-балл- кўзконъюктивасиенгилқизарган;

2-балл – конъюктивавақисманкўзнингқоқаватиқизарган;

3-балл - конъюктивавакўзнингқоқаватижадалқизарганвайирингпайдобўлган.

Барчатажрибаҳайвонларинингкўзларидагиҳолатларжамланиб, ўртача балл чиқарилди.

Фойдаланилганадабиётлар

1. Закон Республики Узбекистан “ О санитарно – эпидемиологическом благополучии населения ”. -Ташкент, 2015.
2. Балан С.Р., Грапов А.Ф., Мельников Г.М. Новые пестициды. Справочник . Москва.2001.206с.
3. Jumaeva A.A, Kasimov X.O, Jumaeva Z.J., Manasova I.S. Hygienic aspects of the possibility of using the new insecticide Seller in agriculture// International Journal of Psychosocial Rehabilitation. - 2020.-P. 1354-1360.
4. Jumaeva A.A. Hygienic bases of application of insecticide Seller in agriculture// International Journal of Psychosocial Rehabilitation. - 2020.-P. 256-261.
5. Жумаева А.А., Косимов Х.О. Новая электронная платформа по токсикологической оценке пестицидов Селлер// Свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ. Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан. – 2020. - № DGU 1417.
6. Жумаева А.А., Искандарова Г.Т., Қосимов Х.О. Селлер инсектицидининг кишлоқ хўжалигида ишлатишнинг гигиеник асослари// Тиббиётдаянги кун. - 2019. - №4 (28). Б. 160-163.

7. Жумаева А.А., Кобилова Г.А. Экспериментальные данные о токсичности инсектицида Селлер // V Международная конференция КУМС-ТМА. - Р. 463-464.
8. Жумаева А.А., Косимов Х.О. Гигиенические регламентации применения инсектицида Селлер 20% кс на посевах пшеницы. Материалы Международной научно-практической конференции// Мининвазивные технологии в медицине вчера, сегодня и завтра. Проблемы и перспективы развития. - 2019.- С. 182.
- 9.Жумаева А.А, Шеркузиева Г.Ф. Эколого-гигиенические обоснования применение нового инсектицида Селлер в сельском хозяйстве// Международная научно-практическая конференция. Бухара. 25-26 сентября. - 2020.- С. 415-417.
- 10.Жумаева А.А. Гигиенические параметры применения инсектицида Селлер в сельском хозяйстве// Международная научно-практическая конференция. Бухара. 25-26 сентября. - 2020. - С. 417- 421
12. Искандаров Т.И., Искандарова Г.Т. Методические указания по комплексной гигиенической оценке новых пестицидов // Методические указания.-Ташкент,1997.45.с.

ЗАМОНАВИЙ ДОРИШУНОСЛИКДА «САЙДАНА»НИНГ ТУТГАН ЎРНИ

Жўраев Б., Исакова Н.Р.

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

Кириш. Кейинги пайтда дунёнинг кўпгина мамлакатларида доривор ўсимликлардан олинаётган фитопрепаратларга кизиқиш ортиб бораётганлигининг гувоҳи бўлмоқдамиз. Бунинг сабаби, доривор ўсимликлар кимёвий тузилиши жихатдан организмдаги метаболитларга якин бўлиб, улар организм учун хавфсизроқ, шунинг учун уларни касалликни олдини олиш ва даволаш мақсадида кимёвий синтез моддаларига нисбатан кенгрок ва давомийлироқ ишлатишга имкон беради. Замонавий дориворлар илмини муккамалашуви ўсимликлардан олинадиган биологик

фаол моддаларни ажратиб олиш, улардан тайёрланадиган фитопрепаратларни стандартлаш, саклаш муддатларини узайтириш, самарадорлиги ва хавфсизлигини назорат килиш ишини такомиллаштирмоқда, бу эса ўз навбатида фирма таклиф этаётган вақт давомида фитопрепаратларнинг биологик фаоллигини саклашга имконият яратмоқда

Мақсад. Абу Райхон ал-Берунийнинг «Китаб ас-сайдана фи-т-тибб» асарини бизнинг замонавий доришунослик илми асоси бўлиб қолаётганлигини кўрсатиш.

Натижалар ва муҳокама. Бугунга келиб замонамиз ботаник олимлари бобомиз орзуларини амалга оширдилар ва Ўзбекистон флорасининг 138 оила, 1023 туркум ва 4500 дан ортиқ турдан иборат эканини, булардан 9% эндемиклар эканлигини ва 38 туркумга мансуб 600 дан ортиги доривор ўсимликлар эканлиги аниқладилар.

Беруний асардаги 29 боб ва 1116 мақолада доривор моддаларнинг номига изоҳ беради. Ҳар бир боб бир ҳарфга бағишланади. У асарда 4500 дан ортиқ арабча, юнонча, сурияча, форсча, хоразмийча, сўғдча, туркча ва бошқа тиллардан ўсимлик, ҳайвон, дориворлар номларини тўплайди ва изоҳлайди. Демак, «Сайдана» асари айнаи вақтда доривор моддалар номларининг изоҳли луғати сифатида ҳам қадрланади. Муаллиф асарда доривор моддалар номини араб алифбоси тартибида жойлаштиради. Бир ҳарф билан бошланувчи бир неча сўз бўлса, улар шу ҳарф бобида ички алфавит асосида берилади. Мазкур луғат ҳам изоҳли, ҳам таржимасифатида алоҳида аҳамиятга эгадир.

Ҳозирги кунда «Сайдана»да тавсифи келтирилган, дунёнинг турли мамлакатларида ўсувчи, фитопрепаратлар ишлаб чиқараётган фирма мамлакатларида официнал бўлган ўсимликлар ва улардан олинadиган маҳсулотлар (балзам ёки эликсирлар)дан турли хил фитопрепаратлар ишлаб чиқиб тиббиёт амалиётига киритмоқда. Бу хилдаги фитопрепаратларни халқаро куп фазали клиник текширувлар натижалари борлигини ҳисобга олиб собиқ Иттифок ҳудудида жойлашган давлатлар, жумладан Ўзбекистон Республикаси фармакологик қўмитаси чет эл фирмалари

ишлаб чиқараётган кўп қиррали фармакологик таъсирга эга кўплаб фитопрепаратларни тиббиёт амалиётларида ишлатишга рухсат берган.

Ушбу мураккаб таркибли фитопрепаратлар, бугунги замон тиббиёт амалиётида нафас олиш тизими касалликлари, жигар ва ўт йўллари касалликлари, меъда-ичак тизими касалликлари, буйрак ва сийдик ажратув аъзолари касалликларида ва умумий қувватни оширувчи ва иммунокорректорлар сифатида кенг қўламда ишлатилмоқда.

Хорижий фирмалар ишлаб чиқараётган мураккаб фитопрепаратлар таркибига кирувчи «Сайдана»да қайд этилган доривор усимликлар 25 оилага мансуб бўлиб, дунёнинг турли китъаларида ёввойи ҳолда усувчи ёки маданийлаштирилган усимликлар ва уларнинг маҳсулотларидир. Буларнинг қарийиб 48% тропик ва субтропик мамлакатларида ўсувчи ўсимликлар бўлиб, булар фирма мамлакатларида официнал ҳисобланади.

Хулоса. «Сайдана»да қайд этилган доривор ўсимликлардан ва уларнинг маҳсулотларини ўрганиш доришунослик ва тиббиёт амалиётини янги фитопрепаратлар билан бойитади

BAKTERIOLOGIYA LABORATORIYALARINING ISH FAOLIYATINI TASHKILASHDA AXBOTORT TEXNOLOGIYALARI.

Abdumanonov A. A., Abdumo`minov A. A., Axmedov Q. G`.

Farg`ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

Laboratoriya faoliyatini kompyuterlashtirish, davolash-profilaktika muassasasining laboratoriya xizmati faoliyatida axborot texnologiyasidan foydalanishning dolzarb yo'nalishlaridan biri. Hozirgi vaqtda laboratoriya axborot tizimining (tulki) kundalik amaliyotda ijobiy tajribasi mavjud. Respublika shoshilinch tibbiyot ilmiy markazi Farg'ona filiali klinik laboratoriya diagnostikasi shifokorlari va axborot-texnik xizmat ko'rsatish birlashmalarining sa'y-harakatlari bilan tulkilarning "ExterNET" tibbiy axborot tizimi bilan integratsiyasi amalga

oshirildi. IIS "ExterNET" -bu shifokorlar faoliyatini axborot-kommunikatsiya va intellektual qo'llab-quvvatlash texnologiyasidir, bu esa ishlab chiqilgan va Respublika shoshilinch tibbiyot ilmiy markazi Farg'ona filiali da ishlaydigan yagona axborot makonini tashkil etadi.

Barchamizga ma'lumki hozirgi kunda zamonaviy tibbiyotning ayrim javhalarida manan eskirgan uslub va samarasiz prinsiplarga hali hanuz murojat qilmoqdamiz. Albatta bundan SEO va JSB Bakteriologiya laboratoriyalari ham mustasno emas. Laboratoriya tizimidagi qayd etish jurnallari, hissobot varaqalari, an'anaviy natija blankalari bunga yaqqol misol bo'la oladi. Ya'niy 35 dan ziyod qayd jurnallarinig mavjudligi, 50 dan ziyod xissobot shakillari, tahlil natijalarini blankalarga utkazib sung bulimlarga taqdim etilishi laboratoriya shifokoridan ortiqcha mehnat va vaqt talab etadi hamda bevosita ish unumdorligini pasaytirib o'tkazilayotgan tahlillarning aniqliligiga salbiy ta'sir ko'rsatadi.

Yuqorida ko'rsatilayotgan muammon va kamchiliklarning yechimi albatta bakteriologiya laboratoriyalaridagi ish faoliyatini avtomatlashtirishdir. Raqamli tizimdan foydalanish laboratoriya shifokori uchun o'tkazilayotgan tahlillarning yuqori aniqliligini taminlabgina qolmay ish samarasini yetarlicha yuqoriligini taminlab beradi.

Ushbu yo'nalish doirasida quyidagi izlanishlar amalga oshirilmoqda:

- BL da yuritiladigan barcha jurnall shakillari tahlil etilmoqda
- Utkaziladigan barcha tahlillar UZdst talablari asosida urganilmoqda
- Mavjud bo'lgan barcha xissobot shakillari urganilmoqda
- Avtomatlashtirishga yo'naltirilgan dasturning shabloni yaratilmoqda
- Dastur uchun ishlab chiqilgan algoritimlar saralanmoqda
- Yagona integratsiyalangan ma'lumotlar bazasi yaratish ustida ish olib borilmoqda.

Foydalanuvchilarning laboratoriya moduli doirasida o'zaro hamkorligini ta'minlash uchun biz bir qator avtomatlashtirilgan ishlarni ishlab chiqdik.

Laboratoriya va Tibbiyot axborot tizimlai o'rtasida davolash-profilaktika bo'limlari orasidagi elektron axborot almashinuvini joriy etish laboratoriya xodimlariga profilsiz yukni bir necha marta kamaytirish, laboratoriya natijalari

to'g'risida shifokorlarga tezkor ma'lumot yuborish, tibbiy hujjatlarni rasmiylashtirish sifatini oshirish, muassasa faoliyatining har qanday yo'nalishlari bo'yicha hisobotlarni shakllantirishni soddalashtirish va laboratoriya faoliyatining shaffofligini ta'minlash imkonini berdi. Laboratoriyaning qadam-ba qadam raqamli tizimga utkazilishi taraqqiyot sari dadil bosilgan yana bir qadam bo'ladi desak mubolag'a bo'lmaydi.

INTERNAL DISEASES. PATHOLOGY OF INTESTINE

Rayimova Z. M., Ibragimov O. B.

Fergana medical Institute of Public Health

Abstract - This article is a scientific study of the ethnogenesis of intestinal diseases, pathology of intestinal obstruction, ethnogenesis of intestinal cancer and puts forward theoretical and practical views.

Keywords - bowel, tumor, disease, inflammation, cancer, cancer, acid, colitis, constipation, etiology, pathology, etenegenesis.

Introduction

In fact, malignant tumors do not appear all at once. However, chronic bowel inflammation and benign tumors (such as polyps) can progress to cancer if left untreated. It is also important to note that colorectal cancer is mainly caused by eating a lot of meat and eating less fiber-rich fruits and vegetables. Because meat foods cause the body to accumulate fatty acids, which increase the amount of carcinogens in the digestive process. That's probably why colon cancer is relatively rare in India and Central Africa, where more berries live. So, in order to prevent this serious disease, we need to pay special attention to proper nutrition.

The main part

In colitis (inflammation of the lining of the colon), the secretion and absorption of mucus from the colon is gradually disrupted. Delayed treatment of chronic colitis can lead to serious complications. Ulcerative colitis is one of these complications in which the intestinal wall is scarred and does not wrinkle. In acute ulcerative colitis, the lining of the rectum swells and becomes red, and then ulcers

appear. These ulcers join together and gradually multiply. In the chronic form of the disease, the intestinal wall thickens and narrows due to wounds.

A patient with ulcerative colitis complains of abdominal pain. The stool is mixed with blood, sometimes with pus. The patient becomes nauseous, irritable, and as the disease progresses, the condition worsens and the body temperature rises. The posterior outlet is constantly irritated, the abdomen swells and swells. The patient looks pale, the skin is dry and the face is swollen. The disease is treated for a long time. During treatment, the patient should have frequent colonoscopies to check the condition of the colon. [1] Otherwise, ulcerative colitis can turn into a tumor and aggravate the pain. The cause of colon erosion (injury, rupture of the mucous membrane) is sometimes hormonal changes in the body, and sometimes accompanied by several other diseases (venomous goiter, pancreatitis - inflammation of the pancreas, diabetes mellitus). such as diabetes). Infections in the colon can also lead to loss of control of the nerves in the mucous membranes and muscles, weakening of the immune system, and erosion. Consumption of too salty and spicy foods, lack of vitamins E and C, ingestion of food without good chewing, drinking alcohol, overeating, as well as low-fiber and spicy foods can also affect the mucous membranes of the colon. 'causes glazing and erosion.

Patients often complain of abdominal cramps. There may be diarrhea, nausea, vomiting, occasional constipation, and mucus or blood in the stool. The pain begins around the navel and then intensifies on the left side. [2] At this time, the patient has a sore mouth, loss of appetite and nervousness. Occasionally, fever develops as the disease progresses. Patients with erosion of the colon should be treated diligently under the supervision of a proctologist. Otherwise, the pain will worsen, intestinal bleeding will increase, and malignant tumors will develop in the affected area.

Colon cancer is several percent less common in rural areas than in urban areas. This is due to the fact that the villagers always have natural products on their table, they regularly eat high-fiber vegetables and herbs. Urban dwellers consume mostly packaged, refined and refined products. These products are low in fiber and can cause various diseases of the colon, such as constipation and colitis. Colorectal

cancer is characterized by a variety of malignant epithelial tumors. Malignant tumors develop very slowly (decades). During this time, the tumors multiply (divide) and grow into the surrounding organs. Most often, the lymph nodes in the colon are affected, followed by the lungs and liver.

The first symptoms of colon cancer are bleeding from the bowel, diarrhea, abdominal pain, and tenesmus. In some patients, red blood flows from the bowel, which is a sign of posterior esophageal and rectal cancer. [3] If the tumor is located in the left half of the intestine, the blood flowing from the intestine will be dark red and appear mixed with feces. In cancer of the right half of the small intestine, the blood flows secretly, that is, the blood in the stool is not visible, and is detected only during a special examination. Absence of diarrhea and abdominal pain for several days (sometimes weeks) are typical symptoms of left hemisphere and colorectal cancer. It should be noted that in 70-85% of cases of colon cancer, complete bowel obstruction occurs. In such cases, surgery should be performed immediately.

Occasionally there is a change in constipation with diarrhea, a small amount of mucus and liquid feces, and sometimes a foul-smelling wind, and the stool is like sheep's dung. Patients also have difficulty with diarrhea, feel unwell when they go to the toilet, and often suffer from false diarrhea. If this happens, the patient should consult a proctologist. An ultrasound (UTT) is the first step in diagnosing the disease. If the tumor is advanced, computed tomography and nuclear magnetic resonance imaging may be required. Sometimes palpation of the colon can help diagnose the pain on its own, and sometimes rectoromanoscopy, fibrocolonoscopy, and colonoscopy are used.

If the disease is just beginning, the patient can be treated with medication and surgery. The important thing is not to be afraid of surgery. The patient also needs to be reassured that he or she will recover. If there are people in the family who have the disease, their children or grandchildren are also more likely to develop it. To avoid cancer, they (especially after the age of 40-50) should be examined by a proctologist frequently to prevent colonic dysfunction. Our advice is to eat right. Avoid fried foods on a regular basis. Eat plenty of fresh fruits and

vegetables, especially greens. Avoid packaged and refined products, as well as street food.

Conclusion

So, if you have chronic constipation, mucus or blood in the stool, frequent abdominal pain, and false urination and dry tension, see a specialist. Try to have diarrhea twice a day (morning and evening). To do this, eat soft foods, fiber foods, and drink more green tea. You can drink a limited amount of coffee and dark brewed black tea.

REFERENCES

1. Yu.F. Baskakov. Intestinal Diseases M., 2010.
2. Tairov G.A. effects of intestinal obstruction L., 1988.
3. Drozdova X., Bowel cancer I., 1998.
4. Yarmisev M., Konnonov S., Prevention of intestinal diseases. T., 1999.
5. Jahonmirzayev U., Fayzullayeva E., Ichak kasalliklarida patologik omillar. Termiz – 2015.
6. Johnson Ph., Hansthorpe G., Wound Intestinal Diseases. K., 2001.
7. Murodullayev H., Kamoliddinova O., Ichki kasalliklar terapiyasi. Jizzax – 2013.
8. Solixojayeva X., Akramjanov L., Onkologik kasalliklar kechishi. Guliston – 1997.
9. Alekseev M., Borotov O., The course of intestinal diseases in middle-aged patients., G., 2013.
10. Murat B., Seyfali oğlu E., Bağırsak ülseri sendromu. A., 2002.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ – ИНФЕКЦИЕЙ В ДЖИЗАКСКОЙ ОБЛАСТИ

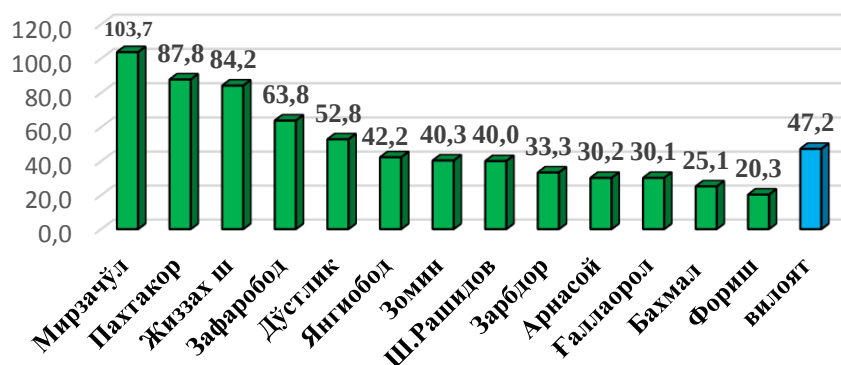
АскарOVA Н.И., Мадрахимова З.М.

Центр по борьбе со СПИДом Джисакский области

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

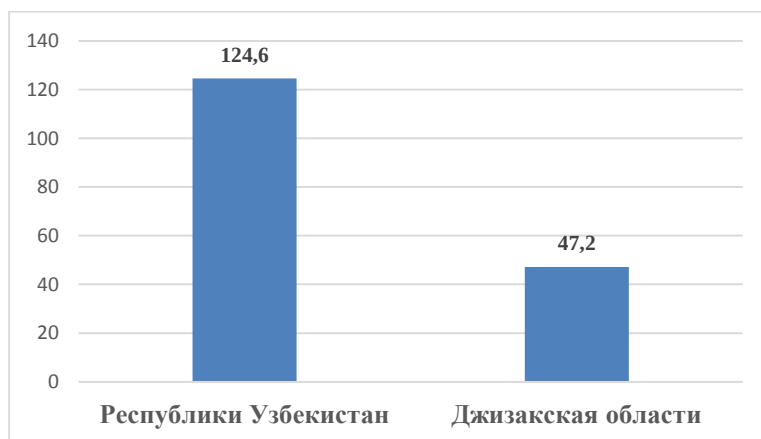
Введение Предотвращение распространения ВИЧ инфекции/СПИД занимает особое место среди проблем здравоохранения, что обусловлено глобальным ростом ВИЧ инфекции, значительными социально-экономическими последствиями её эпидемии, дорогостоящее лечение, отсутствие до настоящего времени средств специфической профилактики. Сложившуюся на сегодняшний день обстановку по ВИЧ инфекции в Узбекистане нельзя рассматривать изолированно от ситуации в мире. До 2009 года в Узбекистане при эпидемии ВИЧ инфекции наиболее характерным явилось распространение ВИЧ инфекции через кровь при инъекционном употреблении наркотиков. В последнее время в Узбекистане (2010-2021г) как и во всем мире ежегодно увеличивается число случаев заражения «незащищённых» половых контактов. ВИЧ инфекция это напрямую связано с поведением и в основном затрагивает людей в активном возрасте (18-49 лет). Это свидетельствует о том, что эпидемия ВИЧ –инфекции/СПИД в Узбекистане начинает затрагивать не только группы высокого риска, но и широкие слои населения. По данным Республиканского центра по борьбе со СПИДом на 01.01.2021г. в Узбекистане зарегистрированы 43706 людей с ВИЧ. По данным ВОЗ/ЮНЭЙДС, реальное оценочное количество ВИЧ инфекции в Узбекистане приближается от 49 000 до 52 000. Всего умерло по разным причинам более 21 тысяч ВИЧ инфицированных. На 01.01.2021 г в Джизакской области зарегистрировано 666 ВИЧ инфицированных (47,21 на 100 тыс. населения) из которых в Мирзачулском районе интенсивный показатель превалирует 103,72. на 100 тыс. населения.

Интенсивный показатель ЛЖВ в разрезе районов на 01. 01.2021.



Показатели распространённости ВИЧ- инфекции свидетельствует о том, что эпидпроцесс ВИЧ инфекции в разных районах Джизакской области находится на разных стадиях. Так, например в Мирзачулском (103,7), Пахтакорском (87,8), Зафарободском (63,8) Дустликском (52,8) районе и в городе Джизаке (84,2) интенсивный показатель выше, чем интенсивной показатель Джизакской области (47,2). На территории Бахмалского, Арнасайского, Фаришского, Галлааралского районов он все ещё проходит на начальных стадиях. Низкая распространённость ВИЧ- инфекции среди населения этих территорий может быть объяснена географическими факторами, которые обуславливаются отдаленностью от крупных очагов ВИЧ инфекции, и социально демографическими факторами.

Поражённость ВИЧ инфекцией населения Джизакский области по Республике Узбекистана и по состоянию на 01.2021 г. (на 100 тыс. населения)

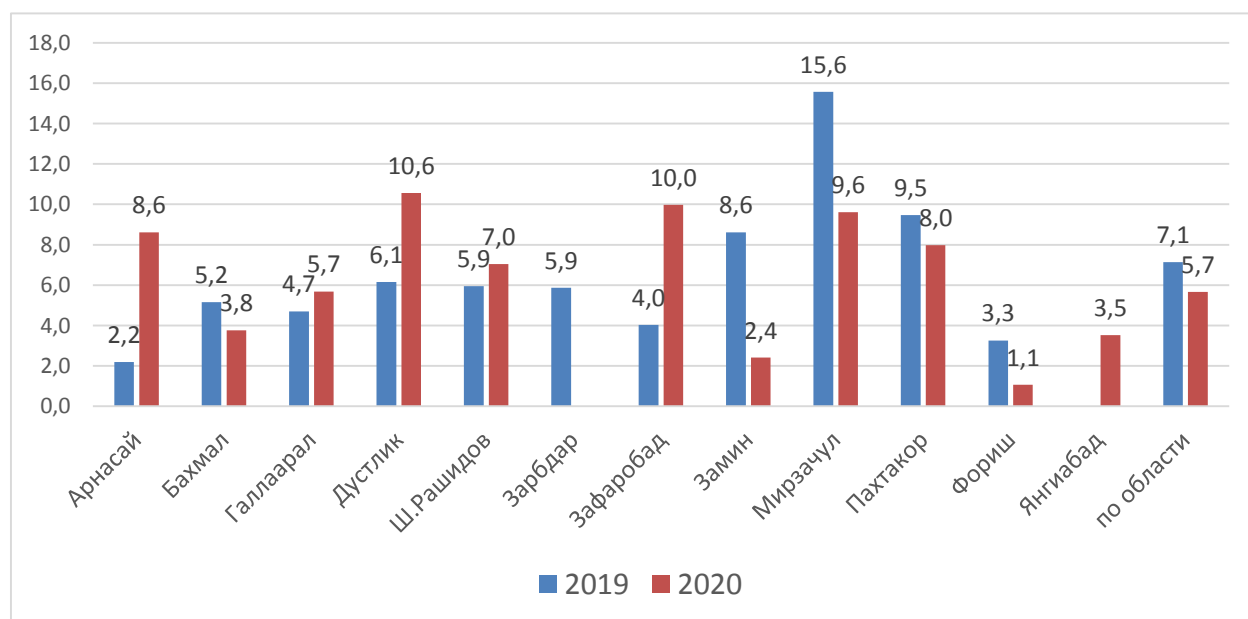


Число официально зарегистрированных больных с ВИЧ инфекцией в Джизакской области на 01.01.2021 г (за 24 года наблюдения) составило 666 человек (интенсивный показатель 47.21 на 100 тыс. населения) в настоящее время Мирзачулский район относится к территории с относительно высоким показателем (103,7 на 100 тыс. населения) и уровнем пораженности населения ВИЧ. Это напрямую связано с социально-демографическими факторами и географическим расположением района, который тесно граничит с территорией Казахстана (Чимкент). Половина населения Мирзачулского района передвигается на территорию Казахстана с целью заработка или же по родственным связям.

За 2020 год в Джизакской области было выявлено 80 человек с ВИЧ инфекцией. (Интенсивный показатель 5,7), что ниже показателя предыдущего года (Интенсивный показатель 7,1) это тесно связано с пандемией COVID-19.

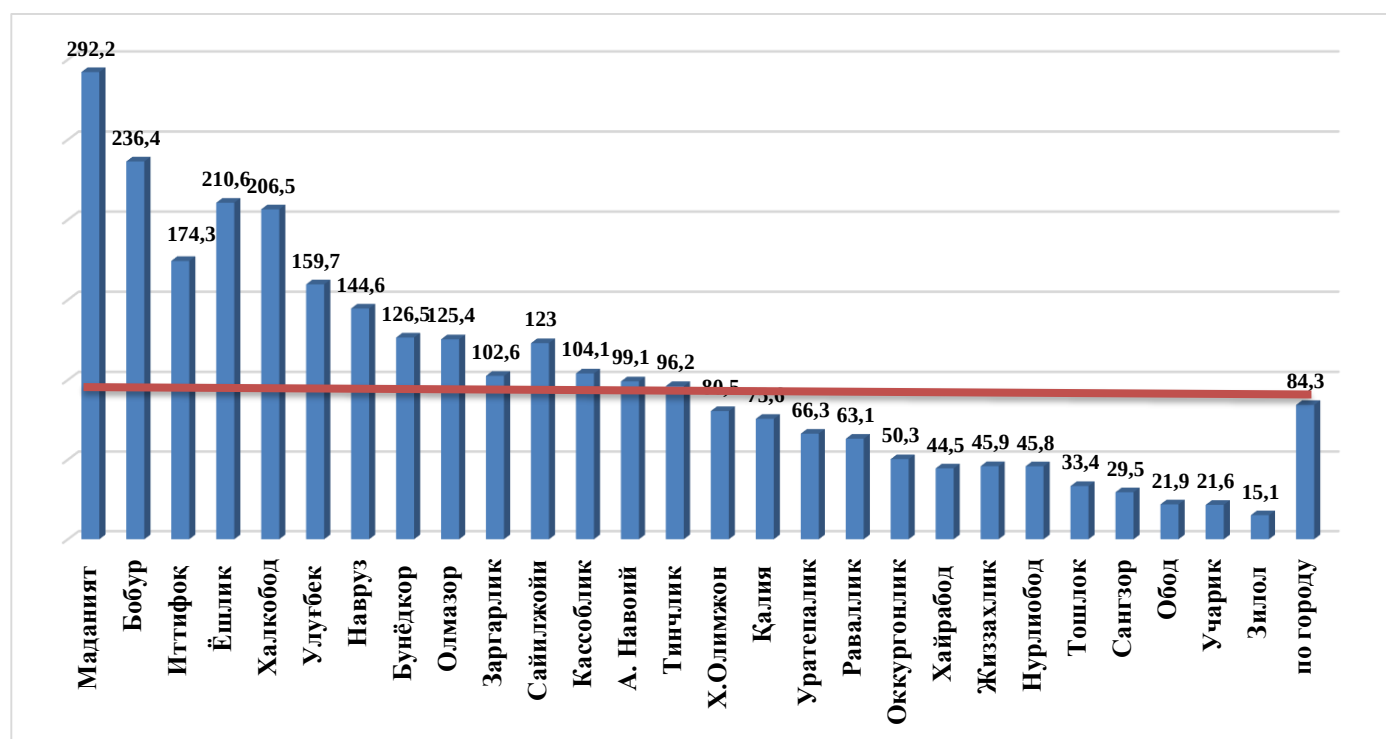
Случаи ВИЧ инфекции зарегистрированы почти на всех административных территориях Джизакской области. Первые 5 мест среди районов занимают Душликский, Зафарabadский, Мирзачулский, Арнасайский район и город Джизак.

Распределение выявленных с ВИЧ инфекцией за 2019-2020 года в Джизакской области

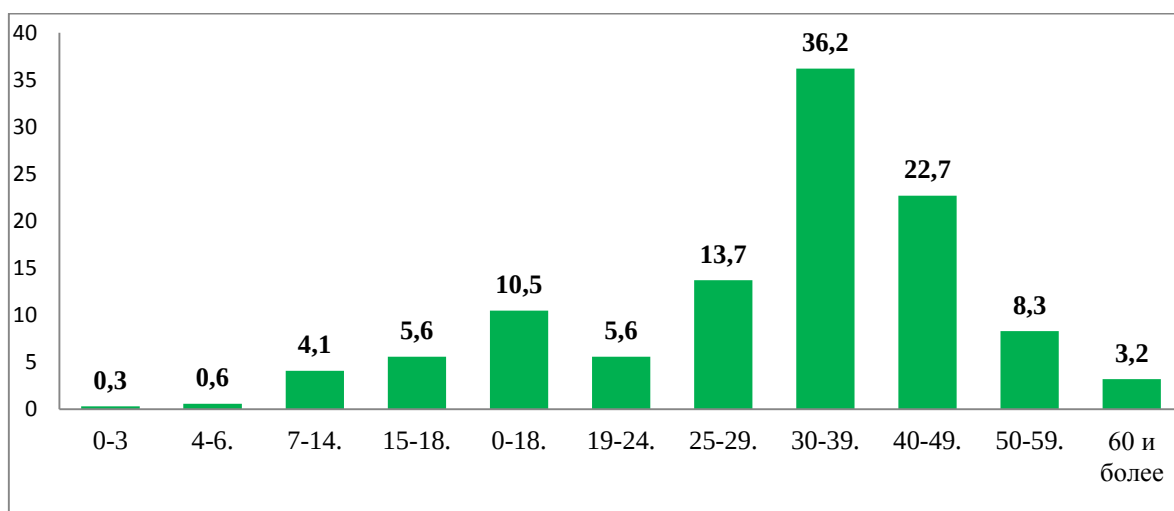


Интенсивность развития эпидемического процесса в разрезе махали в городе Джизак в несколько раз превышает интенсивный показатель в Джизакской области. Первые 5 рейтинговые места по заболеваемости ВИЧ –инфекцией среди махалей города Джизака занимают: Маданият (292,2) Бабур, (236,4), Ешлик (210,6) Халкобод (206,5) и Иттифок(174,3)

Распределение выявленных с ВИЧ инфекцией среди городского население за 2020 года

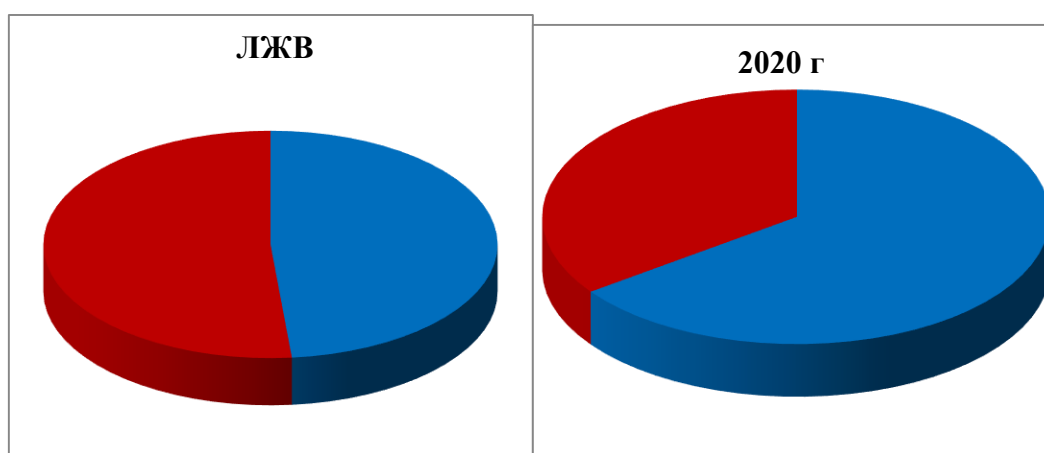


Распределение ВИЧ инфицированных в Джизакской области по возрасту (по состоянию 1.01.2021 г.)



Возрастная структура ВИЧ –инфицированных свидетельствует об интенсивной циркуляции ВИЧ в максимально активной части населения от 18 до 49 лет. С 2010 года существенно растет процент лиц инфицированных половым путем. Следствием этого является увеличение доли женщин среди выявляемых случаев ВИЧ инфекции, хотя последний год доля мужчин выше чем среди женщин.

Удельный вес женщин в структуре ВИЧ-инфицированных (ЛЖВ) в Джизакской области составляет 51, 5%. 2020 год как видно из таблицы доля мужчин среди вновь выявленных ВИЧ инфицированных составляет 65%. Это объясняется с тем, в последнее время и мужчины стали более активно проверяется на ВИЧ инфекцию.



Выводы:

В Джизакской области выявление ВИЧ-инфекции относительно низкое по сравнению со средним показателем по стране. Заболевание передается в основном

половым путем и встречается у более сексуально активных людей в возрасте 25-40 лет. Заболевание передается половым путем через различные инъекционные парентеральные инъекции, снижение инфицирования при употреблении инъекционных наркотиков и больше связано с поведением. Распространение болезни в некоторых сообществах связано с эпидемиологической вспышкой, и необходимо своевременно выявлять эти вспышки (тестирование на ВИЧ) и принимать меры по их устранению. ВИЧ - это социальное заболевание, которое по-прежнему связано с уровнем занятости населения. Безработица подвергает людей риску уехать за границу и заболеть.

Рекомендации:

1. Осуществление масштабных мероприятий среди населения в сотрудничестве с профильными организациями с использованием современных технологий;
2. Принять меры по предотвращению миграции населения, в том числе молодежи, в зарубежные страны в поисках постоянной работы;
3. Принимать меры по улучшению поведения населения, повышению их знаний и осведомленности о сексуальной культуре;
4. Усилить реализацию мер по важности медицинских осмотров, тестирования на ВИЧ лиц из группы риска, супругов, рабочих-мигрантов и т.д .;
5. Осуществление мер на государственном уровне по профилактике ВИЧ-СПИДа, улучшение финансирования реализации профилактических мероприятий.

COVID-19 INFEKSIYASI BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA GEMATOLOGIK VA NOGEMATOLOGIK ASORATLAR TAHLILI

Ixtiyorov Sh. I., Ishchanova N. X.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Anotatsiya: Ilmiy izlanishning materiali sifatida Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali klinikasi terapiya, gematologiya va endokrinologiya bo'limlarida

davolangan 180 nafar bemorlardan ortiqcha vaznga ega 100 nafari olindi. Bemorlarni tadqiqot davomida shartli ravishda 3-guruhga bo'ldik.

1-guruh: Gemoglobin miqdorining kamayishi tufayli kelib chiqqan anemiyaning darajasiga ko'ra. (1-jadval)

2-guruh: Glyukoza miqdorining ortishi sababiga ko'ra. (5-jadval)

3-guruh: Ortiqcha tana vazni darjalariga ko'ra. (6-jadval)

Kalit so'zlar: Koronavirus infeksiyasi (COVID-19), anosmiya, agevziya, distress sindrom, terapiya, gematologiya, endokrinologiya, pnevmoniya, sepsis, inkubatsion davr, proliferatsiya, anemiy, leykopeniya, limfopeniya, gipoksiya, insulin, glyukokortikoid, kollagen, elastik, proteoglikan, glikoproteinlar, tana vazn indeksi, qandli diabet, oshqozon osti bezi, №9-parhez stoli, anamnez vitae, anamnez morbi

Tadqiqot materiali va usullari: Koronavirus infeksiyasi (COVID-19) –SARS COV-2 korona virus turkumidagi yangi shtamm keltirib chiqaruvchi, havo-tomchi va maishiy-kontakt yo'li bilan tarqaluvchi, o'pka to'qimalarini zararlashga moyil bo'lgan, simptomsiz virus tashuvchilikdan to kasallikning og'ir klinik ko'rinishida namoyon bo'ladigan shakligacha olib keladigan o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, intoksikatsiya, yuqori va pastki nafas yo'llarining yallig'lanish jarayoni, o'tkir respirator distress sindromi bilan kechuvchi pnevmoniya va sepsis rivojlanish xavfi bilan tavsiflanadi. Inkubatsion davr muddati 2 dan 14 kungacha, o'rtacha $5-7 \pm 2$ kun. Umumiy populyasiyadagi klinik belgilar diapazoni kasallikning yengil bosqichidan kritik holatning rivojlanishigacha o'zgaradi. Qandli diabet bu modda almashinuvi buzilishi qonda glyukoza miqdorining o'zgarishi bilan kechadi. Insulin gormoni qondagi glyukozani tegishli, energiya sifatida ishlatish yoki zaxira sifatida to'plash uchun xizmat qiladi. Qandli diabet kasalligida esa, insulin gormonini organizm yetarli ishlab chiqara olmaydi yoki undan samarali foydalana olmaydi. Natijada, qonda qandning miqdori normadan ko'payib, ko'z, buyrak, nerv va boshqa muhim a'zolarida turli patologik holatlar yuz beradi. Qandli diabet kasalligini ikkita tipi mavjud. 1-tip diabetga chalingan odamlarda turli sabablarga ko'ra, oshqozon osti bezidagi insulin ishlab chiqaradigan hujayralari insulin ishlab chiqarmaydi. 2-tip qandli diabet kasalligida organizmdagi tegishli

hujayralarning insulinga nisbatan sezgirligi kamayib, yetarli miqdorda insulin ishlab chiqarilgan taqdirda ham qondagi glyukozani hujayralarga kiritishda muammo yuz beradi. Oqibatda, qon tarkibida qandning miqdori ko'p bo'lib qoladi. Bu esa, organizmda turli muammolarga sabab bo'ladi.

Ilmiy izlanishning materiali sifatida 05.07.2020 dan 05.09.2020 gacha bo'lgan muddatda Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali klinikasi terapiya, gematologiya va endokrinologiya bo'limlarida davolangan 180 nafar bemorlardan ortiqcha vaznga ega 100 nafar bemor olindi. Shundan kasallanganlarning 54 nafari (54%) erkaklar, 46 nafari (46%) ayollarni tashkil qildi. Bemorlar yosh ko'rsatkichi erkaklarda 24-67 yosh oralig'ida, ularning o'rtacha yosh ko'rsatkichi 52.9 ± 1.1 ni, ayollarda yosh ko'rsatkich 18-75 oralig'ida, o'rtacha yosh ko'rsatkichi 56.5 ± 1.4 ni tashkil etdi. Tashxis, bemorlar shifoxonaga davolanish uchun kelganda shikoyati, anamnezi, obyektiv, shuningdek paraklinik ma'lumotlar asosida qo'yildi.

Tana haroratining oshishi (83–99%), yo'tal (59–82%), umumiy xolsizlik (44–70%), ishtahaning yo'qolishi (40–84%), hansirash (31–40%), anemiya (60-86%), mushaklardagi og'riq (11–35%) ko'p xolatda kuzatildi.

Qariyalar va immuniteti susaygan insonlarda kuzatildi: tana harorati oshmasdan atipik kechishi, umumiy xolsizlik, e'tibor va jismoniy faollikning pasayishi, diareya, ishtahaning yo'qolishi, hid bilish xususiyatining yo'qolishi (anosmiya) yoki ta'mni sezmaslik (agevziya), respirator belgilardan avval boshlandi. Immunitetni susayishi leykopeniya, limfopeniya hisobiga yuzagan kelgan. Bemorlarda nafas olish sistemasida yallig'lanish jarayoni juda jadallikda kechdi. Bunda yallig'lanishning proliferatsiya bosqichi biriktiruvchi to'qima ichki komponentlari (kollagen, elastik, proteoglikan, glokoproteinlar) sintezi ortishi hisobiga chandiqlanish bosqichiga o'tib ketdi va o'pka rentgenogrammasida tarqoq chandiqlar kuzatildi. Bemorlar o'pkasida chandiqlanish, yallig'lanish, gemoglobin miqdorining kamayishi tufayli gipoksiya (kislorod yetishmovchiligi) yuzaga keldi va natijada bemorlarda anemiya yuzaga keldi.(1-jadval)

Jinsi	I-daraja animeya	II-daraja animeya	III-daraja animeya	IV-daraja animeya
	119-91 g/l	90-71 g/l	70-51 g/l	<50g/l
Erkaklar	40 ta ($\approx 74\%$)	14 ta ($\approx 26\%$)	-	-
Ayollar	12 ta ($\approx 26\%$)	31 ta ($\approx 67\%$)	3 ta ($\approx 7\%$)	-

Covid-19 kasalligi bilan davolanayotgan bemorlarni gematologik va nogematologik asoratlarni tahlil qilish maqsadida qonning umumiy tahlili (2-jadval), koagulogramma (3-jadval) va qonining bioximik (4-jadval) tekshirildi. Covid-19 infeksiyasi bilan kasallangan bemorlarning qonida nima sababdan glyukoza miqdori yuqori chiqqanligini aniqlash maqsadida bemorlar anamnez vitae, anamnez morbi hamda qonning biokimyoviy tekshirish orqali 2 guruhga bo'ldik. Bunda 1-guruh bemorlarda oldindan surunkali qandli diabet kasalligi bilan og'rikan, 2-guruh bemorlarda esa Covid-19 infeksiyasi bilan kasallangandan so'ng oshqozon osti bezi dum qismiga zarar berishi hisobiga qondagi qandni normal holatda saqlaydigan insulin ishlab chiqaruvchi betta hujayralar faoliyatiga zarar yetkazmoqda.

2-jadval

Jinsi	Leykositlar (WBC) Norma $4.0-9.0 \times 10^9/l$			Limfositlar Norma 19-37%			Eritrositlar cho'kish tezligi (ECHT) norma E; 2-10, A; 2-15		
	min	o'rt	max	min	o'rt	max	min	o'rt	max
Erkaklar	$3.5 \times 10^9/l$	$3.7 \times 10^9/l$	$3.9.0 \times 10^9/l$	15	≈ 20	24	9	≈ 15	18
Ayollar	$3.3 \times 10^9/l$	$3.6 \times 10^9/l$	$4.0 \times 10^9/l$	16	≈ 18	20	17	23	28

Bundan tashqari Covid-19 infeksiyasi bilan kasallangan bemorlarga yuqori dozada glyukokortikoidlar berilishi hisobiga ham qonda qand miqdori oshdi. Shu uchun bemorlarda oldin qandli diabet bilan kasallanmagan bo'lsa ham glyukoza miqdori oshdi.

3-jadval

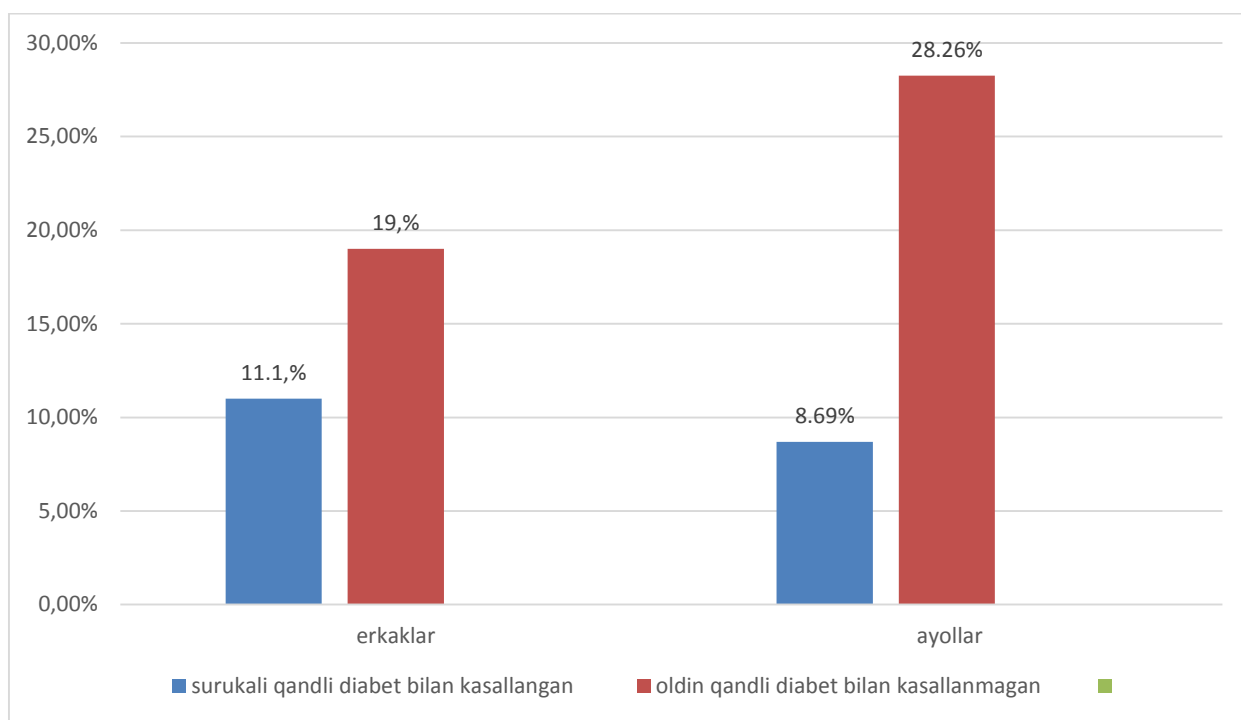
Jinsi	Fibrinogen norma 150-375 Ml/l			Faollashgan tromboplastin vaqti norma 27-36 sek		
	min	o'rt	max	min	o'rt	max
Erkaklar	250 Ml/l	391 Ml/l	512 Ml/l	30.5 sek	≈35.2 sek	49.8 sek
Ayollar	272 Ml/l	409 Ml/l	640 Ml/l	29.8 sek	≈37.6 sek	42.3 sek

4-jadval

Jinsi	Kreatinin norma E;44-113, A;44-97mmol/l			ALT norma <40 Ed/l			ALT norma <35 Ed/l		
	min	o'rt	max	min	o'rt	max	min	o'rt	max
Erkaklar	65	≈98.9	150	14	≈56.8	180	12	≈37.0	106
Ayollar	63.3	≈90.8	123	10	≈47.0	110	13	≈39.6	84

Yuqoridagi 3-jadvalga ko'ra bemorlarning kaogulogramma tahlili natijalariga ko'ra bemorlarga heparin buyurildi. 4-jadvalga ko'ra kreatinin ortishi tufayli erkaklardan 8 nafar (≈14.8%), ayollardan 9 nafar (≈19.6) bemorlarda o'tkir buyrak yetishmovchiligi nefropatiyalar kuzatildi. Erkaklardan 19 nafar (≈35.2%), ayollardan 14 nafar (≈30.5%) bemorlarda jigar yetishmovchiligi kuzatildi.

5-jadval



Yuqoridagi jadvalga ko'ra erkaklarning 11 nafari 19% oldin qandli diabet bilan kasallanmagan, 6 nafari $\approx 11,11\%$ surunkali qandli diabet bilan kasallangan. Ayollarning 13 nafari $\approx 28,26\%$ oldin qandli diabet bilan kasallanmagan, 4 nafari $\approx 8,69\%$ surunkali qandli diabet bilan kasallangan. Ushbu 100 nafar ortiqcha vaznga ega bo'lgan bemorlarni tana vazn indeksi (tana vazn o'g'irligini bo'y uzunligining kvadratiga bo'lingani) va bel aylanasi o'lchadik. Bunda jami 54 nafar erkaklar va 46 nafar ayollarni sonini tana vazn indeksiga ko'ra 4 darajaga, bel aylanasi ko'ra 2 darajaga bo'ldik. (6- jadval) Covid-19 infeksiyasi bilan kasallangan bemorlarning qon ivish vaqti kamaydi buning sababi trombositlar, fibrin tolalar hamda glyukozaning ortishi bo'ldi. Ortiqcha vaznga ega hamda qonida glyukoza miqdori oshgan bemorlarga 9-parhez stoli buyurildi. Ovqat tarkibidan uglevodga boy moddalarni cheklash, kunlik nafas va jismoniy mashqlarini reja asosida bajarishi buyurildi.

6-jadval

Jinsi	Ortiqcha vazn	Semizlikni ng I- darajasi	Semizlikni ng II- darajasi	Semizlikni ng III- darajasi	Ortiqcha vazn	Semizlik
	25.0-29.9	30.0-34.9	35.0-39.9	>40.0	Erkaklar da 94- 102 sm Ayollard a 80-88 sm	Erkaklar da >102 sm Ayollard a >88 sm
Erkaklar	16(≈29.7 %)	26 (48.1%)	8(≈14.9%)	4(7.3%)	24(44.5 %)	30(55.5 %)
Ayollar	18 (39.1%)	21(45.6%)	5(≈11.9%)	1(3.4%)	13(28.2 %)	33(71.7 %)

Xulosa: Yuqorida keltirilgan ma'lumotlardan xulosa o'rnida aytish mumkinki Covid-19 infeksiyasi bilan kasallangan bemorlarda qonni bioximik hamda siydik tahlilini tekshirganimizda glyukoza (+++) miqdorining ortishini ko'rdik. Erkaklarda o'rtacha 9.8 mmol/l, eng yuqori 28.3 mmol/l, eng pastki 4.1 mmol/l, ayollarda o'rtacha 7.1 mmol/l, eng yuqori 18 mmol/l, eng pastki 3.9 mmol/l ni ko'rsatdi. Erkaklarning 11 nafari 19%, ayollarning 13 nafari ≈28.26% oldin qandli diabet bilan kasallanmagan bunda virus oshqozon osti bezining dum qismiga zarar berishi natijasida, yuqori dozada glyukokortikoidlar berilishi hisobiga glyukoza miqdori oshib bemorlarda qandli diabetning klinik belgilari namoyon bo'ldi. Bemorlar o'rtacha 14 ± 2 kun davolangan bo'lsa sog'aygandan keyin oldin qandli diabetga chalinmagan bemorlarning 95 nafari (95%) da glyukoza miqdori normal holatga tushdi. 3 nafari (3%) erkaklarda, 2 nafari (2%) ayollarda

glyukoza miqdori so'g'aygandan so'ng normadan yuqoriligi aniqlandi va bemorlar endokrinolog nazorati ostiga olindi. Anemiyaga uchragan bemorlar sog'aygandan so'ng anemiyaning erkaklarda 30 nafari ($\approx 55,6\%$) yengil darajadan normaga ($>120 \pm 1,3 \text{ g/l}$), 11 nafari ($\approx 24\%$) o'rta darajadan yengil darajaga ($90-119 \pm 1,5 \text{ g/l}$), ayollarda 8 nafari ($\approx 17,4\%$) yengil darajadan normaga ($>120 \pm 1,2 \text{ g/l}$), 23 nafari (50%) o'rta darajadan yengil darajaga ($90-119 \pm 1,1 \text{ g/l}$), 2 nafari ($\approx 4,35\%$) o'rta o'g'ir darjadan o'rta darajaga ($90-71 \pm 1,4 \text{ g/l}$) o'tganligini qayta qonning umumiy tahlili orqali bildik va ularga temir preparatlari ferronal, ferrum lek , vitamin D, antiagregantlarda asetilsalisil kislota (aspirin) $\frac{1}{4}$ tabletkadan, trombopol 100 mg dan kuniga 1 mahal 30 kun ichish buyurildi. Barcha bemorlar oilaviy poliklinika shifokori nazorati ostida uyga ruxsat berildi. Bemorlarga №9-parhez stoli buyurildi. Ovqat tarkibidan uglevodga boy moddalarni, achchiq, sho'r, qovurilgan, gazli va spirtli ichimliklardan cheklash buyurildi. Covid-19 infeksiyasi bilan kasallangan bemorlarga to'g'ri hamda sifatli ovqatlanishni, tana vazniga e'tibor qaratishlarini, har kuni jismoniy va nafas mashqalar bajarishlari kerakligi buyurildi. Bunday bemorlar qandli diabet kasalligi bilan kasallanish xafi ostidagi bemorlar hisoblanadi. Reabilitatsiyadan so'ng bemorlarni 30 kundan keyin o'zlari bilan telefon va oilaviy poliklinika shifokori orqali anamez yig'ilganda so'gaygandan keyin glyukoza miqdori oshgan 5 nafar (5%) bemorlarni 1 nafar (1%) erkaklarda, 1 nafar (1%) ayollarda glyukoza miqdori ko'p chiqdi. Bu bemorlar shifokor tomonidan berilgan tafsialarga rioya qilmaganligi aniqlanib, takroriy tushintirish berildi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali klinikasi arxividagi kasallik tarixi
2. <https://t.me/koronavirusinfouz>
3. Клиническое ведение тяжелой острой респираторной инфекции при подозрении на новую коронавирусную (2019-nCoV) инфекцию. Временные рекомендации. 27 мая 2020 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2020 г. Имеется по адресу

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332196/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.5-rus.pdf?sequence=19&isAllowed=y>

4. WHO guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge. Geneva: World Health Organization; 2009. Имеется по адресу <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44102>, по состоянию на 20 января 2020 г.).
5. The use of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in patients with COVID-19. Geneva: World Health Organization; 2020
([https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/the-use-of-non-steroidal-anti-inflammatory-drugs-\(nsaids\)-in-patients-with](https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/the-use-of-non-steroidal-anti-inflammatory-drugs-(nsaids)-in-patients-with)
6. www.avitssena.uz

ТУТ МЕВАСИНИНГ ЮРАК ҚОН ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИГА ФОЙДАЛИ ХУСУСИЯТЛАРИ

ИброхимовХ.А., АшуроваО.Ю.

Фарғона Жамоат саломатлиги тиббиёт институти талабаси

Аннотация: Тут меваси иммун тизимни кучайтириб, организмни юқумли касалликларга қарши химоя тизимини мустаҳкамлайди, терига барвақт ажин тушишидан сақлайди, кўриш қобилятини ошириб, кўз тўрпардасининг зарарланиши каби касалликлардан асрайди. Тут барги ва танасининг пўстлоғи ҳам турли биологик фаол моддаларга бой. Барги таркибида флавоноидлар, витаминлар, каротин, эфир мойи, органик кислоталар, дарахт пўстлоғида эса бўёқли ва ошловчи моддалар, турли хилдаги кислоталар мавжудлиги аниқланган. Халқ табобатида тут қадимдан турли касалликларни даволашда қўлланилиб келинади. Тут шираси қонни тозалаш, қонни кўпайтириш мақсадида ҳам кенг қўлланган. Баргининг қайнатмаси эса ангина ва бошқа шамоллаш касалликларида иситмани туширувчи, чанқоқни қолдирувчи восита сифатида қўлланилган.

Калит сўзлар: тут меваси, тут барги, камқонлик, гипертензия.

Тутнинг 400 га яқин навлари бор. Меваларни рангига кўра учта асосий тоифалар мавжуд: оқ, қизил ва қора тут. Баландлиги кичик ёки бута шаклида ўсадиган безак навлари мавжуд. Ушбу дарахтнинг барглари резаморлари озуқавий моддалар билан бойитилган ва уларнинг индивидуал органларга ижобий таъсир шунчаки таъсирчан. Анемия билан боғлиқ муаммоларга дуч келадиганлар учун тут мевалари тавсия этилади. Юқори таркиби темир буфериди қизил қон таначалари янгиланишга ёрдам беради ва бу тананинг ўз навбатида муҳим тўқималари ва тизимларга кислороднинг тарқалишини оширади. Мевалар диабетни комплекс даволашга киритилган ва бир қатор кўплаб организмлар ошқозон ости беи инсулин ишлаб чиқаришни рағбатлантиради. Мевалар юмшоқ лаксатиф таъсирга эга, ич қотиши дисбиёз ва бошқа ичак муомаларига қарши юмшоқ курашади. Баргларида олинган чой ва дамламалар қон айланиши тизимининг ҳолатига ижобий таъсир кўрсатади. Тут баргининг фойдали хусусиятлари: тут баргидан тайёрланган дамламалар бронхит ва пневмонияни даволашда ишлатилади. Тут баргидан дамланган чой қандли диабетда қондаги қанд миқдорини пасайтириш учун ишлатилади.

Халқ табобатида астма, нафас олиш йўллариининг яллиғланиши ва гипертония билан оғриган одамларда илдиз ва пўстлогидан инфузион ичишни тавсия қилинади. Мевасини пишмаган пайтида истеъмол қилинса, кўнгил айланиш ҳиссини енгиллаштиради. Пишмаган меваси заҳарланишга қарши ниҳоятда самарали ва табиий дизенфекцияловчи восита сифатида ишлатилади, яна бир эътиборли тарафлари ўз вазидан норози бўлганларга бу пишмаган тут мевалари ўз самарасини кўрсатади.

Ўсимликларнинг барча қисмларининг таркиби В гуруҳга тегишли кўплаб витаминлар ўз ичига олади. Айниқса, тут таркибида В1 ва В2 витаминлар кўп. Тут қуритилган шаклда ўз хусусиятларини йўқотмайди. Тут таркибида темир, мис, углерод, глюкоза кўп миқдорда. Тут “юррак касаллигига” ва “гипертензия беморларга” ёрдам беради. У ҳам янги ҳам шарбатлар, сироплар, инфузиялар ишлатиш мумкин. Атеросклероз, аритмия, экстрасистолия, тахикардия шунингдек ишемик касаллик миокардик

дистрофия каби даҳшатли касалликларга чалинган беморлар ҳар куни бирикки ош қошиқ ичиб юрса аҳволи сезиларли даражада яхшиланади. Тут шарбати бошқа мева шарбатлари билан бирлашмайди. Тут меваларини овқатланишдан олдин 35-40 дақиқадан кеч бўлмаган ҳолда оч қоринга истеъмол қилинса, самарадорлиги юқори бўлади.

Абу Али ибн Сино ҳам тутдан шифобахш восита сифатида фойдаланган. Ширин тут иссиқ, нордон шотут эса совуқликдир. Тутнинг ширасида, айниқса, унинг мис идишга солиб қайнатилганида, буриштириш хусусияти кучаяди. Шу билан бирга у кучли ва ёмон хилтларнинг аъзоларга оқишини тўхтатади. Бу, айниқса, хом тутга хос бўлади. Тут, ток ва қора анжирнинг барглари ёмғир сувида қайнатиб ишлатилса, сочни қорайтиради. Оқ тут барги томоқ оғриғи, янги узилган барг шираси тиш оғриғига, тут меваси ва унинг шираси оғиз ва томоқдаги шишларга даво бўлади. Тузлаб қуритилган тут эса ичбуруғ касаллигини даволайди. Буйрак, юрак-қон томир касалликларини даволашда эса тут меваси танани ортиқча суюқликдан тозаловчи, пешоб ҳайдовчи воситадир. Тут мевасининг барча турларини овқаланишдан олдин истеъмол қилиш керак, шундай қилинса, ундан меъда ва ичак тизимига зарар етказилмайди. Тут мевасини қуритиб, ундан дамлама, компот тайёрлаб ичилса, дармонсизликни даволайди, озишга ёрдам беради, организмни тозалайди. Қишда тут дарахтининг куртагини олиб, тозалаб, дамламасини юракни қувватлаш учун ичиб юрилади. Тут дарахти гуллари ўсимлик ёғи билан аралаштирилиб, қоронғи жойда тиндирилса, теридаги майда ҳуснбузар, доғлар ва сепкилни даволаш учун ажойиб крем ҳосил бўлади. Танадаги эски яра ва шикастланган жойларни даволашда тут барги ва шохчасини майдалаб, ўсимлик ёғи билан аралаштириб суртилса, яралар тез битади, терида ўрни қолмайди. Фойдаланилган адабиётлар:

1. А.Усмонхўжаев., Э.Биситханова., Ў.Паратов., А.Джабборов. Ўзбекистонда ўсадиган шифобахш ўсимликларнинг этимологик замонавий энциклопедияси. 249-250 бет. 2018 йил.

2. Бахтиёр Омон., Темур Садулла ва бошқалар. Абу Али Ибн Сино Тиб кунунлари. 190-192 бетлар. 1993 йил.
3. Иброхим Каримов., Анвар Собиржон. Шифобахш ўсимликлар. Қўлланма. 89 бет.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОПТОЗА

Абдусалимова Ф.У. Тиляходжаева Г.Б.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Гастроптоз является врожденным либо приобретенным недугом желудка. При формировании такого недуга наблюдается изменение естественного месторасположения органа. Как свидетельствуют отзывы специалистов, данный недуг не проявляет значительного воздействия на процессы пищеварения. Следовательно, явные расстройства в организме в виде запоров происходят на 3 степени хвори. Медики распознают 2 формы гастроптоза: конституциональный и приобретенный. Врожденный недуг чаще всего выявляют у больных обладающих астеническим телосложением, характеризующимся удлиненными частями тела, узкой грудью. В данном случае опускание желудка происходит из-за особенностей организма. Приобретенный гастроптоз происходит вследствие расслабления мускулатуры брюшной полости, растяжения связок желудка. Также к причинам формирования хвори можно причислить резкую потерю веса, ликвидацию опухолевых новообразований в желудке. Иногда у больных определяют антропилоптоз (неполное опущение органа), сопровождающийся удлинением полости желудка, гипотонией перистальтики. Что характерно, такая форма болезни происходит намного чаще. Частичному гастроптозу свойственно растяжение полости, в результате чего происходит опущение кишечника. Когда диагностируется тотальный гастроптоз происходит опущение диафрагмы с дальнейшим искажением желудочного свода. Основанием для возникновения недуга может стать плеврит, проявленная легочная эмфизема. Как отмечают специалисты, опущением органов ЖКТ чаще всего страдают взрослые женщины, поскольку

период материнства довольно часто является основанием для формирования болезни. Приводом для опущения желудка в период материнства может стать отказ от использования бандажа, который выполняет подражающую функцию. Вследствие чего происходит удлинение связок сдерживающие желудок и иные органы. По мере опущения органа устанавливается сложность состояния больного. Поскольку в процессе опущения случается сжатие низлежащих органов. Также в процессе опущения страдают и органы малого таза, что провоцирует расстройство циркуляции крови. А такие изменения являются основанием проявления расстройств менструации, а также формирования таких болезней, как фибромиомы, эндометриоз у представительниц прекрасного пола и простатит у мужчин. Довольно часто гастроптоз является основанием формирования геморроя. Симптомы гастроптоза желудка. Можно выделить наличие трех стадий гастроптоза. Зависимо от стадии патологии месторасположение желудка меняется: 1 степень – верхний край органа располагается немного выше желудочного пузыря. 2 степень – верхняя грань размещена на одном уровне с желудочным пузырем. 3 степень – опущение верхней кромки желудка ниже линии желудочного пузыря. На первой и второй степени течения заболевания симптоматика слабовыраженная. Возможно возникновения ощущения тяжести в эпигастриальном районе, особенно после потребления пищи. Период больной отдает предпочтение острым блюдам, а вот относительно молочки может появиться отвращение. Аппетит может снижаться, а через некоторое время появляться. Как правило, в такой. На ранних стадиях формирования болезни могут возникать симптомы: Отрыжка. Вздутие. Подташнивание. Третья степень недуга протекает значительно тяжелее и может сопровождаться опущением и иных органов. Если болезнь достигла третьей стадии, тогда больной может ощущать следующие признаки: Возникновение острой боли в области живота, как правило, болезненные ощущения усиливаются, когда пациент двигается, а стихают в спокойном положении. Специфический запах из ротовой полости. Отрыжка тухлым яйцом. Расстройство стула. Авитаминоз. Следует отметить,

что когда гастроптоз достиг 3 степени, тогда вместе с опущением происходит непосредственное понижение тонуса, и как результат снижение секреторной функции желудка. Медикаментозная терапия при таком заболевании малоэффективна, а к оперативному вмешательству прибегают в исключительных случаях, да и этот метод в большинстве случаев дает временный эффект. Лечение гастроптоза желудка на начальных стадиях формирования болезни пациентам рекомендуется укреплять мышцы живота при помощи специальной гимнастики. Специалисты отмечают, что малоподвижный образ жизни способствует ухудшению состояния пациента. Следовательно, рекомендуется совершать пешие прогулки, но при этом избегать перегрузки. Необходимо помнить, что с таким диагнозом, как гастроптоз, воспрещается больному поднимать тяжесть. Когда определен гастроптоз 3 степени, врачевание прописывается более серьезное. На 3 степени недуга частым признаком является болевой синдром и с целью устранения такого признака пациенту можно принимать следующие препараты: Ношпа, Платифиллин. Также на 3 степени болезни уделяется внимание неврологическому состоянию пациента. Для стабилизации психоневрологического фона назначаются седативные медпрепараты. Для тонизирующих и укрепляющих целей назначают анаболические гормоны. При 3 степени формирования болезни может учащенно отсутствовать аппетит. В таких ситуациях пациенту назначается инсулин в наименьшей дозировке в виде подкожных инъекций. Также для ликвидации боли и нормализации функций ЖКТ больному назначается своеобразная медикаментозная терапия. Медикаментозная терапия, как правило, направлена на ликвидацию неприятной симптоматики: Вегетативные признаки устраняются с помощью седативных средств. При наличии диареи можно принимать такие препараты, как Смекта и Бисакодил. Для устранения боли назначаются спазмолитики. Для стимуляции секреции желудка применяется Папаверин. Немаловажную роль в излечении болезни отводится диетпитанию. Прежде всего, пациент должен избегать переедания, поскольку излишне переполненный желудок еще больше растягивается и опускается.

Пациенту можно кушать часто, но небольшими порциями. Следует отметить, что пищу можно употреблять высокой калорийности, но следует помнить, чтобы продукты были легкоусвояемыми.

Вывод. Если игнорировать существующие проявления гастроптоза и не производить лечение, тогда могут возникнуть серьезные осложнения. К осложнениям можно причислить: Злокачественные новообразования. Расстройство секреторной функции. Ослабление моторной функции органа.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ

Ахмаджонов У. Тиляходжаева Г.Б.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Остеомиелит челюсти — это воспаление, которое локализуется в костной ткани, характеризуется довольно высокими рисками и сложным лечением. Как правило, такое заболевание развивается на фоне комбинации разных факторов. Это ослабленный иммунитет, нарушение локального кровообращения, а также проникновение в костную ткань инфекции. Реакция на такую проблему со стороны организма обычно активная, поэтому она может подавляться и быстро переходить в хроническую форму. Важно понимать, что челюстной остеомиелит не просто опасен — он способен развиваться настолько, что приведет к тяжелейшим гнойным осложнениям, заражению крови, инвалидности и даже смерти пациента. Пытаться решить такую проблему самостоятельно нельзя ни в коем случае — это попросту опасно для жизни.

Симптомы остеомиелита челюсти разнятся в зависимости от того, о какой форме мы говорим — острой либо хронической. При остром течении заболевания признаки остеомиелита челюсти выглядят так: повышение температуры до 39 градусов и выше, слабость, недомогание, общее плохое самочувствие с головными болями и ломотой в суставах, бледность, потливость, сильные боли в области зуба, от которого пошла инфекция, — со

временем боль может охватывать всю челюсть, череп, отдавать в область ушей, глаз, невозможность сомкнуть челюсть (при осложнении) расшатывание зуба. Это может послужить «входом» для инфекции — нередко эта проблема переходит и на соседние зубы; отечность и болезненность слизистой рта; увеличение близкорасположенных лимфатических узлов. Опасность заключается еще и в том, что бывают разные виды острого заболевания. В классификации остеомиелита челюсти выделяют и такую форму недуга, как гематогенная. Если развивается именно она, параллельно с костями челюсти поражаются кости всего черепа, а также многие внутренние органы — в таком случае прогноз серьезный и пациенту срочно требуется вмешательство опытных специалистов. Острая форма заболевания постепенно переходит в хроническую, когда периоды обострения сменяются относительно спокойными и комфортными стадиями. При хроническом остеомиелите челюсти у пациента часто находят свищи, откуда выделяется гной. Отечность и подвижность зубов, а также увеличение лимфатических узлов тоже присутствуют. Причем необязательно, что на этапе ремиссии боль сохраняется — у некоторых пациентов она полностью отсутствует, а возвращается с очередным обострением. Но в этом случае болевой синдром может возвращаться по нарастающей. Причины: Как уже было сказано, главная причина остеомиелита челюсти — это проникновение патогенных организмов в кость пациента. Это должно происходить на фоне сниженного иммунитета. А вот путь, по которому инфекция попадает в нужное место, может отличаться. Часто это зуб с кариесом, через который микроорганизмы проникают внутрь кости. Если в организме уже есть источник инфекции (его называют первичным), то заражение может произойти через кровь. Такое случается при роже, фурункулезе и даже таких инфекциях, как тиф. Еще один распространенный путь проникновения возбудителей в костную ткань — травматичный, то есть через травму. Например, такое происходит при переломе челюсти или при операции на этой части черепа. Как правило, такой путь отмечается гораздо реже, чем два предыдущих.

Осложнения: Если остеомиелит челюсти не начать лечить как можно быстрее, могут развиваться разные осложнения. Часто это абсцессы мягких тканей, сепсис, тромбофлебит лицевых нервов, пневмонии, менингиты и многое другое. В определенных случаях из-за поражения глазного яблока пациент может потерять зрение — причем в таких ситуациях его просто невозможно восстановить. Список осложнений огромен — и почти все они либо сильно подрывают здоровье пациента, либо грозят ему летальным исходом. Так что первые признаки остеомиелита челюсти должны стать немедленным поводом обратиться к стоматологу. Промедление в этой ситуации крайне опасно — как и самостоятельное лечение либо попытки избавиться от болезни народными способами. В этом случае поможет только современная медицина. При диагностике остеомиелита челюсти врач осуществляет тщательный осмотр пациента, проводит рентгенодиагностику. Дополнительно необходимо сдать общий и биохимический анализ крови. А для установки возбудителя и проверки его чувствительности к антибиотикам надо сделать бактериологическое исследование гноя из свищей. В процессе диагностики остеомиелита челюсти врачу важно отделить этот диагноз от других, которые имеют схожие симптомы — например, острого пульпита, острого периодонтита, гайморита, абсцесса мягких тканей и т. д. Точная постановка диагноза значительно увеличивает шансы пациента на полное и более быстрое восстановление. Чтобы лечение остеомиелита челюсти дало результат, необходимо подходить к процессу комплексно. В него входят: Оперативная ликвидация гнойных очагов в костях и мягких тканях. Исправление тех функциональных нарушений, которые были вызваны инфекционным процессом. Назначение антибактериальных препаратов разного вида. Противовоспалительные медикаменты. Меры, направленные на усиление иммунитета. Лечебная диета. В первое время это питание из гипоаллергенных продуктов, в составе которых достаточно питательных веществ. Важно: пациентов с челюстным остеомиелитом госпитализируют в отделения челюстно-лицевой хирургии. После проведенной операции они должны находиться под контролем врачей и выдерживать постельный

режим. Процесс реабилитации индивидуален для каждого случая. Есть ситуации, когда последствия болезни приходится устранять годами, потихоньку восстанавливая все системы организма.

К профилактическим мерам относятся стандартные моменты, которые озвучиваются в качестве профилактики и для других болезней, нежелательных состояний: Всесторонняя поддержка иммунитета. Прием витаминов, полноценное питание, отказ от вредных привычек, умеренная физическая нагрузка, снижение уровня стресса — все это имеет важное значение. Своевременное лечение всех воспалений и очагов инфекции в организме — независимо от их локализации и происхождения. Грамотное лечение любых травм (без самолечения и народных методов, а также ожидания, что все пройдет самостоятельно). Из специфических методов профилактики остеомиелита челюсти можно выделить лечение зубов с кариесом, а также регулярное посещение стоматолога — минимум раз в полгода.

Выводы:

Это крайне опасное состояние, которое без своевременной помощи может привести к инвалидности или смерти пациента.

Для лечения требуется госпитализация пациента, а также целый комплекс специальных мер, которые подбираются индивидуально — в зависимости от конкретной ситуации.

В здоровом организме не должно быть никаких очагов инфекции и воспаления.

MIGRENNI DAVOLASH HAQIDA ZAMONAMIZ VA ABU ALI IBN SINO QARASHLARI

Ibragimova Z. J.

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

Annotatsiya "... Shariqqa "temir qalpoq" bosh og'rig'idagi va boshqa bilganinga muvofiq tomirdan, ayniqsa, peshona va chakka tomiridan qon tomiridan qon olish, surgi dori va xuqnalar ishlatish hamda moddani qarshiga tortish bilan

davolanadi...” Bugungi zamonaviy tibbiyotda migrenni davolashda girudoterapiya samarali davo bermoqda. Migren profilaktikasida – og‘riqqa sabab bo‘luvchi omillardan himoyalaniş kerak bo‘ladi. To‘g‘ri kun tartibi, uyqu vaqti va davomiyligi, mehnat qilish va dam olishni tartibga solish, asabiylashishdan saqlanish hamda stress holatlariga tushmaslik katta ahamiyat kasb etadi.

Kalit so'zlar: girudoterapiya, hirudo medicinalis, migren(shaqiqa),girudin, depressiya.

Tibbiy zuluk, *Hirudo medicinalis* singari qonni so'raydigan zuluklar qadim zamonlardan tibbiy maqsadlarda ishlatilgan. Ovqatlanish paytida dorivor zuluklar hujayraning yarasiga bioaktiv moddalarning keng turini o'tkazib yuboradi, ular erta gemostaz va qon ivishining oldini oladi. Girudin, ehtimol ushbu moddalar orasida eng yaxshi tanilgan. Uzoq muddatli tekshiruvlar, rekombinatlangan ishlab chiqarish va klinik foydalanish tarixiga qaramay, girudinning asosiy tuzilishi to'g'risida hali ham qarama-qarshi ma'lumotlar mavjud. Hozirgacha xarakterli bo'lgan uch xil subtip va girudinlarning ko'plab izoformalarining potentsial biologik ahamiyati umuman aniq emas. Bundan tashqari, ularning DNA sekanslari to'g'risida faqat to'liq bo'lmagan ma'lumotlar mavjud va ma'lumotlar bazalarida gen tuzilmalari va DNK ketma-ketliklari haqida umuman ma'lumot yo'q. Ushbu bo'shliqlarni to'ldirishga qaratilgan harakatlarimiz *Hirudo medicinalis* genomida ko'plab hirudin-kodlovchi genlar mavjudligini aniqladi. Bizda girudinning barcha uchta pastki turlarini individual zuluklar tarkibida ifodalash va turli xil biologik funksiyalarga ega bo'lishi mumkin bo'lgan va yangi dorilar uchun umid beruvchi nomzodlar bo'lishi mumkin bo'lgan qo'shimcha girudinlar yoki girudinga o'xshash omillarni ifodalash uchun kuchli dalillar mavjud. Girudoterapiya (lot. *hirūdō* — «zuluk» va qad. yun. *θεραπεία* — «davolash») — ma'lum kasalliklarni dorivor zuluklar (*Hirudo medicinalis*) yordamida davolash usuli. Fizioterapevtik muolaja, muqobil tibbiyotga oid sanaladi. Bunday zuluklar ushbu kichik sinf chuvchalchanglariga oid yagona tur hisoblanadi, qolganlari shifobaxsh ta'sir ko'rsatmaydi. Girudoterapiya tarixi ikki ming yildan ko'proq vaqtni o'z ichiga oladi. Qadimgi Yunoniston, Hindiston, Misr, Xitoyda zuluklar bilan davolash mashhur bo'lgan. Afsonaga ko'ra, bepushtlikdan aziyat chekkan qirolicha

Kleopatra zuluklarning ta'siri tufayli Yuliy Sezardan homilador bo'la olgan. Shundan so'ng, hatto Misr fir'avnlari qabri devorlarida zuluklar tasvirlari paydo bo'la boshlagan. O'rta asrlarda girudoterapiya semizlikka qarshi yordam berishi aniqlangan. O'sha vaqtlarda ko'p mamlakatlarda ortiqcha vazn muammosi deyarli eng muhim muammolardan biri bo'lgan. Qazish ishlari davomida eski kutubxonalar materiallarida topilgan qo'lyozmalarda qayd etilishicha, shifokorlar zuluklar bilan davolash natijasida ajoyib natijalarga erishishgan: odamlar 10 kg gacha vazn tashlashgan va salomatliklari yaxshilanganini ta'kidlashgan. Zuluklar yordamida yurak muammolari, bosh aylanishi, nafas qisilishi, bepushtlik davolangan. Girudoterapiya shu qadar mashhur ediki, Uyg'onish davri ustalari, masalan, Bottichelli, hatto o'z san'at asarlarida buni aks ettirishgan. Girudoterapiya muolajasi XVIII asr oxiri — XIX asr boshlarida keng mashhurlikka erishgan. Bu usul deyarli barcha kasalliklarni davolash uchun ishlatilgan. Ushbu davrda zuluklar sanoat miqyosida yetishtirilib, mamlakatlar o'rtasida eksport qilingan ham. Hatto Pirogov girudoterapiyani davolashning eng kuchli usuli deb hisoblagan. Zuluklar barcha dorixonalarda sotilgan. Biroq, bu vaqtgacha shifokorlar zulukning asosiy «kuchi» — qon chiqarish ta'siri deya hisoblashgan. XX asrning 90-yillarida olimlar nafaqat qon chiqarish terapevtik ta'sir berishini isbotladilar. Asosiy shifobaxsh omil — bu zuluk so'lagi, unda 15 dan ortiq noyob xususiyatlarga ega bioaktiv moddalar mavjud. Qizig'i shundaki, hozirgacha olimlar bunday moddani sintez qila olishmagan, garchi Angliya, Isroil va AQShda tadqiqotlar olib borish va uni yaratish ustida yuzlab million dollar mablag' ajratilgan bo'lsa ham. Genetik muhandislik texnologiyalari ham yordam bermagan. Dunyoning barcha mamlakatlarida girudoterapiya ko'plab kasalliklarni davolash va oldini olish uchun ishlatiladi va ushbu usulning asosiy ustunligi asoratlarsiz. Dorivor zulukning shifobaxsh umumiy tiklanishdir. ta'siri uning so'lagiga asoslangan — unda bioaktiv moddalar mavjud. Asosiy tarkibiy qism — bu girudin, u qon ivishini oldini oladi va qon tromblarini rezorbsiya jarayonini rag'batlantiradi. Girudin va so'lakning boshqa bioaktiv tarkibiy qismlari bakteritsid (patogen mikroblarni o'ldiradi), shuningdek bakteriostatik (bakteriyalar ko'payishi va rivojlanishini oldini oladi) ta'siriga ega. Ushbu moddani aniqlash davomida olib borilgan izlanishlar

tibbiyotda antikoagulyantlarni qo'llay boshlash amaliyotiga asoslagan. Zuluklarning so'lagi tarkibida gialuronidaza fermenti mavjud bo'lib, u faol moddalarni organizmning to'qimalariga chuqur kirib borishiga imkon beradi — 10 sm'gacha. Shuningdek, bu ferment biriktiruvchi to'qimalarni parchalaydi, shu sababli chandiqlarning so'rilib ketishini kuchaytiradi. Girudoterapiyaning mohiyati tanaga dorivor zuluklarni qo'yishdan iborat. Bitta muolaja davomiyligi 40-60 daqiqani tashkil etadi, bunda o'rtacha 6-10 ta zuluk ishlatiladi. Ularning har biri 5 ml'dan 15 ml'gacha qon so'rib olishi mumkin. O'rtacha davolanish kursi 7-14 kunlik tanaffus bilan 10 seansdan iborat bo'ladi.

Zuluk bilan davolashning foydalari:

- Tromb hosil bo'lishi xavfi kamayishi;
- To'qimalarda va organlarda qon aylanishini tiklanishi;
- Bakteritsid va yallig'lanishga qarshi ta'sir;
- To'qimalarni ozuqa moddalari va kislorod bilan yaxshiroq ta'minlanishini;
- Xolesterin darajasi normallashtirishi;
- Limfa drenaji yaxshilanishi;
- Shishlarni bartaraf bo'lishi;
- Yurak faoliyati yaxshilanishi;
- Immunitet mustahkamlanishi;
- Qon bosimi me'yorlashishi;
- Tishlash joyida va butun tanaga og'riq qoldiruvchi ta'siri;
- Modda almashinuvini me'yorlashishi.

Zuluklar keltirib chiqarishi mumkin bo'lgan zarar ularning oziqlanishi va o'ziga xos tuzilishiga bog'liq, shuning uchun quyidagi muammolar ehtimoli mavjud:

- Faol moddalar terining ta'sirlanishini chaqirishi;
- Zulukning so'lagida qonni suyuqlashtiradigan fermentlar tufayli jarohat joyidan bir muddat qon ketishi;

- Zulukning oshqozon-ichak traktida «kasal» qonni soʻrishda uni infeksiyadan himoya qiladigan bakteriya mavjud. Bu odamlarda zaharlanish, oshqozon-ichak trakti muammolari, shilliq qavatlar kasalliklarini keltirib chiqarishi mumkin.

Markaziy va pereferik asab sistemasi kasalliklaridan biri hisoblangan migren – uzoq davom etuvchi, intensiv, baʼzida chidab boʻlmas darajadagi kuchli bosh ogʻrigʻidir. Kasallik koʻpincha ayollarda uchraydi. Bunga asosan qon-tomir tonusini boshqarib turuvchi nerv ishining buzilishi, koʻpincha oilada va naslda boʻlgan qon-tomir kasalliklariga beriluvchanlik sabab boʻladi. Migren insonning uyquasi, dam olishi, uning shaxsiy hayoti va hayot sifatini pasaytiruvchi kasallikdir. Bu patologik holatni qanday bartaraf etish mumkin, degan savollar koʻpchiligimizni oʻylantiradi. Shuni hisobga olib, quyida zamonaviy tibbiyot va qadimiy tabobat usullari yordamida migrenni bartaraf etish haqida batafsil toʻxtalib oʻtamiz. Xalq orasida migren kasalligini – aristokratlar kasalligi deb aytiladi, yaʼni kunda koʻp boʻsh vaqti boʻlgan insonlarda koʻp kuzatiladi, degan fikr mavjud. Aksincha, doimo ish faoliyati bilan shugʻulluvchi insonlarda esa migren kasalligi hech qachon kuzatilmaydi. Ammo, bu fikr nisbiydir. Migren – boshning barcha sohasidagi ogʻriqlar bilan namoyon boʻladigan patologik holat. Ammo, inson charchagan vaqtida yoki gipertoniya natijasida kelib chiqadigan bosh ogʻriqlari migrenda kuzatiladigan ogʻriqdan ancha farq qiladi. Ogʻriq joylashuvi kasallikning nomini aks ettirib turadi: migren – fransuz tilidan olingan boʻlib (gemikraniya) – boshning yarim qismi degan maʼnoni anglatadi. Migrenda kuzatiladigan ogʻriq odatda boshning bir yarim sharida yoki uning maʼlum bir sohasida seziladi. Qadimiy yunon tibbiyotida migren kasalligi – “boshning ikkiga boʻlinishi” deb yuritiladi, bu ham haqiqatdan yiroq emas. Migrenda ogʻriq doimiy pulsatsiyali (loʻqillovchi) xarakterga ega boʻladi. Koʻpchilik bemorlar migrenda kuzatiladigan ogʻriqni tish ogʻrigʻida seziladigan ogʻriq kabi boʻladi deb taʼkidlaydilar. Migren xuruji insonni mehnat faoliyatini pasaytirib yuboradi, inson foydali ish darajasi tushib ketadi. Bu holat yorugʻlik yoki shovqindan qoʻrqish bilan birga kechishi mumkin, yaʼni kuchli yorugʻlik va baland shovqin bosh ogʻrigʻini kuchaytirib yuboradi. Migren kasalligi qadimdan maʼlum boʻlsada, ogʻriq kelib chiqish sababi hali hanuz toʻliq oʻrganilmagan. Migrenda ogʻriq bosh

miya ichki bosimi oshishi, arterial qon bosimi oshishi, bosh miya o'smalari va bosh miya jarohatlari bilan bog'liq bo'lmaydi. Ayrim nazariyalarda migren insult kasalligi o'tkazilgandan keyin rivojlanadi deyiladi. Hozirgi zamonaviy tibbiyot sohasida migren rivojlanishini tushuntirib beruvchi bir qator nazariyalar mavjud, ularning barchasi bosh miya qon tomirlari bilan bog'liq muammolarni ilgari surishadi. Aynan shu sababli ham migrenda kuzatiladigan og'riq xarakteri pulsatsiyali (lo'qillovchi) bo'ladi. Og'riq bosh miya qon tomirlari spazmi natijasida kelib chiqadi, ya'ni bosh miyaning ma'lum bir qismida qon aylanishi buziladi, aynan shu sababli migrenda kuzatiladigan og'riq aniq bir lokalizatsiyaga egadir. Yana bir boshqa nazariyada qon tomirlar turli xil qisqarishi og'riq bilan namoyon bo'lishini qayd etadi. Uzoq muddat davomida migren kasalligi bilan aziyat chekadigan bemorlarni kuzatish va ma'lumotlar yig'ish natijasida bosh og'rishiga olib keluvchi bir qator omillar o'rganib chiqilgan. Migren kasalligi rivojlanishida stress, charchash, zo'riqish va qattiq hayajonlanish kabi holatlarning roli katta. Migrenga sabab bo'luvchi ozuqaviy omillardan eng xavflilari – yong'oq, shokolad, pishloq va baliqdir. Bundan tashqari, spirtli ichimliklarni iste'mol qilish kuchli bosh og'rig'iga olib keladi. Migren ko'pincha gormonal kontraseptiv vositalarni qabul qilganda kelib chiqadi. Doimiy uyquga to'ymaslik ham bosh og'riqlariga sabab bo'ladi. Migren xuruj qilishi ob-havoning o'zgarishi, atmosfera bosimining o'zgarishi va boshqa mintaqalarga borish natijasida ham kelib chiqishi mumkin.

Migren Xalqaro klassifikatsiya bo'yicha quyidagicha tasniflanadi:

- Oddiy migren (aurasiz migren) – lokalizatsiyalangan pulsatsiyalovchi og'riq. Eng ko'p tarqalgan migren turi bo'lib, bemorlarning katta qismi shifokorga murojaat qilmaydi va bu kasallikni odatiy bosh og'rig'i deb qabul qiladilar (zo'riqish tufayli kelib chiqadigan bosh og'riqlari).
- Klassik migren (aurali migren) – bunda og'riq xuruj qilishi boshlanishidan avval ayrim belgilar yuzaga chiqadi. Aurada belgilar individual bo'ladi va turli xil namoyon bo'ladi, masalan ko'rish bilan bog'liq bo'lgan o'zgarishlar (ko'z oldida to'lqinlar, turli xil dog'lar, ko'z oldida kuchli yorug'lik), ovoz bilan bog'liq o'zgarishlar (quloqlarda shovqin), nerv tizimi bilan bog'liq belgilar

(bosh aylanishi), hid bilish va ta'm bilish bilan bog'liq o'zgarishlar. Kam holatlarda muvozanat saqlash buzilishi, ko'rinayotgan jismlarning shakli va o'lchamini farqlay olmaslik, ulargacha bo'lgan masofani aniqlashdagi kamchiliklar (Alis sindromi). Ba'zida aura xavotirlanish hissi paydo bo'lishi bilan ham kechadi.

- Migrenoz status – davomli og'riq hissi, uyqu va dam olishdan so'ng ham o'tib ketmaydigan, ba'zida sutkalar davomida davom etuvchi patologik holat.
- Asoratli migren – ko'pincha hushdan ketish, ko'ngil aynishi, qayt qilish va epilepsiya (tutqanoq) bilan namoyon bo'luvchi migren turi. Kam hollarda migren xuruji bosh miyada qon tomirlar yorilishi (insult) bilan asoratlanishi ham mumkin (migrenoz insult).
- Spetsifik migren – bu turdagi migren xurujlari kam uchraydigan retinal migren (ko'zning bir yoki har ikkida ham dog' paydo bo'lishi), oftalmoplegik migren (ko'z nervida og'riq) va boshqa belgilar bilan namoyon bo'luvchi belgilar bilan kechadi. Yuqorida qayd etib o'tilganidek, uzoq muddat davom etgan migren xurujlari migrenoz insult bilan asoratlanishi mumkin. Bosh miyadagi qon tomirlar spazmi natijasida qon tomir ichida qon oqimining to'xtab qolishi va atereskleroz blyashkalar hosil bo'lishi bosh miyada ishemiya keltirib chiqaradi.

Odatda migren aytarli jiddiy asoratlarga olib kelmaydi, shunchaki inson hayot tarzidagi ko'pgina noqulayliklar tug'ilishiga sabab bo'ladi, masalan, uyquning buzilishi, hayot sifatining pasayishi va to'liq dam olmaslik. Migrendan aziyat chekuvchi insonlarda statistika bo'yicha uch barobar ko'proq depressiya holatlariga tushish qayd etiladi. Shu kabi muammolarning o'zi ham migren kasalligiga jiddiy e'tibor qaratish kerak ekanligini bildiradi. Bosh og'rig'i va migren dunyoda eng ko'p tarqalgan patologik holatlardan biri hisoblanadi. JSST statistikasi bo'yicha dunyo aholisining 50 dan 75 % igacha bo'lgan insonlar bosh og'rig'idan aziyat chekadilar. Shu insonlarning uchdan birida migren holati kuzatiladi. JSST ko'rsatmasi bo'yicha migren kasalligi balog'atga yetish davridan boshlanadi va 35-45 yoshlarda eng yuqori cho'qqiga chiqadi. Migrendan ko'proq ayollar aziyat chekadi. Bundan tashqari migren rivojlanishida nasliy omil ham katta rol o'ynaydi.

Boshqa kasalliklar kabi migren ham bemorlar shikoyatlariga asoslangan holda tashxislanadi. Migrenda kuzatiladigan belgilarga barmoqlarning qizarishi, barmoqlarning sovuq bo'lishi (Reyno sindromi), kaftning terlashi, yuz mushaklari qo'zg'aluvchanligi oshishi (Xvostek simptomi) kabilar ham yuzaga chiqishi mumkin.

Migren kasalligini davolashda doir preparatlari og'riq hissini yo'qotishga xizmat qiladi. Aura bilan kechuvchi migrenda kasallik belgilari xuruj qilish boshlanishidan avvalroq og'riq qoldiruvchi preparatlarni qabul qilish imkoni bo'ladi. Migren kasalligini bartaraf etishda foydalaniladigan preparatlarni bir necha guruhlariga bo'lish mumkin, ular quyidagilar: Ko'pgina og'riq qoldiruvchi preparatlarni dorixonalardan shifokor retseptisiz olish mumkin. Bularga yallig'lanishga qarshi nosteroid preparatlar kiradi, masalan ibuprofen yoki diklofenak. Sporin saqlovchi preparatlar bosh miya qon tomirlarini biroz toraytirish xususiyatiga ega, ular yallig'lanish mediator bo'lgan serotonin ajralib chiqishini kamaytiradi va og'riq hissi yo'qoladi. Ammo, bu preparatlar migrendan boshqa holatlarda paydo bo'ladigan bosh og'riqlarini bartaraf etishda samara bermaydi. Preparatni qo'llashda qarshi ko'rsatmalar ham bor (masalan, yurak ishemik kasalliklari) va albatta shifokor tavsiyasiga ko'ra qabul qilish kerak bo'ladi. Bu preparatlar qon tomirlarga ta'sir etadi va uchlik nerv og'riq o'tkazuvchi xususiyatini bloklaydi. Bundan tashqari treptanlar migrenda kuzatiladigan – yorug'likka sezuvchanlik, shovqindan qo'rqish, ko'ngil aynishi va qayt qilish kabi belgilarni ham bartaraf etadi. Migren kasalligi qadimdan ma'lum bo'lsada, bu patologiyadan to'liq qutulish yo'li hali hanuz topilgani yo'q. Shunday bo'lsa ham migrenda kuzatiladigan og'riq hissini kamaytirish va qo'shimcha belgilar rivojlanmasligining oldini olishning bir qancha usullari topilgan. Ayniqsa, qadimiy Xitoy tibbiyoti bu borada yetakchi ustunlikka ega. Migren bilan kurashishda qadimgi Xitoy tibbiyoti asosan fizioterapevtik muolajalarga yo'naltirilgan. Bunda og'riq hissini bartaraf etish va belgilarni kamaytirishga erishish mumkin. Davo muolajalari sekin-astalik bilan olib boriladi, ya'ni muolajalar davomiyligi, kuchi va dozasi kamdan boshlanadi va ko'paytirilib boriladi, albatta bunda davoning samaradorligi baholanib boriladi. Kasallik belgilari xuruj qilgan vaqtda davo

muolajalari og‘riqni yengillashtirishga, agar kasallik xuruj qilmayotgan bo‘lsa, bo‘yin sohasi mushaklarini bo‘shashtirish va qon tomirlar spazmini bartaraf etishga qaratiladi. Agar migren xurujidan qutulishning imkoni bo‘lmasa, unda xuruj vaqtida kuzatiladigan og‘riq hissini kamaytirish mumkin. Bunda xurujning davomiyligi va kuchiga asoslanish lozim. Kuchli bo‘lmagan og‘riq, bir sutkagacha davom etsa – nosteroid yallig‘lanishga qarshi vositalar va analgetiklar (ibuprofen, asetil salitsil kislota) dan foydalanish mumkin. Ayniqsa, preparatlarning rektal shamchalar shakli yaxshi samara beradi. Parasetamol, metamizol natriy, naproksen, drotoverin gidroklorid, fenobarbital, kofein saqlovchi preparatlardan foydalansa ham bo‘ladi. Bir necha sutka davom etuvchi migren xuruji – bunday vaziyatda triptan guruhi preparatlaridan foydalanish mumkin – zolmitritin, eletriptin, sumatriptan. Bu vositalar qon tomirlarni toraytiradi va bosh miyada serotoninga bo‘lgan sezuvchanlikni kamaytirdi. Migren kasalligi profilaktikasida – og‘riqqa sabab bo‘luvchi omillardan himoyalash kerak bo‘ladi. To‘g‘ri kun tartibi, uyqu vaqti va davomiyligi, mehnat qilish va dam olishni tartibga solish, asabiylashishdan saqlanish hamda stress holatlariga tushmaslik katta ahamiyat kasb etadi. Serotonin ajralib chiqishini oshiruvchi ayrim mahsulotlardan cheklanish ham migren xurujlarini oldini olishda katta rol o‘ynaydi, masalan dudlangan mahsulotlar, pishloq, shokolad va spirtli ichimliklar. Migren kasalligi inson sog‘lig‘iga va ijtimoiy hayotiga salbiy ta’sir ko‘rsatishi natijasida sababsiz bosh og‘rishi kuzatiladi. Tibbiy muammoni davolash qanchalik qiyin bo‘lsa, davolanish strategiyasi shuncha ko‘p bo‘ladi. Ushbu kuzatuv, albatta, migren uchun to‘g‘ri keladi. Bemorlar va shifokorlar doimo qisqa muddatlarda samarali bo‘lgan, ammo uzoq muddatda istalmagan oqibatlarga olib kelishi mumkin bo‘lgan dori terapiyasiga alternativallarni izlaydilar.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Abu Ali Ibn Sino “Tib qonunlari” saylanma 2-jild. 14-bet. Toshkent// Abdulla Qoqiriy nomidagi xalq merosi nashriyoti

2. Nicholson RA, Buse DC, Andrasik F va boshq. O'chokli va taranglikdagi bosh og'rig'ini farmakologik bo'lmagan davolash usullari: qanday tanlash va qachon foydalanish kerak . Curr Treat Options Neurol 2011; 13 : 28–40 3. Schiapparelli P, Allais G, Castagnoli Gabellari I va boshqalar. O'chokli profilaktikasiga farmakologik bo'lmagan yondashuv: II qism . Neurol Sci 2010; 31 (Qo'shimcha 1) : S137–9.

4.Жаров.Д.Г. Секреты гирудотерапии, или как лечиться пиявками /Д.Г. Жаров//-Ростов-на-Дону:Феникс.-2003.

5.Баскова, И.П. с соавт. Влияние препаратов из медицинских пиявок на показатели атерогенеза / И.П.Баскова, Г.И. Никонов,В.В. Долгов// Кардиология.-1989.-Т

6.Жернов В.А. Гурудотерапия как корригирующая технология восстановительной медицины / А.Жернов. М.М. Зубаркина// Учебное методическое пособие,-М ,Изд-во РУДН,2006.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕКОМЕНДОВАННЫХ СХЕМ ФАРМАКОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ЛЁГКОЙ ФОРМОЙ COVID-19 ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ

Иваныкина В.М., Хлебодарова Е.В.

Курский государственный медицинский университет

Актуальность. Актуальность исследования обусловлена проблематикой пандемии Coronavirus disease 2019 (COVID-19), возбудителем которой является ранее не изученный штамм вируса - SARS-CoV-2. Научный интерес к пандемии Covid-19 обоснован остротой данной проблемы для систем здравоохранения всех стран мира. Научный анализ необходим для обеспечения наиболее эффективного лечения пациентов и улучшения эпидемиологической обстановки. Важно проанализировать эффективность рекомендованных схем фармакотерапии, чтобы обеспечить наилучший эффект лекарственной терапии в борьбе с пандемией.

Цель исследования. Анализ частоты назначения рекомендованных схем фармакотерапии больных лёгкой формой Covid-19, а также изучение эффективности терапии при назначении данных комбинаций лекарственных средств посредством анализа уровня смертности в каждой клинической группе.

Материалы и методы. Для выполнения данного исследования проведена работа с архивными данными, амбулаторными картами инфекционного отделения ОБУЗ «Тимская ЦРБ», за период с ноября 2020 года по апрель 2021 года. В исследуемую группу вошли 80 человек, в возрасте от 24 до 55 лет, из них 45 мужчин (56% исследуемых) и 35 женщин (44% исследуемых). Все больные были рандомизированы на 3 группы, в зависимости от получаемой терапии. Перечень препаратов, рекомендованных к лечению новой коронавирусной инфекции, и схемы их применения упоминаются на основании временных методических рекомендаций по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (Covid-19) Министерства здравоохранения Российской Федерации (актуальная версия 10 от 08.02.2021). Для соблюдения этических норм персональные данные пациентов были защищены, каждой амбулаторной карте был присвоен индивидуальный номер от 1 до 80, для предупреждения разглашения ФИО и прочих персональных данных.

Результаты. Пациенты 1 группы получали лечение согласно схеме №1: противовирусная терапия (Фавипиравир) + интраназальные формы ИФН-α, (НПВП по показаниям: Парацетамол). Для 2 группы применяли схему №2: антибактериальная терапия (Гидроксихлорохин) + противовирусная терапия (интраназальные формы ИФН-α), + НПВП по показаниям: Парацетамол. Пациенты 3 группы получали лечение по схеме №3: противовирусная терапия (Умифеновир) + интраназальные формы ИФН-α, (НПВП по показаниям: Парацетамол).

Установлено, что в 36,25% случаев (29 пациентов) применялась Схема 1. Применение Схемы 2: в 11,25% случаев (назначена 9 пациентам), Схемы 3: в 52,5% клинических случаев (42 пациента).

Анализ медицинской документации выявил, что при назначении Схемы 3 смертность в соответствующей группе составила 2,4% (1 случай летального исхода в группе из 42 пациентов). Это позволяет считать данную схему наиболее эффективной в лечении клинической группы. В группе пациентов, получавших терапию по Схеме 1, уровень смертности составил 6,9% (2 летальных исхода в группе из 29 пациентов). Наименее эффективной признана Схема 2, так как в данной группе пациентов смертность составила 22,2% (2 летальных исхода в группе из 9 пациентов).

Выводы. С октября 2020 года по март 2021 в ОБУЗ «Тимская ЦРБ» на амбулаторном лечении находились 80 пациентов с лёгкой формой новой коронавирусной инфекции. Фармакотерапия данных пациентов проводилась согласно рекомендованным схемам лечения. Наиболее часто применяемой схемой лечения являлась схема №3 (в 52,5% случаев), менее часто назначалась схема №1 (в 36,25% случаев), наиболее редко использовалась схема №2 (в 11,25% случаев).

Анализ уровня смертности по группам пациентов показал, что наиболее эффективной в лечении лёгкой формы Covid-19 является схема №3 (поскольку смертность в этой группе минимальна и составила 2,4%).

YUQUMLIKASALLIKLARGAQARSHICHORA-TADBIRLAR

IbragimovaZ.J., AbdullajonovaG. G., RahmonovaM. L.

Farg'ona Jamoat salomatligi tibbiyot instituti.

O'sh meditsina universiteti

Bugungi davrga kelib kasalliklarning turlari nihoyatda ko`paydi.Insoniyat turmush tarziga katta zarar keltirayotgan kasalliklar bu yuqumli kasalliklardir.Azaldan bu kasallilar insoniyatga katta halokatlar olib kelgan.Hozirgi davrga kelib tibbiyot sohasining rivojlanishi natijasida turli xil yuqumli kasalliklarni aniqlash va unga qarshi davolash hamda profilaktika chora tadbirlari

ishlab chiqildi.Lekin hali o`rganilmaganlari ham bor.Yuqumli kasalliklar epidemiyani keltirib chiqarishi natijasida ko`plab insonlar halok bo`ladi,turli sohalar inqirozga uchraydi.Bugun ana shunday vaziyatlarni oldini olish maqsadida aholiga yuqumli kasalliklar hamda ularning profilaktikasi haqida tushunchalar berib borilishi,aholini tibbiy savodxonligini oshirish lozim.Yuqumli kasallik tarqalganda infeksiya o`chog`ini aniqlash va unga qarshi chora tadbirlar ishlab chiqilishi kerak.Bu tadbirlar to`g`ri o`tkazilsa, o`z vaqtida infeksiyani yo`qotishga yordam beradi.Infeksiya manbaini aniqlash,infeksiyani yuqish xavfini kamaytirish yoki butunlay yo`qotish,aholini maxsus immunizasiyalash yo`li bilan uning mazkur infeksiyaga qarshi chidamliligini oshirish lozim.Ayrim yuqumli kasalliklardan va uning belgilaridan xabardor bo`lsak,gigiyena qoidalariga amal qilgan holda o`z o`zimizning immunitetimizni oshirishga harakat qilamiz.Masalan, oddiy bo`lib ko`ringan qo`llarimizni ovqat yeyishdan oldin sovunlab yuvsak,oziq ovqatlarni pashsha tegishidan saqlasak,sabzavot va mevalarni yaxshilab yuvib istemol qilsak “Ahlat infeksiyasi” hamda “Iflos qo`llar”infeksiyasidan saqlanishimiz mumkin.Oddiy bo`lib ko`ringan qoidalar kasalliklarning tarqalishini oldini oladi.Asosan yuqumli kasalliklar tarqatuvchisi hisoblangan bolalarni bu qoidalarga o`rgatish lozim.Buning uchun avvalo biz kattalar yuqumli kasalliklar hamda unga qarshi kurash chora tadbirlaridan xabardor bo`lishimiz zarur va shart .Bugungi kunda aholini tibbiy bilimini oshirish maqsadida keng ko`lamli ishlar olib borilmoqda.Bugun yuqumli kasalliklarni oldini olishimiz hamda uy sharoitida o`zimizning tabiiy mahsulotlar orqali yurak ishlash faoliyatini yaxshilab ,immunitetimizni oshirishimiz kerak.Bunda qora sedana yog`i,asal,zanjabildan tayyorlangan damlamalar meva sabzavotlar,oqsil va uglevodlarga boy bo`lgan mahsulotlar immun tizimini mustahkamlaydi.

Ayniqsa nonushtada sut,qatiq,olma,sabzi,lavlagi,baliq,limon,turshak,olma qoqisi,olxo`ri,petrushka ko`kati kabi mahsulotlarning dasturxonda bo`lishi immunitetni tabiiy ravishda ko`taradi.Yuqumli kasalliklarni yuqush xavfi hamda unga qarshi immunitet hosil qila olmaslik ayniqsa ortiqcha vazn egalarida ko`p uchraydi.Buni COVID19 epidemiyasi yaqqol ko`rsatdi.Eng avvalo kasallikka

chalinmaslik uchun uni oldini olish Ibn Sino tabiri bilan aytganda sog'lom odamning salomatligini asrashimiz lozim.

МОЛОЧНАЯ СЫВОРОТКА В НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЕ

Бабаджанова Х.М.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Народная медицина является основой традиционного лечения. С давних времен в народе пользовались с различными биологическими, естественными веществами, состав которых изучается на сегодняшний день.

Активных веществ в молочной сыворотке около 6-7 %, тем не менее, ее ценность очевидна – благодаря полному отсутствию жиров, а также большому количеству легко усваивающихся белков. Бесценной делает сыворотку и наличие лактозы (молочного сахара), ведь этот компонент усваивается организмом полностью. Благоприятно влияя на желудочно-кишечный тракт и не вызывая образования в клетках жиров этот углевод является одним из самых желанных для организма. А небольшое количество молочного жира, которое есть в сыворотке, полезно благодаря способности усиливать деятельность ферментов. В составе сыворотки есть белки, включающие незаменимые аминокислоты, не вырабатываемые организмом. Единственно, возможное их попадание в организм – с пищей. Участвуют эти белки в процессе формирования новых белков в печени и в формировании красных кровяных телец. В сравнении с иными природными белками белки молочной сыворотки являются очень ценными. Есть в молочной сыворотке минеральные вещества. В частности, магний, кальций, фосфор, калий, витамины А, Е, С, группы В. Присутствует также биотин, холин и никотиновая кислота.

Полезные свойства: Молочная сыворотка благодаря своему составу буквально совершает чудеса. Она способна выводить соли тяжелых металлов, токсины и шлаки из организма, а также избавлять от излишней

жидкости. Сыворотка является источником природных протеинов – они не приносят калорий и употреблять их можно почти без нормы.

Утолить жажду и голод также можно молочной сывороткой. Ее можно использовать в качестве компонента диеты и как средство для похудения.

Положительное воздействие оказывает сыворотка на функционирование печени, почек и всего кишечника. Работа выделительной и пищеварительной систем связана со всем организмом, потому молочная сыворотка влияет на уменьшение воспалительных процессов на коже и на слизистой, нормализует давления у гипертоников, снижает риск возникновения атеросклероза, способствует затуханию ревматизма. Сыворотка также влияет на обменные процессы благодаря возможности улучшать кровообращение. Специалисты подчеркивают, что молочная сыворотка и напитки, созданные на ее основе, сохраняют позитивное эмоциональное состояние, восполняют витаминную недостаточность, если в организм поступает недостаточное количество питательных веществ. Другими словами, сыворотка частично заменяет свежие фрукты и овощи.

Эффективна молочная сыворотка при таких болезнях:

- дисбактериоз, отравление пищей, хронический запор,
- хронический гастрит, панкреатит, энтероколит,
- болезни почек, печени (нефриты и так далее),
- ишемия, атеросклероз, гипертония, стенокардия,
- сахарный диабет,
- нарушение мозгового кровообращения.

Таким образом, молочная сыворотка является очень полезным продуктом при многих заболеваниях и при правильном применении отмечается улучшение состояния здоровья.

BENEFICIAL PROPERTIES OF MULTER FRUIT FOR HEART AND BLOOD DISEASES

Ibrohimov H. A.

Fergana medical institute of Public health

Annotation: Mulberry strengthens the immune system against infectious diseases strengthens the protective system, protects the skin from premature wrinkles, increases vision and protects against diseases such as damage to the retina. Mulberry leaves and bark are also rich in various biologically active substances. The leaves contain flavonoids, vitamins, carotene, essential oil, organic acids, and the bark contains dyes and additives, various acids. In folk medicine, mulberry has long been used in the treatment of various diseases. Mulberry juice is also widely used to purify the blood, increase blood flow. The decoction of the leaf has been used as an antipyretic, thirst-quenching agent in angina and other colds.

Keywords: mulberry fruit, mulberry leaf, anemia, hypertension.

There are about 400 varieties of mulberry. There are three main categories according to the color of the fruit: white, red and black mulberry. There are ornamental varieties that grow small in height or in the form of a bush. The resamors of the leaves of this tree are enriched with nutrients and their positive effect on individual organs is simply impressive. Mulberry fruit is recommended for those who have problems with anemia. Its high content in iron buffer helps to regenerate red blood cells, which in turn increases the distribution of oxygen to vital tissues and systems of the body. The fruits are included in the complex treatment of diabetes, and a number of many organisms stimulate the production of pancreatic insulin. The fruits have a mild laxative effect, gently fight constipation dysbiosis and other intestinal treatments. Teas and tinctures from the leaves have a positive effect on the state of the circulatory system. Useful properties of mulberry leaf: tinctures made from mulberry leaves are used in the treatment of bronchitis and pneumonia. Tea made from mulberry leaves is used to lower blood sugar in diabetes.

In folk medicine, it is recommended to drink an infusion from the roots and bark of people suffering from asthma, inflammation of the respiratory tract and

hypertension. If the fruit is eaten unripe, it relieves nausea. Unripe mulberry is used as an extremely effective and natural disinfectant against poisoning, which means that for those who are dissatisfied with their weight, these unripe mulberry fruits show their effectiveness.

The composition of all parts of the plant contains many B vitamins. Especially mulberry is rich in vitamins V1 and V2. Mulberry does not lose its properties in the dried form. Mulberry contains large amounts of iron, copper, carbon, glucose. Mulberry helps with "heart disease" and "hypertension patients". It can be used both fresh and juices, syrups, infusions. Patients with terrible diseases such as atherosclerosis, arrhythmia, extrasystole, tachycardia, as well as ischemic disease myocardial dystrophy, their condition is significantly improved if they drink one or two tablespoons every day. Mulberry juice does not combine with other fruit juices. Mulberry fruits are highly effective if consumed on an empty stomach no later than 35-40 minutes before meals.

Abu Ali ibn Sina also used mulberry as a remedy. Sweet mulberry is hot and sour shotut is cold. In the juice of mulberry, especially when it is boiled in a copper pot, the wrinkling property is enhanced. At the same time it stops the flow of strong and bad hilt to the members. This is especially true of raw mulberry. Mulberry, vine and black fig leaves are used to boil in rain water, which darkens the hair. White mulberry leaf treats sore throat, freshly cut leaf juice treats toothache, mulberry fruit and its juice treats swelling in the mouth and throat. Salted and dried mulberry cures diarrhea. In the treatment of kidney and cardiovascular diseases, mulberry is a diuretic, which cleanses the body of excess fluid. All types of mulberry fruit should be consumed before meals, so that it does not harm the gastrointestinal tract. Mulberry fruit is dried, tinctures and compotes are made from it, it cures impotence, helps to lose weight, cleanses the body. In winter, the buds of the mulberry tree are taken, cleaned, and the tincture is drunk to support the heart. When mulberry flowers are mixed with vegetable oil and soaked in a dark place, a wonderful cream is formed to treat fine blemishes, spots and freckles on the skin. In the treatment of old wounds and bruises on the body,

crushed mulberry leaves and twigs and mixed with vegetable oil, the wounds heal quickly, leaving no place on the skin.

References:

1. A.Usmonkhojaev., E.Bisitxanova., O.Paratov., A.Djabborov. Etymological modern encyclopedia of medicinal plants growing in Uzbekistan. Pp. 249-250. 2018.
2. Bakhtiyor Omon., Temur Sadulla and others. Abu Ali Ibn Sina Laws of Medicine. Pages 190-192. 1993.
3. Ibroxim Karimov., Anvar Sobirjon. Medicinal plants. Guide. 89 bet.

COVID-19 ТАРҚАЛИШИ ВА КЕЧИШИДА ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАР

Исмаилов К.Я., Қурбанов С.Р.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Муаммонинг долзарблиги. Ўтган 2020 йил COVID-19 пандемияси туфайли дунёнинг деярли барча мамлакатларида, шу жумладан Ўзбекистонда ҳам, соғлиқни сақлаш тизими учун катта синов йили бўлди ва бу жараён жорий йилда ҳам давом этмоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, коронавирус инфекциясининг тарқалиши ва ўлим ҳолатлари ўсишда давом этмоқда.

Тадқиқот мақсади. Аҳоли орасида COVID-19 касаллигининг тарқалишидаги айрим тиббий-ижтимоий омилларни ўрганиш ва баҳолашдан иборат.

Материаллар ва услублар. Қорақалпоғистон Республикасида “Covid-19” касаллиги билан тиббий кузатувга олинган 614 нафар беморларнинг тиббий ҳужжатлари танлаб ўрганилди. Ўрганиш давомида тўпланган материалларни таҳлил қилишда ижтимоий-гигиеник ва санитария-статистик усуллардан фойдаланилди.

Натижа ва муҳокама. Олинган натижалар шуни кўрсатдики, кузатувда бўлган бемоларнинг 296 (47,5 %) шаҳар, 327 (52,5 %) қишлоқ аҳолиси ташкил қилди. Жинси бўйича таҳлил қилинганда, эркаклар 329 (52,8%), аёллар 294 (47,2 %) ташкил қилди. Касаллик аёлларга нисбатан эркакларда (53,6%), шаҳар аҳолисига нисбатан қишлоқ аҳолисида (55,1%) кўпроқ кузатилди. Касаллик 45 ёш ва ундан катта ёшдаги аҳоли орасида кўп учраб, 52,3% ни ташкил қилди. Касалликни 432 (70,4%) аҳоли орасида, 182 (29,6 %) бемор билан мулоқот вақтида юктириб олган. Уларнинг 40 (21,9%) тиббиёт ходимлари ташкил қилди. Беморларнинг 521 (84,8 %) уйида, 93 (15,2 %) стационарда даволанган. Стационарда даволанганларнинг 77,3 % 45 ёш ва ундан катта ёшдаги беморлар ҳиссасига тўғри келиши, аксариятида юрак қон-томир, қандли диабет 2 тип, ортқча тана вазн сингари қўшимча касалликлар борлиги аниқланди. Стационардагиларнинг 91,3% Covid-19 тасдиқланган, 8,6% тасдиқланмаган, уйида даволанганларнинг 446 (85,6%) тасдиқланган, 75 (14,4%) клиник белгиларига кўра даволанишлар буюрилган. Бемор билан мулоқот жараёнида юктириб олган 40 нафар (21,9%) тиббиёт ходимларининг барчасида Covid-19 тасдиқланган, улардан 3 нафари касалхонада 37 нафари амбулатор шароитда даволанганлиги аниқланди.

Хулосалар: COVID-19 касаллигининг тарқалиш тезлиги кўп ҳолларда инсон омилига яъни, одамларнинг белгиланган санитария-гигиеник қоидаларга қатъи риоя қилишлари, шахсий химоя воситаларидан оқилона ва тўғри фойдаланиши билан боғлиқ. Катта ёшли ва сурункали касаллиги бўлган беморларда, узоқ муддат тана ҳароратининг кўтарилиши, йўтал, нафас сиқиши каби клиник белгилар мавжудлигида касаллик оғир кечган. Таъм сезиш ва ҳид билишнинг йўқолиши, қисқа муддат тана ҳароратининг кўтарилиши билан бошланган COVID-19 касаллиги енгил кечган ва аксарият ҳолатларда амбулатор шароитда даволанган.

METABOLIK SINDROMNING OLDINI OLISH USULLARI VA DAVOLASHDA QO`LLANILADIGAN DORI VOSITALARI

Qulmatov G`. O., Bekmatova Sh. Q.

Toshkent Tibbiyot Akademiyasi Urganch filiali

Mavzuning dolzarbligi: Ko`pgina insonlar orasida hozirgi vaqtda keng tarqalgan va o`limning asosiy sababchisi bo`lgan Metabolik sindrom (semizlik, ateroskleroz, arterial gipertoniya, gormonal buzilishlar giperinsulinemiya, insulinorezistentlik ) ni uchrashi juda katta muammoga sabab bo`lmoqda. Metabolik sindromning oldini olish uchun bu sindromning kelib chiqish xususiyatlarini o`rganish va davolashda qo`llaniladigan dori vositalarini roli katta ahamiyatga ega.

Mavzuning maqsadi: Metabolik sindromning oldini olish usullari va davolashda qo`llaniladigan dori vositalarini o`rganish maqsadida Xorazm viloyat Urganch shahar shifoxonasida davolanayotgan 50 ta bemorda o`z hohishiga binoan tekshiruv va tadqiqot o`tkazdik. Tekshirishdan maqsad semizlik, yurak qon tomir kasalliklari va giperinsulinemiya kabi kasalliklarning simptomlari bor bemorlarga jismoniy mashqlarni bajarish, dietaga amal qilish va dori vositalarini qo`llash orqali bemorlardagi ijobiy o`zgarishlarni aniqlash va dori preparatlarining samaradorligini o`rganish.

Materiallar va tadqiqotlar usullari: Metabolik sindromning oldini olishda, ortiqcha tana vazni va yog` bosishini yoshga bog`liq oshishini pasaytirish lozim va bu sindromning oldini olish uchun asosan kuniga 30 minutdan kam bo`lmagan davomiylikda, jismoniy mashqlar bilan tez- tez shug`ullanish lozim. Tekshirish o`tkazishdan oldin Xorazm viloyat Urganch shahar shifoxonasida Terapiya bo`limida davolanayotgan 22 ta ayol va 28 ta erkak jami 50 ta bemor tekshirildi. Tekshirish davomida bemorlarning semizlik, ovqatlanishi, oilaviy ahvoli, nasliyligi kabi ko`rsatkichlari o`rganildi. Semizlik bor bemorlarga kuniga 1 mahal 1 ta tabletkadan Lipoksin kapsulasi 2,5 oy davomida ichish uchun buyurildi. Ovqatlanishi va dori preparatini vaqtida ichishi nazorat qilib borildi. Jismoniy mashqlar bilan muntazam shug`ullanishdan va Lipoksin

kapsulasini ichishidan keyin bemorlarning tana vazniga qanchalik ta'sir qilishini aniqladik ,ya'ni bemorlarning tana vazni sezilarli kamaygan.

Tadqiqot natijalari:Metabolik sindromning oldini olish va davolashda qo'llaniladigan dori vositalarini ta'sirini aniqlash maqsadida bemorlarni 2 ta guruhga bo'ldik (ayollar va erkaklar).Ayollardan 22 tasi qatnashdi ular Lipoksin kapsulasini ichishni boshlagandan so'ng 2 oy o'tgandan keyin bel aylanasi 8- 10 sm ga kamaydi , son aylanasi esa 3-5 sm ga kamayganini kuzatdik .Erkakalardan esa 28 tasi qatnashdi ularga ham Lipoksin preparatini berdik ularda 2,5 oydan so'ng bel aylanasi 7-9 sm , son aylanasi esa 4 -5sm kamayganini kuzatdik. Bemorlarning qonidagi umumiy xolesterin miqdorini bioximik analiz orqali tekshirganimizda, tekshiruvda qatnashgan jami erkaklardan 78 % ida qonda xolesterin miqdori kamayish kuzatildi ,tekshiruvda qatnashgan ayollardan esa 82% ini qonida xolesterin miqdori kamayish kuzatildi.

Xulosa: Metabolik sindromning klinik ko'rinishi ya'ni yurak- qon tomir kasalliklari va semizlik kuzatilganda jismoniy mashqalarni bajarish va Lipoksin preparatini parhezga rioya qilgan xolda berish usulini qo'llash samarasi ijobiy ekanligi aniqlandi .

ВЛИЯНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В ДОСТИЖЕНИИ НА УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ У СТУДЕНТОВ МЕДВУЗА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Левченко Е.В., Лысенко В.В.

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Россия

Новая коронавирусная инфекция – одно из самых значимых событий 2020 года. Оно оказало значительное влияние на все отрасли: экономику, социологию, здравоохранение и т.д. во всем мире.

В целях профилактики этой высоко-контагиозной болезни во всех регионах РФ было принято решение о введении добровольной самоизоляции и переходе на дистанционное обучение всех ВУЗов, Ссузов и школ, включая Курский государственный медицинский университет.

В сложившейся ситуации можно выделить следующие предпосылки к возникновению повышенного уровня тревожности у студентов-медиков:

1. Изменение привычного уклада жизни.
2. Ограничение свободного передвижения.
3. Ограничение социальных контактов.
4. Изменение привычной студенческой жизни и студенческой активности.
5. Переход на дистанционное обучение, сопряженный с новым форматом работы с учебными материалами и новым форматом оценивания знаний.
6. Страх заболеть самому/страх заболевания близких родственников.
7. Высокий уровень доступности противоречивой информации о заболевании.
8. Повышенная социальная ответственность студентов-медиков в сложившейся ситуации.
9. Ожидание опасности при дефиците информации, обусловленное имеющимися медицинскими знаниями.

Тревожность, сопряженная с повышенным уровнем хронического стресса, непосредственно связана с риском возникновения неврозов.

Она является одним из факторов риска, оказывающих неблагоприятное влияние на адаптационные возможности организма в стрессовых ситуациях.

В ряде случаев рост ситуационной тревожности приводит к серьезным проблемам, в частности нарушается внимание и координация.

Потребность в достижениях.

Потребность в достижениях выступает источником активности личности. Она определяется уровнем самооценки человека. При адекватной самооценки чем выше уровень потребности в достижениях, тем активнее и целенаправленнее человек. Мотивация достижения – стремление к улучшению результатов, неудовлетворенность достигнутым, настойчивость в достижении своих целей, стремление добиться своего, во что бы то ни стало – является одним из ядерных свойств личности, оказывающих влияние на всю человеческую жизнь

Под потребностью в достижениях понимают стремление личности улучшить результаты своей деятельности (соревнование с самим собой), получить уникальные результаты или включенным в достижение далеких целей. Она проявляется в чувствительности к появлению рассогласований между результатами прошлого уровня исполнения и настоящего, в способности воспринимать эти различия и быть ими неудовлетворенным или фрустрированным этим.

Стремление получить удовлетворение путем устранения этого рассогласования и составляет стимулирующий аспект потребности в достижениях. Именно оно вызывает деятельность, направленную на достижение превосходящего уровня.

Потребность в достижениях проявляется как стремление к соревнованию с самим собою в достижении более высоких результатов, как общее стремление к улучшению во всех сферах деятельности, переживанию успеха в любой значимой для личности деятельности и избеганию неудач. Имеют тенденцию ставить перед собой цели умеренной трудности, которые можно расценивать как вполне достижимые цели. Реалистичность в постановке и выборе целей позволяет этим людям иметь больше шансов удовлетворить потребность в достижениях, то есть получить удовлетворение от достижения данной конкретной цели. Они не склонны к крайнему риску, упорно работают в условиях реальных видов на успех, склонны более адекватно оценивать шансы на успех, чем лица с низкой потребностью в достижениях.

Лица с высокой потребностью склонны максимизировать удовлетворение потребности в достижениях, поэтому они отказываются от легких целей, поскольку они не дают им соответствующего удовлетворения, и от очень трудных целей, вероятность достижения которых также мала.

Цель исследования.

Выяснить влияние уровня потребности в достижении на выраженность тревожного синдрома у студентов Курского государственного медицинского университета в условиях пандемии Covid-19.

Материалы и методы.

В исследовании приняли участие 104 студента Курского государственного медицинского университета, обучающихся на 5 курсе лечебного факультета. Исследование проходило на базе Курского медицинского университета.

Респондентам, принимавшим участие в нашем исследовании, было предложено анонимно пройти опросник из 20 высказываний, относящихся к тревожности как состоянию. Респондентам предлагалось оценить свое состояние с двух позиций: «Как Вы чувствуете себя в данный момент?» и «Как Вы чувствуете себя обычно?»

Уровень тревожности до 30 баллов считался низким, от 30 до 45 баллов – умеренным, от 46 баллов и выше – высоким. Минимальная оценка по каждой шкале – 20 баллов, максимальная – 80 баллов.

Кроме этого студенты отвечали на анкету, которая включает 22 утверждения. Исходный перечень пунктов составлялся таким образом, что в них косвенно отражались индивидуальные особенности человека, ориентированного на достижения. После этого пункты отбирались по значениям критериальной валидности и согласованности с суммарным баллом. Сумма баллов положительных и отрицательных ответов характеризовала уровень потребности в достижении. Размах индивидуальных баллов был очень большим: от 2 до 22. Уровни потребности в достижениях: низкий – 2-10; ниже среднего – 11-12; средний – 13-14; выше среднего – 15-16; высокий – 17-22.

Объем выборки являлся достаточным для исследования с уровнем значимости результатов $p \leq 0,05$.

Результаты исследований были обработаны с использованием методов описательной статистики – определение экстенсивных показателей и представлены в таблице:

	Высокий уровень тревоги	Средний уровень тревоги	Низкий уровень тревоги
Высокий уровень потребности в достижении (49 студентов)	4,1%	12,2%	83,7%
Средний уровень потребности в достижении (44 студента)	32%	22,8%	45,2%
Низкий уровень потребности в достижении (11 студентов)	54,5%	36,4%	9,1%

У студентов с выраженной потребностью достижений обнаружен самый низкий уровень тревожности.

Выводы.

При определении выраженности тревожности в структуре личности студентов были обнаружены следующие закономерности: студенты с высоким уровнем потребности в достижении значительно менее тревожны. Мотивация достижения (успеха, цели) оказывает влияние на всю человеческую жизнь и способствует адаптации в непростых условиях мировой пандемии.

Используемая литература:

1. Куприянов Р. В., Кузьмина Ю.М. Психодиагностика стресса: практикум. Казань: КНИТУ, 2019. -212 с.
2. Лысенко В.В. Стиль саморегуляции у достигающих лиц при обучении саногенной рефлексии. Монография. Московский институт медико-социальной реабилитологии. Памяти академика Орлова Ю.М. М. 2001 г.
3. Орлов Ю. М. Шкуркин В. И., Орлова Л. П. Построение тест-вопросника для измерения потребности в достижениях. В кн.: Вопросы экспериментальной психологии и ее истории, М.: Изд-во Московского государственного пед. ин-та, 1974.
4. Орлов Ю.М. Потребность в достижениях.— Молодой коммунист, 1980.

5. Узаков О.Ж. Тревожные расстройства у людей в условиях эпидемии коронавирусной инфекции (COVID-19) // Бюллетень науки и практики. 2020. №9.

ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА ИНФЕКЦИИ SARS-COV-2 У ЛЮДЕЙ

МикаиловУ.С.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра судебной медицины

Патогенез инфекции SARS-CoV-2 у людей проявляется в виде легких симптомов или тяжелой дыхательной недостаточности. Связываясь с эпителиальными клетками дыхательных путей, SARS-CoV-2 начинает реплицироваться и мигрировать вниз по дыхательным путям и проникает в альвеолярные эпителиальные клетки в легких. Быстрая репликация SARS-CoV-2 в легких может вызвать сильный иммунный ответ. Синдром цитокинового шторма вызывает острый респираторный дистресс-синдром и дыхательную недостаточность, что считается основной причиной смерти пациентов с COVID-19. Пациенты старшего возраста (> 60 лет) и с серьезными ранее существовавшими заболеваниями имеют больший риск развития острого респираторного дистресс-синдрома и смерти. Похоже, что люди всех возрастов восприимчивы к инфекции SARS-CoV-2, а средний возраст инфицирования составляет около 50 лет. Однако клинические проявления различаются с возрастом. В целом, у пожилых мужчин (> 60 лет) с сопутствующими заболеваниями больше вероятность развития тяжелого респираторного заболевания, которое требует госпитализации или даже смерти, тогда как у большинства молодых людей и детей встречаются только легкие заболевания (отсутствие пневмонии или легкая пневмония) или бессимптомные заболевания. COVID-19 имеет более сложные симптомы и прогрессирование. Большой спектр клинических проявлений и степеней тяжести объяснен только частично. Дальнейшие исследования могут раскрыть новое понимание механизмов COVID-19. Мы полагаем, что для более информативного исследования патофизиологии и патоморфологии при заболевании COVID-19 необходимо:

1. Расширить изучение биопсийного материала при COVID-19 не ограничиваясь только отдельными органами, о чем должны быть выработаны соответствующие инструкции.
2. Более широко изучать особенности течения и морфологии COVID-19 в зависимости от возраста и наличия сопутствующих острых и хронических заболеваний.
3. Проверить более четкое изучение клинико-морфологических параллелей у погибших от COVID-19 при специфическом разнообразии и индивидуальном подходе в выборе методов лечения, что позволит оптимизировать эффективность медицинской помощи.

ИНФЕКЦИОН КАСАЛЛИКЛАРНИНГ БУГУНГИ КУНДАГИ ДИАГНОСТИКАСИ МАСАЛАЛАРИ

Махмудова.Х.Т.

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

Бугунги кунимизда юқумли касалликлар диагностикаси янги янги текшириш усуллари билан бойиб, имкониятлари кенгайиб бормоқда. Сунги йилларда юқумли касалликлар клиникаси турли сабабларга кўра қисман ўзгариб қолди. Уларнинг енгил, билинар билинмас симптомлар билан ўтадиган шакллари кўпайди ва бунинг натижасида диагностикада баъзи қийинчиликлар пайдо бўлди. Юқумли касалликларга қарши эмлаш, антибиотиклар ва бошқа дори дармонларнинг кенг қўлланилиши одамларда сенсбилизация ҳолатини кўпроқ учрашини ҳам диагностикада қийинчиликларни келтириб чиқаради. Юқумли касалликларни иложи борича эрта аниқлаш бу муҳим масала бўлиб, бу даволаш самарадорлигини оширади, беморларни ўз вақтида касалхонага ётқизилиши натижасида касалликни бошқаларга юқиш хавфини камайтиради. Юқумли касаллик диагностикаси бемор анамнезига оид маълумотларга, бемор шикоятига ва уни синчиклаб текширишда топилган объектив маълумотларга, лаборатория ва бошқа диагностика асбоблари ёрдамида текшириш натижаларига асосланади.

Бунинг учун тўғри диагноз қўйиш учун врач аввало одам паталогиясига оид умумий маълумотлардан ташқари турли юқумли касалликларга характерли бўлган симптомларни етарлича даражада ажрата оладиган малакага эга бўлиши керак. Диагностика масалаларини ҳал қилишда эпидемиологик анамнез маълумотларини тўғри йиғиш муҳим ҳисобланади. Шунинг учун синчиклаб, астойдил тўплаш ва обдон таҳлил қилиш зарур. Эпид анамнезда бемор қачон, қаерда, қандай вазиятда ва қандай йўл билан касалликни юқтирганига оид маълумотларни билиб олиш мумкин. Маълумот йиғишда бемор яшаш шароити, овқатланиш тартиби, санитария қоидаларига риоя қилиш қилмаслигига эътибор берилади. Юқумли касалликларни диагностикасида турли хил лаборатория текшириш усулларидан фойдаланамиз. Лаборатория усуллари билан текширишда асосан касалликни келтириб чиқарувчи қўзғатувчилар бактериялар, вируслар, паразитларни бемор организмидан ажратиб олишга ва иккинчи томондан бемор организмда касаллик жараёнида юз берадиган ўзгаришларни ва ҳосил бўладиган турли моддаларни биокимёвий, иммунологик усуллар ёрдамида аниқлашга асослангандир. Этиологик диагнозни аниқлаш учун касаллик қўзғатувчи микроорганизмларни топиш учун бактериологик, вирусологик, паразитологик, серологик ва бошқа усуллардан фойдаланилади яъни специфик лаборатория усуллари 2 гуруҳга бўлинади: 1) Организмдаги қўзғатувчини бевосита аниқлаш бактериоскопик ва бактериологик. 2) Билвосита аниқлаш серологик ва аллергик текширишлар. Ҳозирги кунда вируслар келтириб чиқараётган касалликлар диагностикасида янги текшириш усуллари яратилиштики бу касалликни тезкор аниқлашда муҳим аҳамиятга эга бўлмоқда, масалан тестлар ёрдамида аниқлаш усуллари. Ўзбекистон Республикасида юқумли касалликларни, шу жумладан вирусли гепатитлар, ОИТС ва ҳозирги кундаги кенг таркалаётган Covid-19 инфекциясига ташхис қўйиш, улар профилактикаси ва даволаш усулларини янада такомиллаштириш бўйича чора тадбирлар белгиланган бу белгиланган чора тадбирлар қўйдагилар: юқумли касалликларга ташхис қўйиш, улар профилактикаси ва уларни даволаш масалалари бўйича норматив базани

такомиллаштириш; сурункали вирусли касалликлар профилактикаси, уларга ташхис қўйиш ва уларни даволаш чора тадбирларини янада такомиллаштириш Республикамизда юқумли касалликлар муассасаларининг моддий техника базасини янада ривожлантириш ва модернизация қилиш; соғлиқни сақлаш тизимида юқумли касалликлар муассасаларининг кадрлар салоҳиятини мустаҳкамлаш. Яқин кунларда мамлакатимизда гепатология ва шунга ухшаш марказларнинг очилиш режаси, улар Соғлиқни сақлаш вазирлиги Вирусология илмий тадқиқот институти ҳамда ҳудудий юқумли касалликлар шифохоналари тузилмаларида ташкил этилади. Гепатология марказлари вазифалари қўйдагилар: диспансер кўригидан ва профилактик тиббий кўриқдани ўтказишда аҳолини оммавий текширишни ташкил этиш мақсадида юқумли касалликлар лаборатория диагностикаси самарадорлиги оширилишини таъминлайди; эпидемиология, вирусология, микробиология, юқумли касалликлар профилактикаси, ташхис қўйиш ва даволаш масалалари бўйича фундаментал ва илмий амалий тадқиқотларнинг асосий йўналишларини белгилашда тадқиқот натижаларини соғлиқни сақлаш амалиётига жорий этади; юқумли касалликларни санитария гигиеник ва эпидемиясига қарши чора тадбирларни ишлаб чиқиб уларни амалда жорий этади.

SARS-COV-2 VIRUSINI QIZIL QON HUYAYRALARI HAMDA QONDAGI QAND MIQDORIGA BOG`LIQLIGI

Mo`ysinjonov J., Ashuraliyeva Sh., Ahmadaliyev Sh.

Farg`ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti.

Annotatsiya: Amalga oshirgan ilmiy tadqiqotimiz davomida aholining ma`lum bir hududda istiqomat qiluvchi vakillaridan iborat ko`ngilli insonlarni tanlab, ular o`rtasida laborator tekshiruvni amalga oshirdik hamda qon tarkibidagi gemoglobin va qand miqdorini miqdor jihatdan analiz qilib bugungi kunda dolzarbligini yo`qatmayotgan COVID-19 virusi qon hujayralari hamda qon tarkibidagi moddalarga qay jihatdan ta`sir ko`rstishini aniqlash davomida har bir fuqaroning kunlik ovqat ratsionini statistikon jadvalga tushirish orqali ya`ni har bir inson

salomatligiga ovqatlanishning ta'siri nechog'lik dahldor ekanini diagrammalar orqali ko'rsatishga harakat qildik.

Dolzarbli: Yer yuzi aholisining soni ortib borayotganligi insonlarning demografik ko'rsatkichlarini doimiy ravishda nazorat qilish va bu orqali yuzaga kelishi mumkin bo'lgan salbiy hodisalarni oldini olishni taqozo etmoqda. So'nggi yillarda insonlar hayoti va salomatligi dolzarb masalaga aylanayotganligiga barchamiz guvohmiz, xususan oxirgi ikki yil mobaynida dunyo aholisining salomatligiga COVID-19 virusi sir emaski o'z ta'sir doirasini sezilarli ko'rsatmoqda. Bu kasallikning xavfliligi shundaki u inson organizmida avvaldan mavjud bo'lgan kasalliklar hisobiga immun tizimini pasaytirishi oqibatida dasatavval nafaqat yoshi katta insonlar balki hozirgi kunga kelib yoshlargaham xavf tug'dirmoqda.

Uzoq sharq Federal universiteti (FEFU)ning fundamental tibbiyot kafedrası mutaxassislari rossiyalik va yaponiyalik hamkasblar bilan birgalikda qizil qon hujayralarining shikastlanishi bilan boog'liq bo'lgan COVID-19 kasalligining rivojlanish mexanizmini o'rganib chiqishdi. Tadqiqotchilar SARS- COV-2 virusi qizil suyak iligiga hujum qilishi, qonda mavjud bo'lgan qizil qon hujayralariga zarar yetkazishi bilan emas, balki yangilarining paydo bo'lishiga to'sqinlik qilishi mumkin deb hisoblashmoqda. Virusning asosiy maqsadi tanadagi temirga boy proteinli gemoglobin va u bilan bog'liq kislorodni tashish uchun ma'sul bo'lgan qizil qon tanachalarini nobud qilishdir[1]. O'z o'rnida gemoglobin yetishmasligi ikkilamchi kasallik sifatida anemeyani keltirib chiqaradi. Yoki avval anemeya bilan og'rigan bemor COVIDga chalinsa salomatligiga katta zarar yetkazishi mumkin.

COVID-19 faqatgina qizil qon hujayralariga emas balki qon tarkibidagi qand miqdorigaham bog'liq desak mubolag'a bo'lmaydi. Mutaxassislar qandli diabet bilan xastalangan bemorlarga COVID-19 infeksiyasining salbiy ta'siri haqida tushuntirdi. Virus organizmga kelib tushgach, sitokinlar tizimini faollashtiradi. Soddaroq qilib aytganda, immun tizimi hujayralariga xavf paydo bo'lganligi haqida signal yuboriladi. Ba'zi odamlarda sitokinlar judayam faol harakatlana boshlaydi. Oqibatda sitokin hujumi boshlanadi. Bu holat organizmdagi nafaqat

zararli, balki foydali hujayralarning ham nobud bo'lishiga olib keladi. So'ng ichki a'zolarining ishdan chiqish jarayoni boshlanadi.

Nima sababdan ba'zi odamlarda bunday hol sodir bo'lishi oxirigacha ma'lum emas. Shu masalani o'rganish uchun mutaxassislar koronavirus bilan kasallangan sichqonlarga glyukozamin in'yeksiyasini yuborib ko'rishdi. Aynan qondagi glyukoza miqdorining ko'tarilishi sitokinlar hujumini vujudga keltirishi aniqlandi. Natijada xalqaro mutaxassislar qandli diabet xastaligi sitokinlar hujumini vujudga keltiradi, degan hulosaga kelishdi. Mutaxassislarning ta'kidlashlaricha, shu sababdan ham qandli diabet xastaligi bor bemorlar uchun koronavirus infeksiyasini yuqtirib olish o'ta xavfli ekanligi e'tiborli bo'lishga chorlaydi.[2]

Temir yetishmasligi anemeyasi yoki xalq tili bilan aytganda kamqonlik. Bu kasallikning asosiy sabalaridan biri bu qon shakli elementlari (qizil qon tanachalari) tarkibidagi gemoglobin oqsilining meyoriy jihatdan kamayishidir. Erkakalarda 130-160 mg/l meyoriy holat bo'lsa ayollarda esa 120-140 mg/l shu miqdorning o'zgarishiga muvofiq kamqonlik darajalanadi ya'ni 90 mg/l dan yuqori bo'lsa yengil turi, 70-90 mg/l oralig'ida o'rta, 70 mg/l dan kamayib ketsa og'ir turi yuzaga keladi.[3]

Qandli diabet ham o'z navbatida qon tarkibidagi qandning miqdoriga ko'ra farqlanadi. Meyor bo'yicha 3.2-6.1 mmol/l. Shunga muvofiq qandli diabet ham darajalanadi. Birinchi darajasi asosan 6 mmol/l dan oshmagan, ikkinchi daraja 7 mmol/l dan baland bo'lgan va uchinchi yoki og'ir ko'rinishi 10-14 mmol/l dan yuqori bo'lgan holatlarni o'z ichiga oladi.

Hozirgi ilmiy texnikaviy globallashuv davrida hayot to'htovsiz va tinimsiz davom etayotgan ayni paytda insonlar salomatligiga e'tibor kamayayotgani ayni haqiqat. Buning birgina isboti Covid 19 pandemeyasi nafaqat ayni bir davlatlarda balki butun dunyoda insonlar salomatligiga bog'liq omillar ichida eng asosiysi tozalik va poklik ekannini ko'rsatib berdi. Inson salomatligi, uning kecha kunduz davomidagi ehtiyojlarini ta'minlashi, gigiyena qoidalaridan tashqari uning ratsional ovqatlanishiga ham aloqador. Fikrimizning dalili sifatida shuni aytishimiz joizki hozirgi kundagi oziq ovqat mahsulotlari miqdor va sifat jihatdan talabga javob bermayotganligi insonlarda turli kasallik belgilarini yuzaga keltirayotgani

bor gap.Xususan yurtimizdaham so`nggi paytda nafaqat katta yoshlilar balki yoshlar o`rtasidaham ozuqaviy mahsulotlar tarkibidagi moddalar yetishmovchiligi avval ko`zga ko`rinmas darajadagi keyinchalik jiddiy patologik holatlarga olib bormoqda.Birgina misol hozirgi yoshlar o`rtasida temir yetishmovchiligi anemeyasi oldingi ko`rsatkichlardan ancha yuqori.Bu faqat birgina misol yana shuni aytish joizki XXI asr globallashuv davri telekommunikatsiyalardan notog`ri foydalanish yoshlarning ongi va tafakkuriga ko`rsatayotgan ta`sirlar ulardagi depressiya va psixologik zo`riqishga olib borishi oqibatida ikkilamchi kasalliklarni ya`ni ko`pincha qandli diabet kasalligini o`smirlik davridayoq keltirib chiqarmoqda.Bu esa bizdan zaruriy choralar ko`rish kasalliklarning muddatidan oldin aniqlashga undamoqda.

O`zbekiston respublikasida so`nggi 5 yil davomida qayd etilgan ko`rsatkichlarga asosan anemeya o`smir yoshdagi qiz bolalarda hamda homilador ayollarda ko`proq qayd etilmoqda.Ya`ni o`smirlarning(qiz bolalar) qariyb 20% da anemeyaning og`ir turi,30% da o`rtacha turi 40% da yengil turi bo`lsa,faqatgina 10% insonlarda gemoglobin miqdori meyoriy holatda bo`lgan.JSST ning bergan malumotlariga ko`ra anemeya 25% chaqaloqlarda, 45% 5-yoshgacha bo`lgan bolalarda, 37% 5-12 yoshgacha bo`lganlarda va deyarli 60% o`smirlarda ko`rsatkich qayd etilgan.Ushbu kasallikning yuzaga chiqishida rol o`ynovchi omillardan biri bu ovqat tarkibidagi temir moddasining yetishmasligi hamda B guruhga mansub ya`ni B1,B2 va B12 vitaminlarning yetishmovchiligi oqibatida kelib chiqmoqda.

Qonning fizik-kimyoviy xususiyatlarini hamda uning normal faoliyatini belgilash nafaqat gemoglobin miqdori balki plazma tarkibidagi qand ko`rsatkichlarigaham bevosita bog`liqdir,ya`ni insonning kecha kunduz davomidagi mehnat faoliyatini energiya bilan ta`minlash asosan glyukoza molekulasi orqali bajarilishi hammaga ayon.Demak uning miqdoriy ko`rsatkichlarining o`zgarishi kishi organizmida sezilarli o`zgarishlar kelib chiqishiga olib keladi.Shunga muvofiq bugungi kund qand miqdorini meyordan ortiqchaligiham patologik holatlarning ko`payishiga va inson salomatligiga jiddiy ta`sir etayotganligi o`z isbotini topdi.Ya`ni COVID 19 pandemeyasi mobaynida

qand miqdori me'yordan ortiqcha bo'lgan insonlar qolgan bemorlarga nisbatan ko'proq halok bo'lgani albatta achinarli va bizdan zaruriy choralarni kechiktirmasdan ko'rishni talab qiladi. Qand miqdorini ortiqchaligi qandli diabet kasalligini yuzaga keltiradi. Statistik ma'lumotlarga ko'ra qandli diabet bilan kasallanish har 11 kishidan bittasiga to'g'ri kelmoqda, bundan tashqari ushbu kasallikka chalingan insonlarning deyarli barchasi ortiqcha vazndan ham aziyat chekadi. Kasallikning asosiy sabablaridan biri notog'ri ovqatlanish ya'ni ovqat tarkibida shirinlik mahsulotlarini ko'p iste'moli hisoblanadi. Yuqorida keltirilgan kasalliklarni yuzaga chiqishi ko'p jihatdan ovqatlanishga bog'liq bo'lmoqda. Biri ovqat tarkibidagi oqsil va vitamin yetishmovchiligi bo'lsa ikkinchisi qand miqdorini yuqori ekanligidir.

O'zbekiston respublikasi aholi o'rtasidagi bugungi kunda yuzaga kelayotgan va tobora soni ortib borayotgan ayrim kasalliklar bevosita ovqatlanish tartibiga uzviyligi aniqlangani tez va samarali chora ko'rishni taqozo qiladi. Fikrimizning yaqqol dalili sifatida aytishimiz mumkinki aholi o'rtasida 2025-yilgacha respublika sog'liqni saqlash tizimini yanada takomillashtirish ya'ni fuqarolarning sog'lom ovqatlanishini ta'minlash bo'yicha qo'shimcha chora tadbirlar (PQ_4887_SON_10_11_2020) to'g'risidagi hukumat qarorining ishlab chiqilishi ham inson salomatligini saqlashda kunlik ovqatlanishning ahamiyati qay darajada ekanini ko'rsatib turipti.[4]

Tadqiqot materiallari va metodlari: Tadqiqotimizni Farg'ona viloyati Quvasoy shahrida yashovchi insonlar orasidan ko'ngillilarni tanlab olib ularning kunlik ovqat ratsionini yoshi va jinsiga bog'liq tarzda tuzib chiqdik. Temir yetishmasligi anemiyasini aniqlash uchun 10 nafar yoshi asosan 14-18 atrofidagi o'smir qiz va yigitlardan foydalanib tuzdik. Ulardagi gemoglobin miqdorini aniqlashda gemometr Salli metodini qo'llash orqali aniqladik va shu bilan bir qatorda ularning puls sonini Korotkov metodi bo'yicha aniqlab pulsni qon gemoglobiniga bog'liqligini ham o'rgandik.

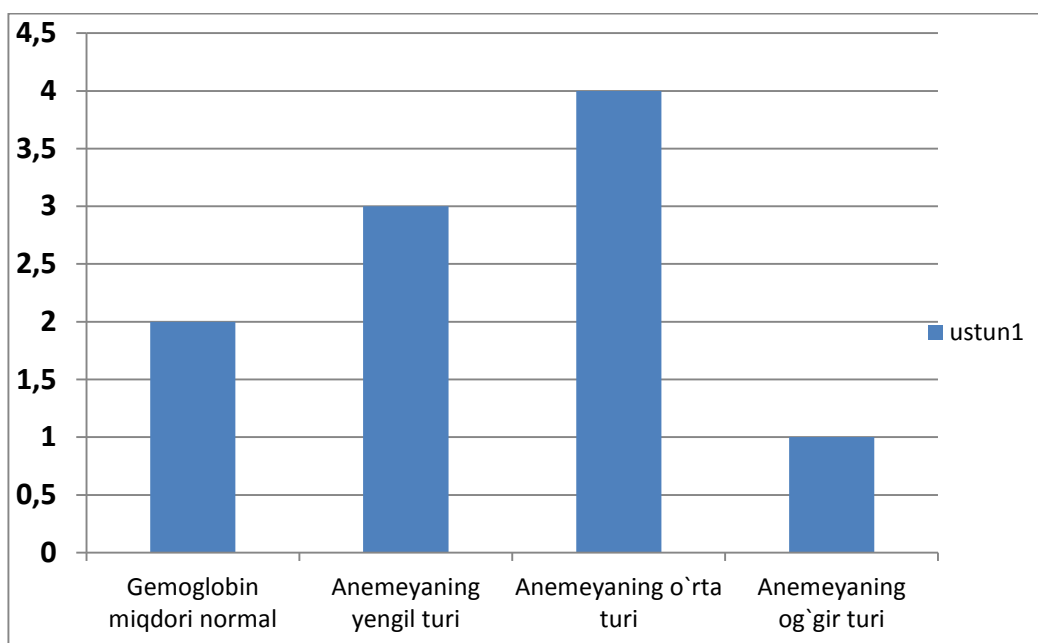
Bundan tashqari ovqatlanish ratsionining qon tarkibidagi qand miqdoriga bog'liqligini ham tajriba davomida o'rganib chiqdik. Ushbu tajribada glyukometriya va antropometriya metodlarini qo'llash orqali natijalarni o'zaro

taqqoslab chiqdik. Tajriba o'tkazilgan shaxslar Farg'ona viloyati Quvasoy shahrining fuqarolaridir. Tajribaga 18 nafar fuqaro jalb qilingan bo'lib ularning yoshi 48-71 oralig'ida. Ikkala tajriba jarayonlarini to'liqligini va natijalarning haqqoniy bo'lishini ta'minlash maqsadida har bir ishtirok etayotgan fuqarolarning kunlik ovqat ratsionini jadavallar orqali tuzib ularni normal holatga taqqoslash ishlarini ham amalga oshirdik. Ovqat tarkibidagi asosiy komponentlar oqsil, yog', uglevodlar bilan bir qatorda vitaminlar hamda meva sabzavot mahsulotlarining kunlik normasi ishtirokchilarning iste'moliga muvofiq solishtirildi.

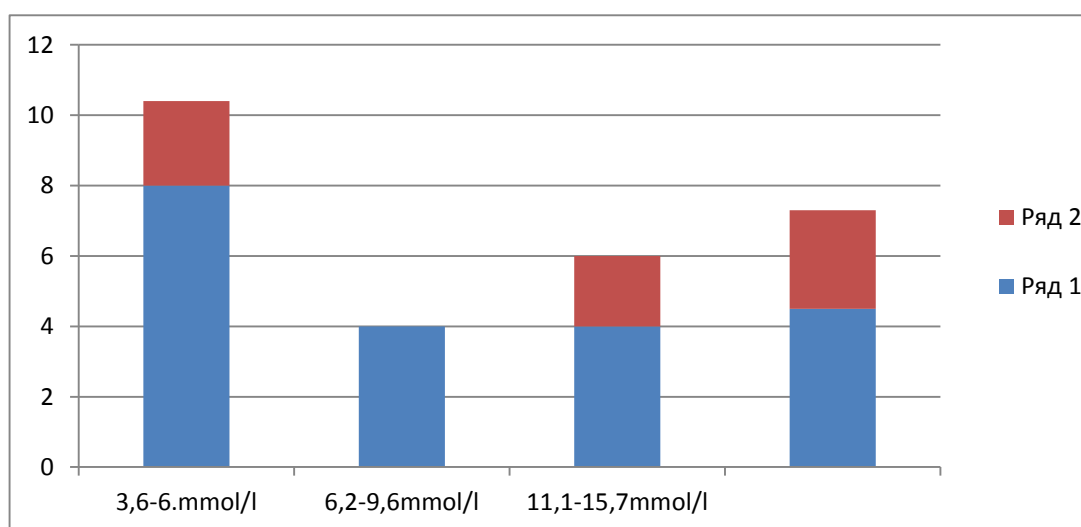
Tadqiqot natijalari: Birinchi tajribada ya'ni qon tarkibidagi gemoglobin miqdori aniqlash jarayonida shu narsa ma'lum bo'ldiki gemoglobin ko'rsatkichi normal bo'lgan fuqarolarning ovqat ratsionidagi barchan mahsulotlar meyoriy ekanligi va aksincha anemeyaning turli darajalaridagi belgilarga ega shaxslarda esa kasallik kechish darajasiga bog'liq ravishda kunlik is'temolda oqsil yohud uglevodlarni kam uchrashi yoki B guruhga mansub vitaminlar yetshmasligi ma'lum bo'ldi. 10 nafar ishtirokchi orasidan gemoglobin miqdori normal bo'lganlar 20% ni anemeyaning yengil turi 40% o'rta turi 30% hamda og'ir turi esa 10% ni tashkil qildi.

Qondagi qand miqdorini ovqatlanishga bog'liqligini o'rganish uchun o'tkazgan tajribamizda 18 nafar ishtirokchining barchasida qon tarkibidagi glyukoza miqdorini hamda tana vaznlarini aniqlab o'z o'rnida ular uchun ham kunlik ovqatlanish ratsioni tuzib hiqildi. Guvohi bo'lindiki qandli diabetning ham 3 ta darajasi mavjud bo'lib ishtirokchilar orasidan 11,11 % insonda qand miqdori normal, 44,44% esa qandli diabetning 1 darajasi, 16,67% da 2 daraja, 27,77 %da og'ir yoki 3 darajali kasallik belgilari qayd etilganligiga guvoh bo'ldik. O'z navbatida qandli diabetga yo'liqqan insonlarning tana vaznidaham qator o'zgarishlar yuzaga kelgan xususan ularda ortiqcha vazndan aziyat chekish holatlari qayd etildi bundan tashqari qandli diabetning ko'rinishi og'irlashgan sari qo'shimcha kasalliklarga chalinish holatlari ham qayd qilindi.

Yuqoridagi ishlarimizni diagramma holda sodda va tushunarli holda tuzib chiqdik quyidagi holatda:



Yuqoridagi diagramma anemeyaga tegishli bo'lsa quyida qandli diabetga o'tkazilgan tekshiruv natijalari statistikon holda berilgan:



Maqsad va vazifalar: Tajribalar va kuzatuvlardan ko'zlangan asosiy maqsadimiz shuki aholining salomatligini mustahkamlashdan tashqari uning kelgusi avlodlar ham sog'lom bo'lishini ta'minlashdir. Buning uchun esa rejali va bosqichli ishlarni yo'lga qo'yishimiz kerak. Masalan har bir hududga biriktirilgan patranaj hodimlar bilan uzviylik asosida dasturlar yaratib aholiga bu haqida keng tushuncha berish o'ylaymizki ijobiy samara beradi. Ma'lum muddat oralig'ida aholi salomatligidan xabardor bo'lish, mobil aloqa orqali tushuntirishlar berish va ratsional ovqatlanishning meyor hamda sifat talablariga javb beruvchi qo'llanmalarni aholiga taqdim etish ishning dastlabki bosqichda bajariladi. Bu

faqatgina ishning boshlangich qismini tashkil etadi. Bundan tashqari aholi yashaydigan hududlarda ayniqsa qishloq sharoitida bilamizki yetarli darajadagi sport bilan mashgʻul boʻlishga aholining imkoniyatlari birmuncha kamroq. Buning uchun har qaysi mahalla va shahar(tuman)larda zamonaviy sport inshootlari, yopiq va ochiq holdagi suv sport maydonlari hamda qolgan sport turlari bilan shugʻullanish uchun barcha sharotilarni qilishimiz darkor. Ishni ham albatta bosqichma bosqich tashkillash salomatlik asoslarini fuqarolarning eng yosh vakillaridan tortib katta yoshdagi insonlarning ham jismonan baquvvat hamda sogʻlomligi asosiga aylanishiga ishonchimiz komil.

Xulosa: Amalga oshirilgan barcha kuzatuvlarga asoslangan holda fikr yuritadigan boʻlsak inson salmatligi kunlik ovqatlanishga nechogʻlik bogʻliqligi bu masalaga etiborsiz boʻlmaslikka chorlaydi. Ayniqsa bugungi kundagi isteʼmol mahsulotlarining tabiiyligi va kalorial jihatlari pasayayotganligi tufayli kelib chiqadigan vaziyatga mos ravishda ratsion tuzishga undamoqda. Ovqatlanishni meyorsizligi faqatgina anemeya yoki qandli dibatni keltirib chiqarishidan tashqari insonda ikkilamchi kasallik belgilarini ham yuzaga chiqarmoqda. Oʻylaymizki aholining ong va tafakkuriga ratsional ovqatlanish qoidalarini meyoriy jihatdan toʻgʻri singdira olsak maqsadga erishishimizda qoʻl keluvchi hal qiladigan omil boʻlishi ayni haqiqat. Yuqorida keltirilgan fikrlar, tajribalarga asoslanib aytishimiz mumkinki insoning salomatligi bu faqatgina ayrim kasalliklardan himoyalanih boʻlibgina qolmay, balki bir kasallikni ortidan kelib chiquvchi kasalliklarni erta aniqlash, oldini olish choralarini tez muddatda amalga oshirishni zamonning oʻzi talab qilmoqda.

Adabiyotlar:

1. Archiv EuroMedica(dvfu.ru).[1]
2. Science Advances (zarnews.uz).[2]
3. Farstat.uz.[3]
4. Oʻzbekiston Respublikasi Sogʻliqni Saqlash Vazirligi buyruq va qarorlari(med.uz)[4]

АНАЛИЗ НАЛИЧИЯ ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Муллаева С. И.

Ташкентская Медицинская Академия. Ташкент. Узбекистан.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) - это патологическое состояние, по сути, являющейся деструктивным исходом заболеваний сердечно-сосудистой системы. Основным патофизиологическим звеном ХСН является неспособность сердца в достаточной мере обеспечить кровоснабжение органов и тканей организма, в связи с чем возникают и прогрессируют многочисленные экстракардиальные расстройства, в частности функции почек.

Цель исследования: оценка почечной дисфункции у больных при хронической сердечной недостаточности.

Материал и методы: Проведен ретроспективный анализ историй болезни больных в архивном отделе многопрофильной Клиники ТМА за 2019-2021 годы. Изучено 240 историй болезни больных с ХСН, получавших стандартное лечение в отделении кардиологии. Всем больным были проведены общепринятые методы исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, коагулограмма крови, ЭКГ, ЭХОкг, УЗИ почек). Верификация диагноза проводилась на основании объективных критерий приведенных в МКБ-10. В ретроспективное исследование были включены результаты обследований 240 больных. Из них выделены 68 больных с хронической почечной недостаточностью на фоне хронической сердечной недостаточности.

Результаты: Средний возраст больных составил 52,4 год. Из них 112 (46,67%) женщин и 128 (53,33%) мужчин. У 187 (77,9%) пациентов отмечен отягощенный семейный анамнез раннего развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). У 146 (60,83%) больных диагностирован сахарный диабет 2-типа. У 137 (57,08%) имелась избыточная масса тела. Среднее

значение глюкозы в венозной крови составило в пределах $5,9 \pm 0,4$ ммоль/л. Все наблюдавшие страдали гипертонической болезнью. Среднее систолическое артериальное давление (САД) составляло $153,5 \pm 7,7$ мм.рт.ст. и диастолическое АД (ДАД) $91,2 \pm 4,1$ мм.рт.ст. Из анамнеза установлено, что 22 (9,17%) пациент переносили ОНМК и (71,55%) – инфаркт миокарда. У 69 (11,08%) больных выявлены нарушение ритма сердца высоких градаций (мерцание и трепетание предсердий, желудочковые экстрасистолы). Из 240 больных у 37 (15,4%) больных был констатирован высокий уровень сывороточного креатинина $147 \pm 5,7$ ммоль/л, у 50 (20,83%) больных показатель уровня мочевины составлял выше нормы - $10,8 \pm 2,8$ ммоль/л, у 73 (30,42%) больных выявлена протеинурия $0,088 \pm 0,017$ г/л. У 17 (7,08%) больных данные ультразвукового исследования почек выявили наличие пиелонефрита, у 7 (2,9%) больных признаков вторично сморщенной почки. Наличие у больных повышенных цифр креатинина и мочевины, а также патологии почек на ультразвуковом исследовании дают нам судить о наличии почечной патологии у больных с хронической сердечной недостаточностью и усугублением ее течения.

Выводы:

Результаты ретроспективного анализа показывают, что во многих случаях нарушение функций почек является кардиоренального синдрома при ХСН, которое ухудшает прогноз заболевания и требует особого внимания в профилактике и при коррекции лечения.

ГЕПАТИТ А КАСАЛЛИГИНИНГ МУАММОЛАРИ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАХЛИЛИ ВА ЭПИДЕМИЯГА ҚАРШИ КУРАШ ЧОРА ТАДБИРЛАРИ

Маматкулова М.Т., Каримжонов Ф.Ф.

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги. Юқумли касаликлардан вирусли гепатитларнинг аҳоли ўртасида тарқалиши улардан кейин юзага келадиган асоратлар ҳозирги кунда асосий муаммолардан бири бўлиб ҳисобланмоқда.

Вирусли гепатит А касаликлари ўткир вирусли антропоноз юқумли касаллик бўлиб фекальорал механизм билан тарқалади, бу жараён сув, озиқовқат ва маиший йўллар билан амалга ошади. Кўп ҳолларда сув йўли асосий юқиш йўли бўлиб ҳисобланади. Сув омили доимий ёки эпизодик тарзда таъсир этиб, ўткир ва сурункали сув эпидемияларига (ёки эпидемик чақнашларга) сабаб бўлади ва касаллик асосан жигарнинг зарарланиши билан кечади. Вирусли гепатит Ага аҳолининг мойиллиги умумий ҳисобланади. Оғриб ўтганларда пайдо бўлувчи иммунитет умрбод сақланиб қолади. Бу ҳол касаллик эпидемик жараёни кўринишлари ўзига хослигига таъсир этувчи омиллардан биридир. А гепатит барча жойда тарқалган инфекция, лекин унинг тарқалиш даражаси турли ҳудудларда нотекисдир. Касалликнинг кўп йиллик динамикасига даврийлик характерли. Эпидемик жараён ривожланиши юқори жадалликда кечаётган Ўзбекистон учун кичик даврийлик хос. Бу эпидемиологик қонуният А гепатит вируси интенсив циркуляция қилиб турган шароитда туғилишнинг юқорилиги ва касалликка мойил жамоанинг нисбатан тезкор шаклланиши билан изоҳланади. Касалликнинг йиллик динамикасида яққол кузгиқишқи мавсумийлик кузатилади. Ёнг кам касалланиш ёзнинг бошларида қайд этилади. Лекин шуни таъкидлаш жоизки, кишиларнинг касалликни оммавий юқтиришлари айнан ёз мавсумига тўғри келади, яширин давр узок давомэтиши туфайли 2 ойлардан кейин, яъни кузга келиб А гепатит ўсиши кузатилади. Мавсумийлик табиати юқиш механизми фаоллашувига боғлиқ. Касалликнинг мавсумий ўсиши шаклланишида айниқса, сув омилининг аҳамияти катта. Аҳолининг турли ёш гуруҳларида касалланиш тақсимланиши нотекисдир. Эпидемик жараён ривожланиши жадал кечаётган ҳудудларда мактабгача ёшдагилар (ясли ва боғча ёшидагилар) ёнг кўп касалланишади, ўртача жадалликдаги ҳудудларда ўқувчи ва ўспиринлар паст жадалликдаги ҳудудларда катталарга нисбатан кўпроқ касалланишади. Касалланишлар ёш таркибининг бундай ўзига хослиги, эпидемик жараён жадаллиги турлича бўлган ҳудудларда А гепатит вируси билан болаликда дуч келиш эҳтимоллигининг турлича эканлигини акс эттиради. Касалликни

эпидемиологик хусусиятлари ва ретроспектив тахлилларига асосланиб ушбу касаликка қарши 2014 йилнинг ярмидан бошлаб ихтиёрий эмлаш жорий этилган. Хозирги вақтда аксарият юқумли касаликларга қарши кураш борасида эришилган ютуқлар замирида иммунопрофилактика тадбири салмоқли ўрин тутади. (Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг ”Хавсиз иммунизация” дастури. Тошкент 2014.) . Болаларни оммавий тарзда эмлаш юқумли касаликлар билан касалланиш ва болалар ўлимини сезиларли даражада камайтириш, кишилар умрини узайтиради, фаол кексаликни таъминлайди ва айрим антропонозларни батамом бартараф этиш имконини беради.

Текширувдан мақсад: Гепатит А касаллигини тарқалишида мавсумий ўсишни шаклланишида айниқса, сув омилининг аҳамиятини ўрганиш ва маиший мулоқотни олдини олиш.

Текшириш усуллари: Фарғона вилоят Фарғона туман ҳудудида вирусли инфекцияларидан вирусли гепатит А касаллигини 2019-2020 йиллар учун солиштирма ахбороти. Эпидемиологик, биохимик ва вирусологик усуллар.

2019 йил давомида вирусли гепатитлар жами абсолют кўрсаткичда 100, интенсив кўрсаткичда 45,5%, шундан болалар абсолют кўрсаткичда 91, интенсив кўрсаткичда 41,4%, 2020 йилда жами абсолют кўрсаткичда 72, интенсив кўрсаткичда 31,9%, шундан болалар абсолют кўрсаткичда 64, интенсив кўрсаткичда 28,3% ташкил этади. Жами вирусли гепатитлардан Гепатит А касалиги 2019 йилда абсолют кўрсаткичда 98, интенсив кўрсаткичда 44,5 %, шундан болалар абсолют кўрсаткичда 91, интенсив кўрсаткичда 40,3%, 2020 йилда абсолют кўрсаткичда 72, интенсив кўрсаткичда 31,9%, шундан болалар абсолют кўрсаткичда 64, интенсив кўрсаткичда 28,3% ташкил этмоқда. Эпидемиологик тахлил, биохимик ва вирусологик усуллар ва болаларни ихтиёрий эмлаш натижасига кўра вирусли гепатит касаллиги 2019 йилга қараганда 2020 йилда касаликни пасайганини кўришимиз мумкин. Касаллик болалар ўртасида -0,7% га камайган.

Хулоса: Вирусли гепатит А касаллигини олдини олишда бу касалликларнинг фекалорал йўл билан юқишини ҳисобга олсак, асосий профилактик чора тадбирлар шу юқиш механизмини бартараф қилишга қаратилган бўлади. Бунинг учун санитариягигиена ва эпидемияга қарши тадбирлардан фойдаланилади, яъни: аҳолини сифатли ичимлик суви билан таъминлаш, хавфсиз озиқ овқат билан таъминлаш, озиқ овқат тайёрлаш, ташиш, сақлаш, ишлов бериш жараёни васотишда санитария норма ва қоидаларига риоя этиш, болалар муассасаларида санитар гигиеник қоидаларига риоя қилиш, шахсий гигиена қоидаларига риоя этиш, касаллик тарқалиши учун қулай бўлган каттакатта корхона ва озиқ овқат саноатлари ва корхоналари устидан санитария назорати ўрнатилиши, ташқи муҳит объектлари устидан санитариявирусологик усулларни қўллаб лаборатория назоратини кенг қўламда олиб бориш.

Бундан ташқари ҳозирги кунда аҳолининг тиббий маданияти ошиши муносабати билан фарзандларининг соғлигига алоҳида эътибор бериб ихтиёрий равишда эмлашга олиб келмоқдалар. Аҳоли иммунизация хизматидан (ИХ) дан қай даражада хабардор ва уни қандай баҳолашни, иммунизация сессияларига қатнашиш, қамраб олишнинг маҳаллий кўрсаткичи, ИХ учун ҳалақит қилувчи ҳолатлар (хизмат кўрсатишга, бохабарликка, аҳоли муносабатига доир), жумладан: хизматнинг қулайлигига таъсир этувчи омиллар (жойлашув, даврийлик, жадвал) аҳоли ИХ ва соғлиқни сақлаш тизими билан қай даражада алоқага эгалигини тушунтириш керак. (Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг “Хавсиз иммунизация” дастури) Ҳозирги кунда аҳолининг тиббий маданияти ошиши муносабати билан фарзандларининг соғлигига алоҳида эътибор бериб ихтиёрий равишда эмлашга олиб келмоқдалар. Аҳолидан иммунизация тадбирини ўтказишда қай йўсиндаги иштирокни кутиш мумкинлиги ҳақида аҳолини бохабар қилиш орқали ихтиёрий иммунизацияни гепатит А касаллигини олдини олишдаги аҳамиятини кўришимиз мумкин.

Адабиётлар:

1. Zueva L.P., Yafaev R.X. Epidemiologiya. Sankt-Peterburg. Darslik. 2006g.

2. Usmanov M.K. Epidemiologiya. Toshkent Darslik. 1995g.
3. Mirtazaev O.M. Epidemiologiyadan amaliy mashg'ulotlar uchun qo'llanma 2003T.
3. Ўзбекистон Республикасида вирусли гепатитларни ташхисоти, давоси ва профилактикаси бўйича чора тadbирларни янада такомиллаштириш тўғрисида. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирининг 2018йил 27 августдаги № 542 сонли буйруғи.
4. O'zbekiston Respublikasining «Fuqarolar sog'ligini saqlash» to'g'risidagi Qonuni. 1996y. 29.08.
5. Жахон соғлиқни сақлаш ташкилотининг “Хавсиз иммунизация” дастури.2015

6. INTERNET RESURSI:

O'z.Res.SSV veb-sayt WWW.minzdrav.uz TTA sayti – WWW.tma.uz.
<http://web.tma> TMA Wi-Fizone ZiyONet va kafedra - E_mail: epidem@ru da keltirilgan mavzular bo'yicha ma'ruzalardan foydalaniladi.

ОСОБЕННОСТИ ОНИХОМИКОЗОВУЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Меснянкина Е. А., Григорьян М.Ф.

Курский государственный медицинский университет, Россия

Полиморбидность, свойственная большинству пациентов пожилого возраста, диктует необходимость участия в процессе их лечения врачей многих специальностей. Для оптимизации моделирования взаимоотношений врачей при ведении больных амбулаторного профиля необходимо изучение особенностей совместной работы участкового врача и узких специалистов на современном этапе.

Цель исследования: оценить преемственность в деятельности участкового врача и узких специалистов при ведении больных пожилого возраста.

Была проанализирована случайная выборка 100 амбулаторных карт больных, посетивших кардиолога, невролога и хирурга. Оценивали диагноз, назначенную терапию, количество посещений в течение года. Результаты исследования. Практически все больные (91,7%) посетили кардиолога, минуя участкового врача. Подобная тенденция наблюдалась при посещении хирурга (64,4%) и невролога (84,6%), что свидетельствует об отсутствии регулирования участковым врачом потока пациентов к узким специалистам. Чаще всего кардиолога посещали пациенты с артериальной гипертензией. Больные артериальной гипертензией посетили кардиолога 5-11 раз в течение года, а участкового терапевта только 1-3 раза. Некоторые пациенты (16,6%) ни разу не были на приеме у участкового терапевта в текущем году, то есть полностью терялись из его поля зрения. Подобная тенденция наблюдается и в группе больных ИБС. В структуре заболеваний пациентов невролога остеохондроз сочетался с артериальной гипертензией-32,3%, полиостеоартрозом-13,5%, хроническим гастритом и язвенной болезнью-44,1%, другими заболеваниями - 10,1%. Больным остеохондрозом с сопутствующей язвенной болезнью назначали нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). При назначении НПВС пациентам с остеохондрозом в сочетании с артериальной гипертензией не учитывался их побочный гипертензивный эффект. В амбулаторных картах показатели АД неврологом не фиксировались. Индикатор качества процесса взаимодействия специалистов-не только количество направленных на консультацию больных, но и степень вероятности предполагаемого заболевания. Большинство больных (84,6%) были направлены к хирургу без предварительного лабораторного обследования, что свидетельствовало лишь о диспетчерской функции участкового врача. Следовательно, только врач общей практики, способный обеспечить интегральную оценку пациента в динамике заболевания может использовать узких специалистов при необходимости только в качестве консультанта.

ОНИХОМИКОЗУЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Меснянкина Е. А., Григорьян М.Ф.

Курский государственный медицинский университет, Россия

В настоящее время отмечается рост числа грибковых заболеваний лиц пожилого возраста, в связи с этим становятся актуальными проблем этиологии, патогенеза, клинических проявлениях и лечения онихомикозов – формы грибковой инфекции, приводящей к разрушению ногтевой пластинки, возникновению болевых ощущений. Возбудителей онихомикозов подразделяют на три группы: дерматофиты, дрожжеподобные грибы рода *Candida* и плесневые грибы недерматофиты. Дерматофиты считаются основными возбудителями онихомикоза. На их долю приходится до 90% всех грибковых инфекций ногтей, чаще всего данные заболевания вызывают *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes* var. *Interdigitale*. Росту заболеваемости способствует старение населения, легкая передача возбудителя в бассейнах, банях, саунах, ношение воздухонепроницаемой и тесной обуви, активное использование антибиотиков, цитостатиков, кортикостероидов, эстрогенных препаратов, а также такие заболевания, как сахарный диабет, ожирение, атеросклероз, расстройства периферического кровообращения, болезни, сопровождающиеся снижением иммунитета. Эффективность лечения онихомикозов у лиц пожилого возраста зависит от возраста, пола, сопутствующих заболеваний и индивидуальных особенностей пациента. Особое внимание уделяется выбору препарата для проведения терапии грибковой инфекции. Препараты, используемые у таких больных, должны быть высокоэффективными, безопасными, обладать широким спектром антимикотического действия: низорал, орунгал (итраконазол), равуконазол, тербинафин. По данным ВОЗ, онихомикоз встречается в Финляндии -8,4% случаев, Канаде-9,1%, Испании - 2,6%, Италии-26,3%, Великобритании-4,7%. В нашей стране инфицированность патогенными

грибами составляет в среднем 30-40%. Средний возраст больных - 47 лет, доля пациентов старше 65 лет – 29,9%.

На основании обработки статистических данных заболеваемости онихомикозами Курска и Курской области за период с 2015 по 2020 гг получены следующие результаты; заболеваемость в Курске и Курском районе возросла с 0,06% до 0,1% и с 0,02% до 0,04% соответственно. Также заболеваемость имеет тенденцию к росту в Золотухинском районе с 0.01% до 0.03%. Обоянском с 0,003% до 0,017%, Поныровском с 0,01% до 0.04% Хомутовском с 0,007% до 0,01%, Черемисиновском с 0,008% до 0.04%. Стабильной ситуация остается в Льговском (0,01%), Солнцевском (0.005%) районах, уменьшение заболеваемости отмечается в Фатежском и Курчатовском районах. (с 0,03% до 0,02% г. и с 0,006 до 0,004% соответственно).

МАСКАРАД МАСОК – АТИПИЧНЫЙ ДЕБЮТ СКЛЕРОДЕРМЫ

Милицкая М.А., Борисова Н.А.

Курский государственный медицинский университет, Россия

Введение. Склеродермия, или системный склероз, - хроническое заболевание соединительной ткани, обычно классифицируемое как одно из аутоиммунных ревматических заболеваний. Слово “склеродермия” происходит от двух греческих слов: “sclero” означает твердый, а “derma” означает кожу. Изменения кожи является одним из наиболее ранних и заметных проявлений заболевания.

Изменения, которые происходят при локализованной склеродермии, обычно обнаруживаются только в нескольких местах на коже или мышцах и редко распространяются в других местах. Как правило, локализованная склеродермия протекает относительно бессимптомно. Внутренние органы обычно не поражаются, и у лиц с локализованной склеродермией редко развивается системная склеродермия. Некоторые лабораторные изменения, обычно наблюдаемые при системной склеродермии, часто отсутствуют в

локализованной форме, что затрудняет постановку диагноза на ранней стадии заболевания.

Цель исследования. Изучить особенности клиники и диагностики атипичного дебюта склеродермии.

Материалы и методы. Полученные нами данные были взяты из анализа истории болезни пациентки, находящейся на лечении в отделении кардиологии РСЦ БМУ «Курская областная клиническая больница». Для диагностики заболевания использовались лабораторные (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, глюкоза крови) и инструментальные методы исследования (электрокардиография, чрезпищеводное электрофизиологическое исследование, рентгенография легких, эхокардиография).

Результаты. Больная И., 39 лет, поступила в отделение кардиологии БМУ «Курская областная клиническая больница» с жалобами на приступы сердцебиения, «сжатие» в области сердца при физической нагрузке или после эмоциональных стрессов, сопровождающиеся чувством страха, иногда появляется головокружение, мелькание мушек перед глазами, потливость, которые заканчиваются в покое, после приема валосердина.

Из анамнеза заболевания: подобные симптомы отмечала в течение последних 5 месяцев. Начало заболевания связывает с эмоциональным перенапряжением. До настоящего времени пациентка за медицинской помощью не обращалась.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, кожные покровы и видимые слизистые чистые. При осмотре и пальпации кожи в области поясницы отмечается участок затвердения и уплотнения (утолщения) кожи («твердая кожа»). Над этой областью отмечается изменение цвета кожи, которая выглядит как «загар» с участками потери пигментации. ЧДД – 16 в мин. При аускультации легких - дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости в норме. При аускультации сердца – тоны приглушены, ритм правильный, патологических шумов не выслушивается. Пульс равен ЧСС и

составляет 98 ударов в мин. При осмотре и пальпации живота видимой патологии не выявлено. Лабораторные показатели: общий анализ крови, мочи, биохимия - в пределах нормы. Антинуклеарные антитела – незначительное повышение титров; антитела к топоизомеразе-1 (Scl-70) незначительно повышены. Холтеровское мониторирование ЭКГ выявлены пароксизмы мономорфной предсердной тахикардии с ЧСС до 170 в мин. УЗИ и гормоны щитовидной железы в пределах нормы. Рентгенография органов грудной клетки - легочные поля прозрачные, инфильтративных изменений не определяется. Капилляроскопия ногтевого ложа - патологии не выявлено. ФГДС - патологии не выявлено.

Биопсия кожно-мышечного лоскута - дермальный отек, периваскулярная лимфоцитарная инфильтрация и дегенерация коллагеновых волокон.

Выводы. На примере данного клинического случая следует отметить трудности диагностики ранних проявлений дебюта локальной формы склеродермы. Именно поэтому при сборе жалоб, анамнеза и объективного обследования пациентов, необходимо детализировать любое проявление того или иного патологического состояния. Следует подчеркнуть и то, что тщательный детальный осмотр всегда помогает быстро и своевременно поставить правильный диагноз и своевременно назначить лечение.

ИЖТИМОЙ АХАМИЯТГА ЭГА ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ

Маматкулова М.Т.

Тошкент тибийёт академияси Фарғона филиали

Мавзунинг долзарблиги: Ижтимоий аҳамиятга эга юқумли касалликлардан тери таносил касалликлари ўзининг юқумлилиги, табиий абортлар, бепуштлиқ каби асоратларнинг кўплиги, онадан хомилага ўтиши, чақолоқларда ўлим кўрсаткичини ўсишига олиб келиши билан бошқа инфекциялардан фарқ қилади. Ушбу касалликларнинг клиник белгиларини ўз

вақтида аниқлаб, эпидемиологиясини ўрганиб, профилактик чора тадбирларини ўз вақтида кўриш жуда катта аҳамиятга эгадир. Тери таносил касалликларидан бири захм касаллиги бўлиб қўзғатувчиси *Treponema pallidum* яъни оқиш трепонемадир. Ушбу шаклдаги бемор ўз вақтида даволанмаса кеч намоён бўлувчи сурункали захм шаклига ўтади ва бунда барча ички аъзолар зарарланиши мумкин. Касаллик манбаи фақат бемор инсонлар бўлиб касаллик асосан жинсий алоқа йўли билан юқади. Захм билан оғриган аёлдан ҳомиладорлик вақтида йўлдош орқали ҳомилага юқади (туғма захм), онанинг сутидан болага ўтиш ҳоллари ҳам кузатилган.

Текширишдан мақсад: Захм касаллигини юқишини олдини олиш ва эпидемияга қарши чора тадбирларни ташкиллаш.

Текшириш усуллари: Фарғона шаҳар ҳудудада тери таносил касаликларидан захм касаллигини 2018-2019 йиллар учун солиштирма ахбороти. Эпидемиологик ва серологик усул.

2018-2019 йиллар давомида захм касалликларининг эпидемиологик солиштирма ахборотидан кўриниб турибдики тери таносил касаликларидан 2018 йилда захм касаллиги жами катталар ўртасида абсолют кўрсаткичда 26, интенсив кўрсаткичда 9,1%, 2019 йилда захм касаллиги жами катталар ўртасида абсолют кўрсаткичда 12, интенсив кўрсаткичда 4,2 % ҳолатда учраган. Жами захм касаллиги Фарғона шаҳрида 2019 йилда 2018 йилга қараганда 2,2% га камайган.

Хулоса: Юқоридаги солиштирма ахборотдан кўриниб турибдики тери таносил касалликлари ўртасида захм касалиги 2018 йилга қараганда 2019 йилда 2,2%га камайган. Захм ижтимоий омиллар билан боғлиқ касалликлардан бири ҳисобланиб бирламчи профилактиканинг (гигиеник тарбия ва хавфли гуруҳга мансуб шахслар орасида хавфсиз жинсий алоқа қилиш) катта аҳамият касб этади. Хавфли омилларга контрацепция воситалари ва шахсий ҳимоя воситаларисиз бетартиб жинсий алоқаларда бўлиш, шунингдек шахсий гигиена қоидаларига риоя қилмаслик ҳам киради. Захм касаллигини камайтириш ва олдини олишда эпидемиологик назоратга алоҳида эътибор қаратилади. Захмнинг барча шакллари эрта ташхисот

килиш, қайд этиш ва рўйхатга олиш, аҳолининг турли гуруҳлари орасида касалланиш даражаси устидан динамик кузатув олиб бориш, хавфли гуруҳлар орасида даврий профилактик тиббий кўрикларни ўтказиб туриш, барча ҳомиладорларни текшириш, касаллик аниқланган ҳолатларда албатта самарали даволаш чораларини кўриш (туғма захмларнинг олдини олиш учун) керак. Даволаш курси тугаган беморлар устидан назорат текшируви ўтказиш, захмнинг қандай шакли билан оғриганлигидан қатъий назар, беморларни рўйхатдан чиқаришда рентген текширувлари ўтказиш, серологик текширув билан бирга тўлиқ клиник текширувдан ўтказиш керак. Оммавий ахборот воситалари ёрдамида аҳоли орасида захм касаллигининг хавфли эканлиги касаллик онадан болага ўтишини ҳамда унинг олдини олиш усуллари ҳақиқатўлиқ маълумотлар бериш, уларнинг бу борадаги билимларини ошириш захм ва бошқа жинсий алоқа йўли билан юқувчи касалликларнинг тарқалиши устидан назоратни ўз ичига олган регионал дастурлар ишлаб чиқилиши лозим.

ASSESSMENT OF CENTRAL HEMODYNAMICS IN PATIENTS WITH DIABETIC NEPHROPATHY WHO HAVE HAD CORONAVIRUS INFECTION

Madazimova D. H., Zhabbarov O. O., Khujaniyazova N.K., Mirzayeva G.P.

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Introduction: The new coronavirus infection COVID-19 is a highly contagious viral disease with the development of acute severe respiratory syndrome, which is based on the development of a pronounced thrombo-inflammatory syndrome. As the number of patients with COVID-19 has increased, publications have appeared regarding heart damage, especially in patients with severe and critical forms of the disease. This review describes the diversity of heart and coronary artery lesions in the prognosis of COVID-19 patients.

The aim of the study is to assess the state of central hemodynamics in patients with pre-existing and non-pre-existing coronavirus infection with diabetic nephropathy.

Material and methods: we studied the central hemodynamics in 80 patients with diabetic nephropathy who had suffered a coronavirus infection and were on inpatient treatment. The patients were divided into two groups: group 1-patients with diabetic nephropathy who had suffered a coronavirus infection(n=44), group 2 - patients with diabetic nephropathy who had not suffered a coronavirus infection(n=36). All patients underwent echocardiography.

Echocardiography (EchoCG) scanning was performed on a SONOSCAPES20 ultrasound machine (USA) with a 3.5 MHz sensor using the traditional Simson technique. The ejection fraction (EF), the thickness of the interventricular septum (TMJ), the posterior wall of the LV (TSLJ) in the diastole, the final diastolic size of the LV(CDR), the size of the left atrium (LP) were studied, the mass of the LV myocardium(MMLJ) and the MMLJ index (IMLJ) were calculated. According to the results of echocardiography, variants of structural disorders of the LV were identified: CrLC, CRLC, and EGLC.LVDD were evaluated using Doppler echocardiography.

Results: The analysis of the main parameters of echocardiography of LV remodeling showed that in patients with diabetic nephropathy who had suffered a coronavirus infection of TMJ by 7.4% ($p=0.03$), LV MM by 9.8% ($p=0.04$) and LV IMM by 8.4% ($p=0.03$) more than in the group of patients with diabetic nephropathy who had not suffered a coronavirus infection.

When comparing the structural function of the ventricle between groups one and two, the final diastolic volume(BWT) and the final systolic volume of the left ventricle (CSR)they showed a significant difference ($p<0.05$) in group 2, compared with group 1, respectively $154,04\pm0,44-122,3\pm0,11$, $68\pm0,17-42,3\pm0,04$. At the same time, there was a significant difference ($p<0.05$) in CSR, CDR, and FV in group 2, respectively, $5,2\pm0,05-4,1\pm0,03$, $5,8\pm0,92-3,05\pm0,22$ and $54,3\pm1,12-62,1\pm0,92$. An increase in the volume and size of the heart, i.e., BWV, CSR, and TMJ, created a positive ($p<0.05$) correlation with LVMI and LVMI, respectively

($r=0.36$, $r=0.34$). The expansion of the heart cavities and the decrease in EF cause stagnation of blood in the kidneys and with those inoculated to impaired renal function and the progression of CKD

Conclusion: Patients with DN who have had a coronavirus infection, already in its early stages, are characterized by a high frequency of LV remodeling (from 40 to 90%) than in patients with DN who have not had a coronavirus infection. In patients with DN who have had a coronavirus infection, LVH occurs in the early stages of the disease and in most cases has a concentric character. The eccentric form of hypertrophy is formed with the onset and progression of CRF.

An increase in the heart cavities, values of UO, and EF due to hypervolemia is characteristic of patients with moderate and apparent renal insufficiency, with a significant increase in the indexed indicators of the size of the cavities in the group who suffered from coronavirus infection in relation to patients who did not suffer from coronavirus infection

EVALUATION OF THE FUNCTIONAL STATE OF THE KIDNEYS IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE WHO HAVE HAD A CORONAVIRUS INFECTION

Madazimova D. H., Zhabbarov O. O., Normukhammedova D. K., Sultonov N. N.

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Introduction: Despite the achievements of modern medicine, the prognosis in patients with chronic kidney diseases in patients who have had a coronavirus infection remains unfavorable. According to the results of epidemiological studies, the structure of mortality in patients with renal insufficiency has changed significantly over the past year [2,5,16]. Currently, the main cause of death in the presence of chronic kidney disease is cardiovascular events due to COVID 19 [2,15].

Goal: To study the functional state of the kidneys in patients with chronic kidney disease who have undergone a coronavirus infection.

Material and methods: The study included 65 patients with chronic renoparenchymatous diseases who had undergone a coronavirus infection. Patients were divided into two groups: group 1(30)—a group of patients with CKD who did not have COVID 19; group 2(35) - a group of patients with CKD who had COVID 19. The causes of CKD were primary renoparenchymatous diseases: diabetic nephropathy, chronic pyelonephritis, and chronic glomerulonephritis. All patients underwent a general clinical and laboratory-instrumental examination: including a general analysis of blood, urine, from biochemical analyses of the concentration of urea, creatinine and serum electrolytes, and the lipid spectrum. The glomerular filtration rate was determined by the formula CKD-EPI($1.73 \text{ ml} / \text{min}/\text{m}^2$).

Results: Urea, creatinine, and GFR values were evaluated in the study groups to assess renal dysfunction. When comparing the results of the first and second groups, there was a significant decrease in renal function in patients with COVID 19, respectively, urea 9.2 ± 0.11 - 15.04 ± 0.44 , creatinine 122.3 ± 2.04 - 178 ± 2.17 and GFR 65.2 ± 3.05 - 48.1 ± 3.13 ($p < 0.05$). An increase in creatinine and urea in the blood was observed with a decrease in GFR. There was found to be a positive correlation between urea and creatinine and a significant negative correlation between urea GFR and creatinine GFR.

A comparative study of the results from groups 1 and 2 showed that urea and creatinine in the blood were significantly higher in group 2 than in group 1 and there was a positive correlation between them. GFR decreased significantly in group 2 compared to group 1, and the GFR score gave a significant negative correlation with urea and blood creatinine

Conclusion: Thus, kidney disease is a frequent complication of COVID-19 and a significant risk factor for fatal outcomes. Therefore, monitoring of renal function should be initiated in patients with mild respiratory symptoms of COVID-19.

ЮКУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР ИММУНОПРОФИЛАКТИКАСИ

Махмудова Х.Т.

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

Юкумли касалликларга қарши курашишда маълум вақт ичида ижобий натижага эришиш учун бу ишларни режали ва комплекс равишда ўтказиш муҳим аҳамиятга эга. Юкумли касалликларга қарши курашиш қуйидагилардан иборат :

1. Инфекция манбаини ўз вақтида аниқлаб, уни изоляция қилиш, инфекция ўчоғини кузатиш.
2. Инфекцияни тарқалиш йўлини кесиш (умумсанитария чоралари, аҳоли ўртасида санитария-оқартув ишларини олиб бориш).
3. Аҳоли ўртасида юкумли касалликларга берилувчанликни камайтириш (эмлаш).
4. Аҳолининг санитария ва турмуш маданиятини яхшилаш.

Ҳозирда давлатимизнинг ғамхўрлиги туфайли аҳолининг турмуш даражаси, меҳнат қилиш шарт-шароитлари яхшиланиши натижасида турли юкумли касалликлар тугатилган (ўлат, вабо ва бошқалар). Вакциналар, зардоблар ва интерферон. Вакциналар (лотинча *vasso* – сигир) юкумли касалликларни олдини олиш ва даволаш учун ишлатилади. Вакциналар микроб ҳужайралар ёки уларнинг токсинларидан тайёрланадиган препаратлар бўлиб, улардан вакцинация (иммунизация -эмлаш)да фойдаланилади. Вакциналар юборилгандан кейин 1- 2 ҳафталарда одам организмида антителалар ҳосил бўлади. Вакциналар асосан вакцино-профилактика учун мўлжалланган. Ҳозирги вақтда вакциналар 5 та груҳга бўлинади. 1. Тирик қўзгатувчилардан тайёрланган вакциналар. Бундай қўзгатувчиларни вирулентлик хусусиятлари сусайтирилган (чечак, куйдирги, қутуриш, сил, ўлат, тошмали тиф, қизамиқ, эпид паротитга қарши). Бу энг яхши натижа берувчи вакцинадир. Уларни қўллаш натижасида ҳосил бўладиган иммунитет давомли (бир неча йил) ва катъий бўлади. 2. Ўлдирилган микроблардан тайёрланадиган вакциналар (ич терлама, вабо, кўкйутал, полиомиелит, канали ва япон энцефалитга қарши).

Бундай йўл билан ҳосил қилинган иммунитет 6-12 ой давом этади.3. Кимиёвий вакциналар – микроб хужайрасидан ажратиб олинган кимиёвийбирикмалардан ташкил топган (ич терлама, паратиф А ва В, қоқшолгақарши). 4.Анатоксинлар - микробларнинг экзотоксинларидан тайёрланади (дифтерия,қоқшол, стафилакокк, газли гангренага қарши). 5.Ассоцирланган вакциналар, яъни комбинирланган (масалан, АКДС – кўкйутал-дифтерия-қоқшолга қарши ассоцирланган вакцина). Вакцинотерапия – узоқ вақт давом этувчи юқумли касалликлардан даволаш учун ишлатилади: фурункулёз, сурункали сўзак, бруцеллёз, сурункали дизентерия.Зардоблар кўпинча юқумли касалликларни даволаш (серотерапия) учун, кам ҳолларда профилактика учун (серопротектика) ишлатилади. Зардоблар маълум дозаларда (м/о,т/о, в/о) асептика қоидаларига риоя қилган ҳолатда юборилади. Зардобларни ҳимоя таъсири 1-2 ҳафта давом этади.Зардоблар инфекцион касалликни бошидан кечирган одамлар қонидан ёки ҳайвонларни сунъий равишда микроблар билан зарарлаб олинади.Зардоблар чиқарилади: 1) антитоксин зардоблар - дифтерияга, қоқшолга,илон захрига, газли гангренага қарши, 2) антимикроб зардоблар - бир қатор касалликларга қарши гамма-глобулин кўринишида.Одам қонидан тайёрланган гамма-глобулинларга қизамиққа қарши ,полиомиелит, кўкйутал, юқумли гепатитга қаршилар киради. Бу препаратлар таркибида кўзғатувчи йўқ, шунинг учун хавфсиз. Одам қонидан тайёрланган гамма-глобулинлар анафилаксия чақирмайди. Отларни гипериммунлаб, уларнинг қонидан тайёрланадиган гамма-глобулинларга куйдиргига, ўлатга, чечакка, кутуришга қаршилар киради. Бу препаратлар анафилаксия чақиритиши мумкин.Иммун зардоблари таркибида тайёр антителалар сақлайди. Шунинг учун улар юқумли касалликлар ўчоғида бемор билар контактда булганларга касалликни олдини олиш мақсадида вакцина эмас, зардоб юборилади. Зардоб юборилган вақтдан бошлаб, таъсир қилади.

YUQUMLI KASALLIKLAR DIAGNOSTIKASI.

LABORATOR,KLINIK,EPIDEMIOLOGIK

Nasriddinova D. O.

Farg`ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti.

Yuqumli kasalliklar avj olgan davrda tashxis qo'yish unchalik murakkab emas. Bu davrda har bir kasallikning o'ziga xos bo'lgan klinik alomatlari yaqqol ifodalangan bo'ladi. Yuqumli kasalliklarga qarshi kurashishining asosiy tamoyillaridan biri-kasallikni erta aniqlash va tarqalib ketishiga yo'l qo'ymaslik. Bu ancha murakkab ish va ko'p jihatdan mutaxassisining tajribasi hamda malakasiga bog'liq. Yuqumli kasallikni aniqlashda boshqa sohalarda foydalaniladigan an'anaviy usullar bilan bir qatorda ba'zi maxsus usullardan ham foydalaniladi.

Anamnez. Albatta bemorning hayot anamnezi bilan bir qatorda ushbu kasallik anamnezi ham surushtiriladi. Imkon boricha, kasallik qachon va qanday alomatlar bilan boshlanganligi aniqlanadi. Keyingi kunlarda ularga qanday alomatlar qo'shilgani, dastlabki alomatlar qaysi yo'sinda rivojlangani so'raladi.

Yuqumli kasallik bilan og'rigan bemordan anamnez yig'ishda kasallikning qaysi yo'l bilan yuqib qolgani ham surishtiriladi. Uni epidanamnezni yig'ish deyiladi. Bu maqsadda bemor yuqumli kasalligi bor odam bilan muloqotda bo'lganligini, u qachon ro'y berganini aniqlash muhimdir. Ayniqsa, oila a'zolaridan birortasi shunday xastalik oldinroq boshlangan bo'lsa, uning atrofidagi oila a'zolariga kasallik yuqish ehtimoli yuqori bo'ladi. Bemorning turmushda yoki kasb sohasiga ko'ra kasal xayvonlar bilan muloqotda bo'lishi esa zoonoz kasalliklarga e'tiborni qaratadi. Yuqumli kasallik anamnezini yig'ayotganda gumon qilinayotgan xastalikning yashirin (inkubatsion) davrini ham esda tutish lozim. Anamnezdan so'ng bemorni ko'rilyotgan vaqtidagi shikoyatlarga e'tibor beriladi.

Bemorni obyektiv ko'zdan kechirish aniq tashxis qo'yishga yordam beradigan anchagina alomatlarni topish mumkin. Teri va ko'rinib turadigan shilliq qavatlarda ayrim kasallikka xos bo'lgan belgilar ko'rinadi. Ko'p yuqumli kasalliklarda intoksikatsiya ta'sirida teri oqaradi (ayniqsa tif-paratif kasalliklarida, difteriyada). Gripp, qizamiq kasalliklarida esa aksincha teri va shilliq qavatlarda giperemiya ro'y beradi. Tanada ko'p miqdorda suv va tuz yo'qotilganida esa teri tarangliga pasayib, u bujmayib yoki burishib qoladi. Bu holat vabo va boshqa o'tkir diareya kasalliklarida kuzatiladi. Uzoq davom etgan yuqumli kasallikda bemor ozadi. Bu holat ham terini ko'zdan kechirganda aniq ko'rinadi. Asosan jigar xastalanishi bilan kechadigan yuqumli kasalliklarda teri va ko'zga ko'rinadigan shilliq qavatlar sarg'ayadi. Gemorragik isitmalarda esa teri, ko'z va ko'rinadigan shilliq qavatlarida qon quyilishlar □ gematomalar bo'ladi. Ba'zi yuqumli kasalliklarda terida turli toshmalar paydo bo'ladi. Ular ekzantemalar deb umumiy nom bilan yuritiladi. Ichki a'zolar, yoki shilliq qavatlardagi toshmalar enantema deb ataladi.

Yuqumli kasalliklarda organizmning mikrobgga nisbatan javob reaksiyasi sifatida, odatda tana xarorati ko'tariladi. Uning davomiyligi va xususiyatini kuzatib berish xam tashxis qo'yishda yordam beradi. Uzoq kunlar davomida ertalabki va kechki tana harorati ko'rsatkichlarini chizib borish natijasida isitma egri chizig'i kelib chiqadi.

Yuqumli kasalliklarga tashxis qo'yishda laboratoriya usullaridan keng foydalaniladi. Ular o'z moxiyatiga ko'ra 2 guruxga bo'linadi:

1. Bemorda yuqumli kasallik qo'zg'atuvchisini bevosita topishga qaratilgan usullar. Bakteriologik va bakterioskopik usullar shu maqsadda qo'llanadi.
2. Yuqumli kasallik mavjudligani bemor tanasida ro'y beradigan o'zgarishlar vositasida (bilvosita) aniqlash. Bu maqsadda serologik, allergik, biokimyoviy va boshqa usullar xisoblanadi.

Laboratoriya tekshirishlarini amalga oshirishda kasallikning kechishi, davri va o'ziga xos xususiyatlari e'tiborga olinadi. Masalan, xastalikning dastlabki davrida bakteriologik usuldan kengroq foydalanilsa, 5-6 kundan

so'ng serologik usullar ko'proq ishlatiladi. Har qanday laboratoriya tekshiruvda hamshira albatta unga tegishli yo'llanma to'ldirishi kerak. Yo'llanmada shifoxonaning nomi, bemorning ismi-sharifi, yoshi, kasallik bayon raqami, qachon, qanday tahlil va nima maqsadda olingan, kim olgani ko'rsatiladi. Olingan taxlil yo'llanma bilan birga (biksd) laboratoriyaga yuboriladi.

Bakteriologik yoki bakterioskopik tekshirish maqsadida bemordan gurlil taxlil olinadi. Bo'g'ma, meningkokk infeksiyasiga tekshirish uchun tomoqdan sterillangan tampon bilan surtma olinadi. Tif-paratif kasalliklarida bilak venasidan qon olib ekiladi, Umuman olganda, bakteriologik tekshirishga olinadigan tahlil maxsus muhitlarga ekiladi. Bu muxitlar aynan shu kasallik mikroblari ko'payishi uchun kulay sharoit yaratib, boshqa mikroblar o'sishiga yo'l qo'ymaydi. Material ekiladigan muhitlar bakteriologiya laboratoriyalarida tayyorlanib, sterillanadi. Keyin bo'limlarga tarqatiladi. Masalan, tif-paratif mikroblarini topish uchun bilakdan olingan qon steril xolatda safroli muxitga ekiladi. Tekshirish natijasi esa 3-4 kun, ba'zan 5-7 kundan so'ng ma'lum bo'ladi. Bakterioskopiya usulidan foydalanilganida natija tez olinadi. Jumladan, bezgak, qaytalama tiflarga tashxis qo'yishda bemor bormog'idan qon olib, maxsus oynachaga surtma tayyorlanadi. Uni mikroskop ostida ko'rib kasallik qo'zg'atuvchisini bir necha soat ichida topish mumkin. Kuydirgi kasalligida teridagi yaradan biroz olinib, surtma tayflanadi. Mikroskopdan foydalanib, unda kuydirgi mikrobi topiladi.

Virusologik tekshirishlar, bakteriologik usullarning bir ko'rinishi xisoblanadi. Lekin ular ancha murakkab, uzoq davom etadi va malakali mutaxassislar tomonidan amalga oshiriladi. Viruslar ko'payishi uchun bakteriyalar usishi mumkin bo'lgan muxitlar to'g'ri kelmaydi. Shunga ko'ra bemordan olingan surtma yoki boshqa narsa viruslarni topish maqsadida, xujayra kulturasiga yoki tovuq tuxumiga ekiladi. Natija 1-2 xafta yoki undan xam ko'proq vaqt o'tgandan so'ng ma'lum bo'ladi. Gripp, poliomyelit, quturish kasalliklari va boshqalarga tashxis qo'yishda bu usul

qo'llanadi, Virusologik tekshirishlar uchun olingan ashyo (maxsus muhitga ekilguncha) muzlatilgan xolda laboratoriyaga yetkaziladi.

Yuqumli kasalliklarga tashxis qo'yishda serologik usullardan ham keng foydalaniladi. Agglutinatsiya reaksiyasi, passiv (bilvosita) gemagglutinatsiya reaksiyasi, komplementi bog'lash reaksiyasi pretsipitatsiya, O- agregat gemagglutinatsiya reaksiyalari serologik reaksiyaning turli ko'rinishi xisoblanadi. Qaysi xilidan foydalanishdai qat'iy nazar, barcha serologik reaksiyalar qon zardobida yuqumli kasallik mikrobiga qarshi paydo bo'ladigan zid tanacha (antitelo) larni aniqlashga asoslangan. Bu zid tanachalar, odatda qonda kasallikning 3-4 kunidan boshlab paydo bo'ladi va kasallik davom etgan sari ularning qondagi miqdori orta boradi. Jarayonning ana ush mohiyatini e'tiborga olib, serologik reaksiyalar uchun tekshirishda bemor qoni kasallikning 3-4 kunlari (passiv gemagglutinatsiya reaksiyasi uchun), hatto 7-8 kunlari (agglutinatsiya reaksiyasi uchun) va undan so'ngi muddatlarda olinadi. Tif-paratif kasalliklari, qaytalama tiflar, brutsellez diagnostikasida, difteriya, qoqsholga qarshi immunitet xolatini aniqlashda serologik reaksiyalardan foydalaniladi.

Serologik reaksiyalar turkumiga kiruvchi lyumikistent diagaostika, immunoferment analiz (IFA) va radioimmun analiz (RIA) usullari keyingi yillarda yuqumli kasallikla diagnostikasida tobora keng qo'llanilmoqda. Bu reaksiyalarni qo'yish uchun g'oyat kam miqdordagi (0.05-0.1 ml) qon zardobi yetarli. Bu miqdordagi zardobni olish uchun bemor barmog'idan qon olinsa ham yetarli bo'ladi. Hozirgi vaqtda virusli gepatitlar diagnostikasida IFA va RIA usullaridan keng foydalaniladi. Shuningdek, qondagi immunoglobulinlar, ayniqsa M va S immunoglobulinlarni aniqlash xam amaliyotda keng qo'llanilmoqda.

Yuqumli kasalliklar diagnostikasida allergik usullar boshqalarga qaraganda kamroq qo'llaniladi. Bu reaksiya bemor organizmining u yoki bu mikrobdan tayyorlangan allergenga sezgiriligini aniqlashga asoslangan. Reaksiyani qo'yish uchun bemorning bilak soxasiga shpris va igna

vositasida 0,1 ml allergen teri orasiga yuboriladi. 24-48 soat davomida igna sanchilgan joy atrofida diametri 20 mm dan ortiq bo'lgan yaqqol qizarish va bo'rtish paydo bo'lishi ijobiy natija xisoblanadi, ya'ni bemorda ushbu kasallik bor, deb gumon qilish mumkin. Sil kasalligini aniqlashda tuberkulin, brutselyozni aniqlashda esa brutsellin yuborib allergik sinov qo'yish usullaridan foydalaniladi. Odatda, kasallik to'satdan boshlanadi. Badan qaqshab, bemor sovuqotadi. Ustiga duch kelgan narsani yopib yotsa ham isimaydi. Oradan 1-2 soat o'tgach, isitma zo'tarilib ketadi va tana harorati 41°S, ba'zan undan ham yuqori darajaga ko'tariladi. Bu vaqtda bemorning badani qizib ketadi, ustidagi barcha narsalarni olib tashlaydi. Isitma ko'tarilgan vaqtda bemor bosh og'rishi, ko'ngil aynishidan shikoyat qiladi. Bemorning yuzi va terisi qizargan, paypaslab ko'rganda issiq tuyuladi.

Tashxis qo'yishda biokimyoviy usullardan foydalanish bevosita kasallik qo'zg'atuvchisini aniqlash imkonini bermaydi. Ammo ayrim a'zo to'qimalarining jarohatlanishi, u yoki bu kasallikka xos bo'lgan o'zgarishlarni aniqlashga yordam beradi. Jumladan, qondagi bilirubin hamda alanin va aspartat transaminazalar miqdoriga qarab virusli gepatitlar haqida yo'lash mumkin.

Yuqumli kasalliklarga tashxis qo'yishda qon, siydik, najas va safroni umumiy klinik tekshirish ham kerakli ma'lumotlar beradi. Ba'zan yuqumli kasalliklarning dastlabki davrida periferik qonda leykotsit, neygrofilez va eritrotsitlarning cho'kish tezligi (ECHT) tezlashishi kuzatiladi. Ayniqsa, meningokoksemyada leykotsitlar soni nihoyatda (1litrdan 30-40 x 10⁹ gacha) oshib ketishi kuzatiladi. Virusli gepatitlar, gripp kasalligida odada, leykotsitlar soni kamayishi va ECHT sekinlashinishi xarakterli. Yuqumli kasallik cho'zilib ketgan hollarda qonda limfotsitlar va monotsitlar ko'proq uchraydi. Masalan, brutsellezning surunkali turlarida shunday xolat ko'proq uchraydi.

Bemorning turli a'zolarini bevosita tekshirish ham kasallik tashxisini qo'yishda yordam beradi. Ko'pgina yuqumli kasalliklarda intoksikatsiya

oqibatida til qurishadi, karash bilan qoplanadi. Ba'zan xastaliklarda (gripp, difteriya) tomog'da yalig'llanish alomatlari, parda paydo bo'lishi kuzatiladi. Ichak infeksiyalarida qorinni paypaslaganda uning turli sohalarida og'riq borligi aniqlanadi. Virusli gepatitlar uchun jigar kattalanishi o'ziga xos klinik alomatlardan xisoblanadi. Bezgak, visseral leyshmanioz kasalliklarida jigar va taloq sezilarli darajada kattalanishgani ko'p uchraydi. Yuqumli kasalliklarda turli a'zolarining xolatini o'rganishda tibbiyot asboblardan xam keng foydalaniladi. Me'da-ichak yo'llari xolatini tekshirishda gastrofibroskopiya, kolonofibroskopiya kabi endoskopik usullar keng qo'llanadi. Bu asboblar yordamida me'da va ichaklar shilliq qavatining xolatini bevosita ko'rish, rasmini olish yoki bir parchasini namuna sifatida kesib olib, mikroskopda tekshirish mumkin.

Immunoflyuoressensiya (Kune usuli) zudlik bilan diagnozni oydinlashtirish uchun qo'llaniladigan usuldir. Bu usul antigen-antitelo kompleksining o'ziga xos tarzda tovlanib, nur sochishiga asoslangan. Tekshiriladigan material o'ziga xos, maxsus zardob bilan aralashtirib, ishlangandan so'ng bir necha daqiqa o'tgach reaksiya javobi ma'lum bo'ladi

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Yuqumli kasalliklarning erta va differensial diagnostikasi Toshkent-2019 D.B.Mirzakarimova, Ya.M.Yuldasheva
2. Yuqumli kasalliklar epidemiologiya va parazitologiya
S.I.Musaboyev A.Q.Bayjanov

COVID-19: СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА

Ниёзов Г.Э.

Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сино,
Бухара, Узбекистан

Цель настоящей работы изучения патогенетические значения показателей гемостаза при новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Ё

Это исследование было одноцентровым ретроспективным когортным исследованием. С 21 марта по 12 август 2020 года в Бухарскую областную

инфекционную больницу было госпитализировано 70 пациентов. Пациенты были разделены на тяжелых больных (n=32) и пациентов со среднетяжелыми формами (n=38). Из них 12 (8,6%) пациентов были госпитализированы в отделение интенсивной терапии, 8 (3,8%) пациентов умерли, 185 (89,8%) пациентов были выписаны из стационара.

Средний возраст составил 53 года, из 70 пациентов 56 (80%) были мужчинами. Среднее время от появления симптомов до госпитализации составляло 4-5 дней, а среднее время до постановки диагноза тяжелого заболевания составляло 6-7 дней.

Наиболее частыми хроническими заболеваниями были: гипертоническая болезнь, у 6 больных; сердечно-сосудистые заболевания, у 5; хроническая обструктивная болезнь легких, у 8 больных.

Распределение больных по тяжести можно представить по степени поражения легких. КТ 0 был у 8,7% больных, КТ 1 – 14,2%, КТ 2 – 47,1%, КТ 3 – 30,0% больных. При поступлении у 39% больных температура тела была выше 38°C, среднее значение SpO₂ = 91,5%.

По результатам лабораторных данных было выяснено, что у 24 больных (34,3%) наблюдалась лейкопения, у 12 больных (17,1%) – лейкоцитоз; у 58 больных (82,9%) выявлена лимфоцитопения, у 12 больных (17,1%) – повышение количества лимфоцитов.

Количество тромбоцитов и параметры коагуляции были проанализированы в настоящем исследовании. Из 70 пациентов, включенных в исследование, тромбоцитопения была обнаружена у 9 (12,9%), тромбоцитоз – у 8 (11,4%).

Показатели гемостатического гомеостаза у пациентов коронавирусной инфекции при поступлении приведены в таблице. Из данной таблицы следует, что концентрация D-димера повышена у 57,9% пациентов среднетяжелой формы, а у пациентов с тяжелой формой выявлена у 75%. Похожая картина обнаружена при изучении протромбинового времени, показатели соответственно равны 10,5% и 18,8%. У 50% больных со среднетяжелой формой повышена концентрации фибриногена, а больные с тяжелой формой

составляют 75%. АЧТВ удлинено у 26,3% больных со среднетяжёлой формой болезни, и у 46,9% с тяжёлой.

Таким образом, такие показатели гемостатического гомеостаза, как D-димер, протромбиновое время, фибриноген и АЧТВ, являются индикаторами тяжести течения болезни у пациентов.

ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Тияходжаева Г.Б., Обиджонов З.Х.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Проблема хронических поражений печени является одной из основных и сложных в гастроэнтерологии. Хронические гепатиты включают широкий спектр нозологически самостоятельных диффузных воспалительных заболеваний печени различной этиологии. Основными этиологическими факторами гепатитов признаны инфицирование гепатотропными вирусами, действие ксенобиотиков и, в первую очередь, алкоголя и лекарств. В ряде случаев этиология заболевания остается неизвестной (например, аутоиммунный гепатит) или с использованием современных методов не удается уточнить причины их развития. Кроме того, некоторые заболевания печени на определенном этапе их развития имеют ряд общих клинических и морфологических признаков, свойственных гепатитам, что требует проведения дифференциальной диагностики между ними. К ним относятся первичный билиарный цирроз печени, склерозирующий холангит, болезнь Вильсона–Коновалова, гемахроматоз, α_1 -антитрипсиновая недостаточность, ряд наследственных заболеваний, включая тезауриозы (болезни накопления), поражения печени при беременности, системных и инфекционных заболеваниях.

В оценке хронического гепатита следует учитывать 3 основных критерия: этиологию, патогенез, степень активности процесса, и, по возможности, отражать их в диагнозе. При вирусном ХГ необходимо также установить фазу развития вируса (репликации, интеграции). Наличие репликативной

активности вируса определяет прогрессирование и тяжелый прогноз болезни, а также показания к лечению противовирусными препаратами. В настоящее время в связи с внедрением в клиническую практику ряда современных методов исследований, включая вирусологические и генетические, заметно уменьшилось количество гепатитов и циррозов печени с неизвестной этиологией. Так, разработаны методы серологической диагностики вирусов гепатита А, В, С, Д, Е и др., включая фазу их репликации, идентифицированы гены болезней Вильсона–Коновалова, гемохроматоза, α_1 -антитрипсиновой недостаточности, а также маркеры фиброзирования и онкогенеза, что существенно повысило этиологическую диагностику болезней печени.

Степень активности гепатита определяется на основании клинических данных (желтуха, геморрагический синдром, и др.), уровня АлАТ и выраженности воспалительно–некротического процесса по данным гистологического исследования биоптатов печени. Морфологическая классификация хронического гепатита любой этиологии предусматривает выделение персистирующего (портального), активного (различной степени активности) и лобулярного хронического гепатита. Хронический персистирующий гепатит диагностируется при наличии гистиолимфоцитарной инфильтрации и склероза портальных трактов, сочетающихся в ряде случаев, с дистрофией гепатоцитов при сохранной пограничной пластинке и отсутствии некрозов гепатоцитов. В связи с тем, что наличие воспалительного инфильтрата в портальных трактах свидетельствует об определенной (минимальной) степени активности, в клиническом диагнозе термин «персистирующий гепатит» целесообразно заменить на «хронический гепатит минимальной активности». При хроническом активном гепатите отмечается распространение воспалительного инфильтрата за пределы портального тракта, разрушение пограничной пластинки и некрозы гепатоцитов. Степень активности гепатита зависит как от выраженности воспалительной инфильтрации, так и от объема некротических изменений паренхимы.

О хроническом лобулярном гепатите свидетельствуют воспалительные инфильтраты и очаги некроза гепатоцитов, сосредоточенные изолированно в дольках печени и без связи с портальными трактами. Выделяют 4 степени активности хронического гепатита: минимальную, низкую (мягкую или слабовыраженную), умеренно выраженную и высокую. При этом используется полуколичественный индекс гистологической активности (ИГА), известный также, как индекс Knodel ИГА от 1 до 3 баллов свидетельствует о минимальной; от 4 до 8 баллов – слабо выраженной (низкой); от 9 до 12 баллов – умеренной; и от 13 до 18 баллов – высокой степени активности хронического гепатита. При определении стадии заболевания рекомендуется оценивать наличие и выраженность фиброза. Определенная роль в оценке функционального состояния печени принадлежит биохимическим тестам. Они используются как с диагностической целью, так и при контроле за эффективностью лечения острых и хронических заболеваний печени. Количество функциональных проб печени достаточно велико и спектр их непрерывно расширяется. Однако в повседневной врачебной практике используется ряд традиционных и доступных тестов, отражающих наличие активности процесса, холестаза, состояния синтетической функции гепатоцитов и вовлечение в патогенез гепатита иммунных и аутоиммунных реакций, а также позволяющих прогнозировать эффективность интерферонотерапии. Всем больным хроническими гепатитами, независимо от этиологии и степени активности предписывается базисная терапия. Противовирусная терапия проводится по показаниям. Основными компонентами ее являются диета, режим, исключение приема алкоголя, гепатотоксических лекарств, инсоляций, вакцинаций, сауны, профессиональных и бытовых вредностей, лечение сопутствующих заболеваний органов пищеварения и других органов и систем. Диета при ХВГ должна быть полноценной, содержащей 100–120 г белков, 80–90 г жиров, из них 50% – растительного происхождения, 400–500 г углеводов. При назначении диеты необходимо учитывать индивидуальные привычки больного, переносимость пищевых продуктов и сопутствующие

заболевания органов пищеварения. Важно исключить продукты, содержащие химические добавки, консерванты и токсические ингредиенты. Режим больных ХВГ должен быть щадящим, физические упражнения и работу необходимо адаптировать к возможностям больного. Особое место в базисной терапии отводится нормализации процессов пищеварения и всасывания, устранению избыточного роста микробной флоры в тонкой кишке и нормализации бактериального состава толстой кишки. С этой целью используется курсовое лечение антибактериальными препаратами, невсасывающимися и не оказывающими гепатотоксический эффект. Может быть назначен внутрь один из следующих препаратов: ципрофлоксацин, левомицетина стеарат, канамицина моносульфат, фталазол, интетрикс, нифудоксазид, бактисубтил в общепринятых дозах, продолжительностью курсового лечения 5–7 дней, с последующим приемом пробиотиков (бифиформ, пробифор, лактобактерин, бифидумбактерин и др. – один из препаратов) и/или пребиотиков (хилак форте – при поносах, лактулоза – при запорах) в течение 3–4 недель. Одновременно с антибактериальными средствами и биологическими препаратами назначаются ферментные препараты, в состав которых не входят желчные кислоты, так как они, как и многие холеретики (истинные желчегонные средства), могут оказывать повреждающее действие на гепатоциты. Дозы и продолжительность приема ферментов определяется индивидуально. В базисную терапию целесообразно включать комплекс дезинтоксикационных мероприятий: внутривенное капельное введение гемодеза по 200–400 мл в течение 2–3 дней, возможно внутривенное введение 5% раствора глюкозы 500 мл с 5%-ным раствором аскорбиновой кислоты по 2–4 мл в течение 7–10 дней. В этот период уточняется этиология ХГ, определяется степень активности процесса и проводится отбор больных для проведения противовирусной терапии. В терапии хронических вирусных гепатитов в настоящее время используются интерфероны (ИФН) которые являются этиотропными препаратами с доказанной эффективностью. Интерфероны – группа низкомолекулярных пептидов, вырабатываемых эукариотическими клетками под влиянием

различных стимулов и обладающих противовирусной, противоопухолевой и иммунорегуляторной активностью. Антивирусный эффект интерферона осуществляется через индукцию определенных клеточных белков, которые угнетают размножение вируса. Механизм подавления репликации вирусов интерфероном до конца не ясен. Описаны два индуцибельных ферментативных пути, которые вовлечены в этот процесс угнетения репликации вирусов через нарушение трансляции вирусной рибонуклеиновой кислоты (РНК). В одном из этих вариантов интерферон индуцирует синтез специального фермента (2',5'-олиго-А-синтетазы), который активируется двуспиральной РНК (вирусной) и катализирует синтез коротких олигомеров адениловой кислоты. Эти короткие олигомеры (тримеры и тетрамеры), активируют эндонуклеазу, называемую L или F, которая расщепляет вирусную м-РНК. Второй путь осуществления антивирусной активности интерферона реализуется через другой индуцибельный фермент – протеинкиназу P_1 . Этот фермент также активируется двуспиральной РНК и катализирует фосфорилирование эукариотического иницирующего фактора ($eIF-2$). Фосфорилирование фактора $eIF-2$ блокирует дальнейшую инициацию трансляции, что в итоге блокирует вирусную репликацию. Системы 2',5'-олиго-А-синтетаза и P_1 протеинкиназа являются основными известными сегодня механизмами, через которые интерферон угнетает репликацию вирусов. Но уже описаны и другие дополнительные компоненты, которые принимают участие в процессе угнетения вирусной репликации. Например, белок M_x , который угнетает транскрипцию геномов некоторых вирусов. Кроме индукции синтеза ферментов, интерферон оказывает воздействие на широкий спектр клеточных функций. Оно включает угнетение клеточного роста, воздействие на дифференциацию.

Значительный эффект интерферон оказывает на иммунную систему: он усиливает экспрессию антигенов гистосовместимости на клеточной мембране, В-микроглобулина, естественную киллерную активность лимфоцитов, антителозависимую цитотоксичность. Основой всех этих

эффектов является индукция интерфероном экспрессии клеточных генов, которые в норме зарепрессированы. В лечении вирусных гепатитов широкое распространение получили синтетические аналоги нуклеозидов, оказывающие противовирусный и иммуномодулирующий эффект. Использование данных препаратов существенно повысило эффективность противовирусной терапии. Одним из таких препаратов является рибавирин, который применяется в комбинации с интерфероном–альфа при вирусном гепатите С. Механизм действия препарата недостаточно установлен, но предполагается, что он может блокировать внутриклеточное деление вирусов и является синергистом интерферона–альфа.

Перспективным направлением в лечении хронических вирусных гепатитов В, С и Д, является разработка эффективных схем с использованием новых противовирусных препаратов, а также создание лечебных вакцин, призванных усилить иммунный ответ организма в отношении антигенов HBV и HCV. Совершенствуются методы профилактики HBV и HCV–инфекции. Наряду с рекомбинантными дрожжевыми вакцинами, содержащими HBsAg, создаются новые pre–S–вакцины, содержащие синтетические полипептиды эпитопов HBsAg и HBcorAg и др.

ASAB TIZIMI PATOLOGIK HOLATINING FIZIOLOGIK

O'ZGARISHLARI

Obidov Z. Z.

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

Annotatsiya: Insonning asab sistemasi juda murakkab tuzilishga ega bo'lib, asab sistemasini, xususan, bosh miyani olimlar hanuzgacha o'rganib kelishmoqda va bundan keyin ham bu o'rganish to'xtamaydi. Bobomiz Ibn Sino ta'biri bilan aytganda: "...Asablarning ahvoli haqida ularning sezish va harakat ishlari, yumshoq va qattiq tuyulishi, ularga miya va umurtqalarning hamkorligi, og'riqlar va asablarga xos moddalar, miya ahvolini bildiradigan belgilarning ko'pchiligi, [ya'ni] miya ishlarining zararlanishi va [boshga] tegib bilishga asoslanib hukm chiqariladi.

Kalit so'zlar: asab tizimi, simptom, mijoz, nevrologiya, mizoj kasalligi.

Asablarning o'ziga kelsak, ularning kelib chiqadigan joyi, tarmoqlanishi, shakli, tabiati va anatomiyasini o'rgandik. Ularning kasalliklari asablarda uch xil kasallik, mizoj [kasalligi], qurol [kasalligi] va uzluksizlikning buzilishi [kasalligi] bo'ladi. Zararlanish [asablarning] tabiiy, sezish va harakat qilish ishlarida yuz beradi. Asab kasalliklarini keltirib chiqarishda zo'raki harakatlarning juda kata va boshqa narsalarnikidan ko'ra ko'proq daxli bor, chunki asablar harakat qurollaridir. Arqon tortish, og'ir narsa ko'tarish, kuchli cho'zilishga yoki qisilish va yig'ilishga sabab bo'ladigan hamma harakatlar zo'raki harakatlardan hisoblanadi. Markaziy asab tizimining kasalliklari ikki turga bo'linishi mumkin: malformatsiyalar va o'zgarishlar. Bizning asab tizimimizning prenatal va tug'ruqdan keyingi rivojlanishi ko'plab neyrokimyoviy hodisalarga asoslangan, genetik jihatdan dasturlashtirilgan va tashqi omillarga, masalan, atrof-muhit ta'siriga chindan ham sezgir bo'lgan juda murakkab jarayonni kuzatib boradi. Tug'ma malformatsiya paydo bo'lganda, rivojlanish kaskadining normal va samarali rivojlanishi to'xtatiladi va asab tizimining kasalliklari paydo bo'lishi mumkin. Shuning uchun tuzilmalar yoki funksiyalar g'ayri tabiiy tarzda rivojlana boshlaydi, bu jismoniy va jismoniy jihatdan shaxs uchun jiddiy oqibatlariga olib keladi. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti hisob-kitoblariga ko'ra, hayotning dastlabki to'rt haftasida taxminan 276 ming yangi tug'ilgan chaqaloq tug'ma kasallikdan aziyat chekishi natijasida vafot etadi. Ta'sir qilganlar, ularning oilalari, sog'liqni saqlash tizimlari va jamiyat, yurak nuqsonlari, asab naychalari nuqsonlari va Daun sindromi darajasida katta ta'sir ko'rsatishi. Markaziy asab tizimining o'zgarishini o'z ichiga olgan tug'ma anomaliyalarni homila kasalligi va o'limining asosiy sabablaridan biri deb hisoblash mumkin. Ular hayotning birinchi yilida bolalar o'limining taxminan 40% ni tashkil qilishi mumkin. Bundan tashqari, ushbu turdagi anomalliklar bolalar populyatsiyasida buzilgan funktsionallikning muhim sababidir va bu turli xil asab kasalliklariga olib keladi. Ushbu turdagi anomaliyalar bilan og'riqlik chastotasi taxminan 2% dan 3% gacha baholanadi. Ushbu oraliqda tirik tug'ilgan bolalarning 0,8% dan 1,3% gacha azob chekadi. Asab tizimining tug'ma nuqsonlari juda xilma-xil anomaliyalar guruhini o'z ichiga oladi, ular alohida yoki kattaroq genetik sindromning bir qismi sifatida paydo bo'lishi

mumkin. Taxminan 30% holatlar genetik kasalliklar bilan bog'liq. Funktsional oqibatlariga qarab, jarrohlik yoki farmakologik yondashuvdan tashqari, fizioterapevtik, ortopedik, urologik va psixoterapevtik yordam ko'rsatadigan multidisipliner aralashuv ham talab qilinadi. Har holda, terapevtik yondashuv aniqlanish momentiga, anomaliyaning og'irligiga va uning funksional ta'siriga bog'liq bo'ladi. Asab tizimining buzilishining eng keng tarqalgan umumiy belgilari va alomatlari keltirilgan. Biroq, har bir kishi turli xil alomatlariga duch kelishi mumkin. Simptomlarni o'z ichiga oladi:

- Bosh og'rig'ining doimiy yoki to'satdan boshlanishi
- O'zgaradigan yoki boshqacha bo'lgan bosh og'rig'i
- Hissiy yo'qotish
- Mushaklar kuchining yo'qolishi yoki yo'qolishi
- Ko'zni yo'qotish yoki ikki tomonlama ko'rish
- Xotirani yo'qotish
- Aqli zaif
- Muvofiqlashtirishning etishmasligi
- Mushaklarning qattiqligi
- Zilzilalar va soqchilik
- Oyoq, oyoq barmoqlari yoki tananing boshqa qismlariga nur beradigan bel og'rig'i
- Mushaklar isrof va notekis nutq
- Yangi til buzilishi (ifoda yoki tushunish)

Asab tizimining buzilishi alomatlari boshqa tibbiy sharoitlar yoki muammolar kabi ko'rinishi mumkin. Asab tizimining buzilishini davolaydigan sog'liqni saqlash xodimlari, ma'lum bir holatni ehtimoliy tashxis qo'yishdan oldin, bemor bilan ishlash uchun ko'p vaqt sarflashlari kerak. Ko'p marotaba, bu mumkin bo'lgan tashxis qo'yish uchun boshqa sharoitlarni bartaraf etish uchun ko'plab sinovlarni o'tkazishni o'z ichiga oladi. Nevrologiya-asab tizimining buzilishini boshqaradigan tibbiyot sohasi. Asab tizimining buzilishini davolaydigan tibbiy yordamchilarga nevrologlar deyiladi.

Asab tizimining buzilishi quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- tomirlari , qon tomirlari, vaqtinchalik ishemik hujum (TIA), subaraknoid qon ketish, subdural qonash va gematoma va ekstradural qon ketish kabi qon Qon tomir kasalliklari.
- Infeksiyalari bunday meningit, ensefalit, poliomielit va epidural xo'ppozlangan sifatida,
- Miya yoki umurtqa shikastlanish, Bellning falaji, servikal spondiloz, karpal tunnel sindromi, miya yoki umurtqa shish, periferik neyropatiya va Gilyen-Barre sindromi kabi tarkibiy buzilishlar.
- Bosh og'rig'i, epilepsiya, bosh aylanishi va nevralgiya kabi funksional buzilishlar
- Parkinson kasalligi, ko'p skleroz, amiotrofik lateral skleroz (ALS), Xantington xorasi va Altsgeymer kasalligi kabi degeneratsiya.

Asabtiziminingbuzilishialomatlariboshqatibbiyholatlargayokimuammolargao'xs habko'rinishimumkin. Asab tizimining kasalliklarini davolash bilan shug'ullanadigan tibbiyot xodimlari muayyan holatni taxminiy tashxis qo'yishdan oldin bemor bilan ishlashda ko'p vaqt sarflashlari kerak. Ko'p marta, bu boshqa kasalliklarni bartaraf etish uchun ko'plab testlarni o'tkazishni o'z ichiga oladi, shuning uchun ehtimol tashxis qo'yish mumkin. Nevrologiya-asab tizimining buzilishini boshqaradigan tibbiyot sohasi. Asab tizimining kasalliklarini davolash bilan shug'ullanadigan tibbiy yordam ko'rsatuvchilar nevrologlar deb ataladi. Ba'zi nevrologlar endovaskulyar usullar yordamida o'tkir qon tomirlari va miya anevrizmalarini davolashadi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Abu Ali Ibn Sino “Tib qonunlari” saylanma 2-jild. 43-bet. Toshkent// Abdulla Qoqiriy nomidagi xalq merosi nashriyoti
2. Herman-Shucharska, I., Bekiesinska-Figatowska, M., & Urbanik, A. (2009). MR tasvirlaridagi xomilalik markaziy asab tizimining nuqsonlari. *Miya va rivojlanish*(31), 185-199.
3. Ximenes-Leon, J., Betankur-Fursoy, Y. va Ximenes-Betankur, S (2013). Markaziy asab tizimining nuqsonlari: neyroxirurgik korrelyatsiya. *Rev Neurol*(57), S37-S45.

4. Olufemi Adeleye, A., & Dairo, M. D. (2010). Rivojlanayotgan mamlakatda markaziy asab tizimining tug'ma nuqsonlari: muammolari va muammolari ularning oldini olish. *Childs asab tizimi*(26), 919-929.
5. ZarifboyIbodullaevAsabvaruxiyat.Ilmiy-ommaboprisola-Toshkent: "Sharq", 2019.

STRUCTURE OF CONGENITAL HEART DEFECTS

Shamsutdinova G.B., Omonjonova Z.M.

Ferghana of Public Health Medical Institute, Uzbekistan

Congenital heart defects are one of the most common developmental abnormalities in children. The authors present data on the etiology, frequency, prevalence and features of the course of congenital heart defects in children. The features of the diagnosis of congenital heart defects are reflected. Attention is drawn to the importance of timely diagnosis of heart disease and its prompt correction in the optimal time to reduce the mortality rate. Modern approaches in the surgical treatment of congenital malformations are described. Heart defects , deficiencies and changes in the anatomical structure of the heart; interferes with normal blood flow. There is a difference between congenital and acquired heart defects. Congenital heart defects occur as a result of abnormal formation of the fetal heart and large heart vessels during embryonic development. In the early stages of pregnancy , the mother's body suffers from poisoning , certain diseases , the biological effects of ionizing radiation, hereditary diseases, and so on Incomplete development of the cardiovascular system during infancy (up to year of age) (eg, open arterial ducts or incomplete oval foramen) is also considered a heart defect. The most common types of congenital heart defects: abnormal pathways in various combinations between the major and minor circulatory systems , as well as narrowed or blocked areas in the major arteries of the heart (eg , pulmonary artery and aorta) or misalignment of these vessels ; mixed disorders defects in the number and structure of the heart chambers.

Keywords: children, structure, congenital heart disease, congenital heart diseases (CHD), cardiology, pediatrics, myocardial dystrophy, cardiosclerosis, decreased coronary blood flow, hypoxemia, cyanosis

Congenital heart disease (CHD) is an urgent problem of cardiology and pediatrics. CHD is in third place among all congenital anomalies after malformations of the musculoskeletal system and the central nervous system. The natural course of congenital heart abnormalities is accompanied by high mortality, the level of which depends on the period of life of the patient, the adaptive capabilities of the body, as well as the severity of the defect itself. In the structure of mortality associated with malformations, they are in the first place.

Anomalies of the anatomical development of the heart and large vessels are usually formed at the 2nd-8th week of intrauterine development are myocardial dystrophy, cardiosclerosis, decreased coronary blood flow.

Depending on the state of the circulatory circles in the body of a patient with CHD, the following pathological changes develop: – in the presence of increased blood flow in the lungs (heart defects of the pale type with an arteriovenous shunt) – hypervolemia and hypertension of the small circle of blood circulation, the overflow of which contributes to the occurrence of acute and then chronic pathology of the respiratory organs; – in the presence of depleted blood flow in the lungs (heart defects of the blue type with a venoarterial shunt) – insufficient saturation of venous blood with oxygen, leading to permanent hypoxemia and cyanosis;

- with heart defects with impoverishment of the large circle of blood circulation above the site of narrowing-hypertension, spreading to the vessels of the head, shoulder girdle, upper extremities. The vessels of the lower half of the body receive little blood. Chronic left ventricular failure develops, often with disorders of the cerebral and coronary circulation.

Classification: There are more than 90 variants of CHD and many combinations of them. For practicing cardiologists, it is more convenient to use a more simplified division of CHD into three groups :

1. CHD of pale type with arteriovenous shunt – ventricular septal defect, atrial septal defect, open ductus arteriosus; atrioventricular communication.
2. CHD of the blue type with a venoarterial shunt – transposition of the main vessels, tetrad of Fallot, triad of Fallot, atresia of the tricuspid valve, etc.
3. CHD without relief, but with an obstacle in the way of blood flow from the ventricles – stenosis of the pulmonary artery and aorta, coarctation of the aorta.

Diagnostics: At the present stage of development of medicine diagnostic this pathology should be antenatal. Although many defects are radically treated surgically in the first days of life, and some do not require surgical intervention at all, there are a number of situations when the child will have a series of life-saving operations, up to a heart transplant.

Every woman from the 14th week of pregnancy should undergo an ultrasound examination of the fetus. The informativeness of this method depends on the qualifications of the doctor performing the study. Not every specialist is able to recognize CHD, and even more so its type. However, it is obliged to suspect it according to the relevant signs and, if there is the slightest doubt, as well as in the case of a woman belonging to one or more of the above-described risk groups, to send her to a specialized institution where they are engaged in the diagnosis of congenital heart diseases.

After the birth of a child, CHD should be suspected if it is lagging in physical development, the appearance of shortness of breath during movement and feeding, with pallor (aortic malformations) or cyanotic coloration of the skin, pronounced acrocyanosis (pulmonary artery stenosis, tetrad of Fallot).

When examining the chest, a "heart hump" can be detected, when palpating the heart area-systolic (with high DMZHP) or systolic-diastolic (with OAP) tremor. With percussion, an increase in the size and or a change in the configuration of the heart is detected. During auscultation, attention is drawn to the splitting of tones, the emphasis of the second tone on the aorta or pulmonary artery. With most vices, a systolic rough, sometimes scratching noise can be heard. It is often carried out in the interscapular space and usually does not change when changing the position of the body and the load.

The features of blue-type malformations combined with narrowing of the pulmonary artery (primarily the Fallot complex), in addition to total cyanosis, include a favorite squatting rest position and shortness of breath-cyanotic (hypoxemic) attacks associated with spastic narrowing of the right ventricular excretory tract and acute hypoxia the brain. Hypoxemic attack occurs suddenly: anxiety, agitation, shortness of breath and cyanosis increase, possible loss of consciousness (fainting, convulsions, apnea). Seizures last from a few minutes to 10-12 hours and are more common in young children (up to 2 years) with iron deficiency anemia and perinatal encephalopathy.

Narrowing of the aorta at any level leads to systolic and diastolic overload of the left ventricle and changes in blood pressure: with stenosis in the area of the aortic valve, blood pressure is lowered, with coarctation of the aorta – increased in the arms and decreased in the legs.

Aortic malformations are characterized by a lag in the development of the lower half of the trunk and the appearance (at 8-12 years) of complaints that are not peculiar to children and are associated with circulatory disorders in a large circle (headache, weakness, shortness of breath, dizziness, pain in the heart, abdomen and legs).

In blood tests for blue type heart defects, a decrease in R_a is detected O_2 and an increase in $R_a CO_2$, an increase in the content of red blood cells, the level of hematocrit and the concentration of hemoglobin.

The ECG shows signs of hypertrophy and overload of individual chambers of the heart: the right parts – with blue-type heart defects, the left-with pale-type heart defects.

Overview radiography of the chest still does not lose relevance in the diagnosis of CHD. The method makes it possible to judge the configuration of the heart and the state of the small circle of blood circulation, which allows you to suspect a heart defect with its impoverishment or enrichment. The chest X-ray shows CHD with hypervolemia.

1). In addition, in some congenital malformations, the heart has a characteristic configuration, for example, in the tetrad of Fallot – "wooden shoe", or in the transposition of the main vessels – "egg lying on its side" (Fig.2).

CHD is easily detected by two-dimensional echocardiography with color Doppler examination, which is the "gold standard" for its diagnosis.

Fig. 1. Hypervolemia of the small circle of blood circulation in an atrial septal defect.



Fig. 2. Transposition of the main arteries.

The method allows us to visualize the defects of the septa, the caliber of large vessels, the distribution of blood flows, the size of the heart cavities and the pressure

gradients in them [4].

Figure 3 shows a high subaortic defect of the interventricular septum, Figure 4 shows a secondary defect of the atrial septum. The open ductus arteriosus is visualized as an additional vessel connecting the descending aorta to the bifurcation of the pulmonary artery (Blood flow is directed from the aorta to the pulmonary artery. Cardiac catheterization and angiography in CHD are currently performed only to exclude concomitant malformations and to clarify the degree of pulmonary hypertension. During catheterization, an increase in blood oxygen saturation in the right ventricle and pulmonary artery is determined, and pressure in the heart cavities is recorded. With high pulmonary hypertension, simultaneous recording of pressure in the pulmonary and systemic arteries is performed with the performance of drug tests. Based on the analysis of blood



samples from various cavities of the heart, the hemodynamics is calculated using the Fick method.

Conclusions: The conducted research indicates the need to develop a plan of preventive measures to reduce and prevent congenital heart defects, especially combined heart defects. Prevention of the birth of children with congenital heart defects should begin in the antenatal period, identifying and eliminating pathologically significant risk factors.

LITERATURE:

1. Sulaymonov A.S// Pediatric Surgey 2000
2. Xaydarov G .O., Ermatov SH.X., //Internal Diseases 2002
3. Reller . M.D, Strickland . M.J, Reihle-Colarusso. T. Mahle .W.T, Correa A. Prevalence of congenital heart defects in Atlanta, 1998-2005
4. Botto . L.D , Correa A, Erickson D. Racial and temporal variations in the prevalence of heart defects. 2001
5. Belokon, N.A. Congenital heart defects / Belokon N.A., Podzolkov V.P. - M., 2001.
6. Congenital heart defects // Cardiovascular surgery / Ed. Burakovsky V.I. and Bokeria L.A. - M., 2006 .-- S. 760 768.
7. Allen, HD Congenital heart disease: untreated and operated / Allen HD, Franklin W. // Heart disease in infants, children and ad lescents. - 2010. - Vol. 1. - P. 657 665.

ЯРА ГИСТОМОРФОЛОГИЯСИДАГИ ЎЗГАРИШЛАР КОРРЕКЦИЯСИ

Омонова Г.С.¹, Қаландарова У.А.², Аллаберганов М.Ю.³

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Урганч ш. Ўзбекистон республикаси

Кейинги йилларда илмий маънбаларда пайдо бўлаётган маълумотларга қараганда, меъдада турли хил агрессив факторлар таъсиридан юзага келган яралар аҳоли ўртасида кенг тарқалган ҳасталиклар қаторида қолмоқда. У

ердаги юзага келган патоморфологик бузулишларнинг чуқурлашувидан яранинг қийин битиши туфайли ушбу касаллик сурункали кечади ва мавсумий зўрайиш ҳолатларини келтириб чиқаради [1,3,4].

Таъкидланганларни инобатга олган ҳолда ярага қарши янги дори воситаларини топиб, уларни кенгроқ ўрганиш ва амалиётга тадбиқ қилиш масаласи ҳозирги кунда ҳам муаммолигича қолаётганлигини алоҳида таъкидлаш ўринлидир. Шу ўринда фикримизни Республикамизда синтез қилинган ва амалиётда қўлланишга рухсат этилган бензкетазон препарати жалб қилди [2].

Ушбу қилинган ишда эътиборимизни экспериментал йўл билан чақирилган меъда ярасида бензкетазоннинг тегишли кунларда яралар гистоморфологиясига бўлган корекцияловчи самарасини ўрганишга қаратдик.

Материал ва усуллар. К.А.Мешерской (А.А.Акимов, Н.В.Лазарёв 1968.) методидан фойдаланилган ҳолда экспериментал меъда яраси каламушлар меъдасида чақирилди, унда биз оғирлиги 170-200 грамм бўлган турли жинсдаги оқ каламушлардан фойдаландик. Тадқиқотлар натижасида меъдасида яра ҳосил бўлган каламушлар 2 та гуруҳга ажратилди: биринчи гуруҳдаги каламушлар меъдасига 75 мг/кг миқдорида оғиз орқали металллик зонд ёрдамида бензкетазон препарати юборилди, иккинчи – назорат гуруҳидаги каламушлар меъдасига шу усул билан тенг миқдорда крахмал клейстери юборилди.

Натижалар ва таҳлили. Экспериментал яра чақирилган каламушлар тегишли кунларда декапитация усули билан жонсизлантирилиб, меъда шиллиқ қавати патоморфологик ўзгаришлари текширилди. Бензкетазон юборилган каламушлар меъдасида 3-кунда майда нуқтали, чизиксимон конталашлар, 7-кунда меъда яраси бутунлай битиб кетганлиги аниқланди. Назорат гуруҳидаги каламушлар меъдасида 3-кунда чуқур мушак қаватларгича етиб борган кўп сонли яралар аниқланди, 7-кунда яраланиш даражаси камайиб борди ва 10-кунда меъдада якка ҳолдаги нуқтасимон яралар аниқланди. Яра дефекти атрофида ўраб олувчи эпителий шиши

ҳисобига ворсинкалар узайганлиги ва кенгайганлиги аниқланди. Кузатувнинг 7-кунида меъда шиллиқ қаватида бир нечта 0,5-1 см ҳажмли яра дефектлари аниқланди. Яра туби чуқурлашган, конус шаклида мушак қаватигача олиб борган яра атрофи қалинлашиб, шаллиқ қаватидан кўтарилиб турибди. Микроскопик текширувда яра туби яллиғланган-некротик детрит билан қопланган бўлиб, унинг атрофи деформацияли ворсинкаларни ўраб олувчи, шиллиқ эпителий гиперплазияси ҳисобига узайганлиги аниқланди. Кузатувнинг 10-кунида яранинг сурункали тус олиб битаётганлиги кузатилди. Яра думалоқ шаклда, туби тоза ва силлиқ, яра атрофи қаттиқ ва қалинлашган. Бензкетазон юборилган каламушлар меъдасида тадқиқотларнинг 3-куни яра тубида яллиғланган некротик детрит ва фибриноидли некроз сезиларли камайган, у пролифератив грануляцион яллиғланган, таркибида лимфо-гистокитар ҳужайралар ва шаклланмаган толасимон тузилмалар инфильтрат билан қопланган. Мушак қавати томирлар ва интерстиция томон йўналган лимфо-гистокитар инфильтрат, сийрак мушак толаларидан иборат. Яра атрофида ўраб олувчи шиллиқ эпителий регенерацияси кузатилди. Кузатувнинг 7-кунида меъданинг айрим жойларида кичик ўлчамли пилорик қисмда жойлашган яқка ҳолдаги яралар аниқланди, уларнинг кўпчилиги битиш арафасида. Яра туби силлиқ, тоза, яра атрофида шиллиқ қават гипертрофияси кузатилди. Микроскопик текширувда яра туби етилган гистокитар ҳужайра ва толасимон структурага эга шаклланган фиброз тўқимадан иборат. Кузатувнинг 10-куни меъда шиллиқ қаватида яқка ҳолдаги майда, юза яра дефектлар эрозия ва қонталашли кўринишда учрайди. Микроскопда яра туби тўлиқ эпителизацияланган, лекин етилмаган ворсинкалар ҳисобига ботик ҳолатда кўринади. У зич фиброз тўқима, юзаси гиперплазияланган ва гиперхроматизацияланган эпителий билан қопланган, айрим соҳаларида узун бўлмаган ворсинка ўсимталар кузатилади. Яра атрофида ўраб олувчи ва безли эпителий регенерацияси ҳисобига ворсинкалар сезиларли ўсганлиги кузатилди.

Маълум бўлдики, бензкетазон таъсиридаги каламушларда пайдо бўлган яраларнинг гистоморфологияси назорат гуруҳи каламушларидагига

караганда бирмунча камроқ даражада ўзгаришларга учраган ва яраларнинг битиши анча тезлашган.

Хулоса. К.А.Мешерской усулида чақирилган меъда ярасида биз ўрганаётган препарат меъдада деструктив-некротик ва яллиғланиш жараёнларининг сезиларли даражада тез сўнишига, шиллик қаватда хужайра элементларининг репаратив регенерациясининг тезлашишига олиб келади.

Адабиётлар.

1. Исмоилов С.Р. Экспериментал меъда яраларида янги маҳаллий бензкетозон препаратининг липидлар пероксидли оксидланиш жараёнлари ҳамда антиоксидант ферментлар фаоллигига таъсири /Исмоилов С.Р., Аллаберганов М.Ю., Мустанов Т.Б.// Ўзбекистон тиббиёт журнаלי.- 2015. -№ 6. -Б. 157-160.
2. Каландарова У.А. Изменения показателей нерастворимого геля желудка при экспериментальной язве у крыс на фоне бензкетозона /Каландарова У.А., Аллаберганов М.Ю., Ахмедова Н.М. // Материалы II международной научно-практической конференции «Globalscienceandinnovations 2018 - CentralAsia» (Астана).-2018.- С.120-124.
3. Shay H., Sun D.C.H. Etiology and pathology of gastric and duodenal ulcer // In:H.L. Bockus. Gastroenterology. Philadelphia-London, 1968. Vol. 1. P. 420–465.

Адабиётлар шарҳи

COVID-19 ИНФЕКЦИЯСИНИ ДАВОЛАШДА АНТИКОАГУЛЯНТЛАР ЎРНИ ВА АҲАМИЯТИ

Орзикулов А.О., Рустамова Ш.А., Караматуллаева З.Э., Ибрагимова Э.Ф.
Самарқанд Давлат Тиббиёт институти, Ўзбекистон.

Долзарблиги. COVID-19 касаллигида томир девори эндотелиясининг шикастланиши, аслида, тарқалган томир ичидаги синдромнинг ривожланишига олиб келади. Бу ҳолатнинг асосида учта асосий патогенетик омил ётади. Бу ҳолат ўзаро бир бири билан чамбарчас боғлиқ. Ўз-ўзидан,

тарқалган эндотелиопатия Виллебранд омилининг кўзғалишига олиб келади, бу эса ўз навбатида қон ивишининг плазма ва тромбоцитлар йўлларини рағбатлантиради. Кўпгина беморларда вирусга қарши реакция иммун тизим яллиғланиш реакцияси, томир ичи тарқоқ қон ивиш синдроми, алвеолаларнинг диффуз шикастланишига, бошқа органлар ва тўқималарда патологик ўзгаришлар ва септик шок шаклланишига олиб келади. Бунинг натижасида кичик ва ўрта томирларнинг зарарланиши шаклида тизимли васкулит ривожланади. Ушбу босқичда ДВС синдромни кучайтирадиган антифосфолипид антителалар пайдо бўлиши мумкин. Вирусга боғлиқ бўлган аутоиммун реакциялар вазиятни оғирлаштириши мумкин [8]. Шунитак, таъкидлаш керакки, ДВС синдроми ҳам микроциркулятор ўзанда ҳам, катта томирларда фибрин тромби ҳосил бўлишига олиб келади. Охир оқибат пастки соҳа веналарида юзага келган фибрин тромблар ўпка артерияси тромбоэмболиясига, ўпка ва коронар артериялар бирламчи тромбозига, бош миёна ва ичак артериялари юрак ўнг бўлимлари тромбозига олиб келади [9,10]. Умуман олганда, COVID-19 касаллигида ДВС синдромининг намоён бўлиши нафақат тромбоз, балки тўқималарда қон кетиши ва эритроцитларнинг диapedези шаклида қон кетишлар ривожланиши билан классик характерга эга.

Антикоагулянтлар COVID-19 фонида тизимли яллиғланиш синдромини даволашда юқори самарадорликни намоёйиш этади, аммо улардан оқилона фойдаланиш керак. COVID-19 касаллигида антикоагулянтлардан яллиғланишга қарши, антибактериалтерапия билан биргаликда, тромблар шаклланиши динамикасининг лаборатория мониторингини ҳисобга олган ҳолда фойдаланиш керак.

Антикоагулянтлар - бу гемостазга таъсир қилувчи ва артериал ва веноз тромбоз ва тромбоэмболиянинг олдини олиш ва даволаш учун ишлатиладиган дориларнинг фармакотерапевтик гуруҳи ҳисобланади. Гиперкоагуляция ҳолати турли хил касалликларда кузатилади. Шу боис, антикоагулянтлар турли хил клиник йўналишларда - кардиология, флебология, юрак-қон томир жарроҳлиги, дерматология, урология, юз-юз

жарроҳлиги, нейрохирургия, пульмонологияда кенг қўлланилади. Антикоагулянтларга бўлган қизиқиш SARS Cov2 коронавирус инфекциясининг тарқалиши фонида ошди, унда нафас олиш бузилишлари билан бир қаторда коагулопатия ривожланади. COVID 19 билан боғлиқ бўлган коагулопатиядаD димер даражасининг ошиши, гиперфибриногенемия, тромбоцитопения, тромбоэмболиянинг кўпайиши, шунинг натижасида тарқалган томир ичи қон ивишининг ривожланиши билан тавсифланади [4]. Антикоагулянт фаоллиги бўлган дорилар COVID19 комплекс терапиясига киритилган [5,6].

Тадқиқот мақсади: ҳақиқий клиник амалиётда COVID19ни даволашда антикоагулянтлардан фойдаланиш кўрсаткичларини аниқлаштириш ва асослаш.

Клиник амалиётда турли хил таъсир механизмларига эга бўлган антикоагулянтларнинг кўпчилиги қўлланилади. Антикоагулянтларнинг замонавий таснифи қуйидаги кичик гуруҳларни ўз ичига олади:

1) Билвосита антикоагулянтлар (витамин К антагонистлари) – варфарин.

2) Тўғридан-тўғри антикоагулянтлар:

* гепарин ва унинг ҳосилалари:

А. фракцион бўлмаган - натрий гепарин, кальций гепарин;

Б. фракцияланган (паст молекуляр оғирлик) - натрий эноксипарин (клексан, фибра, квадрапарин, кленикс), кальций надропарин (фраксипарин, фраксипарин форте), натрий далтепарин (фрагмин, далтеп), натрий парнапарин (флухум);

*Гепариннинг пентасахарид қисмининг синтетик аналоглари - натрий фондапаринух (арихтра);

*Гепарин ҳосилалари (гепариноидлар) - сулодексид (ангиофлукс);

*Гирудин:

1. Маҳаллий - тиббий зулук кукуни (пиявка); тиббий зулук (Hirudomedicinalis);

2. Рекомбинант - бивалирудин;

*Тўғридан-тўғри орал антикоагулянтлар:

1. тўғридан-тўғри тромбин ингибиторлари - этексилат учун дабигатра (прадаха);
2. тўғридан-тўғри омил Ха ингибиторлари - ривароксабан (ксарелто), апихабан.

Билвосита таъсир қилувчи антикоагулянтлар "анъанавий" деб номланган [7]. Уларнинг таъсир механизми К витамини билан антагонизмга ва бу витаминга боғлиқ бўлган қон ивиш омилларининг жигарда синтези бузилиши – XI(протромбин)омил, VIII, IX ва X омилларга, шунингдек С оқсил ва протеин кофактор С га асосланган. Ҳозирги вақтда ушбу гуруҳдагиантикоагулянтлар тромбоз ва тромбоэмболиянинг узок муддатли профилактикаси учун самарали қўлланилади. Бу гуруҳга кирувчи асосий дори препарати - бу варфарин. Ушбу препарат терапевтик таъсирининг кичиклиги ва беморларнинг индивидуал хусусиятларини, дори воситаларининг ўзаро таъсирини ва антикоагулянт таъсирининг терапевтик мониторинги маълумотларини ҳисобга олган ҳолда дозаларни синчковлик билан танлаш зарурлигига қарамай, кўпинча клиник амалиётда кенг қўлланилади[8].

Маълумки, варфариндан фойдаланиш қон томирларга қон ивиш хавфини сезиларли даражада камайтиради, инсульт келиб чиқиш, юрак бўлмачалариартериал фибрилляциядан юз бериш хавфини ҳам пасайтиради.Ушбу антикоагулянтни ривароксабан билан солиштирганда антифосфолипид синдроми бўлган беморларда қон кетиш хавфи пастлиги билан боғлиқлиги аниқланди [9]. Варфариннинг фармакоэкономик афзаллиги унинг бошқа орал антикоагулянт дориларига нисбатан арзонлигидадир. Ҳозирги кунга келиб, варфариннинг янги орал антикоагулянтларига қараганда самараси пастлиги ҳақида ишончли далиллар мавжуд эмас [10], аммо улар билан таққослаганда кўпинча қон кетишига олиб келади [11]. Варфарин билан боғлиқ оғир қон кетишида К витамини, янги музлатилган плазма ва протромбин комплекси концентратлари қўлланилади. Варфаринга чидамлилиқ генетик хусусиятларга боғлиқ. Варфариндан фойдаланишни

оптималлаштириш учун генотипни ҳисобга олган ҳолда даволаш алгоритмини тўғри тузиш ва дозалашни тақсимлаш керак [12].

Таъсир механизмлари бўйича энг кенг таъсир доирасига эга ва тўғридан-тўғри таъсир қилувчи антикоагулянтларга гепарин киради. Клиник амалиётда гепаринлар, гирудин препаратлари ва тўғридан-тўғри оғиз антикоагулянтлари ишлатилади. Гепарин –семиз ҳужайралар томонидан синтез қилинади ва улар асосан жигар, ўпка ва ичак шиллиқ қаватида гликозаминогликан томонидан концентрацияланади. Гепариннинг асосий қўлланилиш усули парентерал (вена ичига, тери остига), қўшимча равишда у малҳам ва гел шаклида ташқи томондан ҳам қўлланилади. Гепарин самарадорлигини терапевтик дозаларда фойдаланганда аниқлаш керак.

Паст даражадаги профилактик дозаларда гепариннинг тери остига киритилиши билан қон ивиш вақтинини назорат қилиш шарт эмас. Гепариндан фойдаланишда (шу жумладан паст молекуляр оғирликдаги) терапевтик кузатувнинг замонавий усули бу антиХа даражасини аниқлашдир, аммо бу усул қимматроқ ва бунинг ҳамма вақт ҳам имконияти мавжуд эмас [13]. Гепарин билан боғлиқ тромбоцитопения эҳтимолини ҳисобга олган ҳолда, тромбоцитлар сонининг бошланғич даражасига нисбатан 2 баравар камайиши билан келиб чиқадиган оғир тромбоцитопенияда гепарин бекор қилинади. Гепаринни киритиш билан боғлиқ бўлган кенг қон кетишни бартараф этиш учун протамин сульфат ишлатилади. Антикоагулянт ва антитромботик таъсирлардан ташқари, гепарин бошқа таъсирга эга (яллиғланишга қарши, антивирул, антитумор, антиметастатик ва бошқалар). Клиник амалиётда гепариннинг турли хил протеазалар, протеаза ингибиторлари, химокинлар, цитокинлар, ўсиш омиллари ва бошқалар билан юқори яқинликдаги ўзаро таъсири аниқланилди, шунинг учун ҳам кашф этилганидан 100 йилдан кўпроқ вақт ўтган булсада, бутун дунёда гепарин ва унинг ҳосилаларининг клиник синовлари давом этмоқда [14]. Замонавий гепарин препаратлари пентасахарид фрагментининг (фондапаринух) ва паст молекуляр оғирликдаги (фракцияланган) гепаринларнинг синтетик аналоглари ҳисобланади. Паст

молекуляр оғирликдаги гепаринлар биологик гепариннинг бўлакларидир; шунинг учун улар ўхшаш хусусиятларга ва бир хил фойдаланиш кўрсаткичларига эга, аммо унчалик аниқ бўлмаган қўшимча таъсирга ҳам эга ва улардан фойдаланиш қулайроқ. Паст молекуляр гепарин препаратлари бир-бирининг ўрнини босмайди. Улар молекуляр оғирлиги бўйича (ўртача 4000-7000 далтон) фарқ қилади ва антикоагулятив фаоллиги, фармакокинетикаси ва дозалаш тартиби билан фарқ қилиши мумкин. Паст молекуляр гепарин фаоллиги халқаро бирликда (МЕ) (антитромботик фаоллик) ёки МЕ АЧТВ (қон ивишига қарши фаоллик, антикоагулянт фаоллик) кўрсатилади. Гепаринлар веноз тромбоз ва эмболия профилактикаси учун операция пайтида, гемодиализда ва узок вақт ётоқда ётган беморларда, ўткир коронар синдромда (ЎКС) ва чуқур томир тромбозиди (ЧТТ) терапевтик мақсадда қўлланилади. Амалиётда олинган далиллар шуни кўрсатдики, паст молекуляр гепарин ҳосилаларини амбулатория шароитида қўллаш, профилактика ёки плацебо билан таққослаганда, оёқ-қўллар иммобилизацияси зарур бўлганда чуқур веналар тромбози хавфини камайтирди [16]. Паст молекуляр гепарин ҳосилалари веноз тромбоэмболияни даволашда витамин К антагонистлари билан таққослаганда самаралироқ бўлиб чиқди, аммо улар веноз тромбоэмболия қайталанишининг олдини олишда перорал антикоагулянтлардан таъсири кам эди [16]. Вақтинчалик кўрсатмаларга мувофиқ, паст молекуляр гепарин ҳосилалари (ёки фракцион бўлмаган гепарин) COVID19 билан касалхонага ётқизилган барча беморлар учун тавсия этилади. Паст молекуляр гепарин ҳосилалари орасида бир препаратнинг бошқа препаратга нисбатан устунлиги исботланмаган. Гепарин таъсирида келиб чиққан иммун тромбоцитопения ҳолатларида, шунингдек тромбоцитлар миқдори дастлаб паст бўлган беморларда тромбоэмболик асоратларнинг олдини олиш ва даволаш учун фондапаринух натрийдан фойдаланиш тавсия этилади. Фондапаринух - гепариннингсинтетик пентасахариди ҳисобланади. Таъсир механизмига кўра, бу Ха омилининг селектив ингибиторидир. Гепариндан фарқли ўлароқ, фондапаринух антиагреганттаъсирга эга эмас, тромбинни инактивация

қилмайди ва гепариндек потенциал фойдали плейотроп таъсирга эга эмас. Фондапаринух веноз тромбоэмболик асоратларнинг олдини олиш, чуқур веналар тромбози, ўпка эмболияси ва ўткир коронар синдромни даволаш учун ишлатилади. Препарат кунига бир марта тери остига юборилади. Унинг киритилиши билан қон ивишини доимий назорат қилишнинг ҳожати йўқ (МНО, АЧТВ ва бошқалар). Фондапаринухдан фойдаланиш бошқа гепаринларга нисбатан қон кетиш хавфи пастлиги билан боғлиқ [17]. Фондапаринух чуқур веналар тромбозининг олдини олишда паст молекуляр оғирликдаги гепаринлардан устундир [17], веноз тромбоэмболия қайталанишининг олдини олишда варфаринга қараганда самаралироқ, аммо Ха омилининг бошқа ингибиторлари билан фаоллиги паст. Гепариноидлар гепаринлар билан тузилиши бир хил бўлган сульфатланган гликозаминогликанлардир. Ушбу гуруҳнинг асосий вакили сулодексид ҳисобланиб, антикоагулянт, антиадгезив, антитромботик, фибринолитик, ангиопротектив ва гиполипидемик каби кенг таъсир спектрига эга. Сулодексидда Ха омилини ингибирлаш қобилияти гепаринга қараганда анча юқоридир. Препарат тромбоз хавфи юқори бўлган ангиопатияларда қўлланилади. Клиник амалиётда камдан кам ҳолларда тиббий зулукнинг сўлак безлари оқсили бўлган гирудин препаратлари қўлланилади. Гирудин, гепариндан фарқли ўлароқ, антитромбин III иштирокисиз тромбинни ингибирлайди ва тромбиннинг ўсишини тўхтатиш қобилиятига эга. Таъсир механизми билан гирудинга ўхшаш синтетик полипептид бўлган рекомбинант бивалирудин мамлакатимизда рўйхатдан ўтган. Препарат ўткир коронар синдромда ва тери орқали транслюминал коронар аралашув пайтида томир ичига юборилади. Гепариндан келиб чиққан тромбоцитопенияда бивалирудин самарадорлиги тўғрисида маълумотлар мавжуд. Ўткир коронар синдромда бивалирудиннинг қўлланилиши қон кетишининг паст частотаси билан боғлиқ бўлиб, хорижий аналоглари - лепирудин ва аргатробан билан таққослагандашуниси билан устун туради.

Тери орқали коронар аралашувларда бивалирудин иккинчи даражали дори ҳисобланади, чунки у фракцион бўлмаган гепарин каби афзалликларга эга

эмас. Бивалирудин тери орқали бўладиган коронар аралашувларда беморларнинг омон қолишларига ҳеч қандай таъсир қилмайди. Кейинги тадқиқотларда ушбу препаратни кардиожарроҳликда, шу жумладан операциядан кейинги даврда коронар стент тромбозининг олдини олиш учун қўллаш таклиф этилган [18].

Замонавий антикоагулянтлар тўғридан-тўғри таъсир қилувчи орал препаратлар бўлиб, улар орасида тўғридан-тўғри тромбин ингибиторлари (дабигатран) ва Ха омил ингибиторлари (ривароксабан, апиксабан) кенг қўлланилади. Тўғридан тўғри таъсир қилувчи орал антикоагулянтларнинг асосий афзалликлари қуйидагилардан иборат: *лаборатория параметрларидан фойдаланган ҳолда антикоагулянт таъсирини доимий терапевтик кузатишга ҳожат йўқ;

- *юқори самарадорлик;

- *хавфсизлик даражаси такомиллаштирилган;

- *фойдаланиш қулайлиги;

- *стандарт дозалар;

- *бошқа дорилар ўзаро таъсирининг камлиги;

- *ярим чиқарилиши даврининг камлиги;

- *беморларда ножўя таъсирлар камроқ кузатилиши.

Шу билан бирга, ушбу гуруҳдаги дори-дармонларда бир қатор камчиликлар мавжуд. Булар:

- *Терапевтик мониторингнинг ишончли ва қулай усулларининг етишмаслиги;

- *Ха омил ингибиторлари учун антидотлар мавжудлиги (дабигатран учун қиммат моноклонал антителалар мавжуд, шу жумладан идаруцизумаб);

- *Дори-дармонларнинг нархи юқорилиги;

- *Анъанавий дорилар билан таққослаганда фойдаланиши бўйича кўрсатмалари камроқ; *Айрим дори-дармонлар билан ўзаро мос келмаслиги ва бошқалар [19].

Тўғридан-тўғри таъсир қилувчи тромбин ингибиторлари орасида дабигатран этексилат мамлакатимизда қўлланилмайди. Препарат фаол марказ билан ўзаро алоқада бўлган эркин тромбинни ҳам, фибрин лахтаси билан боғлиқ

тромбинни ҳам, шунингдек тромбин билан боғлиқ тромбоцитлар агрегациясини ҳам ингибирлайди. Дабигатран веналар тромбози ва тромбоэмболиялар (шу жумладан, турли хил ортопедик операциялар пайтида юрак бўлмачалари фибрилляцияси мавжуд беморларда), ўпка артерияси тромбоэмболияси ва нинг олдини олиш қон томирларининг олдини олиш буюрилади. Дабигатраннинг бўлмачалар фибрилляциясида самарадорлиги ва хавфсизлиги RELY тадқиқотида ҳам қайд этилган [20].

Дабигатранни қўллаш бўйича (бўлмачалар фибрилляцияси, веноз тромбоэмболия ва б.) 7 олиб борилган мета-таҳлил тадқиқотлари натижалари шунини кўрсатдики, препарат миокард инфарктининг олдини олишда варфарин билан таққослаганда самараси пастлиги исботланди. Бир қатор тадқиқотларда ўпка артерияси тромбоэмболияси, веноз тромбоэмболия ва чуқур веналар тромбозининг олдини олишда дабигатран ва стандарт антикоагулянтларнинг самарадорлиги бўйича фарқлар кузатилмади. Радиочастота абляцияни бошдан кечириётган беморларда дабигатран терапияси пайтида қон кетиши варфарин терапиясига қараганда камроқ кузатилганлиги ҳақида далиллар мавжуд. Бундан ташқари, дабигатранни қўллаш даривароксабан ва апиксабанни қўллаганга нисбатан камроқ геморрагик асоратлар кузатилиши исботланган.

Бу препаратнинг иккита стандарт дозалари (110 ва 150 мг) мавжудлиги миқдорлашни осонлаштиради ва препаратнинг антикоагулянт фаоллигини мунтазам назорат қилишни талаб қилмайди. Клиник тадқиқотларда коагулограмманинг кам қўлланиладиган кўрсаткичларидан фойдаланиш мумкин – қон ивишнинг экарин вақти, суялтирилган тромбин вақти ёки эфа захари билан эхитоксин тести. Ҳа омиллари ингибиторлари гуруҳидаги оғиз орқали қўлланилувчи антикоагулянтлар гуруҳи беморларда қон томирлар тромбоэмболияси ва инсультлар олдини олишда варфаринга ўхшаш фаолият кўрсатадиган далиллар мавжуд, аммо геморрагик асоратлари камроқ келиб чиқади. Ривароксабан ўпка артерияси тромбоэмболияси ва чуқур веналар тромбозини даволашда ва олдини олишда, юрак бўлмачалари фибрилляциясида инсульт ва тромбоэмболияларнинг олдини олишда

кўлланилади. Препарат турли дозаларда (2,5,10, 15 ва 20 мг) таблеткаларда ишлаб чиқарилади, бу эса беморлар учун препарат миқдорини индивидуал танлаш имконини беради. Қон томирлар тромбози, миокард инфаркти, инсульт ва қон томирлар натижасида елиб чиқадиган ўлимнинг олдини олиш учун ривароксабан антиагрегантлар (клопидогрел, тиклопидин, асетилсалицилат кислота) билан биргаликда комплекс давода кичик дозаларда (2,5 мг) буюрилади. Апиксабан бошқа Ха ингибиторлари омиллари билан ўхшаш самарадорликка эга. Ушбу препарат интракраниал қон кетиш, ошқозон-ичак ва бошқа соҳалардан варфарин ва ривароксабан билан таққослаганда қон кетиш хавфи келиб чиқиши камроқ. Ҳозирги вақтда COVID-19 беморларини амбулатория шароитида даволашда тромбозэмболик асоратларнинг олдини олиш учун фойдаланилмоқда.

Шундай қилиб, ҳозирги вақтда COVID-19 беморларини даволашда антикоагулянтлар энг муҳим гуруҳ ҳисобланади. Бутун дунёда COVID-19 беморларини даволашда ушбу фармакологик гуруҳнинг янги дори-дармонларини фаол равишда ишлаб чиқиш давом этмоқда ва антикоагулянт терапия самарадорлиги ва хавфсизлигини ошириш мақсадида кўплаб клиник тадқиқотлар ўтказилмоқда.

Касалликнинг енгил шакли бўлган беморларни даволашда (ҳарорат 38 ° С атрофида, нафас олиш етишмовчилигининг клиник белгилари, яллиғланишнинг (С-реактив оқсил) ва гемостазнинг лаборатория параметрларида сезиларли ўзгаришлар ва КТда ўпка тўқимаси шикастланиши кузатилмаганда, мутахассислар анти-Ха фаоллиги билан тўғридан-тўғри орал антикоагулянтларнинг профилактик дозаларини тавсия этишади: апиксабан 5 мг 2 маҳал суткасига ёки ривароксабан 10 мг 2 маҳал суткасига, шунингдек, тўғридан тўғри таъсир қилувчи антикоагулянтларни профилактик дозаларда бериш мумкин. Масалан: Дабигатрана 110 мг 2 маҳал кунига. Амбулатория босқичида бундай даво паст молекуляр оғирликдаги гепарин билан даволашдан кўра қулайроқ бўлиши мумкин. Агар тўғридан-тўғри таъсир қилувчи орал антикоагулянтлар ёрдамида COVID-19 касаллигида коагулопатиянинг дастлабки терапияси масалалари мунозарали

бўлса, ҳеч бўлмаганда тромбоземболиянинг олдини олиш учун ушбу дориларни илгари олган беморларда терапияни ўзгартиришга ҳожат йўқ.

Касалликнинг ўрта оғир даражаси бўлган беморлар терапияни амбулатория шароитида, айрим ҳолларда шифохонада олишлари мумкин.

Касалликнинг ўртача оғирлик даражасида аниқ клиник белгилар мавжуд эмаслиги сабабли, касалликнинг ўртача оғирлигини аниқлаш учун амалиёт шифокорлари клиник, инструментал ва лаборатория текширувларининг кўпгина омилларини биргаликда ва алоҳида ҳисобга олишлари керак: ҳарорат 38°C дан юқори бўлганда ҳолсизлик ва бош оғриғи, нафас олиш тезлиги 1 дақиқада 22 дан ошиши ва кислород билан тўйинганлигининг меъёрдан пастроқ даражада пасайиши (93-95% гача) билан бирга ҳаво етишмаслиги ҳисси, КТда ўпка ҳажмининг 25-30 фоизигача шикастланиши, ичак шикастланишининг клиник белгилари (диарея), юқори даражадаги ўткир фазали оксиллар (С-реактив оксил, ферритин, фибриноген), Д-димер даражасининг ошиши, фибринолизнинг пасайиши каби белгилар эътиборга олинади. Паст молекуляр гепарин барча шифохоналарга ётқизилган беморларга креатинин клиренси 30 мл/мин. дан баланд бўлганларга, креатинин клиренси 30 мл/мин. дан паст бўлганларга —фракцияланмаган гепарин буюрилади. Д-димер кўрсаткичи баланд бўлган беморларга (меъёрга нисбатан 4–6 марта юқори бўлганда), оғир яллиғланишларда гепаринни оралиқ ёки терапевтик дозаларда буюриш тавсия этилади. Гепарин ҳам билвосита, ҳам бевосита яллиғланишга қарши таъсирга эга. Микротромбозларга барҳам бериб, гепарин ўпкаларда микроциркуляцияни нормаллаштиради. Бу патологик яллиғланишни самарали иммун реакцияга ўтказилишини осонлаштиради ва яллиғланишга қарши терапия учун ёрдамчи таъсир кўрсатади. Гепарин терапияси пайтида антитромбин III ни мунтазам равишда назорат қилиш шарт эмас, аммо истеъмол коагулопатияси, сепсис ёки гепарин резистентлиги белгилари билан тарқалган томир ичи қон ивишининг оғир шакллари ривожланса, уни алоҳида текшириш мумкин[17].

Гепаринлар билан терапия ўтказишда терапиянинг дастлабки 3-4 кунда тромбоцитлар даражасини баҳолаш керак. Тромбоцитлар сонининг пасайиши

ёки гепарин резистентлиги кузатилган беморларда гепаринга боғлиқ тромбоцитопения ҳақида ўйлаш керак. Инфекциянинг оғир шаклида нафас ҳаракатлари 1 дақиқада 30 тадан зиёд бўлиши, SpO₂ 93% дан паст ёки PaO₂/FiO₂ 300 мм сим. уст.дан паст бўлиши кузатилади. Шунингдек тутиш керакки, нафас қисилиши ва қонда кислород кучланиши кўрсаткичлари ўртасида тўғридан-тўғри боғлиқлик мавжуд эмас. КТ текшируви ўпкада вирусли яллиғланишга хос бўлган рентгенологик ўзгаришларнинг ривожланишини, ўпка тўқималарининг ҳажмининг $\geq 50\%$ гача бўлган ўзгаришлар тарқалганлигини аниқлайди.

Касалликнинг оғир кечишига ҳушнинг бузилиши, ностабил гемодинамикани (артериал қон босими 90/60 мм сим. уст. пасайиши (аввалги кўрсаткичидан 45–50% гача пастга тушиши)), ўтиб кетувчи парциал буйрак етишмовчилиги белгилари бўлиши (диурезнинг 20 мл/с. дан пасайиши, креатинин ёки мочевина кўрсаткичининг ортиши). Касалликнинг ўта оғир ҳолатлари органлар етишмовчилигининг барча ҳолатларини ўз ичига олади (нафас олишни қўллаб-қувватлаш зарурати, буйракни алмаштириш терапиясини қўллаш), гемодинамик (септик) шок. Оғир ва ўта оғир касалликларга чалинган беморлар шифохонада даволаниши керак. Бундай ҳолда, барчаси профилактик дозада паст молекуляр гепарин буюрилади. Буларга эноксипарин киради. COVID-19 ни даволаш бўйича йўриқномада дозалаш тартиби келтирилган.

Хулоса:

1. COVID-19 касаллигида антикоагулянтларни қўллаш касалликнинг асоратларсиз кечишига ёрдам беради;
2. COVID-19 касаллигида тромбоваскулит келиб чиқиш хавфи юқорилигини эътиборга олган ҳолда антикоагулянтлар ва антиагрегантлар гуруҳига кирувчи дориларни мослаб комплекс терапияга киритиш касаллик давосида юқори самарани беради
3. COVID-19 касаллигида антикоагулянтларни эрта буюриш касаллик асоратларининг кечки асоратларининг олдини олишга ёрдам беради.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. COVID-19-associated coagulopathy / M. Franchini, G. Marano, M. Cruciani [et al.]. – Text: electronic // Diagnosis. – 2020. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32683333> (accessed: 18.10.2020).
2. Giannis D. Coagulation disorders in coronavirus infected patients: COVID19, SARSCoV1, MERSCoV and lessons from the past / D. Giannis, I.A. Ziogas, P. Gi anni. – Text: electronic // Journal of Clinical Virology. – 2020. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32305883> (accessed: 18.10.2020).
3. Iba T. The coagulopathy, endotheliopathy, and vasculitis of COVID19 / T. Iba, J.M. Connors, J.H. Levy. – Text: electronic // Inflammation Research. – 2020. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32918567> (accessed: 18.10.2020).
4. Coagulopathy and Thrombosis as a Result of Severe COVID19 Infection: A Microvascular Focus / U.K. Kat neni, A. Alexaki, R.C. Hunt [et al.]. – Text: electronic // Thrombosis and Haemostasis. – 2020. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32838472> (accessed: 18.10.2020).
5. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (covid19)», версия 8.1 от 1 октября 2020. – С. 52–55.
6. COVID19 - HD Study Group. Randomised controlled trial comparing efficacy and safety of high versus low Low Molecular Weight Heparin dosages in hospitalized patients with severe COVID19 pneumonia and coagulopathy not requiring invasive mechanical ventilation (COVID19 HD): a structured summary of a study protocol / M. Marietta, P. Vandelli, P. Mighali [et al.]. – Text: visual // Trials. – 2020. – Vol. 21. – № 1. – P. 574.
7. Эффективность и безопасность новых пероральных антикоагулянтов у больных с венозными тромбоэмболическими осложнениями: метаанализ / В.И. Петров, О.В. Шаталова, В.С. Горбатенко [и др.]. – Текст: электронный // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2016. – Т. 1. – № 12. – С. 31–39. – URL:

<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=25732702&> (дата обращения: 17.09.2020).

8. Guidance for the practical management of warfarin therapy in the treatment of venous thromboembolism / D.M. Witt, N.P. Clark, S. Kaatz [et al.]. – Text: visual // Journal of Thrombosis and Thrombolysis. – 2016. – Vol. 41. – № 1. – P. 187–205. – URL: <https://doi.org/10.1186/s1306302004475-z>.
9. Rivaroxaban vs warfarin in high-risk patients with antiphospholipid syndrome / V. Pengo, G. Denas, G. Zoppellaro [et al.]. – Text: electronic // Blood. – 2018. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30002145> (accessed: 10.10.2020).
10. Robertson, L. Secondary prevention of recurrent venous thromboembolism after initial oral anticoagulation therapy in patients with unprovoked venous thromboembolism / L. Robertson, S.E. Yeoh, A. Ramli. – Text: electronic // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2017. – I. 12. – URL: <https://www.cochrane.org> (accessed: 17.09.2020).
11. Comparative effectiveness of direct oral anticoagulants and warfarin in patients with cancer and atrial fibrillation / S. Shah, F.L. Norby, Y.H. Datta [et al.]. – Text: electronic // Blood. – 2018. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29378726> (accessed: 10.10.2020).
12. Warfarin Pharmacogenomics in Diverse Populations / J.B. Kaye, L.E. Schultz, H.E. Steiner [et al.]. – Text: electronic // Pharmacotherapy. – 2017. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28672100> (accessed: 18.10.2020).
13. Heparin: An essential drug for modern medicine / C. Hao, H. Xu, L. Yu, L. Zhang. – Text: electronic // Progress in Molecular Biology and Translational Science. – 2019. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31030744> (accessed: 18.10.2020).
14. Low molecular weight heparin for prevention of venous thromboembolism in patients with lower limb immobilization / A.A. Zee, K. van Lieshout, M. van der Heide [et al.]. – Text: electronic // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2017. – I. 8. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28780771> (accessed: 13.10.2020).

15. Kirkilesis G.I. Systematic Review and MetaAnalysis of the Efficacy and Safety of Anticoagulation in the Treatment of Venous Thromboembolism in Patients with Cancer / G.I. Kirkilesis, S.K. Kakkos, I.A. Tsolakis. – Text: visual // European Journal Vascular and Endovascular Surgery. – 2019. – Vol. 57. – № 5. – P. 685–701.
16. The clinical use of Fondaparinux: A synthetic heparin pentasaccharide / Y. Zhang, M. Zhang, L. Tan [et al.]. – Text: electronic // Progress in Molecular Biology and Translational Science. – 2019. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31030756> (accessed: 18.10.2020).
17. Role of Bivalirudin for Anticoagulation in Adult Perioperative Cardiothoracic Practice / G. Erdoes, E. Ortmann, B. Martinez Lopez De Arroyabe [et al.]. – Text: visual // Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia. – 2020. – Vol. 34. – № 8. – P. 2207–2214.
18. Guidance for the practical management of the direct oral anticoagulants (DOACs) in VTE treatment / A.E. Burnett, C.E. Mahan, S.R. Vazquez [et al.]. – Text: visual // Journal of Thrombosis and Thrombolysis. – 2016. – Vol. 41. – № 1. – P. 206–232.
19. Trailokya A. Dabigatran – the First Approved DTI for SPAF / A. Trailokya, J.S. Hiremath. – Text: electronic // The Journal of the Association of Physicians of India. – 2018. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30347966> (accessed: 18.10.2020).

ОЦЕНКА РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Отажонова Г.У., Сапаева З.А.

Ургенчский филиал ТМА. Узбекистан

Введение: Артериальная гипертензия (АГ) является одним из наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы. Частота ее в общей популяции достигает 25-30%. Длительное и стойкое повышение артериального давления (АД) приводит к развитию тяжелых сердечно-

сосудистых осложнений (инфаркт миокарда, мозговой инсульт, хроническая сердечная или почечная недостаточность) и обуславливает высокую смертность и инвалидизацию населения. Сердце вовлекается в патологический процесс уже на ранних этапах заболевания.

Цель исследования: являлось изучение особенностей ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) и изменений диастолической функции желудочков сердца по данным эхокардиографии у больных с артериальной гипертензии (АГ).

Материалы и методы исследования: Обследовано 60 больных с АГ I и II степени находившихся на стационарном лечении. Средний возраст больных составил $53,1 \pm 1,4$ года, длительность АГ – $10,1 \pm 0,5$ года. Всем пациентам проведена общеклинических и биохимических анализов, эхокардиография в В-режимах. Эхокардиографическое исследование выполняли на ультразвуковом аппарате SONOSCAPES20 с использованием кардиального датчика 3,5 МГц. В режимах по общепринятой методике Симсона. Исследование проводили в положении больного лежа на спине с приподнятым на 30 градусов головным концом или в положении на левом боку, применяя стандартные доступы.

Результаты исследования: По результатам нашего исследования нормальная геометрия ЛЖ отмечена у 7 (18,9%) больных, концентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ – у 17 (45,9%) больных, концентрическое ремоделирование миокарда ЛЖ – у 4 (10,8%) пациентов и у 9 (24,3%) лиц наблюдалась эксцентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ. По данным доплерэхокардиографии у 20 (54,05%) больных с АГ выявлено нарушение диастолической функции ЛЖ: E составила $0,66 \pm 0,02$ м/с, E/A – $0,82 \pm 0,05$, DT – $231,7 \pm 12,5$ мс, IVRT – $101,0 \pm 4,6$ мс. У 13 (35,1 %) больных наблюдалось нарушение диастолической функции правого желудочка (ПЖ): E – $0,55 \pm 0,02$ м/с, E/A – $0,97 \pm 0,05$, DT – $229,8 \pm 22,7$ мс, IVRT – $91,0 \pm 3,8$ мс. Нарушения диастолической функции ЛЖ и ПЖ отмечались по первому типу (типу замедленной релаксации).

Заключение: Таким образом, у больных с АГ наблюдались изменения внутрисердечной гемодинамики, заключающиеся в ремоделировании миокарда ЛЖ и нарушении диастолической функции желудочков сердца.

ОСОБЕННОСТИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Кадырова Ш.А., Сапаева З.А.

Ташкентская медицинская академии

Ургенчский филиал ТМА

Появление новой инфекции: COVID-19 и распространение его по миру поставило перед специалистами здравоохранения задачи, связанные с быстрой диагностикой инфекции, вызванной новым коронавирусом, оказанием специализированной медицинской помощи, реабилитацией и вторичной профилактикой. В настоящее время сведения об эпидемиологии, клинических особенностях и лечении накапливаются и обсуждаются специалистами в режиме реального времени. Однако информация по первичной, вторичной профилактике и медицинской реабилитации этого заболевания ограничена. По данным ряд авторов медицинскую реабилитацию пациентов с коронавирусной пневмонией рекомендуется начинать в условиях отделений интенсивной терапии при достижении стабилизации состояния пациента и продолжать их после завершения лечения в стационаре в домашних условиях. [2].

Мероприятия по медицинской реабилитации рекомендуется организовывать в медицинских организациях 4-х уровней с учетом особенностей с коронавирусной пневмонии. [1].

Мероприятия по медицинской реабилитации на 1-м этапе включает в себя оказание медицинской помощи в отделениях интенсивной терапии и инфекционных/терапевтических отделениях, 2-й этап медицинской реабилитации рекомендовано организовывать в отделениях медицинской реабилитации для пациентов с соматическими заболеваниями.

На 3-й этап медицинской реабилитации рекомендовано направлять следующих пациентов с COVID-19: □ имеющих реабилитационный потенциал, нуждающихся в реабилитации и подходящих по критериям для 3-го этапа и имеющих возможность безопасно получать дистанционную реабилитацию.

Учитывая распространенность коронавирусной инфекции, продолжительность лечения в специализированном стационаре и стационаре медицинской реабилитации, длительное вирусоносительство и выраженное снижение функций организма, значительно ограничивающее активность и участие пациента, рекомендуется, насколько это возможно, технологически перенести мероприятия по медицинской реабилитации 3-го этапа оказания помощи пациентам с COVID-19 в условиях дневных стационаров и амбулаторных условиях в домашние (дистанционные) условия с использованием телемедицинских технологий. Рекомендовано ограничить число процедур, для которых необходимо посещение поликлиник или стационара дневного пребывания. Пациентам, которые уже получают долговременную неинвазивную вентиляцию легких по месту жительства по поводу хронической дыхательной недостаточности, должна быть предоставлена возможность заниматься с дополнительной кислородной поддержкой во время занятий лечебной физкультурой, если это приемлемо для пациента. [1].

Аэробные нагрузки продолжительностью 20–30 мин должны производиться 3 раза/нед на протяжении 8–12 нед. Интенсивность и вид аэробной тренировки (с постоянной нагрузкой или интервальная тренировка) должны подбираться индивидуально с учетом состояния пациента и его физических возможностей. Пациенты должны быть обучены контролю эффективности и безопасности физических нагрузок, знать stop-сигналы. У большинства пациентов со снижением функционирования интервальная тренировка является предпочтительной и должна включать 3–4 периода чередования 2–3-минутных высокоинтенсивных упражнений (от 50% максимальной ЧСС,

полученной при выполнении нагрузочных тестов, или вычисленной с помощью специальной формулы ($220 - \text{возраст}$), в начале курса тренировок до 70–80% в конце) с менее интенсивными упражнениями (30–40% от максимальной ЧСС) или даже периодами отдыха на первых тренировочных занятиях. Для пациентов, прошедших тестирование и обучение в условиях отделений кардиореабилитации 2-го и 3-го этапа, возможно проведение средней высокоинтенсивных интервальных тренировок в домашних условиях (при уверенности в их безопасности и при использовании контролирующих устройств — пульсометров или фитнес-браслетов. Рекомендуется продолжить тренировки с сопротивлением и отягощением для восстановления мышечной силы, выносливости мышц конечностей и устойчивости к мышечной усталости. Рекомендовано сочетать прогрессирующее мышечное сопротивление и аэробную нагрузку во время занятий лечебной физкультурой. Рекомендовано, чтобы пациенты могли продолжать эффективную тренировку с отягощениями после окончания занятий под наблюдением. Врачреабилитолог (врач ЛФК) и медицинский психолог должны убедиться, что пациенты могут и хотят продолжать заниматься лечебной гимнастикой самостоятельно. Рекомендуется организовать работу службы психологической поддержки, основываясь на результатах 1-го и 2-го этапов медицинской реабилитации, формировать мотивацию пациентов на продолжение самостоятельных занятий и формирование здорового образа жизни. Важно стимулировать пациентов, чтобы у них была физическая нагрузка 5 раз/нед в течение 30 мин. При наличии 2 отрицательных тестов, выполненных методом полимеразной цепной реакции, или наличии антител после перенесенной COVID-19-инфекции могут использоваться следующие физиотерапевтические методы лечения: 1) метод электромагнитного поля сверхвысокочастотных колебаний (дециметровые волны, сантиметровые волны); 2) низкочастотная магнитотерапия; 3) высокочастотная импульсная магнитотерапия; 4) электрофорез лекарственных препаратов

Литература:

1. Временные методические рекомендации: «Медицинская реабилитация при новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» Министерства Российской Федерации Версия №2 (31.07.2020)
2. Liang Tingbo, Cai Hongliu, Chen Yu, Chen Zuobing, Fang Qiang, Han Weili, Hu Shaohua, Li Jianping, Li Tong, Lu Xiaoyang, Qu Tingting, Shen Yihong, Sheng Jifang, Wang Huafen, Wei Guoqing, Xu Kaijin, Zhao Xuehong, Zhong Zifeng, Zhou Jianying. Ed. Liang Tingbo. Handbook of COVID-19 Prevention and Treatment. 2020. 60 p. Available at: http://education.almazovcentre.ru/wp-content/uploads/2020/03/Spravochnik_po_profilaktike_i_lecheniju_COVID_19.pdf (accessed 11.05.2020).
3. Порядок организации медицинской реабилитации (утв. приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1705н). — М., 2015. — С. 1–84. [Procedure for organizing medical rehabilitation (approved by the order of the Ministry of health of the Russian Federation dated December 29, 2012 No. 1705n). (In Russ).] Доступно по: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/9110>. Ссылка активна на 15.02.2020.
4. Carda S, Invernizzi M, Bavikatte G, et al. The role of physical and rehabilitation medicine in the COVID-19 pandemic: the clinician's view. *AnnPhysRehabilMed*. 2020; S1877-0657(20)30076-2. doi: 10.1016/j.rehab.2020.04.001.
5. Gattinoni L, Tognoni G, Pesenti A, et al. Effect of prone positioning on the survival of patients with acute respiratory failure. *NEnglJMed*. 2001;345(8):568–573. doi: 10.1056/NEJMoa01004

БЕДА НЕ ПРИХОДИТ ОДНА! ГРИБКОВЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПАНДЕМИИ COVID-19

Палванова М.Т., Юлдашева М.Т., Ким Д.В.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Новые вспышки COVID-19 были зафиксированы в нескольких государствах Азии. В конце апреля — начале мая Индию накрыла новая волна коронавируса. Число заболевших за сутки несколько раз превышало 400 тыс. человек, страна несколько раз била мировые антирекорды. В конце мая показатели пошли на спад, в последние дни фиксируется 200–240 тыс. заболевших в день. Но, по-прежнему зашкаливает число погибших. 25 мая скончались 4,1 тыс. человек. Для сравнения, в феврале в сутки выявляли по 10–15 тыс. случаев заболевания, умирало порядка 100 человек.

Всего за время пандемии в стране коронавирус выявили у 27 млн человек, погибло более 300 тыс. человек. В этой стране болезнь намного превышает пределы медицинских возможностей.

Главная причина ухудшения ситуации — распространение индийского штамма коронавируса. Известно, что для него характерна двойная мутация, переносится он в тяжелой форме. Кроме того, в стране отмечается дефицит аппаратов ИВЛ, нехватка больничных коек, отсутствует элементарная медицинская помощь. По словам медиков, врачам приходится выбирать, кого спасать. Предпочтение чаще отдается молодым, а не пожилым людям. Чтобы облегчить эпидемиологическую ситуацию были введены более строгие ограничения. Но успех не был достигнут. Больницы и морги переполнены, трупы умерших, окончательно не сожженных в стихийных крематориях, а также трупы без сожжения бросают в реку Ганг.

Еще одна причина кризиса — не все в Индии верят доказательной медицине, многие выбирают сомнительные альтернативные способы лечения. Так, популярно мнение о том, что от коронавируса помогает коровий навоз. Некоторые обмазываются экскрементами животных и пренебрегают рекомендациями врачей.

Но надо было принимать решительные меры на ранних стадиях распространения вируса. В конце апреля в стране отмечался большой религиозный праздник, который сопровождался массовыми купаниями в Ганге, естественно, стоило этому помешать.

В Индии специфические условия — высокая плотность населения, влажность, жара, бедность, сложные санитарные условия. Серьезно снижен общий иммунитет населения, распространена железодефицитная анемия. Всё это делает людей неустойчивыми к инфекциям. В Индии от коронавируса привились почти 200 млн человек. Этого, правда, всё равно недостаточно — для формирования популяционного иммунитета необходимо вакцинировать минимум 850 млн индийцев. Отягощающим обстоятельством является то, что у больных коронавирусом все чаще врачи стали наблюдать грибковые осложнения. Споры болезнетворных грибов в изобилии находятся в почве, навозе, гнилых фруктах и даже на слизистой здоровых людей. К бактериальным осложнениям при COVID-19 добавились грибковые инфекции. Мукормикоз: черный грибок, из-за которого переболевшие Covid-19 в Индии лишаются глаз. Эти осложнения диагностируют у тех пациентов с коронавирусной инфекцией, которые находились в отделении интенсивной терапии и долгое время получали стероиды или кислородную поддержку. Заболевание также встречается у диабетиков, которые в течение длительного времени получают большие дозы стероидов. Для многих пациентов в коронавирусом стероиды — единственная надежда на спасение, но они снижают иммунитет и повышают уровень сахара в крови.

Диабет снижает защитную способность организма, коронавирус усугубляет этот эффект, а стероиды, помогающие бороться с Covid-19, подливают масла в огонь! У этих больных агрессивный грибок поражает слизистую оболочку носа, глаз, а иногда и мозг. В таких случаях врачам приходится проводить операции по удалению пораженных глаз.

Большинство пациентов заразилось через 12-15 дней после выздоровления от коронавируса. У больных, находящихся на ИВЛ, участились случаи поражения грибом легких, что увеличивает вероятность летального исхода.

Больные на ИВЛ, а также на длительном лечении антибиотиками и парэнтеральном питании через капельницу, могут заразиться двумя видами микозов. Первый обусловлен грибами *Candida*, которые поражают слизистые оболочки. Второй – грибами рода *Aspergillus*. Аспергиллез — это грибковое заболевание, развивается при иммунодефиците. Тяжелая форма болезни приводит к повреждению легочного эпителия, что может стать predisposing фактором риска легочного аспергиллеза — недуга, вызванного грибами рода *Aspergillus*. Прогноз выживаемости у таких пациентов неблагоприятный.

Общее число зараженных «черной плесенью» в Индии достигает 9 тыс. человек, погибли 219 человек. По данным исследований, опасная инфекция повышает смертность в реанимациях на четверть.

Вторая разновидность инфекции — «белая плесень», она поражает легкие, желудок и почки, у пациента возникают отеки и головные боли. Подобно «черной плесени», эта инфекция угрожает людям со слабым иммунитетом — больным диабетом и тем, кто лечится от коронавируса.

«Желтая плесень» — уже третье грибковое заболевание, которое выявили у переболевших коронавирусом. Инфекция представляет угрозу для людей с ослабленным иммунитетом. Эксперты считают, что этот грибок намного опаснее других разновидностей инфекции, так как может вызвать полиорганную недостаточность и некроз тканей. При этом микотическом осложнении врачи в Индии применяют препарат амфотерицин В, но особого эффекта пока не наблюдается.

Смертность от COVID-19: больные умирают непосредственно от вирусного поражения легких, часть — от бактериальных суперинфекций (когда бактерии нечувствительны к антибиотикам), еще часть — от грибов, в частности аспергиллеза. Против заболевания эффективно работает только одно лекарство - противогрибковая внутривенная инъекция стоимостью 48 долларов за дозу, и вводить это лекарство необходимо каждый день в течение восьми недель.

Вывод: «Черная плесень» — это эндемическое заболевание. Оно распространено в странах Юго-Восточной Азии. Распространено не сильно, но в условиях сниженного иммунитета, повышенной контагиозности и скученности, которая существует в Индии, наблюдается много различных инфекций. Мукормикоз распространяется быстро из-за условий проживания, сниженной устойчивости к болезням людей недоедающих, живущих в бедности и антисанитарных условиях. Таких, как в трущобах в Индии». Пандемия COVID-19 преподнесла много разноплановых уроков национальным системам здравоохранения во всем мире. И один из них — то, что за высокую смертность часто ответственны микологические ко-инфекции. Пандемия может вызвать рост смертей от грибков-мутантов. Устойчивые к лечению возбудители инфекций способны приводить к гибели пациентов в стационарах. Для России и Узбекистана это не характерно. Наши люди имеют куда больше возможностей обратиться с последствиями ковида за медицинской помощью и получить эту квалифицированную помощь.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СПЛЕНОМЕГАЛИИ.

Палванова У. Б., Изранов В. А., Якубова А. Б.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ургенч,
Узбекистан

Медицинский институт БФУ им. И. Канта, Калининград, Россия
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ургенч,
Узбекистан

Селезенка (spleen, lien) – это крупный периферический лимфоидный орган, расположенный по ходу кровеносных сосудов, который выполняет фильтрационную, очистительную, иммунную, кроветворную и депонирующую функции. В настоящее время о спленомегалии принято судить по результатам изменения объема селезенки, который может быть диагностирована различными методами, такими как рентгенография, сцинтиграфия, компьютерной томографии, магнитно-резонансной

томографии и ультразвуковом исследовании. Последнее относится к неинвазивным, общедоступным и достаточно информативным методом визуализации без риска воздействия ионизирующего излучения на пациента. Попытки установить нормальные пределы размеров селезенки по результатам ультразвуковых исследований заслуживают отдельного внимания. Так, показано, что линейные показатели измерений селезенки (длина, ширина, толщина), и, соответственно, вычисленный на их основе объем селезенки могут зависеть от возраста, пола, роста, массы тела. Для объективной интерпретации объема селезенки было введено такое понятие как коэффициент массы селезенки, при вычислении которого нивелируются показатели массы тела пациента. Для расчета коэффициента массы селезенки использовали формулу: $\text{масса селезенки (г)} \cdot 1000 / \text{масса тела (г)}$. Авторы указывают, что коэффициент массы селезенки 2,3 до 3,9 является нормальным показателем, о спленомегалии следует судить при коэффициенте массы селезенки более четырех.

Цель нашего исследования, определения коэффициенты массы селезенки и его связь с данными инфекционного анамнеза волонтеров. В исследовании принимали участие 76 студента Балтийского Федерального Университета им. Канта. Ультразвуковое исследование селезенки проводилось конвексным датчиком на ультразвуковом сканере SonoScapeS6 с частотой датчика 3–5.4 МГц. Измерение размеров органа производилось в В-режиме, в положении пациента лежа на спине или на правом боку. Также мы провели анкетирование студентов, в ходе которого измеряли рост, вес, площадь поверхности тела, недавно перенесенные заболевание, состояние здоровья в момент обследования и наличие или отсутствие хронических заболеваний испытуемых. Полученные данные анализировали при помощи общепринятых статистических методик с расчетом средних величин, расчета коэффициента корреляции по Пирсону.

При ультразвуковом исследовании селезенки выявлено, что у всех добровольцев селезенка имеет четкий контур, с однородной эхоструктурой, орган изоэхогенен по отношению к печени. Медианный показатель

коэффициента массы селезенки у добровольцев составил 2,8 (от 0,9 до 6,7). Среди них у 65 человек (85,5%) показатели коэффициента массы селезенки не превышали 4, показатели коэффициента массы селезенки у 11 человек (14,5) были выше 4. При этом из этих 11 человек четыре человека указали наличие хронических заболеваний в анамнезе (хронический отит, тонзиллит), пять человек указали недавно перенесенное (в течение двух недель до исследования) инфекционное заболевание верхних дыхательных путей. У человека с самым высоким показателем коэффициента массы селезенки в анамнезе наблюдалась односторонняя очаговая пневмония за год до исследования. То есть наше исследование в какой-то степени подтверждает значимость размеров селезенки в связи с наличием инфекционного заболевания.

Полученные нами данные показывают связь между увеличением коэффициента массы селезенки и наличием в анамнезе либо хронического, либо недавно перенесенного острого инфекционного заболевания, что вызывает интерес в плане, как ретроспективной диагностики, так и в плане контроля реконвалесценции при инфекционных заболеваниях.

COVID-19 И ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ

Паттахова М. Х.

Ташкентская медицинская академия

Сегодня, в условиях пандемии COVID-19, специалисты обращают особое внимание на пациентов с хроническими заболеваниями печени. У пациентов с тяжелым фиброзом и циррозом печени высокий риск инфицирования обусловлен состоянием иммунного дефицита. По наблюдению западных специалистов, «чем сильнее поражение печени, тем тяжелее течение коронавирусной инфекции и выше летальность».

Среди возможных механизмов повреждения печени при COVID-19 рассматривается иммунно-опосредованное повреждение в результате тяжелой воспалительной реакции, поскольку значимо повышены биомаркеры

воспаления, включая С-реактивный белок (СРБ), сывороточный ферритин, ЛДГ, D-димер, интерлейкин-6, интерлейкин-2 при COVID-19 [1]. Также при повреждении печени возможна прямая цитотоксичность в результате активной репликации вируса в клетках печени: SARSCoV-2 связывается с клетками-мишенями через АПФ-2 рецепторы. Поскольку АПФ-2 в избытке экспрессируется в печени, и в частности, в клетках билиарного эпителия, печень является потенциальной мишенью для прямой инфекции [2]. Кроме того, Отличительной чертой COVID-19 является дыхательная недостаточность. При коронавирусной инфекции часто встречается гипоксический гепатит в результате аноксии в тяжелых случаях [3]. Лекарственное поражение печени, возникающий вследствие применения гепатотоксических лекарственных средств также может усугубить течение цирроза печени. Учитывая, что циррозы имеют плохую иммунную функцию и худшие исходы в критическом состоянии, необходимы более интенсивное наблюдение или индивидуальные терапевтические подходы для тяжелых пациентов с COVID-19 с уже существующими заболеваниями печени [4,5].

Таким образом, продолжаются исследования по выявлению причин поражения печени в сочетании с патофизиологическими изменениями, вызванными COVID-19. На основе активного лечения основного заболевания следует назначать лечение для защиты печени, чтобы уменьшить повреждение печени.

Литература

1. Gong Feng, Kenneth I Zheng, Qin-Qin Yan, Rafael S Rios, Giovanni Targher, Christopher D Byrne et al. COVID-19 and Liver Dysfunction: Current Insights and Emergent Therapeutic Strategies. J Clin Transl Hepatol. 2020 Mar 28; 8 (1): 18–24.
2. Jian Wu, Shu Song, Hong-Cui Cao, Lan-Juan Li. Liver diseases in COVID-19: Etiology, treatment and prognosis. World J Gastroenterol. 2020 May 21; 26 (19): 2286–2293.
3. Jian Sun, Alessio Aghemo, Alejandro Forner, Luca Valenti. COVID-19 and liver disease. J Liver International. 2020 Apr.

4. Zhang C, Shi L, Wang FS. Liver injury in COVID-19: management and challenges. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2020 May;5(5):428-430. doi: 10.1016/S2468-1253(20)30057-1. Epub 2020 Mar 4. PMID: 32145190; PMCID: PMC7129165.
5. Gacouin A, Locufier M, Uhel F, Letheulle J, Bouju P, Fillatre P, Le Tulzo Y, Tadié JM. Liver Cirrhosis is Independently Associated With 90-Day Mortality in ARDS Patients. *Shock*. 2016 Jan;45(1):16-21.

ВЛИЯНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Паттахова М. Х.

Ташкентская медицинская академия

Хронические заболевания печени и цирроз – состояния связанные с иммунной дисрегуляцией, [1] что вызывает опасения, что эти пациенты подвержены повышенному риску осложнений COVID-19 в результате заражения SARS-CoV-2. [2] Однако эффекты COVID-19 среди пациентов с уже существующим заболеванием печени в настоящее время до конца не определены.

Исследователи выяснили, что у пациентов с циррозом и хроническими заболеваниями печени зафиксирован общий уровень смертности в 40 процентов после заражения COVID-19. Эксперты изучили истории болезней 152 пациентов из 21 страны с хроническим заболеванием печени и циррозом печени, которые заразились коронавирусом. В исследовании, опубликованном в *Journal of Hepatology* говорится о том, что у пациентов с прогрессирующим циррозом был зафиксирован самый высокий уровень смертности (до 63 процентов) по сравнению с 12 процентами для пациентов с другими хроническими заболеваниями печени, но без цирроза. Из-за высокого уровня экспрессии рецептора ACE2 в клетках желчных протоков у пациентов с COVID-19, осложненных холангитом, возможно обострение холестаза, в результате повышается уровень щелочной фосфатазы и гамма-

глутамилтранспептидазы. Пациенты с раком или циррозом печени с большей вероятностью будут инфицированы этим вирусом, поскольку их иммунная функция относительно ниже [3]. Zha et al [4] обнаружили связь между хронической инфекцией HBV и временем, необходимым для выведения SARS-CoV-2. Этот механизм может быть связан с дисфункцией Т-клеток у пациентов с хронической инфекцией HBV в ответ на другие вирусы, но связь между ними требует исследования.

Таким образом, следует уделять особое внимание статусу функции печени у пациентов с COVID-19. У пациентов с заболеваниями печени, с одной стороны, следует обращать внимание на изменения в основном заболевании печени, а во время лечения следует усиливать мониторинг и оценку функции печени у пациентов с тяжелыми формами COVID-19. С другой стороны, мы должны тщательно выявлять причины поражения печени в сочетании с патофизиологическими изменениями, вызванными COVID-19. На основе активного лечения основного заболевания следует назначать лечение для защиты печени, чтобы уменьшить повреждение печени.

Литература

1. Albillos A, Lario M, Álvarez-Mon M. Cirrhosis-associated immune dysfunction: distinctive features and clinical relevance. *J Hepatol*. 2014 Dec;61(6):1385-96. doi: 10.1016/j.jhep.2014.08.010. Epub 2014 Aug 15. PMID: 25135860.
2. Boettler T, Newsome PN, Mondelli MU, Maticic M, Cordero E, Cornberg M, Berg T. Care of patients with liver disease during the COVID-19 pandemic: EASL-ESCMID position paper. *JHEP Rep*. 2020 Jun;2(3):100113. doi: 10.1016/j.jhepr.2020.100113. Epub 2020 Apr 2. PMID: 32289115; PMCID: PMC7128473.
3. Wu J, Song S, Cao HC, Li LJ. Liver diseases in COVID-19: Etiology, treatment and prognosis. *World J Gastroenterol*. 2020 May 21;26(19):2286-2293. doi: 10.3748/wjg.v26.i19.2286. PMID: 32476793; PMCID: PMC7243650.

4. Zha L, Li S, Pan L, Tefsen B, Li Y, French N, Chen L, Yang G, ВильянуэваЕ.В. Corticosteroid treatment of patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19). Med J Aust. 2020 Май; 212 (9): 416-420.

**ЛИЧНОСТНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ
ФАКТОРЫ В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У
ЖЕНЩИН С НАПРЯЖЕННЫМ УМСТВЕННЫМ ТРУДОМ
(ПРОФЕССИЯ – ПРЕПОДАВАТЕЛЬ, ВРАЧ) В УСЛОВИЯХ
ПАНДЕМИИ COVID-19**

Подкопаева Д.С., , Степченко М.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская
Федерация

Введение. Артериальная гипертензия (АГ) является независимым фактором риска развития большинства кардио- и церебро-васкулярных заболеваний. АГ одно из наиболее широко распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы как в Российской Федерации, так и за рубежом. Согласно современным представлениям, АГ – мультифакториальное заболевание (сочетанное влияние как генетической предрасположенности, так и факторов «внешней среды»), этиологические, предрасполагающие факторы которого до конца не выяснены [3, 10]. На сегодняшний день подтверждено негативное воздействие хронической стрессовой реакции, связанной с гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковым путем, на развитие и течение артериальной гипертензии. В связи с современным образом жизни – постоянное ускорение темпа жизни, информационная перегрузка, гонка за успехом, влияние массовой культуры и средств массовой информации, пандемия COVID-19 и вынужденное соблюдение режима самоизоляции, активируются биологические механизмы хронического стресса, который становится предрасполагающим в формировании артериальной гипертензии [5, 9]. Особый интерес представляет влияние не только внешних психосоциальных факторов, но и личностных,

психодинамических, а также гендерных и половых особенностей в развитии АГ [1, 2, 6]. Малоизученным остается вопрос о связи АГ и уровня тревоги (начальной стадии стресса) и типа тревожности среди наиболее уязвимой категории – женщин с напряженным умственным трудом, которые как в своей профессиональной деятельности, так и в семейной жизни ежедневно сталкиваются с острыми стрессовыми ситуациями.

Таким образом, цель нашего исследования – определить влияние психосоциальных факторов, уровня тревоги, типа тревожности на развитие артериальной гипертензии у женщин с напряженной умственной деятельностью (профессия: врач, преподаватель медицинского университета) в период пандемии COVID-19.

Материалы и методы исследования. Проведено анкетирование и тестирование за 2019-2021 года 90 женщин со средним возрастом $52,2 \pm 1,9$ года. Исследуемые были разделены на 2 группы по 45 женщин согласно виду их профессиональной деятельности: 1 группа – преподаватели клинических кафедр Курского государственного медицинского университета, средний возраст – $55,5 \pm 2,2$ года, 2 группа – практикующие врачи, средний возраст которых $49,8 \pm 2,8$ года. Каждая из исследуемых групп была разделена на 2 подгруппы, по наличию и отсутствию АГ в анамнезе: по 23 и 22 человека в каждой подгруппе, соответственно. Разработанная нами анкета представляла собой 15 вопросов относительно возраста, maritalного статуса, наличия и количества детей в семье, уровня и количества образований, занимаемой должности, наличия руководящей должности, вредных привычек, наличия АГ, средних цифр систолического и диастолического артериального давления (САД, ДАД), приема и регулярности применения антигипертензивных препаратов (АП), обращаемости за психологической помощью. Всем исследуемым проводилось тестирование для определения уровня тревоги и тревожности (выявление преобладающего типа тревожности (ситуативной и личностной), включающее в себя опросники Спилбергера-Ханина (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) и Тейлора (ManifestAnxietyScale, MAS), в адаптация Норакидзе В.Г., [16]. Высокая

личностная тревожность имеет прямую взаимосвязь с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями. Интерпретация тестов производилась стандартно. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программ Statistica 10.0 и Microsoft Excel 2010. Нормальность распределения значений показателей оценивали критерием Колмогорова-Смирнов. В группах сравнения нормальное распределение отмечалось лишь 20% всех количественных показателей. В связи с этим при статистической обработке использовали непараметрические методы. Достоверность различий между одноименными показателями двух независимых выборок сравнивали по U-критерию Манна-Уитни (табл. 4). При сравнении результатов независимых выборок – подгрупп каждой группы (для множественных сравнений) использовали односторонний дисперсионный анализ Краскела-Уоллиса (H-критерий), для оценки различий между подгруппами 1 и 2 группы применяли критерий Вилкоксона.

В группах сравнения для количественных показателей оценивали среднее арифметическое и стандартную ошибку среднего ($M \pm m$). Взаимосвязь между отдельными показателями выявляли с помощью корреляционного анализа с вычислением коэффициента корреляции Спирмена (r), методом рангов. Во всех случаях статистически значимыми считались различия при $p \leq 0.05$.

Результаты исследования. Средний возраст в 1 и 2 группах подгруппе без АГ составил $48,5 \pm 0,5$ / $44,6 \pm 2,9$; в подгруппе с АГ $56,5 \pm 2,4$ / $61,8 \pm 2,9$ года соответственно. Исследуя maritalный статус, можно отметить следующее – в 1 группе: никогда не были замужем – 6,7% (3 человека), состоят в браке – 53,3% (24 человека), разведены – 40% (18 человек). Во 2 группе: никогда не были замужем – 22,2% (10 человек), состоят в браке – 51,2% (23 человека), разведены – 24,4% (11 человек), вдовы – 2,2% (1 человек). В 1 группе среди женщин без АГ: никогда не были замужем – 13,6% (3 человека), состоят в браке – 22,7% (5 человек), разведены – 63,7% (14 человек); у женщин с АГ: состоят в браке – 82,6% (19 человек), разведены – 17,4% (4 человека). Во 2

группе среди женщин без АГ: никогда не были замужем – 40,9% (9 человек), состоят в браке – 13,6% (3 человека), разведены – 45,5% (10 человек); у женщин с АГ: никогда не были замужем – 4,4% (1 человек), состоят в браке – 86,8% (20 человек), разведены – 4,4% (1 человека), вдовы – 4,4% (1 человек). В 1 группе среди исследуемых без АГ детей имеют – 86,4% (19 человек), среди них: 1 ребенка в семье имеют 78,9% исследуемых (15 человек), 2 ребенка – 21,1% (4 человека). Среди женщин с АГ детей имеют – 100% (23 человека), среди них: 1 ребенка в семье имеют 13% исследуемых (3 человека), 2 ребенка – 73,9% (17 человек), многодетные семьи (3 и более детей) – 13,1% (3 человека). Во 2 группе среди исследуемых без АГ детей имеют – 81,8% (18 человек), среди них: 1 ребенка в семье имеют 72,2% исследуемых (13 человек), 2 ребенка – 27,8% (5 человек). Среди женщин с АГ детей имеют – 91,3% (21 человек), среди них: 1 ребенка в семье имеют 33,3% исследуемых (7 человек), 2 ребенка – 66,7% (14 человек). В 1 группе одно высшее образование отметили – 88,9% (40 человек), 2 высших образования – 11,1% (5 человек); во 2 группе все исследуемые имели одно высшее образование (100%). Распределение по иерархии занимаемых должностей имело следующий вид: в 1 группе – руководители высшего звена 13,3% (6 человек подгруппы с АГ), руководители среднего звена – 15,6% (7 человек подгруппы с АГ), отсутствовала руководящая должность у 71,1% (32 человека). Во 2 группе: руководители среднего звена – 13,3% (6 человек, среди них 4 человека относились к подгруппе «без АГ»), отсутствовала руководящая должность у 86,7% (39 человек). Оценивая стаж профессиональной деятельности – в 1 группе длительность работы более 30 лет отметили 33,3% (15 человек), продолжительность деятельности 15-29 лет – 44,4% (20 женщин), 5-14 лет – 15,6% (7 человек), менее 5 лет – 6,7% (3 человека); среди женщин без АГ: более 30 лет не отмечалось, продолжительность деятельности 15-29 лет – 59,1% (13 женщин), 5-14 лет – 27,3% (6 человек), менее 5 лет – 13,6% (3 человека); среди женщин с АГ: более 30 лет отметили 65,2% (15 человек), продолжительность деятельности 15-29 лет – 30,4% (7 женщин), 5-14 лет – 4,4% (1 человек), менее 5 лет – не

отмечено. Во 2 группе длительность работы более 30 лет отметили 31,1% (14 человек), продолжительность деятельности 15-29 лет – 17,7% (8 женщин), 5-14 лет – 26,6% (12 человек), менее 5 лет – 24,4% (11 человек); среди женщин без АГ: более 30 лет – 9,1% (2 человека), продолжительность деятельности 15-29 лет – 13,6% (3 женщины), 5-14 лет – 31,8% (7 человек), менее 5 лет – 45,5% (10 человек); среди женщин с АГ: более 30 лет отметили 52,2% (12 человек), продолжительность деятельности 15-29 лет – 21,7% (5 женщин), 5-14 лет – 21,7% (5 человек), менее 5 лет – 4,4% (1 человек). При этом работающие пенсионеры среди 1 группы составили 57,8% (26 человек) от всех исследуемых женщин данной группы, во 2 группе – 35,6% (16 человек). Вредные привычки: в 1 группе отсутствуют – 84,5% (38 человек); курение отметили – 15,5% (7 человек) все они относились к исследуемым «с АГ», среди них женщины в возрасте $47,5 \pm 3,8$ лет, разведенные (57,1%, 4 человека) и замужние (42,9%, 3 человека). Во 2 группе отметили отсутствие вредных привычек 95,6% (43), курение – 4,4% (2 человека «без АГ», замужние женщины в возрасте $49,1 \pm 2,1$). Средние цифры АД – в 1 группе САД: $138,7 \pm 3,0$ мм.рт.ст., ДАД – $88,9 \pm 2,3$ мм.рт.ст., при этом в подгруппе «без АГ»: САД составил $115,0 \pm 5,0$ мм.рт.ст., ДАД $75,0 \pm 5,0$ мм.рт.ст., «с АГ»: САД составил $142,3 \pm 2,0$, ДАД $91,1 \pm 1,9$ мм.рт.ст. Средние цифры АД – во 2 группе САД: $117,8 \pm 2,9$ мм.рт.ст., ДАД – $75,3 \pm 1,8$ мм.рт.ст., у женщин «без АГ»: САД составил $111,1 \pm 1,9$ мм.рт.ст., ДАД $71,8 \pm 1,6$ мм.рт.ст., «с АГ»: САД составил $133,3 \pm 4,2$, ДАД $83,3 \pm 1,8$ мм.рт.ст. При этом состоят на учете у кардиолога в 1 группе только лица с АГ: 56,5% 13 человек (из 23 исследуемых), а регулярно принимают гипотензивные препараты 70% (16 человек). Во 2 группе у кардиолога наблюдаются лица с АГ 34,8% (8 человек), регулярный прием антигипертензивных препаратов (АП) отметили 82,6% (19 человек). Анализируя данные по обращаемости за психологической помощью: в 1 группе к психологу обращались 6,7% (3 человека), все они относились к подгруппе «с АГ» (13%) с семейным статусом «замужем», во 2 группе к психологу обращались 4,4% (2 человека) из подгруппы «без АГ» (9,1% от 22 респондентов данной подгруппы) с

семейным статусом «замужем». Таким образом, чаще за помощью к психологу обращались женщины 1 группы – преподаватели, страдающие АГ, – это предполагает наличие более интенсивного психоэмоционального перенапряжения у женщин с педагогической деятельностью.

Анализируя данные тестов, средний уровень тревоги (УТ) в исследуемой женской популяции по шкале тревоги Тейлора, в адаптация Норакидзе В.Г. составил $25,21 \pm 0,93$ баллов и оценен нами как высокий уровень. В 1 группе наблюдается высокий УТ ($22,67 \pm 1,82$), у женщин без АГ $24,50 \pm 1,50$, с АГ $22,39 \pm 2,09$. В подгруппе без АГ: высокий УТ выявлен у 72,7% – 16 человек ($26,4 \pm 2,2$), средний УТ с тенденцией к высокому – 18,2%, 4 человека ($17,7 \pm 1,2$), средний УТ с тенденцией к низкому – 9,1%, 2 человека ($10,2 \pm 3,3$), низкий УТ – не выявлен. В подгруппе с АГ: высокий УТ выявлен у 47,8% – 11 человек ($29,17 \pm 2,06$), средний УТ с тенденцией к высокому – 52,2%, 12 человек ($16,58 \pm 0,99$), средний УТ с тенденцией к низкому и низкий УТ – не встречались. Во 2 группе: наблюдается высокий УТ ($21,00 \pm 1,50$), у женщин без АГ $20,14 \pm 1,98$, с АГ $23,0 \pm 1,84$ балла. В подгруппе без АГ: высокий УТ выявлен у 50,0% – 11 человек ($26,43 \pm 1,32$), средний УТ с тенденцией к высокому – 50,0%, 11 человек ($14,67 \pm 1,41$), средний УТ с тенденцией к низкому и низкий УТ – не выявлены. В подгруппе с АГ: высокий УТ выявлен у 87% – 20 человек ($24,0 \pm 1,70$), средний УТ с тенденцией к высокому – 13%, 3 человека ($18,01 \pm 1,5$), средний УТ с тенденцией к низкому и низкий УТ – не встречались. Преобладающим типом тревожности во всех группах являлась ЛТ с высоким уровнем (45 и более баллов); В 1 группе средний уровень ЛТ составил $49,73 \pm 2,35$; у респондентов без АГ средний уровень ЛТ $55,50 \pm 2,50$ – оценивался как высокий уровень у 100% (22 женщин), с АГ среднее значение ЛТ – $48,85 \pm 2,61$, при этом высокий уровень тревожности отмечался у 54,5%, 12 человек ($54,57 \pm 3,54$), умеренный уровень тревожности – 45,5%, 10 человек ($41,67 \pm 1,02$), низкий уровень тревожности не наблюдался.

Во 2 группе средний уровень ЛТ составил $45,55 \pm 1,38$; у респондентов без АГ средний уровень ЛТ $47,21 \pm 1,65$ – оценивался как высокий уровень,

высокий уровень тревожности отмечался у 63,6% (14 человек) $50,44 \pm 1,74$, умеренный уровень тревожности у 36,4% 8 человек, $41,4 \pm 0,93$ балла; с АГ: среднее значение ЛТ – $41,67 \pm 1,80$ – оценивался как умеренный уровень, при этом высокий уровень тревожности отмечался у 34,8%, 8 человек ($47,03 \pm 1,05$), умеренный уровень тревожности – 65,2 %, 15 человек ($39,10 \pm 0,91$), низкий уровень тревожности не наблюдался.

Оценивая уровень СТ, можно сделать заключение, что для всех групп был характерен умеренный уровень. В 1 группе средний уровень СТ $38,73 \pm 2,06$ баллов, в подгруппе без АГ – у 100% (22 человек) отмечен умеренный уровень СТ ($39,0 \pm 4,0$); у лиц с АГ средний уровень СТ составил $38,69 \pm 2,35$ баллов, высокий уровень тревожности у 17,1%, 6 человек ($52,0 \pm 7,5$), умеренный уровень у 68,6% 24 человек ($38,11 \pm 1,43$), низкий уровень – 14,3% 5 человек ($28,12 \pm 1,1$).

Во 2 группе средний уровень СТ составил $34,65 \pm 1,80$ баллов, в подгруппе без АГ – $36,57 \pm 2,34$, высокий уровень тревожности отмечен у 27,3% 6 человек ($47,25 \pm 1,03$), умеренный уровень СТ у 40,9% 9 человек ($36,0 \pm 1,41$), низкий уровень – 31,8% 7 человек ($26,75 \pm 2,59$); с АГ уровень СТ $30,17 \pm 1,35$ баллов, умеренный уровень выявлен у 30,4% 7 человек ($35,5 \pm 2,5$), низкий уровень – 69,6% 16 человек ($28,5 \pm 0,87$), высокий уровень не отмечался.

Сравнивая данные по обращаемости за психологической помощью 1 и 2 группы, достоверно выявлено, что чаще за помощью к психологу обращались преподаватели с АГ ($p < 0,001$), среди них отмечался более высокий УТ ($31,0 \pm 2,88$) и ЛТ ($55,3 \pm 2,12$). Минимальные значения стажа, АД, УТ, ЛТ выявлены во 2 группе. В 1 группе выявлена сильная прямая корреляционная связь между наличием детей и их количеством в семье с имеющейся АГ ($r = 1,0$; $0,71$, соответственно, $p < 0,01$), показателями САД ($r = 0,84$; $0,6$, $p < 0,001$), ДАД ($r = 0,65$; $0,43$, $p < 0,01$) и приемом гипотензивных препаратов ($r = 0,71$, $p < 0,01$). Регулярность приема гипотензивных препаратов тесно связана с возрастом женщин ($r = 0,82$, $p < 0,01$), и диспансерным наблюдением врача кардиолога ($r = 0,76$, $p < 0,01$). Повышение

уровня ЛТ отмечалось у лиц, как 1, так и 2 группы, имеющих вредные привычки – курение ($r = 0,35; 0,63, p < 0,01$). Среди женщин 1 и 3 группы отмечалась обратная корреляционная связь между уровнем СТ и уровнем УТ ($r = -0,34, p < 0,05; r = -0,3, p < 0,01$, соответственно). У замужних женщин 1 группы с АГ отмечена связь между уровнем САД/ ДАД и обращаемостью за психологической помощью ($r = 0,58; 0,47, p < 0,05$). Во 2 группе с возрастом повышался УТ ($r = 0,33, p < 0,05$), и снижался уровень ЛТ и СТ ($r = -0,35; -0,57$ соответственно, $p < 0,05$), наличие руководящей должности (среднее и высшее звено) сопровождалось повышением ДАД ($p = 0,01$) по сравнению с лицами без руководящей должности. Стоит обратить внимание: в 1 группе большая часть женщин без АГ находились в семейном статусе «разведена» (63,7%, 14 человек). Несмотря на то, что они были моложе, с меньшим стажем работы и УТ, именно в этой подгруппе отмечался очень высокий уровень ЛТ ($55,50 \pm 2,50$). В подгруппах женщин с АГ более высокие цифры АД наблюдались в 1 группе – $142,31 \pm 2,01 / 91,08 \pm 1,93$ ($p < 0,01$). Так во 2 группе у замужних женщин без АГ отмечаются более низкие показатели САД, ДАД по сравнению с разведенными женщинами и вдовами ($p = 0,01; 0,03$). Количество детей, более 1 ребенка в семье, сопровождалось увеличением уровня ЛТ ($r = 0,52, p < 0,05$) и снижением СТ ($r = -0,69, p < 0,05$). Во 2 группе с АГ: среди женщин с семейным статусом «разведена» (8 человек, 34,8%) чаще встречались руководители высшего и среднего звена (6 человек, 85,7%, $p < 0,05$). Однако более высокий УТ ($p < 0,001$) и уровень СТ ($p < 0,01$) наблюдались среди замужних женщин чаще. Женщины, имеющие более 1 ребенка в семье, чаще наблюдались у кардиолога ($r = 1,0, p < 0,001$) и более регулярно принимали гипотензивные препараты ($r = 0,41, p < 0,001$). Количество детей тесно связано с УТ ($r = -0,69, p < 0,001$), уровнем ЛТ ($r = -0,36, p < 0,001$) и СТ ($r = 0,63, p < 0,001$).

Заключение. Повышенное артериальное давление является основным модифицируемым фактором риска преждевременной смерти, инфаркта миокарда, cerebrovasкулярных заболеваний и других фатальных сердечно-сосудистых осложнений. Женщинам приходится интенсивно совмещать

различное ролевое поведение, а также задачи развития личности, собственной идентичности, как в семейной, так и в профессиональной сферах [4, 10]. Большое значение на результаты психологических тестов оказала пандемия SARS-CoV-2 – наша исследовательская работа проводилась на протяжении 2019-2021 гг. Прошедший 2020 год связан с пандемией коронавирусной инфекции и ознаменовал собой год пика социального стресса и в нашем государстве. Горячие линии по оказанию психологической помощи в период пандемии запущены во многих странах мира. Однако в работах зарубежных авторов все громче звучит опасение за здоровье населения: стресс, за которым следуют повышенный уровень тревожности, тревога, тревожное расстройство влекут за собой необратимые изменения в центральной нервной системе, автономный отдел которой отвечает за регуляцию артериального давления [7, 8].

Выводы:

1. Независимо от наличия или отсутствия АГ у женщин характерно снижение уровня ситуативной тревожности по мере увеличения количества детей в семье: при этом средний уровень ситуативной тревожности многодетных женщин был сходен с уровнем ситуативной тревожности женщин, не имеющих детей.
2. Личностная тревожность – преобладающий тип тревожности у женщин с напряженной умственной деятельностью, связанной с частыми стрессовыми ситуациями, независимо от наличия артериальной гипертензии в анамнезе.
3. Личностная тревожность является более характерной реакцией на стресс у женщин с артериальной гипертензией.
4. Высокие значения личностной тревожности, как фактора предрасполагающего к АГ, отмечены у женщин, имеющих вредные привычки (курение) независимо от профессии, а также у женщин-преподавателей, находящихся в maritalном статусе «разведена».

5. Высокий уровень личностной тревожности превалировал у замужних женщин с 2 и более детьми в семье и занимающих руководящую должность.
6. Характерным для женщин, страдающих артериальной гипертензией, является прямая корреляционная связь между уровнем тревоги и личностной тревожностью.

Список литературы

1. Дмитриева, Т.Б. Половые и гендерные аспекты стрессоустойчивости (аналитический обзор). Часть 1 / Т.Б. Дмитриева, А.З. Дроздов // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 1. – С. 18-24.
2. Дыненкова, Е.Н. Профессиональный стресс и пути его преодоления: методическое пособие для педагогов [Текст] / Е.Н. Дыненкова. – Полевской: ГБОУ СО Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции Ладос, 2012. – 48 с.
3. Российское кардиологическое общество. Клинические рекомендации «Артериальная гипертензия у взрослых». 2020.
4. Сидоров, К.Р. Тревожность как психологический феномен [Текст] / К.Р. Сидоров // Вестник Удмуртского университета. – 2013. – №2. – С. 42-53.
5. Ушаков, А.В. Патогенетические механизмы формирования стойкой артериальной гипертензии при хроническом психоэмоциональном напряжении / А.В. Ушаков, В.С. Иванченко, А.А. Гагарина // Артериальная гипертензия. – 2016. – Т.22, №2. – С. 128–143.
6. Шкатова, Е.Ю. Гендерные особенности факторов риска и клинического течения артериальной гипертензии / Е.Ю. Шкатова, И.Н. Бакшаев, Г.С. Королькова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2015. – Т.11, №4. – С. 542–547.
7. Anxiety and depression symptoms in arterial hypertension: The influence of antihypertensive treatment / Johansen Aslak [et al.] // European journal of epidemiology. – 2011. – № 27. – P. 63-72.

8. Cho, Jung Stress and cardiovascular disease / Jung Cho // Korean Med. Assoc. – 2013. – Vol.56, №6. – P. 462-470.
9. Crea, Filippo Old and new enemies: psychological stress, occupational stress, COVID-19, and a glimpse of the future / Filippo Crea // European Heart Journal. – 2021. – №42. – P. 1447–1450.
10. Fajkowska, M. Types of Anxiety and Depression: Theoretical Assumptions and Development of the Anxiety and Depression Questionnaire / M. Fajkowska, E. Domaradzka, A. Wytykowska // Frontiers in Psychology. – 2018. – №8. – P. 2-23.

ОСОБЕННОСТИ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Пучкова Е.Л.

Курский государственный медицинский университет,

Кафедра внутренних болезней №1, Россия

Актуальность. Вопросы диагностики, лечения и возможной профилактики высококонтагиозной инфекции вирусной этиологии COVID-19 занимают важное место повестки мировой медицинской общественности в течение последних полутора лет. Трудности подбора терапии, адекватной для каждого конкретного пациента, связаны с особенностями коморбидных состояний, разнообразием клинических симптомов и осложнений основного заболевания. Одним из возможных опасных осложнений является нарушение свертываемости крови.

Цель исследования – изучение своевременности и частоты назначения антитромботической терапии при лечении Новой коронавирусной инфекции в условиях стационара.

Материалы и методы. Исследование основывалось на изучении историй болезни пациентов, пребывающих на стационарном лечении в ковидном госпитале г. Тим Курской области в период с января по апрель

2021 г. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, полученные данные были статистически обработаны в программах Statistica 12 и MicrosoftExcel.

Результаты. В исследуемую группу входило 120 пациентов с подтвержденным лабораторно по результатам ПЦР—исследования диагнозом: Новая коронавирусная инфекция средней степени тяжести, осложненная внебольничной COVID-ассоциированной пневмонией. Возраст пациентов от 21 до 85 лет. Всем пациентам в день поступления в стационар были назначены низкомолекулярные гепарины. Надропарин (фраксипарин) назначался в 36% случаев, дальтепарин (фрагмин) в 31%, эноксипарин (клексан) в 19% случаев, ревиварин (кливарин) в 14% случаев. Путь введения – подкожный. Предварительно было определено отсутствие противопоказаний для назначения антикоагулянтной терапии (на основании приложения 7-1 Временных методических рекомендаций «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции COVID-19 МЗ РФ). 30 пациентам (25%) за весь исследуемый период были назначены гепарины прямого действия (ривароксабан в 68% случаев назначения прямых антикоагулянтов, апиксабан в 32% случаев) в связи с недостаточной эффективностью применения НМГ. Для диагностики состояния системы гемостаза на фоне антитромботической терапии исследовались с частотой раз в 2 дня следующие показатели: количество тромбоцитов, D-димер, протромбиновое время, фибриноген. Целевые значения, которые поддерживались у всех пациентов – уровень тромбоцитов выше $20 \cdot 10^9/\text{л}$, плазменная концентрация фибриногена выше 2,0 г/л, протромбиновое время 15 секунд и больше. За период исследования ни у одного пациента не было диагностировано тромботических осложнений, ДВС-синдрома.

Выводы. В исследуемой группе раннее назначение НМГ показало свою эффективность. На данном примере можно сделать вывод о том, что применение антитромботической терапии при лечении COVID-19 среднетяжелого течения рационально для профилактики гемостатических осложнений, предупреждения кровотечений, развития ДВС-синдрома.

КОНТАГИОЗ ГЕЛЬМИНТОЗЛАРНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАҲЛИЛИ ВА ПРОФИЛАКТИК ЧОРА – ТАДБИРЛАРНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Расулов Ш.М., Ахмедов З.Х., Мухиддинова Г.А.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Аннотация: ҳозирги кунда энтеробиоз ва гименолепидозлар билан касалланиш бутун дунёда болалар орасида кенг тарқалган. Мақолада Ўзбекистон Республикасида энтеробиоз ва гименолепидоз касалликларнинг кўп йиллик динамик таҳлили, ёш гуруҳлари бўйича тарқалганлиги ва олдини олиш чора-тадбирларини такомиллаштириш келтирилган.

Калит сўзлар: энтеробиоз, гименолепидоз, касалланишнинг тарқалганлиги, ёш гуруҳлари, жинсий тафовут.

Инсон учун характерли касалликлар орасида гельминтозлар етакчи ўринлардан бирини эгаллайди. Расмий маълумотларга кўра, болалар ўткир юқумли касалликлари салмоғида паразитозлар ўРВИ дан сўнг иккинчи ўринни эгаллайди [1,2,6].

Ҳозирги кунда дунё бўйлаб гельминтларнинг 300 га яқин турлари тарқалган. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг хабарига кўра геогельминтлар аҳолининг ижтимоий қалоқ ва камбағал жамиятида учрайдиган гельминт касалликларнинг асосий қисмини ташкил қилар экан [2,3]. Россия ҳудудида 70 га яқин гельминт турлари мавжуд, уларнинг 20 та тури мамлакат ҳудудида кенг тарқалган. Ҳар йили 2 млн га яқин инсонларда гельминтлар билан касалланиш ҳолатлари қайд қилинади [3]. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти бутун дунё аҳолисининг 4 дан 1 қисмида хазм қилиш системасида гельминтозлар билан зарарланганлиги маълум қилинган.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ВОЗ) ҳамда интернет материалларига кўра, аҳолининг ўртача 3 нафардан биттаси гельминтоз касаллиги билан касалланган бўлар экан. Энг тараққий этган Европа мамлакатларида аҳолининг 95% и гельминтоз касаллиги билан касалланган

[2]. Энтеробиоз ва гименолипедоз касаллиги билан асосан мактабгача таълим муассасаси ва кичик мактаб ёшидаги болалар энг кўп зарарланади.

Ҳозирги кунда Ўзбекистонда гельминтозларнинг 10-12 тури қайд этилмоқда. Энтеробиоз, гименолипедоз, аскаридоз, тениаринхоз, трихоцефалез каби гельминтозлар баъзи вилоятларда оммавий равишда тарқалган [4,5,6].

Шу сабабли гельминтозларнинг эпидемиологик хусусияларини ўрганиб, уларнинг профилактик тадбирларини такомиллаштириш мақсадга мувофиқ.

Тадқиқотнинг мақсади: Ўзбекистон Республикасида 2009-2019 йиллар давомида энтеробиоз, гименолипедоз билан касалланишнинг эпидемиологик таҳлили ва профилактик чора – тадбирларни такомиллаштириш.

Тадқиқот материали ва услублари. Санитария эпидемиологик осойишталик ва жамоат саломатлик хизматининг энтеробиоз ва гименолипедоз билан касалланиши бўйича 2009-2019 йиллардаги ҳисоботлари. Ушбу тадқиқотни амалга оширишда эпидемиологик ва статистик тадқиқот услубларидан фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари. Энтеробиоз ва гименолипедоз контакт гельминтозларнинг дунёда кенг тарқалган гельминтлардан ҳисобланиб, Ўзбекистонда ҳам бу гельминтлар кенг учрамоқда.

Сўнги йилларда Ўзбекистонда гельминтлар билан касалланишни таҳлил қилганимизда, касалланишнинг интенсив кўрсаткичи нисбий тушиб боришини кузатишимиз мумкин.

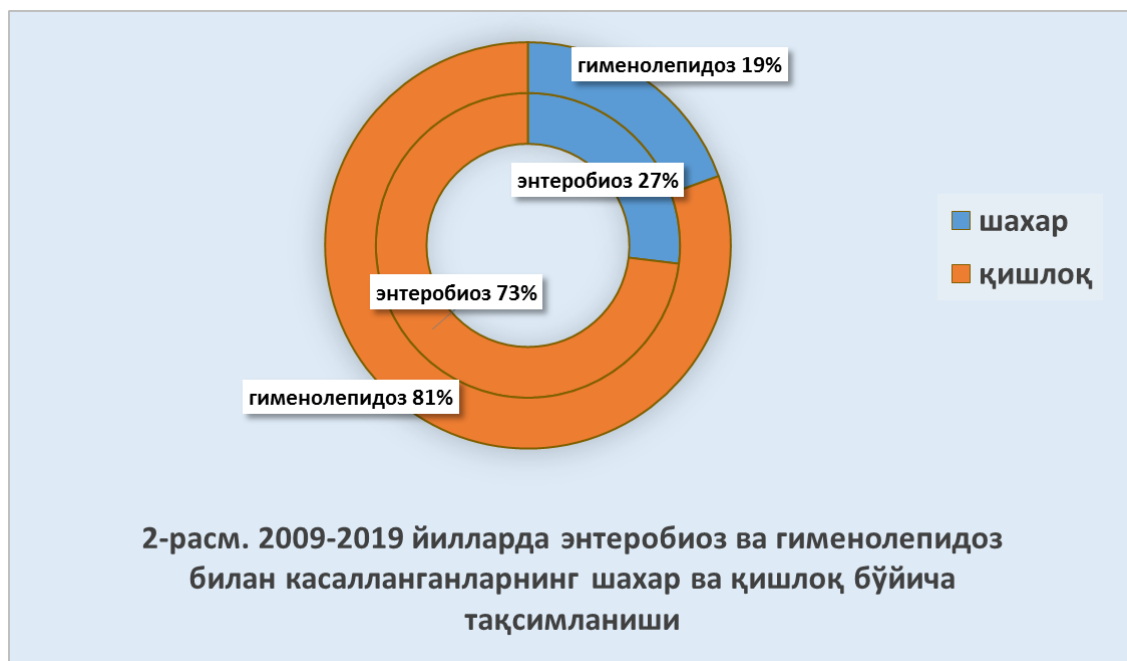


Тадқиқотимизнинг бошланғич йилида энтеробиоз билан касалланишнинг интенсив кўрсаткичи Республикамызда 751,2 ни ташкил қилди, касалланиш кўрсаткичи 2011-йилгача камайиб бориб, 2012-йилда юқори кўрсаткичда касалланиш қайд қилинди. Шунга қарамасдан сўнги йилларда энтеробиоз билан касалланиш интенсив кўрсаткичларда камайиб бораётгани қайд қилинмоқда. Касалланиш ҳам юқори кўрсаткичларда учраши бу гельминтоз тиббётимизнинг хали хануз долзарб муаммолардан бири сифатида қолмоқда (1-расм).

Республикамызда гименолепидоз сўнги 11 йиллик қайд қилинаётган кўрсаткичларни таҳлил қилганимызда, бу гельминтоз йил сайин интенсив кўрсаткичи камайиб бораётганлиги намоён бўлди. Сўнги 11 йил ичида салкам 2 баробарга камайган бўлсада 2019-йилда касалланишнинг интенсив кўрсаткичи 82,3 ни ташкил қилиб, тиббиётимизда ўз долзарблигини сақлаб қолган. Иккала гельминтозни йиллар давомида тарқалганлиги таҳлил қилганимызда энтеробиоз гименолепидозга нисбатан кенг учраши ва касалланишнинг кўп қайд қилиниши билан ажралиб турмоқда.

Таҳлилимызни давом эттириб гельминтозларнинг ҳудудий тарқалганлигидан битта мисол сифатида касалланганларнинг қишлоқ ёки шаҳар яшаши бўйича солиштирдик.

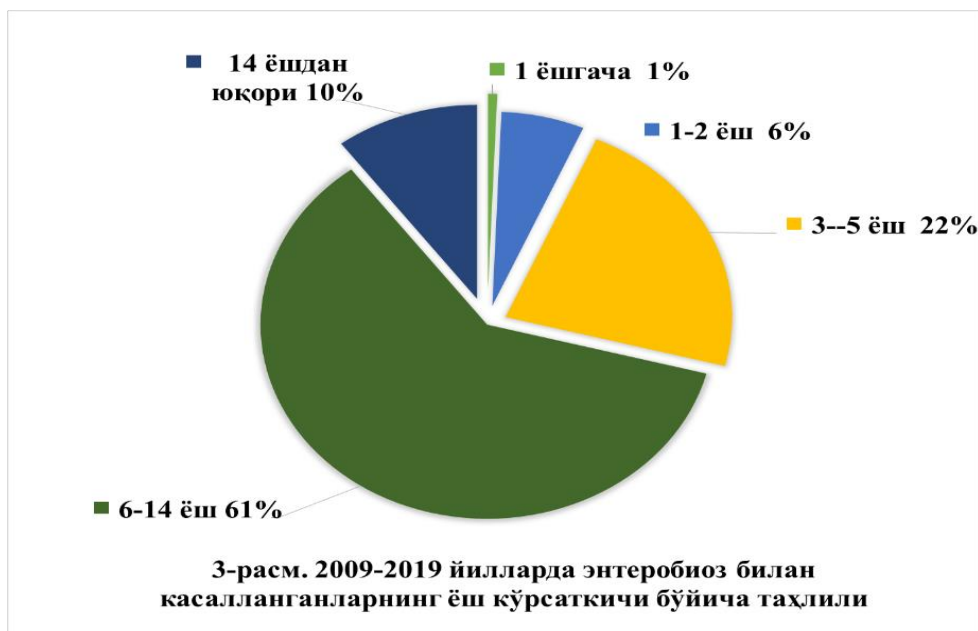
Энтеробиоз билан сўнги 11 йил ичида касалланганларнинг 27% шахарда яшовчи инсонларга, қолган 73% қишлоқда яшовчи инсонларга тўғри келган. Бундан кўриниб турибдики қишлоқ аҳолиси шахар аҳолисига қараганда энтеробиозни юқтириб олиши 2,7 баробардан кўпроқ учраши мумкин экан (2-расм).



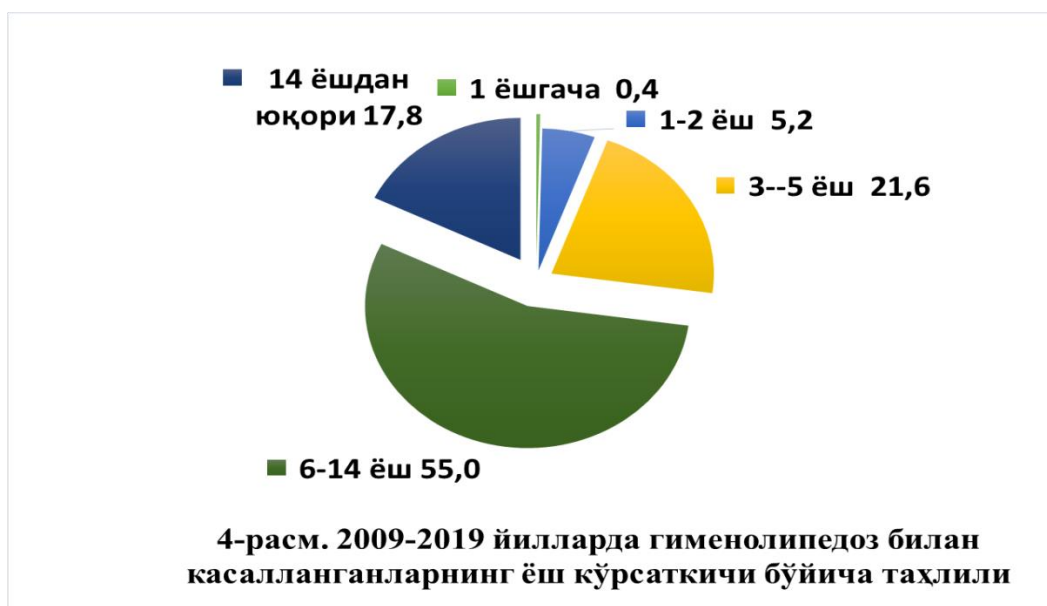
Гименолепидоз билан сўнги 11 йил ичида эса касалланганларнинг 19% шахарда яшовчи инсонларга, қолган 81% қишлоқда яшовчи инсонларга тўғри келган. Бу таҳлилимиздан ҳам кўриниб турибдики қишлоқ аҳолиси шахар аҳолисига қараганда энтеробиозни юқтириб олиши эҳтимоли 4 баробардан кўпроқ учраши мумкин экан. Бу таҳлилларимиз гельминтозларнинг тарқалишига ёки маълум бир жойда кўпайишига сабабчи бўлаётган омиллар мавжудлигидан дарак беради.

Иккала гельминтозни ёш гурухлари ўртасида учраш эҳтимоллигини ўрганиш учун, сўнги 11 йиллик маълумотларда касалланганларни ёш гурухларга

ажратиб чиқдик.



Сўнги 11 йил ичида энтеробиоз билан касалланганларнинг асосий қисмини 14 ёшгача бўлган болалар ташкил қилган. Бунда энг юқори кўрсаткични 6-14 ёшдаги болалар яъни 61% ни қайд қилган. Бу таҳлилимиздан шу маълум бўлдики бошланғич ва ўрта таълимда тахсил оладиган ёшдаги болалар энтеробиоз билан касалланиш эҳтимоли юқорилигини англатди. Касалланганлар орасида 3-5 ёшлилар 22% ни ташкил қилган бўлса демак боғча ёшидаги болалар ҳам бу гельминтоз билан зарарланиши юқори кўрсаткичларда қайд қилмоқдалигини англатади (3-расм).



Гименолепидоз билан каслланишнинг сўнги 11 йиллик таҳлилида каслланганларнинг асосий қисмини бу гельминтозда ҳам 14 ёшгача бўлган болалар ташкил қилиши аниқланди.

Таҳлилимиз давомида гельминтозлар билан касалланган 3 ёшдан 14 ёшгача бўлган болалар 76,6% ни қайд қилди. Кўриниб турибдики бу гельминтозда ҳам касалланганларнинг асосий қисмини боғча ва мактаб ёшидаги болалар ташкил қилмоқда (4-расм).

Юқорида келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики энтеробиоз ва гименолепидоз билан касалланиш ҳолатлари юқори кўрсаткичларда қайд этилмоқда. Шунинг учун энтеробиоз ва гименолепидоз касалликларнинг замонавий эпидемиологик хусусиятларини тўлиқ ўрганиб чиқишни, ушбу касалликнинг профилактикаси ва эпидемиологик назоратини такомиллаштириш лозимлигини тақозо этади.

Гельминтозлар бўйича профилактик чора – тадбирлар:
Гельминтозларга қарши муваффақиятли профилактик тадбирларни амалга оширишда аҳолининг маданияти ва турмуш даражасини янада ошириш катта аҳамиятга эга.

Бу мақсадга эришиш учун қуйидаги вазифаларни бажариш зарур бўлади. Аҳолининг турли қатламлари ва айниқса болалар ўртасида санитария-тарғибот тадбирларини кучайтириш. Профилактик тадбирларни доимий равишда амалга ошириш учун кенг жамоатчилик ва маҳалла фаолларини жалб этиш.

Шахсий гигиена тадбирларига қатъий риоя қилиш. Паразитология соҳаси бўйича шифокорлар, ўрта ва кичик тиббиёт ходимларининг малакасини доимий равишда ошириб бориш. Режали оммавий текширувларда гельминтозлар билан касалланган беморларни фаол аниқлаш ва уларни даволаш. Инвазия тарқалишида асосий роль ўйнайдиган аҳоли гуруҳлари орасида беморларни аниқлаш. Беморларни даволаш жараёнида ташқи муҳитни уларнинг нажаси ва бошқа биологик ажратмалари билан зарарланишига йўл қўймаслик. Доимий равишда гельминтозларнинг юқиш

мавсумини, гельминтозларнинг кўплаб нобуд бўладиган муддатларини аниқлаш.

Аҳолини канализация ва тоза ичимлик суви тизими билан таъминлаш кўрсаткичларини янада ошириш. Жамоат ташкилотлари, боғлар, сайилгоҳлар, ҳиёбонлар санитария гигиена талабларига жавоб берадиган ҳожатхоналар қуриш, ҳар бир ҳовлида ахлат қутиларини ўрнатиш ва уларни доимий равишда тозалашга, чиқиндиларни вақтида олиб кетилишига эришиш. Ҳожатхоналарда ўриндиклар, деворлар ва полларни нажас қолдиқларидан доимий равишда тозалаш. Канализация бўлмаган ҳожатхоналарда ўралар, поллар ва ўриндикларни зарарсизлантириш. Мевалар ва сабзавотларни тозалаб ювиш. Умумий овқатланиш корхоналари ва уларда хизмат қилувчи ходимлар устидан доимий равишда тиббий – санитария назоратини амалга ошириш.

Гельминтозларга ўз вақтида ташхис қўйиш учун турли услублардан фойдаланилади. Ушбу услублар ҳам болани, ҳам унинг оила аъзоларини текшириш учун қўлланилади. Гельминтозларнинг юқувчанлиги юқори бўлган пайтларда болалар ва катталар мақсадли равишда текширилади. Болаларда ушбу кўрсаткич бир оз юқори бўлиши мумкин (6-7% атрофида). Зарарланиш индекси 5% дан юқори бўлганида аҳолини оммавий равишда гельминтозларга текшириш мақсадга мувофиқ.

Гельминтозлар билан касалланган ҳар бир шахс дегельминтизация даволаш муолажасини олиши лозим. Дегельминтизация аслида иккита мақсадга эришиш учун қўлланилади. Натижада бир томондан гельминтозларга чалинган шахсларни даволаш имконини берса, иккинчи томондан улар орасида профилактик тадбирларни вақтида ўтказиш имкониятини беради. Айтиб ўтилган чораларни узил-кесил бажариш ташқи муҳит гельминтлар тухумлари билан ифлосланишнинг олдини олишда муҳим аҳамият касб этади.

Адабиётлар:

1. Абдиев Ф.Т. Паразитарные болезни в Узбекистане и организация борьбы с ними// Инфекция иммунитет и фармакология.-2005.-№3.-С. 77-78.
2. Гименолелидозы у детей и подростков: научное издание / В.Е. Поляков, А.Я.Лысенко, Т.Н. Константинова, Т.И. Авдюхина // Мед. помощь. – М., 2005. -№5. –С. 43-48.
3. Расулов Ш.М., Матназарова Г.С., Абдукаххарова М.Ф. /Эпидемиологическая характеристика и распространение эхинококкоза в Узбекистане //Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси.- Тошкент.-2019. №5.-Б. 156-158
4. Юлдашева К.Х., Асадова М.М., Расулов Ш.М., Миртазаева Н.А. /Гименолелидознинг эпидемиологик хусусиятлари ва профилактик чора-тадбирларини такомиллаштириш// Инфекция, иммунитет и фармакология.-
5. Rasulov Sh.M., Matnazarova G.S., Mirtazayev A., Xamzayeva N.T. Improving the epidemiology, epizootology, and prevention of echinococcosis in Uzbekistan. //European Journal of Molecular & Clinical Medicine, 2020, Volume 7, Issue 2, Pages 3029-3052 (ejmcm.com).

КАРДИОМЕГАЛИЯДА ЮРАК АНАТОМИЯСИНИ УЗГАРИШЛАРИ

Рахимов М.Ф., Тиляходжаева Г.Б.

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

Инсон юраги нормал ҳолатда эркакларда 350, аёлларда 250 г булади Шу билан бирга юрак фаолиятини таъминлаб берувчи асасий мускул улчов ва вазн жihatдан узгариши мумкин. Бу ҳолат юрак патологияси— кардиомегалия ёки «Бука югари» деб номланади. Юрак мускулдан тузилган аъзо бўлиб олдинги кўкс оралиғида чапрокда жойлашган. Юрак тўрт камерали бўлиб, ўнг ва чап бўлмача, ўнг ва чап қоринчалардан ташкил топган аъзодир. Юрак қаватлари уч қават бўлиб улар эндокард, миокард ва эпикардлардан ташкил топган. Чап қоринча мускуллари қисқариши ҳисобига артериял қон аорта орқали чиқиб бутун таънани қон билан таъминлайди ва вена қон томирлари орқали веноз қон юракнинг ўнг бўлмачасига қуйилади.

Юрак катталашиши туғма ёки орттирилган бўлиши мумкин. Биринчи ҳолат болаларда иккинчи ҳолат катталарда учрайди. Бу касалликда юрак мускулларида қон айланишининг бузилиши оқибатида инсульт ва инфаркт касалликларига олиб келиши мумкин. «Буқа юраги синдроми» -ёки кардиомегалияда юрак камераларини барчаси ёки биттаси кенгайиши мумкин. Бунинг оқибатида юракнинг асосий мускули ўз насос вазифасини бажара олмайди ва организмни етарли қон билан таъминлай олмайди. Натижада юрак заифлашади, мускуллар қисқариши сустлашади. Табiiй ҳолатда юрак катталашуви мумтазам спорт ва оғир жисмоний меҳнат билан шугулланувчиларда бўлади. Базан дастлабки босқичда касаллик белгиларсиз кечади. Касаллик келиб чиқиши сабаблари: гипертония, юрак ишемик касалликлари, буйрак касалликлари, юракни вирус ёки инфекцион касалликлари, алкоголизм ёки наркомания, генетик омилларда, юрак клапанлари аномалияси, хомиладорлик ва туғруқ асоратлари. Касалликни олдини олиш учун соғлом турмуш тарзига риоя қилиш, ўз вақтида тиббiiй кўриқдан ўтиш, оғир жисмоний меҳнатни меъёрлаштириш, ўз вақтида дам олиш, алкоголь ва наркотик моддаларни қабул қилмаслик лозим.

ЭХИНОКОККОЗ БИЛАН ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАНГАНЛАРНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАҲЛИЛИ

¹Расулов Ш. М., ²Матназарова Г. С., ³Цай С. А.

Тошкент тиббиёт академияси

Мақолада Ўзбекистон Республикаси Санитария эпидемиологик осойишталик ва жамоат саломатлиги хизмати паразитология бўлимининг йиллик ҳисоботлари, Тошкент тиббиёт академияси 2-клиникасининг умумий жарроҳлик бўлимида 2018-2019 йиллар давомида 120 нафар эхинококкоз касаллиги билан касалланиб даволанганларнинг касаллик тарихлари эпидемиологик таҳлил қилинган.

Калит сўзлар: эпидемиология, эхинококкоз, жарроҳлик усулида даволаниш, ёш, жинс, ойлар, органлар, эпидемиологик таҳлил.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, бугунги кунда инсон эхинококкози 1 миллиондан ортиқ инсонни зарарлаган ўткир паразитли касаллик бўлиб қолмоқда [1,9,12,14]. Касалликни олдини олишда, эрта ташхислашда ва даволашда муайян ютуқларга эришилган бўлсада, эхинококкоз муаммоси ҳамон долзарблигича қолмоқда. Бу, биринчи навбатда, дунёнинг кўплаб мамлакатларида, айниқса, эндемик ҳудудларда эхинококкоз билан касалланишнинг ортиши давом этаётгани билан боғлиқ. Кеч ташхисланиш натижасида жигар эхинококкози ва қорин бўшлиғи аъзоларини жарроҳлик йўли билан даволаш 70-80%дан кўп ҳолларда асоратлар юзага келганда аниқланади, бунинг натижасида 10-15% ҳолатларда операциялар ўлим билан тугаши мумкин [2,6,11].

Янги касалланганларнинг кўпайиши билан бир қаторда, турли муаллифларнинг маълумотларга кўра, эхинококкоз қайталанишининг юқори кўрсаткичи қайд этилмоқда (3,3–54%), бу ҳар хил омиллар таъсири билан боғлиқ. Эпидемиологик текширувлар натижасида қайталаниш частотаси баъзи ҳолларда операцияларнинг тактик ва техник жиҳатларига бевосита боғлиқ эмаслигини, бу кўзгатувчининг биологик ривожланиши билан ҳам боғлиқлиги бўлиши мумкинлигини кўрсатди.

Эхинококкоз кенг тарқалган паразитар касаллик бўлиб, Ўрта Осиё мамлакатлари, шу жумладан Ўзбекистон учун ҳам эндемик ҳисобланади. Касаллик республикамизнинг барча ҳудудларида рўйхатга олинган. Эхинококкоз билан касалланиш ҳолатлари асосан чорвачилик ривожланган вилоятларда кўп учрайди.

Республикамызда ҳар йили эхинококкоз билан боғлиқ бўлган 4 мингдан ортиқ жарроҳлик амалиётлари ўтказилади. Эхинококкоз касаллигининг оғир шакллари 25-40 % га етади. Ушбу касалликда жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратлар 20-30%, ўлим кўрсаткичи 2-5% ташкил этади. [1,2,5,10].

Ҳозирги кунда аҳолига кўрсатилаётган юқори технологияли ихтисослаштирилган тиббий хизмат сифатини тубдан яхшилаш ва кўламини сезиларли кенгайтиришга қаратилган кенг қамровли мақсадли чора-

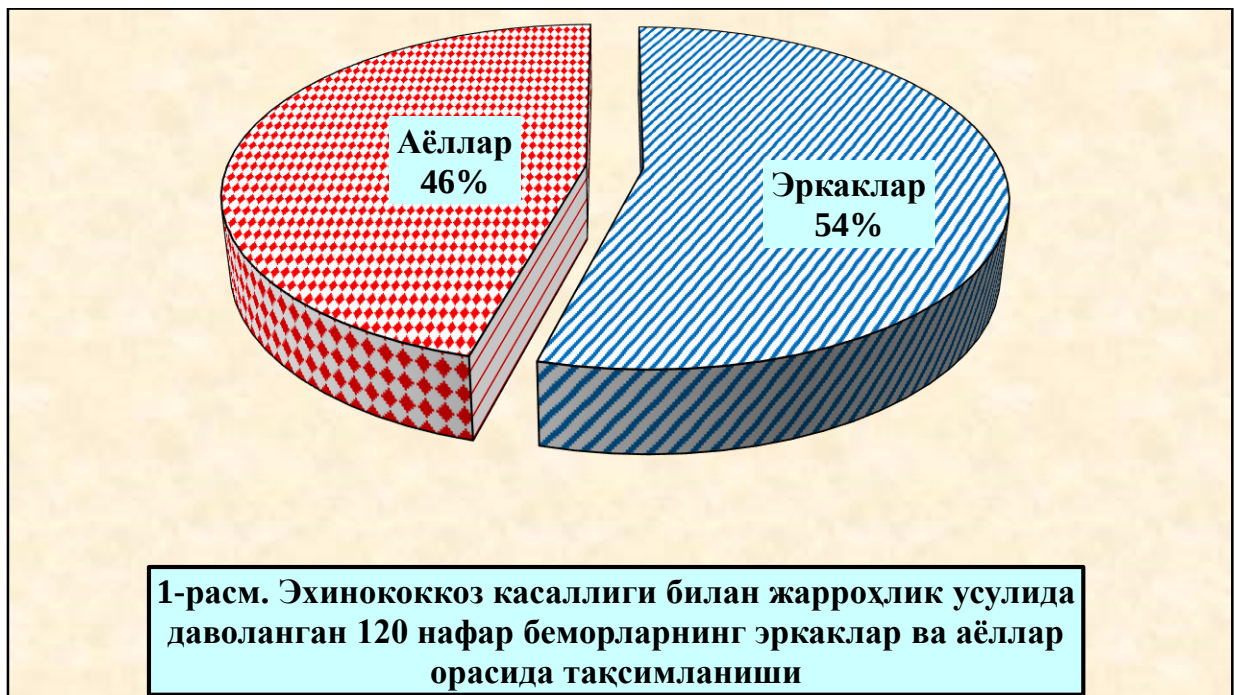
тадбирлар олиб бориш давлатимиз соғлиқни сақлаш тизимининг устувор йўналишларидан бири бўлиб ҳисобланади. Бу муаммонинг ҳал қилиниши «аҳоли ўртасида касалланиш даражаси ва ўлим кўрсаткичини камайтириш»га қаратилган 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишлари билан чамбарчас боғлиқ.

Ҳозирги кунда эхинококкоз касаллигининг олдини олиш чора-тадбирларини такомиллаштириш, жумладан, жарроҳлик тактикани оптималлаштириш ва касаллик рецидивлари профилактикаси ва асоратлар ривожланган вақтда амалиётдан кейинги реабилитация чора-тадбирлари комплексини ишлаб чиқиш долзарб масалалардан бири бўлиб қолмоқда.

Тадқиқотнинг мақсади: Эхинококкоз касаллиги билан касалланиб, жарроҳлик усулида даволанганларнинг эпидемиологик таҳлилини ўтказиш.

Тадқиқот материали ва услублари: Тошкент тиббиёт академияси 2-клиникасининг умумий жарроҳлик бўлимида 2018-2019 йиллар давомида 120 нафар эхинококкоз касаллиги билан касалланиб даволанганларнинг касаллик тарихлари. Ушбу тадқиқотни амалга оширишда эпидемиологик ва статистик тадқиқот услубларидан фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари. Тошкент тиббиёт академияси 2-клиникасининг умумий жарроҳлик бўлимида 2018-2019 йиллар давомида 120 нафар эхинококкоз касаллиги билан касалланиб даволанганларнинг 65 нафарини эркаклар 54%, 55 нафарини аёллар 46% ташкил қилган 1-расм.



Тошкент тиббиёт академияси 2-клиникасининг умумий жарроҳлик бўлимида 16 ёшдан катталар даволанади. Шунинг учун 2018-2019 йиллар давомида 120 нафар эхинококкоз касаллиги билан касалланиб даволанганларни ёшлар бўйича таҳлил қилганимизда 16 ёшгача бўлган болалар йўқ, қолган ёшдагиларнинг эхинококкоз билан касалланиши 1-жадвалда кўрсатилган.

1-жадвал

Тошкент тиббиёт академияси 2-клиникасининг умумий жарроҳлик бўлимида эхинококкоз касаллиги билан даволанганларнинг ёшлар бўйича тақсимланиши 2018-2019 йиллар

№	Ёш гуруҳлари	2018 Мутлоқ сонда	2019 Мутлоқ сонда	Жами:	%
1	16-20 ёш	4	1	5	4,2

2	21-30 ёш	13	20	33	27,5
3	31-40 ёш	12	17	29	24,2
4	41-50 ёш	11	10	21	17,5
5	51-60 ёш	6	11	17	14,2
6	61-70 ёш	7	4	11	9,2
7	71 ёшдан катталар	2	2	4	3,3
	Жами:	55	65	120	100%

Юқоридаги жадвалдан кўриниб турибдики эхинококкоз касаллиги билан асосан ўрта ёшдаги аҳолининг меҳнатга яроқли бўлган қисми касалланган, яъни энг кўп 21-30 ёшдагилар 27,5%, 31-40 ёшдагилар 24,2% ташкил этган.

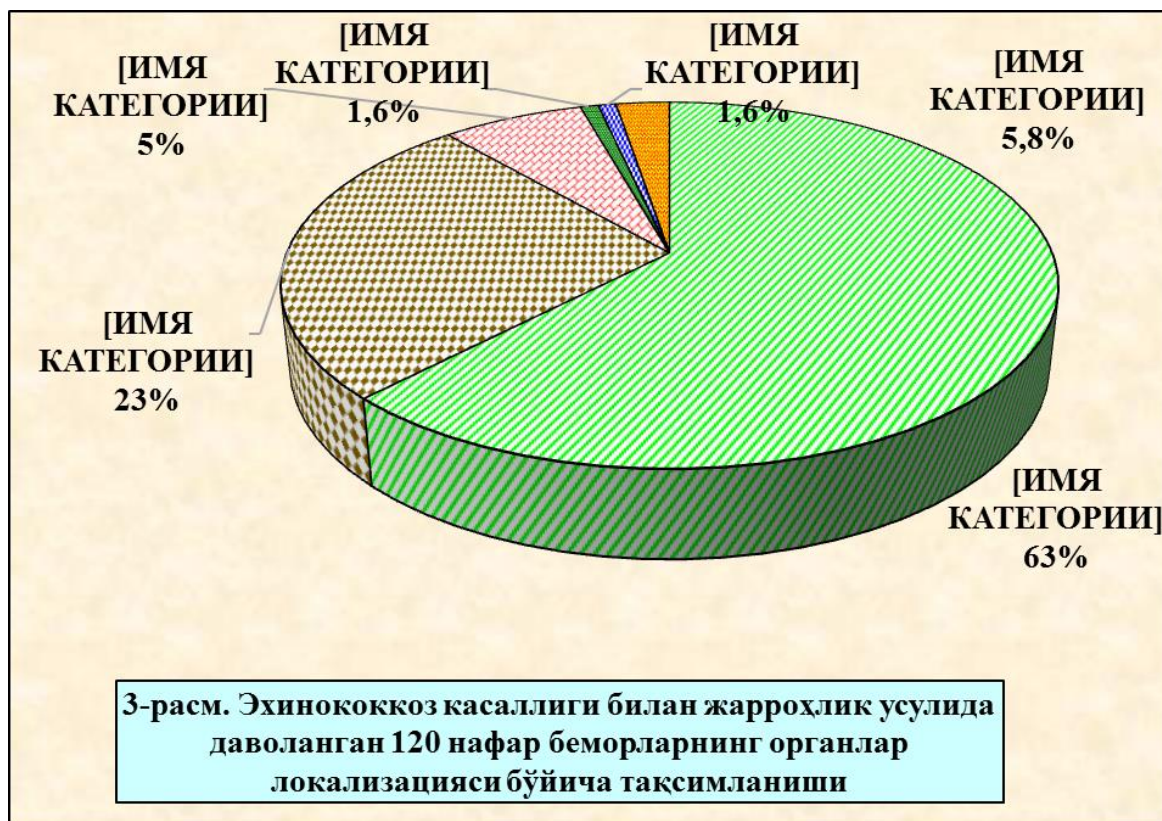
Эхинококкоз касаллиги 3 ёшдан бошлаб барча ёшдагилар орасида учрайди.

Эхинококкоз касаллиги билан жарроҳлик амалиёти ўтказилган 120 нафар беморларнинг ойлар бўйича таҳлил қилганимизда қуйидаги натижаларни олдик 2-расм.



Таҳлил натижаларига кўра 2018-2019 йиллар давомида эхинококкоз касаллиги билан касалланган 120 нафар беморларда жарроҳлик амалиёти барча ойларда ўтказилган. Бу эхинококкоз касаллигининг маълум бир мавсумийликка эга эмаслигини кўрсатади.

Жарроҳлик йўли билан даволанганларнинг органлар локализацияси бўйича тақсим

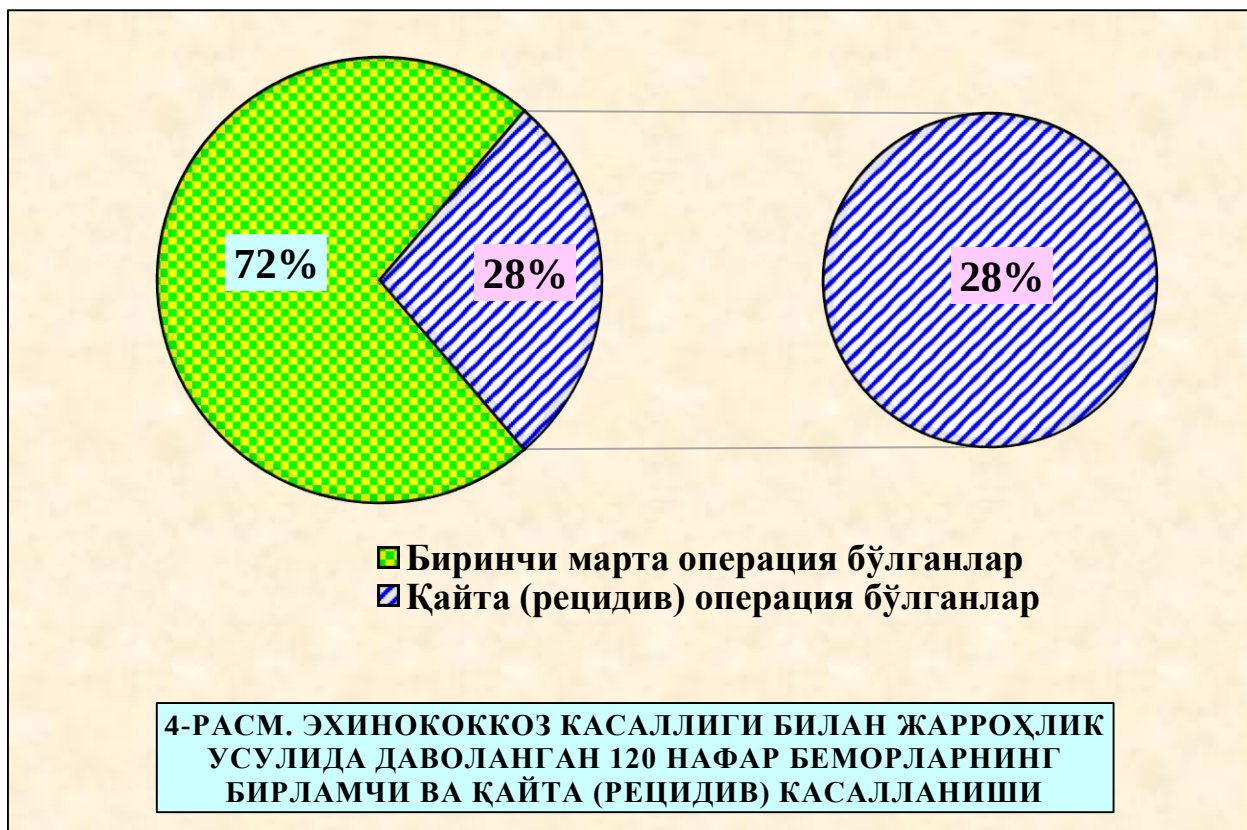


ланиши таҳлилида қуйидагилар аниқланди 3-расм.

Адабиётлар таҳлилидан ҳам маълумки эхинококкоз касаллик энг кўп 60-85% ҳолларда жигарда учрайди. Биз таҳлил қилган 120 нафар касалланганларнинг 75 нафарида (63%) жигарда, 28 нафарида (23%) ўпкада, 6 нафарида (5%) қорин бўшлиғида, бошқа органлар эхинококкози 7 нафарида 3% ташкил қилганлиги аниқланди.

Касалликнинг асосан жигарда учрашига сабаб, касаллик кўзгатувчисининг тухумлари турли омиллар натижасида оғиз олқали ошқозонга, сўнг ингичка ичак орқари қонга сўрилиб жигарга боради, шунинг

натижасида энг кўп жигарда ривожланади. Жигардан ўтган онкосфералар юракнинг ўнг бўлмачасига ундан ўнг қоринга ўтиб, кичик қон айланиш орқали ўпкага боради, шунинг учун жигардан сўнг ўпкада касаллик 15%-20% гача учрайди. Ўпкадан ўтган онкосфералар юракнинг чап бўлмачаси ундан чап қоринчасига ўтиб, катта қон доираси орқали қолган барча органларда ривожланади.



Эхинококкоз касаллигининг жарроҳлик усулида даволангандан сўнг қайтадан (рецидив) ривожланиши, беморлар соломатлигига жиддий таъсир қилади. Бу эхинококкоз касаллигида асоратларни оғир кечишига ва ўлим кўрсаткичларининг ортишига олиб келади. Тошкент тиббиёт академияси 2-клиникасининг умумий жарроҳлик бўлимида эхинококкоз касаллиги билан 120 нафар жарроҳлик усулида даволанганларнинг биринчи марта ва қайта (рецидив) операция бўлганларни таҳлил қилганимизда қуйидаги натижаларни олдик (4-расм). Жами даволанганларнинг 87 нафари яъни 72% бирламчи эхинококкоз, 33 нафар беморларда 28% қайталанган (рецидив) эхинококкоз бўйича жарроҳлик амалиётлари ўтказилганлиги аниқланди.

Хулоса ўрнида шуни таъкидлаш лозимки эхинококкоз касаллиги республикамизда кенг тарқалган паразитар касалликлардан бири бўлиб, касаллик республикамизнинг барча ҳудудларида рўйхатга олинган. Эхинококкоз касаллиги 3 ёшдан бошлаб барча ёшдагилар орасида учрайди, асосан ўрта ёшдаги меҳнатга лаёқатли аҳоли орасида кўпроқ тарқалган. Жарроҳлик усулида даволанган беморларнинг 28% қайталанган (рецидив) эхинококкознинг учраши, бу касалликни олдини олиш чора-тадбирларини такомиллаштириш ва операциядан сўнг консерватив даволашларни тўғри ташкил қилиш лозимлигини кўрсатади.

Фойдаланилган адабиётлар

1. АбдиевТ.А., Махмудова Л.Б.,Саидахмедова Д.Б., Раббимова Н.Т. /Новые подходы к ранней диагностике эхинококкоза // Проблемы биологии и медицины.-Самарканд, 2018.-С.5
2. АбдиевТ.А., СувонкуловУ.Т., КоваленкоД.А., АбдиевФ.Т., Арзиев Х.Ю. /Распространенность гельминтозов в Узбекистане// проблемы биологии и медицины.-Самарканд 2014, №3 (79). С. 16-17.
3. Авасов Б.А. Объемные образования печени - возможности их инструментальной диагностики // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. - 2018. - № 11. - С. 20-22.
4. Анваров Х.Э. // Особенности диагностики и хирургического лечения эхинококкоза печени и его осложнений / Шошилинч тиббиёт ахборотномаси, 2017. - № 1. – С. 97-103.
5. 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
6. Косимов Н.А., Холматов Э.Б., Косимов А.Л., Мусашайхов Х.Т., Отакузиев А.З. Диагностические критерии эхинококкоза печени и меры профилактики его рецидива // Журнал теоретической и клинической медицины. - Ташкент, 2015. - №2. – С. 65-70. (14.00.00, №3).

7. Нишонов Ф. Н., Ботиров А. К., Отакузиев А. З., Нишанов М. Ф. Этиопатогентические аспекты рецидивного эхинококкоза печени и его диагностика // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 2011. - Т. 170, №2. - С. 91-94. (14.00.00, №26).
8. Ниязов У.О., Касимов А.Л., Мусашайхов Х.Т., Отакузиев А.З., Ахмадалиев С.М. Проблемы и возможности диагностики, лечения и профилактики рецидивного и диссеминированного эхинококкоза печени // Научно практический журнал «Терапевтический Вестник Узбекистана». - Ташкент, 2016. - №3. - С.295-298. (14.00.00, №7).
9. Онищенко Г.Г. Заболеваемость паразитарными болезнями в Российской Федерации: научное издание // Эпидемиология и инфекционные болезни.-М., 2007.-С. 4-6.
10. Расулов Ш.М., Матназарова Г.С. Абдукаххорова М.Ф. Эпидемиологическая характеристика и распространение эхинококкоза в Узбекистане Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси.- Тошкент.-2019. №5.-С. 156-158.
11. Расулов Ш.М., Матназарова Г.С., Неъматова Н.У., Миртазаева Н.А. /Эпидемиологическая характеристика эхинококкоза в республике узбекистан //Сборник материалов II Всероссийская научно-практическая конференция «Школа эпидемиологов: теоретические и прикладные аспекты эпидемиологии».-Казан.- 2020.-С. 49-51
12. Шевченко Ю.Л., Назыров Ф.Г. Хирургия эхинококкоза. Москва. Изд. «Династия», 2016. 287с.
13. Khidir Yu.A., Shomurod M.R., /Mansur S.T.Blood Indications In Echinococcosis Of Large Horned Animals //The American Journal of Veterinary Sciences and Wildlife Discovery (ISSN–2689-0968) Published: February 27, 2021 | Pages: 9-15 Doi: <https://doi.org/10.37547/tajvswd/Volume03Issue01-03>
14. Liu L et al. Current situation of endemic status, prevention and control of neglected zoonotic diseases in China. // Zhongguo Xue Xi Chong Bing Fang Zhi Za Zhi. 2013 Jun;25 (3):307-11.

РОЛЬ ИНГИБИТОРОВ ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ-5 В ЛЕЧЕНИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Хажиев С.О.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Резюме

В статье изложены современная клиническая и функциональная классификация легочной гипертензии, диагностические алгоритмы. Рассматриваются средства стандартной терапии, новые медикаментозные подходы с использованием антагонистов рецепторов эндотелина, простаноидов, ингибиторов фосфодиэстеразы, а также перспективные лечебные стратегии.

Ключевые слова: легочная гипертензия, сердечная недостаточность, силденафил.

Актуальность

Термин «легочная гипертензия» (ЛГ) объединяет группу заболеваний, характеризующихся прогрессирующим повышением легочного сосудистого сопротивления, которое приводит к развитию правожелудочковой сердечной недостаточности и преждевременной гибели пациентов [1]. ЛГ может быть идиопатической (ИЛАГ), когда установить причину повышения давления в легочной артерии не удастся, или вторичной. Вторичная ЛГ развивается при различных заболеваниях, таких как системная склеродермия, врожденные пороки сердца, ВИЧ-инфекция и другие. Распространенность ЛГ в общей популяции составляет 20-50 на 100000 населения. У всех больных ЛГ независимо от этиологии заболевания патоморфологические изменения сходны с таковыми у больных ИЛАГ и характеризуются сужением легочных сосудов, гипертрофией их стенки, фиброзом и тромбозом интимы *in situ*. Типичные симптомы – нарастающая одышка при физической нагрузке, утомляемость и обмороки. Клинические симптомы неспецифичны, поэтому диагноз часто устанавливается поздно (до 3 лет после появления симптомов), что задерживает адекватное лечение и приводит к ухудшению прогноза.

Современная классификация легочной гипертензии охватывает все возможные состояния, приводящие к развитию данной патологии, и включает 5 основных групп легочной гипертензии в зависимости от причин ее возникновения. Последняя классификация легочной гипертензии датирована 2008 г. и была утверждена на международном симпозиуме по легочной гипертензии (США, штат Калифорния, Дана Пойнт). Однако она была дополнена на последнем Всемирном симпозиуме по легочной гипертензии, который состоялся в Ницце в феврале 2013 г.

Классификация легочной гипертензии (Ницца, 2013)

1. Легочная артериальная гипертензия (ЛАГ):
 - 1.1. Идиопатическая ЛАГ.
 - 1.2. Наследственная ЛАГ:
 - 1.2.1. BMPR 2.
 - 1.2.2. ALK 1 (включая наследственную телеангиоэктазию), SMAD9, CAV1, KCNK3.
 - 1.2.3. Неизвестные.
 - 1.3. Связанная с приемом ЛС и токсических агентов.
 - 1.4. ЛАГ, ассоциированная:
 - 1.4.1. С заболеваниями соединительной ткани.
 - 1.4.2. ВИЧ-инфекцией.
 - 1.4.3. Портальной гипертензией.
 - 1.4.4. Врожденными пороками сердца.
 - 1.4.5. Шистозомозом.
 - 1.4.6. Хронической гемолитической анемией.
 - 1.5. Веноокклюзионная болезнь легких.
2. Легочная гипертензия, связанная с поражением левых отделов сердца:
 - 2.1. Систолическая дисфункция.
 - 2.2. Диастолическая дисфункция.
 - 2.3. Клапанные поражения.
 - 2.4. Врожденные пороки сердца (с поражением левых отделов).

3. Легочная гипертензия при заболеваниях легких/гипоксемии:

3.1. ХОБЛ.

3.2. ИЛЗ.

3.3. Другие заболевания легких.

3.4. Нарушения дыхания во время сна.

3.5. Синдром ожирения – гиповентиляции.

3.6. Легочная гипертензия в условиях высокогорья.

3.7. Аномалия развития легких.

4. Хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия.

5. Легочная гипертензия, связанная с различными факторами:

5.1. Миелопролиферативные заболевания, спленэктомия, хроническая гемолитическая анемия.

5.2. Системные заболевания: саркоидоз, гистiocитоз Х, лимфангиолейомиоматоз легких, нейрофиброматоз, васкулиты.

5.3. Метаболические нарушения: болезни накопления гликогена, заболевания щитовидной железы.

5.4. Другие: обструкция сосудов легких при опухолевых поражениях, фиброзирующий медиастинит, хроническая почечная недостаточность, диализ.

По данным регистров разных стран, минимальная распространенность легочной артериальной гипертензии и идиопатической ее формы составляют 14,0 и 6,0 случая на 1 млн взрослого населения соответственно [6, 7]. Минимальная заболеваемость легочной артериальной гипертензией составляет 14,0 и 2,5 случая на 1 млн взрослого населения в год. По совокупным европейским данным (основаны на регистре Шотландии и других стран), реальная распространенность легочной артериальной гипертензии сегодня колеблется в диапазоне 16–60 человек на 1 млн общей популяции [7, 22, 23].

Легочная гипертензия, ассоциированная с заболеваниями левых отделов сердца, встречается гораздо чаще: при прогрессирующей сердечной

недостаточности — у 60% пациентов с тяжелой систолической дисфункцией и 70% с изолированной диастолической дисфункцией левого желудочка

[2, 38]. Помимо этого, легочная гипертензия может развиваться и при некоторых других заболеваниях. Указанная болезнь чаще всего затрагивает работоспособное население. Так, наиболее подвержены идиопатической легочной гипертензии женщины в возрасте 20–40 лет [1]. Оценка легочной гипертензии у пациентов обязательно должна включать тщательный поиск первопричины заболевания и попытку ее четкой классификации, поскольку это имеет решающее значение для выбора правильной тактики терапевтических мероприятий. Это продиктовано тем, что терапия идиопатической (ИЛГ) и вторичных форм легочной артериальной гипертензии имеет принципиальные различия. Не существует патогномоничных клинических симптомов для ИЛГ [20, 22, 23]. Одышка, усталость, боль в грудной клетке, синкопе и пресинкопе не имеют каких-либо особенностей. Учитывая неопределенный характер признаков, не удивительно, что время от начала клинических проявлений до конкретного диагноза составляет в среднем 2 или более лет [8]. На сегодняшний день диагностический алгоритм при легочной гипертензии хорошо отработан и включает комплекс клинических, функциональных и инструментальных методов исследования [9–11].

Тем не менее катетеризация правых отделов сердца остается золотым стандартом для точного определения уровня давления в легочной артерии и должна обязательно выполняться перед принятием решения о тактике лечения пациентов с легочной артериальной гипертензией [12]. Кроме определения параметров легочной гемодинамики, которые имеют высокую степень корреляции с прогнозом пациентов с идиопатической легочной артериальной гипертензией [13], катетеризация сердца помогает исключить врожденные клапанные поражения сердца, оценить состояние левых отделов сердца и провести прямые «острые» тесты с лекарственными препаратами [14]. За последние два десятилетия интерес к исследованиям в области

терапии легочной артериальной гипертензии значительно возрос. В течение последних пяти лет появились принципиально новые лечебные подходы. Цель лечения легочной артериальной гипертензии состоит в том, чтобы улучшить состояние и выживаемость пациентов, используя

при этом наименее агрессивные меры [15, 16]. Учитывая широкий выбор терапевтических средств, важно понимать, какому пациенту подойдет то или иное лечение. В настоящее время доступно несколько вариантов лекарственной терапии легочной гипертензии, причем все они осуществляются при помощи оригинальных ЛС из всех известных классов патогенетической терапии легочной артериальной гипертензии: ингибиторы ФДЭ-5 (силденафил), антагонисты эндотелиновых рецепторов (бозентан), аналоги простаглицлина (илопрост).

Необходимо отметить, что на современном этапе все три класса ЛАГ-специфической терапии прекрасно зарекомендовали себя с точки зрения эффективности и безопасности в терапии легочной артериальной гипертензии. Также препараты из представленных выше групп имеют внушительную доказательную базу [19, 24]. Особое место отводится препарату силденафил, который относится к классу ингибиторов ФДЭ-5. Силденафил — мощный селективный ингибитор цГМФ-специфической фосфодиэстеразы-5 (ФДЭ-5). Поскольку ФДЭ-5, ответственная за распад цГМФ, содержится в сосудах легких, силденафил, являясь ингибитором этого фермента, увеличивает содержание цГМФ в гладкомышечных клетках легочных сосудов и вызывает их расслабление [24, 25]. У пациентов с легочной гипертензией прием силденафила приводит к расширению сосудов, в первую очередь в легких, и в меньшей степени других сосудов.

Силденафил селективен в отношении ФДЭ-5 *in vitro*. Например, его активность выше такого изофермента, как ФДЭ-6, которая участвует в передаче светового сигнала в сетчатке глаза — в 10 раз. Активность силденафила в отношении ФДЭ-5 примерно в 4 тыс. раз превосходит его

активность в отношении ФДЭ-3, цАМФ-специфической ФДЭ, участвующей в сокращении сердца [21].

Целью: явилось предупреждение развития осложнений и уменьшение стоимости и продолжительности лечения больных с легочной гипертензией с фибрилляцией предсердий в стационаре в результате применения ФДЭ-5

Материал и методы

Материалом исследования явились 12 пациентов, госпитализированных в плановом порядке в отделение терапии клиники Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии за период с января по апрель 2021 года.

При изучении гемодинамических эффектов силденафила при однократном приеме внутрь в дозе 100 мг у 3 пациентов с тяжелым коронарным атеросклерозом (стеноз, по крайней мере, одной коронарной артерии более 70%) среднее системное систолическое АД и диастолическое АД в покое по сравнению с исходным уровнем снизилось на 7 и 6% соответственно. Систолическое давление в легочной артерии снижалось в среднем на 9%. Силденафил не влиял на сердечный выброс и не ухудшал кровотоки в стенозированных коронарных артериях [18–20]. Одним из наиболее масштабных стало исследование SUPER-1 (Sildenafil Citrate Therapy for Pulmonary Hypertension), где изучалась эффективность силденафила у 12 пациентов с первичной легочной артериальной гипертензией (60%), ассоциированной с заболеваниями соединительной ткани (35%), и легочной гипертензией, развившейся после хирургического лечения врожденных пороков сердца (5%). Большинство пациентов имели II (5 пациентов; 41.67%) или III (4 пациентов; 33.3%) функциональный класс легочной гипертензии по классификации ВОЗ, реже встречался I (1 пациент; 8.33%) или IV (2 пациентов; 16.67%) функциональные классы. В исследование не вошли пациенты с фракцией выброса левого желудочка менее 45% и/или фракцией укорочения размера левого желудочка менее 0,2, так же как и пациенты, у которых оказалась неэффективной предшествующая терапия бозентаном. Силденафил в дозах 20, 40 и 80 мг 3

раза в день применяли совместно со стандартной терапией (пациенты контрольной группы получали плацебо). Первичной конечной точкой было повышение толерантности к физической нагрузке в тесте 6-минутной ходьбы через 12 недель после начала терапии. Во всех трех группах пациентов, получавших силденафил в разных дозах, дистанция в тесте 6-минутной ходьбы достоверно увеличилась по сравнению с группой, получающей плацебо. Увеличение пройденной дистанции составило 45, 46 и 50 м у пациентов, получавших силденафил в дозах 20, 40 и 80 мг соответственно. Достоверных различий между группами пациентов, принимавших силденафил, не выявлено.

Результат и обсуждения

У пациентов, получавших силденафил во всех дозах, среднее давление в легочной артерии достоверно снижалось по сравнению с плацебо. С поправкой на эффект плацебо снижение давления в легочной артерии у пациентов, получавших силденафил в дозах 20, 40 и 80 мг, составило 2,1, 2,6 и 4,7 мм рт. ст. соответственно. Статистически достоверной разницы между эффектом разных доз силденафила не отмечалось. Кроме того, выявлялось улучшение следующих показателей центральной гемодинамики: легочного сосудистого сопротивления, давления в правом предсердии и сердечного выброса, которые являются чрезвычайно важными прогностическими параметрами. Изменения таких гемодинамических показателей, как частота сердечных сокращений и системное артериальное давление, были незначительными. Степень снижения легочного сосудистого сопротивления превосходила уровень снижения периферического сосудистого сопротивления. У пациентов, получавших силденафил, выявлялась тенденция к улучшению клинического течения заболевания, в частности снижение частоты госпитализаций в течение года по поводу основного заболевания. Доля пациентов, состояние которых улучшилось по крайней мере на один функциональный класс по классификации ВОЗ в течение 12 недель, в группах силденафила была выше (28, 36 и 42% пациентов, получавших силденафил в дозах 20, 40 и 80 мг соответственно),

чем в группе плацебо (7%). Кроме того, лечение силденафилом по сравнению с плацебо приводило к улучшению качества жизни пациентов, особенно по показателям физической активности, и тенденции к снижению индекса одышки по шкале Борга. Процент пациентов, которым к стандартной терапии пришлось добавлять препарат из другого класса специфической терапии, в группе плацебо был выше (20%), чем в группах пациентов, получавших силденафил в дозах 20 (13%), 40 (16%) и 80 мг (10%). 8 из 12 пациентов продолжили лечение. Через один год 94% из них были живы.

Пациенты, закончившие лечение в 12-недельный период, были рандомизированы для включения в долгосрочное исследование SUPER-2 [21]. Согласно результатам данной работы, дистанция (в метрах) в тесте с 6-минутной ходьбой увеличилась у всех групп пациентов, получавших силденафил, по сравнению с исходной. Среди 7 пациентов, закончивших лечение силденафилом в монотерапии в течение 1 года, отмечалось увеличение толерантности к физической нагрузке по сравнению с исходным уровнем: пройденная дистанция за 6 мин увеличилась до 51 м. Важнейшим аспектом любой лекарственной терапии, кроме эффективности, является ее безопасность [7, 8]. В связи с чем в данном исследовании особое место отводилось тщательному мониторингу нежелательных явлений. Побочные эффекты отмечались в основном в виде приливов крови к лицу, диспепсии и диареи. Для всех доз силденафила эти явления носили легкий и умеренный характер, не потребовали отмены препарата и не сопровождались статистически значимыми изменениями лабораторных показателей. Не отмечалось также различий в случаях клинического ухудшения между пациентами, прошедшими лечение силденафилом, и теми, кто принимал плацебо. При оценке годичной выживаемости пациентов, леченных силденафилом (оценка Каплан – Майер),

она составила 94% [8]. На современном этапе изучения легочной артериальной гипертензии все чаще встает вопрос о комбинированной терапии [5]. Это касается тяжелых групп пациентов, как правило, с прогрессирующим течением заболевания и серьезным функциональным классом (III, IV). И в данном аспекте весьма перспективной представляется комбинация силденафила и антагонистов эндотелиновых рецепторов. В исследовании COMPASS-1 изучалось влияние добавления силденафила к терапии бозентаном у пациентов с легочной артериальной гипертензией. При оценке параметров легочной гемодинамики показано статистически достоверное снижение легочного сосудистого сопротивления уже через 60 мин после перорального приема силденафила [22]. Особый интерес представляет работа Simonneau G. et al., где изучалась комбинированная терапия силденафилом и эпопростенолом. В исследование были включены 9 пациентов со стабильным течением легочной артериальной гипертензии на фоне внутривенного введения эпопростенола. В исследование были включены пациенты с легочной артериальной гипертензией, ассоциированной с диффузными заболеваниями соединительной ткани, и легочной гипертензией, развившейся после хирургического лечения врожденных пороков сердца.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Мартынюк Т.В., Чазова И.Е., Наконечников С.Н. Легочная гипертензия: актуальные вопросы диагностики и лечения. — Фарматека. — 2012. — № 5 (238). — С. 52-56.
2. Российские рекомендации по диагностике и лечению легочной гипертензии. — 2007.
3. Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension. The task force for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension of the ECS and ERS, endorsed by the ISHLT // Eur. Heart. J. — 2009. — Vol. 30. — P. 2493-537.

4. Rich S., Seiditz M., Dodin E. et. al. The short-term effects of digoxin in patients with right ventricular dysfunction from pulmonary hypertension // *Chest*. — 1998. — Vol. 114. — P. 787-92.
5. Olschewski H., Simonneau G., Galie N. et. al. Inhaled iloprost in severe pulmonary hypertension // *N. Engl. J. Med.* — 2002. — Vol. 347. — P. 322-9.
6. McLaughlin W., Oudiz R.J., Frost A. et. al. Randomized study of adding inhaled iloprost to existing bosentan in pulmonary arterial hypertension // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* — 2006. — Vol. 174. — P. 1257-63.
7. Lang I., Gomes-Sanches M., Kneussi M. et. al. Efficacy of longterm subcutaneous treprostinil sodium in pulmonary hypertension // *Chest*. — 2006. — Vol. 129. — P. 1636-43.
8. Galie N., Humbert M., Vachiery J.L. et. al. Effect of beraprost sodium, an oral prostacyclin analogue, in pulmonary arterial hypertension: a randomized, double-blind placebo-controlled trial // *JACC*. — 2002. — Vol. 39. — P. 1496-502.
9. Rubin L.J., Mendoza J., Hood M. et. al. Treatment of primary pulmonary hypertension with continuous intravenous prostacyclin (epoprostenol). Results of a randomized trial // *Ann. Intern. Med.* — 1990. — Vol. 11. — P. 485-91.
10. Galie N., Rubin U., Jansa P. et. al. Treatment of patients with mildly symptomatic pulmonary arterial hypertension with bosentan (EARLY study): a double-blind, randomized, controlled trial // *Lancet*. — 2008. — Vol. 371. — P. 2093-2100.
11. Rubin L.J., Badesch D.B., Barst R.J. et. al. Bosentan therapy for pulmonary arterial hypertension // *N. Engl. J. Med.* — 2002. — 346. — P. 896-903.
12. Humbert M., Barst R.J., Robbins I.M. et. al. Combination of bosentan with epoprostenol in pulmonary arterial hypertension: BREATHE-2 // *Eur. Respir. J.* — 2004. — Vol. 24. — 353-9.
13. Galie N., Rubin L.J., Jansa P. et. al. Treatment of patients with mildly symptomatic pulmonary arterial hypertension with bosentan (EARLY

- study): a double-blind, randomized, controlled trial // *Lancet*. — 2008. — Vol. 371. — P. 2093-100.
14. Humbert M., Segal E.S., Kiely D.G. et. al. Results of European post-marketing surveillance of bosentan in pulmonary hypertension // *Eur. Respir. J.* — 2007. — Vol. 30, № 2. — P. 338-44.
 15. Barst R.J., Langleben D., Badesch D. et. al. Treatment of pulmonary arterial hypertension with the selective endothelin-A receptor antagonist, sitaxsentan // *JACC*. — 2006. — Vol. 47. — P. 2049- 56.
 16. Ghofrani H.A., Rose F., Schermuly R.T. et. al. Oral sildenafil as long-term adjunct therapy to inhaled iloprost in severe pulmonary arterial hypertension // *J. Am. Coll. Cardiol.* — 2003. — Vol. 42. — P. 158-164.
 17. Michelakis B.K., Tymchak W., Noga M. et. al. Long-term treatment with oral sildenafil is safe and improves functional capacity and hemodynamics in patients with pulmonary arterial hypertension // *Circulation*. — 2003. — Vol. 108. — P. 2066-9.
 18. Ghofrani H.A., Rose F., Schermuly R.T. et. al. Oral sildenafil as long-term adjunct therapy to inhaled iloprost in severe pulmonary arterial hypertension // *JACC*. — 2003. — Vol. 42. — P. 158-64.
 19. Galie N., Brundage B., Ghofrani H.A. et. al. Tadalafil therapy for pulmonary arterial hypertension // *Circulation*. — 2009. — Vol. 119. — P. 2894-903.
 20. Мартынюк Т.В., Наконечников С.Н., Чазова И.Е. Новые возможности в лечении больных легочной артериальной гипертензией: Европейские рекомендации 2009 года // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. — 2010. — № 2. — С. 86-99.
 21. Sandoval J., Caspar J., Pulido T. et. al. Graded balloon dilation atrial septostomy in severe primary pulmonary hypertension // *JACC*. — 1998. — Vol. 32. — P. 297-304.
 22. Trulock E.R., Edwards L.B., Taylor D.O. et. al. Registry of the International Society for heart and lung transplantation // *J. Heart. Lung. Transplant*. — 2006. — Vol. 25. — P. 880-92.

LAMIACEAE OILASIGA KIRUVCHI AYRIM DORIVOR O'SIMLIKLARNI XALQ TABOBATIDA QO'LLANILISHI

Rahimova H. R.

Fergana medical institute of public health

Lamiaceae oilasi yer yuzidagi eng yirik oilalardan biri hisoblanadi. Uning vakillari asosan issiq va mo'tadil iqlimli mamlakatlarda keng tarqalgan. Bu oilaga 200 ga yaqin turkum va 3000 tur kiradi. O'rta Osiyoda 53 turkumga mansub 360 tur, O'zbekistonda esa 42 turkumga mansub 210 tur, Farg'ona vodiysida esa 26 turkumga oid 59 tur o'sishi ma'lum. Yalpizdoshlar oilasi O'zbekiston florasida ham keng tarqalgan oilalardan biri bo'lib, foydali turlarga boyligi bilan boshqa oilalardan ajralib turadi.

Yalpiz, Marmarak, Kiyiko't, Bozulbang, Tog'rayhon, Limono't, Arsloquloq kabi turkumlarning vakillari juda qadimdan beri tibbiyotda, oziq ovqat, qandolatchilik va parfyumeriya sanoatida foydalanib kelinmoqda.

Labguldoshlar oilasining 200 turkumi va 3500 turi bor. Ular butun er yuzining deyarli hamma joyida uchraydi va o'rmon, dasht, sahro va tog'larda o'sadi.

Yalpizdoshlar oilasiga mansub turlar tahlil qilinganda bu oilaga mansub Nepeta turkumi vakillari (9tur) ko'pligi bilan ajralib turadi. Ikkinchi o'rinda Eremstachys (8 tur), uchinchi o'rinda esa Scutellaria va Phlomis turkumi (5 tadan turi) turlari kko'p tarqalishi jihatidan etakchi o'rinlarda turadi.

Tog'li va tog'oldi xududlarida erta bahorda Salvia va Lagochilus turkumiga mansub (4 tadan tur) o'simliklarni gullab, urug'laganini ko'rish mumkin. Farg'ona vodiysida Perovskia va Dracocephalumning esa 2 tadan turi, qolgan turkumlarning faqat bittadan turi uchraydi xalos.

Xalq tabobatida bozulbang o'tidan tayyorlanadigandamlama, qaynatma, suyuq va quyuq ekstraktlardan har xil sabablarga aloqador qon ketarlar mahalida qon to'xtatuvchi vosita tariqasida qo'llaniladi.

Bu o'simlik preparatlari o'pka, burun, bavo-sil tugunlari, bachadondan qon ketayotgan mahallarda, jarrohlik operatsiyalari paytida, gemofiliya kasallida qon to'xtatuvchi va qon ketishini oldini oluvchi vosita tariqasida qo'llaniladi.

Tog' rayhonning yer ustki qismidan tayyorlangan dimlama ,suyuq ekstrakti va turli yig'malar- choylar tarkibida nafas yo'llari kasalliklarida balg'am ko'chirish,ichak peristaltikasini yaxshilash,ishtaxa ochish,ovqat xazmini yaxshilash,siydik va yel xaydash uchun qo'llaniladi.

Limono't qadimdan xalq tabobatida turli kasalliklarni davolashda ishlatib kelingan.Abu Ali ibn Sino uning yer ustki qismini yurak ishini va ovqat xazmini yaxshilash uchun qo'llagan.Xalq orasida xozirgi kunda ham limono'tning yer ustki qismi (ba'zan bargining) damlamasi ovqat xazmini yaxshilash maqsadida keng foydalaniladi.Bundan tashqari,u kamqonlik,asab va yurak kasalliklarini davolash uchun,og'riq qoldiruvchi,surgi sifatida ham qo'llaniladi.

ADABIYOTLAR RO'YXATI.

Flora of Uzbekistan, Tashkent: Publishing House of the Academy of Sciences of the Uzbek SSR. 1961 . v. 5. from. 263-415.

Акбаров М. Х., Жураев З. Н. Состояние ценопопуляций *Scutellaria adenostegia* Briq.(Lamiaceae) в Ферганской долине //Science and Education.– 2020.– Т. 1.– №4.

Xolmatov X.H., Mavlonqulova Z.I.,Maxsumov M.N “Qon oqishini to'xtatuvchi dorivor o'simliklar” Tashkent. “Ibn sino”.-1993.-220 bet.

Karimov V.A.,Shomahmudov A “Xalq tabobatida va zamonaviy ilmi tibda qo'llaniladigan shifobaxsh o'simliklar”. Tashkent. “Ibn sino”.-1993.-30 bet.

Pratov O'., Madumarov T.A., Naraliev N.M. O'zbekistonning noyob o'simliklari. O'quv metodik qo'llanma.Toshkent, 2011.

КЛИНИКО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОТЕЙНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Рахматов Н.А.,Джонибеки Р.И.

ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

г.Душанбе, Таджикистан

Актуальность: Среди инфекционных заболеваний детского возраста ведущее место занимает инфекции дыхательных путей. В последующем по частоте регистрируется инфекции группы кишечных инфекций. Вместе с тем

острые кишечные инфекции, которые наблюдаются в детском возрасте имеют преимущественное распространение среди детей раннего возраста. Ежегодно в мире среди населения земного шара регистрируется более 3-х миллиардов случаев острых кишечных инфекций. Так, по данным ВОЗ более 60% ОКИ отмечается среди детей раннего возраста, что к сожалению в большинстве случаев могут привести к не только формированию преморбидных состояний (анемии, гипотрофии, токсико-дистрофических состояний), также могут стать причиной высокого уровня летального исхода данной возрастной группы. По частоте формирования ОКИ у детей раннего возраста могут являться не только энтеропатогенная, но и условно – патогенная флора (протейная, клебсиеллезная инфекция, синегнойная палочка и др.) о чем сообщал еще 1885 году G. Hauzer. Так, в течение многих десятилетий палочки протей считались сапрофитной микроорганизмом, которая имела довольно широкое распространение во внешней среде. Лишь в 60-80-е годы прошлого столетия данная палочка была включена в группу условно-патогенных микроорганизмов и была дана научно- обоснованная характеристика этого возбудителя в формирование ОКИ. Возбудители протейной инфекции включены в группу *Proteus*, семейства *Enterobacteriaceae*, в настоящее время известно 5 разновидностей этого возбудителя: *P.vulgaris*, *P.mirabilis*, *P.morganii*, *P.retrgeri* и *P.inconstans*. Среди этой группы *P.vulgaris* и *P.mirabilis* занимают особое место в плане формирования кишечных проявлений у человека. Палочки протей имеют довольно широкое распространение во внешней среде. Их можно обнаружить в почве, воде, продуктах питания, а также в предметах домашнего обихода. Чувствительность к данной инфекции особенно проявляется среди новорожденных и детей раннего возраста. При данной инфекции отчетливо реализуются все пути фекально -орального механизма инфицирования (продукты питания, вода, контактно- бытовой способ). Кроме этого, дети раннего возраста чаще всего инфицируются в различных лечебных отделениях различных стационаров, отделениях реанимации

больниц. Данная инфекция не является сезонным, могут наблюдаться в течение года и могут дать вспышки данной инфекции.

Целью исследования: явилось изучение клинико-эпидемиологической характеристики протейной инфекции у детей раннего возраста, госпитализированных в детскую клиническую инфекционную больницу г.Душанбе.

Материалы и методы исследования: Анализ историй болезни 31 ребенка поступивших на стационарное лечение в клинику с диагнозом протейная инфекция. Диагноз протейной кишечной инфекции у всех прослеженных больных детей, кроме клинических проявлений был также подтвержден лабораторно бактериологическим посевом кала на высеивание колоний палочек протей.

Результаты исследования: Среди прослеженных больных возрастная структура детей раннего возраста имела следующую картину; до 6-мес. – 9,6% , 7 до 12 месяцев -64,5%, от 1 года до 2- лет -25,8%. Девочек было - 64,5% , а мальчиков 35,5%. Городских детей было -38,7%, а 61,3% - составили сельские жители. Все заболевшие не посещали организованные детские коллективы. Из общего количества больных лишь - 3,2% ребенка находились на естественном вскармливании, 14,4% - на искусственном вскармливании , а 82,4% детей из числа заболевших находились на смешанном вскармливании. Из эпидемиологического анамнеза выяснилось, что 32,2% среди поступивших имели контакт с больными, которые имели явные клинические проявления кишечной инфекции. В 87,1 % случаях в семье матери и другие лица, которые ухаживали за ребенком не соблюдали в полном объеме правила личной гигиены . Среди заболевших детей выявлено, что в 67,7% случаях пользовались бутылочками (сосклеты) без соблюдения правил гигиены, а также пользовались пустышками. В конечном итоге всё вышеперечисленное явилось причиной возникновения кишечной инфекции (возможно протейной инфекции). Однако многие из числа

прослеженных больных с протейной инфекцией имели ряд сопутствующих преморбидных заболеваний, как гипотрофия (83,8%), рахит (67,7%), анемия (38,7%), которые имели влияние на иммунный статус данной возрастной группы.

При поступлении в стационар состояние больных оценивалось как тяжелое за счет наличия признаков общей интоксикации (лихорадка, снижение или отсутствие аппетита, тошноты, рвоты, вялости и др.), а также признаки обезвоживания организма (жажда, западение глазных яблок, сухость кожных покровов и слизистых оболочек, беспокойство и др.), а также кишечные проявления частой диареей у всех прослеженных больных.

В клиническом аспекте более 64,5% детей обратились за медицинской помощью на 2-ой - 3-й день заболевания, а 35,5% случаев обратились в приёмное отделение стационара позже 3-го дня. Начальные признаки заболевания проявлялись повышением температуры тела в 70,9% (до 38° - 58,1%, от 38° и выше), рвотой - 87,1% (однократно - 16,3%, многократно - 70,8%), диареей - 100% (до 5-6 раз в сутки - 64,5%, 7-10 раз - 22,4% и более 10 раз - 13,1%). Стул у 90,2% больных был жидким с первого дня заболевания; в 6,4% случаях имел желтую окраску, а в 93,6% случаях желто-зеленую окраску, у всех больных стул был объёмным и содержал большое количество слизи.

Больные получали в отделение следующие лечение: оральную регидратацию по плану "Б" в 74,2% случаях, а в 25,8% детям с проявлениями выраженного обезвоживания назначалось лечение по плану "В" рекомендации ВОЗ. Кроме того, в терапию больных были включены биопрепараты (бактисубтил, лакто Г, латсидофил), ферменты (креон, панкреатин), адсорбенты (смекта) и цинк. Дети, которые их состояние оценивалось как тяжелое, а также имели сопутствующие заболевания в терапию были включены антибиотики в зависимости от чувствительности возбудителя - ципрофлоксацин, цефтриаксон в 25,8% случаях. Признаки

общей интоксикации и обезвоживания организма нивелировались к 4-5-ому дню пребывания в отделении. Явление же диареи, также имели тенденцию к нормализации на 3-4 –й день с момента поступления в стационар.

После 4-5-го дня пребывания больных в отделение на фоне проведенного лечения отмечено положительная динамика, которая проявлялась улучшением общего состояние детей, нормализации температуры тела, прибавкой веса, а также в последующем получении отрицательного результата бакпосева данного возбудителя. В последующем дети были выписаны из стационара на 8-9-й (76,5% и 23,5%) пребывания в отделение в удовлетворительном состоянии домой.

Выводы: Протейная инфекция преимущественно прослеживается среди детей раннего возраста, инфицированность чаще регистрировалась среди жителей сельской местности (61,3%), а также высокий уровень заболеваемости связано у детей, которые находились на искусственном и смешанном вскармливании (84,7%) и в быту использование соскуляторов без соблюдения гигиенических правил, пустышек (83,8%), что являлось причиной заражения данным возбудителем. Клиническая симптоматика протейной инфекции отмечено у всех больных, проявлениями признаков общей интоксикации и обезвоживания организма детей раннего возраста . При этом , своевременное обращение и адекватно начатая терапия у данных больных имело благополучный исход.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРИ У ПРИВИТЫХ ДЕТЕЙ

Рузиев А.Р

г.Навои, Узбекистан

Корь, несмотря на более чем 30-летнюю историю вакцинопрофилактики , остается важной проблемой здравоохранения не только в развивающихся странах, но и в ряде развитых стран. Введение вакцинации обеспечило успех в борьбе с корью, существенно

снизив заболеваемость и смертность от этой инфекции. В условиях широкого проведения активной иммунизации удалось добиться значительного и стабильного снижения заболеваемости и дальнейшего уменьшения показателей тяжести кори (Мусабаев И.К., 1988; Юнусова Х.А., 1982; Махмудов О.С., Аскарлова Д.А., 2001). Однако, несмотря на эффективность вакцинации и снижение в некоторых странах мира заболеваемости до единичных случаев, эпидемические вспышки возникают каждые 3 или 4 года (Таточенко В.К., 2000; Аскарлова Д.А., 2000). Эпидемические подъёмы обусловлены рядом причин, основными из которых являются низкий (<90%) охват иммунизацией населения и образование не иммунной прослойки среди детей; ослабление с годами прививочного иммунитета у своевременно вакцинированных лиц (Таточенко В.К., 2000; Аскарлова Д.А., 2000); возможная циркуляция дикого штамма вируса кори; миграцией населения в связи с войнами, во время которых иммунизация не проводится. Причинами этих случаев заболеваний могут быть следующие: а) высококонтагиозная природа вируса кори, преодолевающая вакцинальный иммунитет, несмотря на наличие специфических антител ; б) дефекты в программах иммунизации, ведущие к неполному охвату прививками или ошибками в процессе вакцинации ; в) отсутствие сероконверсий ввиду или использования неполноценных отдельных серий вакцины (несоблюдение холодовой цепи) или толерантности прививаемых лиц ; г) передача вируса иммунными лицами или наличие асимтоматических случаев вакцинированной популяции.

Цель исследования – изучить особенности течения кори у детей, вакцинированных против кори.

Материалы и методы исследования: Для решения поставленных задач нами в течение 2018-2019гг. обследованы 76 детей с различными формами кори в возрасте от 6 месяцев до 14 лет. Обследованные больные находились на стационарном лечении в инфекционном отделении город Навои. Из общего числа наблюдаемых больных 40% были ранее привиты против кори, 60% больных вакцинопрофилактику не получили. Для систематизации клинических проявлений кори использовали классификацию, предложенную И.К Мусабаевым. К типичному течению болезни относили симптомы, характеризующиеся цикличностью инфекционного процесса со сменой периодов катарального, высыпания и пигментации, а атипичным считали заболевание, протекающее с

сокращением классической симптоматики и свойственной кори динамики изменений симптомов, а также с нарастанием в динамике титра антител в ИФА. При выполнении работы использованы клинические, биохимические, серологические, иммунологические и статические методы исследования. Исследования выполнялись на базе вирусологической лаборатории обл СЭС.

Результаты исследований: Обследованные больные дети, вакцинированные против кори, были распределены по возрасту, половой принадлежности, кратности и сроку давности проведенной вакцинации.

Среди 76 обследованных детей 43 детей ((56,6%) оказались мальчики и 33 (43,4%) девочки. По возрасту больные дети разделены на 3 возрастные группы; 1-ю группу составили- 23 детей (30,3%) в возрасте от 6 месяцев до 1 года, 2-ю группу-45 (59,2%) в возрасте от 1 года до 6 лет, 3-ю группу-8 детей (10,5%) в возрасте от 6-14 лет. Из общего количества обследованных детей 18 детей (23,7%) получили полный курс вакцинации (2-х кратно), остальные 58 (76,3%) детей получили неполный курс. По сроку давности проведенной вакцинации, вакцинированные дети против кори были разделены на 3 группы: 1-ю группу составили 23 детей (30,3%) со сроком давности вакцинации до 1 месяца от начала вакцинации; 2-я группа- 45 вакцинированных детей (59,2%) со сроком давности 3 месяца, 3-группа- 8 детей (10,5%) заболевшие через 1 год от начала вакцинации.

Таблица 1.

Распределение обследованных детей, вакцинированных против кори, по возрасту, половой принадлежности, кратности и сроку давности проведенной вакцинации.

Показатели	Больные дети с корью	
	N=76	
	Абс.	%.
Половой принадлежности		

Мальчики	43	56,6
Девочки	33	43,4
Возраст детей		
От 6 месяцев до 1 года	23	30,3
1-6 лет	45	59,2
6-14 лет	8	10,5
Кратности вакцинации		
1-хратно	58	76,3
2-хкратно	18	23,7

Как видно из таблицы 1. из общего количества обследованных детей с диагнозом «Корь» заболевание преваляировало у мальчиков (56,6%). По возрастной принадлежности корь часто встречалась у детей в возрасте от 6 месяцев до одного года, это объясняется тем, что эти данной группы не достигли вакцинального возраста.

Приведенные данные показали, что среди больных детей 23,7% получали полный курс вакцинации против кори и у них корь протекала в митигированной форме. У 76,3 % детей заболевание развилось, возможно, получения неполного курса вакцинации. После массивной ревакцинации заболевание корью отмечалось у 28,6% детей.

Таблица 2.

Эпидемиологические данные больных корью детей. (n-76)

Эпидемиологические данные	Абсолютное число больных	Число больных В %
Были в контакте с больными с корью	38	50
Контакт отрицают	22	28,9
О контакте не знают	16	21,1

Как видно из таблицы, среди обследованных детей 50% были в контакте с больными корью. Родители 28,9% больных детей отрицают контакт и 21,1% больных не знали о контакте.

Таблица 3.

Клинические формы кори у привитых детей.

Течение	Полный N=18		Неполный N=58		Всего N=76	
	абс	%	абс	%	абс	%
Типичное	8	44,4	33	56,9	41	53,9
Атипичное	10	55,6	25	43,1	35	46,1
Тяжесть течения						
Легкая	11	61,1	35	60,3	46	60,5
Среднетяжелая	7	38,9	23	39,7	30	39,5

Тяжелая	-	-	-	-	-	-

Как видно из таблицы 3., у привитых против кори детей заболевание в основном протекало в типичной форме (53,9%), атипичная форма заболевания отмечалась лишь в (46,1%) случаев.

При сравнительном анализе клинического течения кори у детей, получивших вакцинацию, отмечено, что у детей получивших неполный курс вакцинации, корь протекала в типичной форме в 60,3% случаев. Тогда как у детей, получивших полный курс вакцинации, этот показатель составил 44,4% случаев. Атипичной форма заболевания наблюдалась в 43,1,5% и 55,6% случаях соответственно.

У детей, получивших полный курс вакцинации, корь протекала в основном в легкой (60,5%) и среднетяжелой форме (39,5%). Тяжелые формы заболевания у данной группы не регистрировались.

Выводы:

1. Среди детей, вакцинированных против кори, 23,7% получили полный курс вакцинации.
2. На развитие заболевания у привитых детей влияют кратность вакцинации, возраст детей и эпидемиологические данные (контакт с больными с корью).
3. У детей, получивших полный и неполные курс вакцинации, преобладала легкая форма течения кори (61,1% и 60,3% соответственно).

Литература.

1. Рыкушин Ю.П. Стратегия вакцинопрофилактики и элиминация кори в развитых странах // *Жури, микробиол., эпид. и иммунобиол.* -1996.-№ 5.-С. 44-48.
2. Руководство по воздушно-капельным инфекциям Т.: Медицина, 1982. - [4.2] /Под ред. И.К.Мусабаева. 683 с.Юминова Н.В., 3.Краснова В.П. Иммунизирующая и иммуномодулирующая активность дикого вируса кори в очаге инфекции // *Вопр. вирусол.* - 1996. - № 3.- С. 141 - 143.

4.Юминова Н.В. Клеточный и гуморальный иммунитет при кори // Вопр. вирусол. - 1996. - № 2. - С. 81 - 84.

5.Причины заболеваемости привитых детей /А.С. Джулай, П.Е. Бевз, В.А. Животовский, О.А. Джулай //Детские инфекции. - Киев, 1986.-Вып. 16. -С. 20 -24.

6.Рожкова Е.В. Тактика борьбы с корью на современном этапе: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2000. - 25 с.

ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИ БЎЙИЧА ШАҲАР ВА ҚИШЛОҚ АҲОЛИСИНИНГ МУРОЖААТЛАРИНИНГ ТАРКИБИЙ ХУСУСИЯТЛАРИ

Рўзметов Б.Ш., Абдуллаев И.К.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали. Ўзбекистон

Гипертония касаллиги кардиологиянинг энг муҳим ва долзарб муаммоларидан ҳисобланиб, айрим илмий адабиётларда умумий популяциянинг 20%ида, 60 ёшдан катталар орасида 50%гача аниқланиши қайд этилади.(Аляви А.Л., Грачев А.В., 2014). Гипертония касаллигининг энг хавфли асоратларидан бири - ўлим сабабларида тутган ўрнининг юқорилиги ҳисобланади. Маълумотларга қараганда, 55-60% ўлим, 46% ногиронлик гипертония касаллиги туфайли юзага келади. Катта ёшли аҳоли орасида унинг тарқалганлик даражаси 2013 йилда ҳар 100 000 аҳолига – 238,1 га тенг эканлиги қайд этилади (Беляев О.В. ва бош., 2016). Муаллифнинг таъкидлашича артериал гипертония касаллиқни келтириб чиқарувчи омиллар асосан 4 гуруҳга – биологик, (шу жумладан генетик) – касбий, ижтимоий – турмуш билан боғлиқ ва физиологик омиллар таъсирида кўпроқ юзага келиши таъкидланади. Россия Федерациясида ҳозирги даврда 30-49% катта ёшдаги аҳолида артериал гипертония 140/90 мм.рт.ст.дан юқори юради ва унинг яшариши кузатилаётганлиги қайд этилади. (Базина И.Б. ва бош., 2014). Ривожланган давлатларда 5-15%, Россияда 20,2%

хомиладор аёлларда артериал гипертония касаллиги ошиш ҳолати кузатилган (Рогов В. ид., 2013). Мамлакатимизда ўтказилган илмий тадқиқот натижалари бўйича ҳафақонлик касаллигининг тарқалганлик даражаси 35,7%, эркакларда – 28,1% ва аёлларда-40,6%га тенг эканлиги қайд этилган. Шунингдек жинсидан қатъий назар ёш ошиши билан касалликнинг ўсиши таъкидланади (Мамутов Р.Ш. ва бош., 2015). Республикамизда экологик жиҳатдан бир мунча ноқулай вазият юзага келган Орол бўйича ҳудудлари, шу жумладан Хоразм вилоятида ҳам гипертония касаллигининг кейинги йилларда сезиларли даражада ошиши ва ачинарлиси шундаки, унда ёш жиҳатдан яшариш кузатилмоқда. Шаҳар ва қишлоқ аҳолиси орасида гипертония касаллиги бўйича мурожаатларни ўрганиш ва баҳолаш учун Хоразм вилоят кардиология марказининг поликлиника бўлимига 2016-2020 йилларда амалга оширилган 6020 та мурожаатларнинг, шу жумладан 2189 та шаҳар аҳолисига, 3831 таси қишлоқ аҳолиси ҳисобига тўғри келди. Маълумотлар поликлиника бўлимининг қатновларни рўйхатга олиш китобидан кўчирма олиш усули билан амалга оширилди. Олинган маълумотларни статистик таҳлил қилиш, баҳолашда ижтимоий гигиеник ва санитария статистика усулларида кенг фойдаланилди.

Хоразм вилоят кардиология маркази поликлиникасига 2016-2020 йиллар давомида жами 6020 марта мурожаат амалга оширилган, шу жумладан унинг 36,36%и шаҳар аҳолиси ҳисобига амалга оширилган. Мурожаатларнинг 63,34%и (3822) қишлоқ аҳолисига тўғри келди. Гипертония касаллиги бўйича шаҳарда 2016 йилда мурожаатлар 2012 йилга нисбатан 36,9%га ўсган. Ушбу кўрсаткич қишлоқда 4,1%га тенг бўлган. Бу кўрсаткич қишлоқда – 34,7%ни, умумий аҳоли бўйича айнан шу ёш гуруҳларида – 33,5%ни ташкил этган. Барча ижтимоий гуруҳларда ҳам 60 ёшдан кейин гипертония бўйича беморларнинг яшаш сифат даражасига қараб камайиш ҳолати кузатилган. Жами мурожаатларнинг – 85,7%и 40 ёшдан катталарга тўғри келди. Мос ҳолда 14,3%и 39 ёшгача шаҳар аҳолиси ҳисобига рўйхатга олинган. Жами мурожаатларнинг 30,3%ини (1826) 1-даражадаги гипертония касаллиги ташкил қилган бўлса, унинг 63,6%и қишлоқ аҳолиси ҳисобига амалга

оширилган. Ушбу ҳолатни II ва III даражадаги гипертония касаллигида кўрганимизда мос равишда 63,3% ва 64,8% ларга тенг бўлган. Олдин таъкидлаганимиздек бу ҳолат вилоятда қишлоқ ва шаҳар орасида аҳолининг тақсимланиши билан бевосита боғлиқ бўлиши мумкин. Жами мурожаатларнинг шаҳарда 55,1%и II ва 14,6%и III даражадаги гипертония ташкил этганлигини таъкидлаш мумкин. Шунини алоҳида таъкидлаш мумкинки, шаҳарда жами мурожаатларнинг 58,6%и эркакларга ва мос ҳолда 41,4%и аёлларга тўғри келиб кўплаб илмий адабиётлардаги маълумотларга мос ҳолда касалланиш эркакларда нисбатан юқори эканлиги аниқланди. (1,4 маротаба). Мурожаатларни ўрганилган йиллар давомида динамикада кўрганимизда эркакларда мурожаатлар 1,2 маротаба, аёлларда 1,9, шунингдек I даражадаги қон босими – 2,0, II даражадаги - 1,4, III даражадаги гипертония 6,8 маротаба ошган. Ушбу ҳолат эркакларда 1,2 маротаба ошса, аёлларда бу кўрсаткич 1,9ни ташкил этган. 2020 йилда амбулатор даволанишлар 2 маротаба ошса, касалхонада даволаниш ҳолатлари камайган.

БОЛАЛАРДА РЕФРАКЦИЯ АНОМАЛИЯЛАРИ ШАКЛЛАНИШГА ТАЪСИР ҚИЛУВЧИ ФАКТОРЛАРНИ ЎРГАНИШ

Султонова Ф.А.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали Ўзбекистон

Муаммонинг долзарблиги: Болалар ва ўсмирлар кўриш қобилиятини меъёрда сақлаш, ва доимо касалликлардан муҳофаза қилиш муҳим аҳамият касб этади. Улар кўриш қобилиятига турли омиллар салбий таъсир ўтказиши мумкин, шулар қаторига ўқув муассасасида яратилган шароитларни ҳам мисол қилиш мумкин.

Ҳозирги кунда рефракция аномалиялари – болалар офтальмологиясининг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади. Рефракция аномалияси бу кўриш аъзосининг кенг тарқалган ҳолатларидан бири бўлиб, асосан кўзнинг ташқи олам суратини аниқ жамлай олмаслик ҳолати билан

ифодаланади ва айрим ҳолларда кўриш ўткирлигининг кескин пасайишигача олиб келади.

Ишнинг мақсади: Хоразм вилоятидагимактаб болалари ўртасида офтальмологик тиббий профилактик текширувлар ўтказиш ва сўровнома натижаларни таҳлил қилишдан иборат.

Текшириш усуллари ва материаллари: Биз тиббий профилактик текширув жараёнларига умумий 818 нафар мактаб ўқувчисини жалб қилдик. Шулардан Урганч шаҳридаги 19-сон мактабдан 533 нафар ва Қўшқўпир туманида 1-сон умумий ўрта мактабдаги 285 нафар 1-5 синфда ўқиётган мактаб ўқувчиси ташкил қилди. Тиббий профилактик текширувлардан ташқари мактаб ўқувчилари ва ота-оналари иштирокида олдиндан тайёрланган сўровномани ҳам ўтказдик.

Олинган натижалар: Олинган натижаларга кўра текширувга жалб қилинган мактаб ўқувчиларнинг 52% ни ўғил болалар 48 % қиз болалар ташкил этди. Яшаш жойлари кўра қишлоқ аҳолиси 43% ни, 57 % шаҳар аҳолиси экани аниқланди.

Умумий тиббий профилактик жараёнларига жалб қилинган ўқувчиларнинг 116 нафарида кўриш қобилиятининг пасайиши аниқланди ва бу ҳолат 100 ± 14 нисбатни ташкил этди.

Рефракция аномалияси аниқланган 116 нафар мактаб ўқувчисининг 108 нафарида иккала томонлама 8 нафарида бир томонлама кўриш ўткирлиги пасайиши кузатилди.

Сўровнома таҳлилида мактаб ўқувчиларининг Урганч шаҳридаги мактаб ўқувчиларида 12.5% ни ва Қўшқўпир тумани мактабларида 19% ташкил қилди. Бу ҳолатни қишлоқ аҳолисининг шифокорга вақтида мурожаат қилмагани, аҳолини соғломлаштириш қатлами билан боғлиқ муаммолар ҳамда шахсий гигиена қоидаларига риоя қилмаслик билан изоҳланади.

Ижтимоий жиҳатдан отаси оддий ишчи ва онаси ҳам касбий фаолият билан шуғулланувчиларда нисбатан кўпроқ учраш ҳолатини ота-онанинг бола саломатлигига кўп вақт ажратмаслиги билан ифодаланади.

Сўровномада зарарли одатларидан ичиш ва чекиш каби зарарли одатлари бўлган ота-онанининг фарзандлари рафракция аномалияси кўпроқ учраши кузатилди.

Рефракция аномалияси бор болаларнинг синф хонасининг 90% биринчи партасида ва 70% биринчи яъни дераза остида қаторда ўтириши ҳамда улар ўқиш, ёзиш давомидаги оралиқ масофа 40 см гача эканлигини аниқланди.

Кўриш ўткирлиги пасайиши қайд қилинган болаларнинг мактабдан кейинги бўш вақтларини ўрганганимизда кўпчилик қисми телевизор ва компьютерлардан кўпроқ фойдалангаликлари аниқланди.

Хулоса: Мактаб ўқувчилари кўришинг пасайиши асосан қишлоқ шароитидаги мактабда ва салбий одати бўлган ота-онанинг фарзандларида кўпроқ учраши кузатилди. Мактабдан кейинги бўш вақтларида компьютер ва телевизорлардан кўпроқ вақт фойдаланувчи ўқувчиларни учрашини кўриш органига тушаётган юкламанинг меъёридан ортиқлиги билан изоҳланади.

ПРОБЛЕМЫ ПРОВЕДЕНИЯ ОН-ЛАЙН ЛЕКЦИЙ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ

Таджибаева Р.Б., Дустов Ф.А Ўринов А.М.

Ташкентская Медицинская Академия, Узбекистан

Современное образование, в том числе и медицинское, в период пандемии испытывает небывалые трудности, которые связаны в первую очередь с тем, что большинство образовательных учреждений как в Узбекистане, так и по всему миру, перешли на дистанционный режим работы. Таким образом, образовательные организации, а в особенности преподаватели столкнулись с незнакомой ситуацией, и многие не знали, как в этих новых условиях поддерживать обучающихся, соблюдать учебный план и готовить студентов к предстоящим экзаменам. Сложности были связаны не только с техническими вопросами, такими как стабильность интернет-соединения и освоение новых платформ для онлайн-встреч, а также ресурсов для размещения учебных материалов и проведения он-лайн лекций.

Основной задачей перед лектором было не стремиться к высокой технологичности и предусмотреть альтернативные методы при отсутствии интернет-соединения. Помнить, что не у всех есть Wi-Fi, компьютер с хорошим разрешением экрана, а также условия для занятия в виде отдельного тихого помещения. Главным в такой ситуации является каких целей вы хотите достичь, какие инструменты и ресурсы вам доступны и как максимально вовлечь обучающихся в процесс. Сделать онлайн-лекции удобным для всех, в том числе и для вас как преподавателя, потому что студенты могут задавать вопросы в позднее время, могут находиться в разных часовых зонах. Не бояться показаться некомпетентным, если у вас возникают технические сложности. Если вместо того, чтобы диктовать правила, вы сможете объяснить студентам, что главной целью является работа в команде и решение проблемы, то большинство студентов вас поймут. Может показаться, что онлайн-обучение выстраивает барьер между студентом и преподавателем, а процесс преподавания не приносит желаемого удовлетворения. Но при должном уровне вовлечения его можно достичь и при онлайн-обучении. При использовании дискуссий избегать задавать такие вопросы, на которые все ответы можно получить сразу. Заставляя студентов думать и делиться своими мыслями, вы даете возможность высказаться каждому. Более того, в отличие от очного обучения, у студентов есть возможность дать своим мыслям со-вдохновить студентов, побудить их к дальнейшим рассуждениям и обсуждениям, помочь им понять, что нужно делать после лекции, или осознать, как взаимосвязаны различные элементы учебной программы. И здесь для лектора наступает самый трудный момент: как воссоздать все это в онлайн-режиме? Некоторые лекторы предпочитают оставлять видеокамеры включенными во время онлайн-лекции, чтобы видеть степень вовлеченности слушателей. Другие отключают видео, что помогает оптимизировать соединение в случае слабого интернет-покрытия. Преимущество онлайн-обучения в данном случае в том, что лекцию можно записать и дать возможность отсутствующим в эфире по тем или иным причинам студентам прослушать ее. Важно разбить лекцию на фрагменты,

прерываясь на выполнение небольших интересных заданий, задавать вопросы по прослушанному материалу, что стимулирует активное обучение. В онлайн-лекциях можно использовать метод «перевернутый класс», когда в ходе лекции проводятся различные активности на тему заранее самостоятельно проработанного студентом материала. Старатся соблюдать баланс между синхронными и асинхронными формами обучения, так как они имеют свои плюсы и минусы.

Асинхронное обучение позволяет студентам обучаться в собственном ритме, помогает интровертам и тревожным обучающимся, создавая для них комфортную изолированную атмосферу, способствует рефлексии и обратной связи. В таком формате студенты меньше стесняются задавать вопросы, и их (вопросов) становится намного больше, а содержание их значимее.

ГЛОБАЛЬНОЕ ПОТЕПЛЕНИЕ СОВРЕМЕННОГО КЛИМАТА И МЕРЫ БОРЬБЫ С ЕГО ИЗМЕНЕНИЯМИ

Джафарова Х. Г.^{1*}, Тагиева Ф. Ш.^{2**}

Азербайджанский Медицинский Университет, Факультет
Общественного Здоровья, кафедра Эпидемиологии, Баку, Азербайджан

Аннотация

Глобальное потепление - повышение средней температуры климатической системы Земли, происходящее уже более века, основной причиной чего является человеческая деятельность (антропогенный). Коронавирус отвлек мир от климатического кризиса. Изменение климата является одним из основных современных вызовов. Так, например, непредсказуемость погодных условий, которая ставит под угрозу производство продовольствия, повышение уровня моря, которое увеличивает риск природных катастроф, являются последствиями изменения климата и

имеют глобальный характер и беспрецедентные масштабы. Решительные действия необходимо предпринять сегодня.

Полтора столетия индустриализации, а также сплошная вырубка лесов и применение определенных методов ведения сельского хозяйства привели к увеличению выбросов парниковых газов в атмосферу и росту среднемировой температуры. Одним из основных парниковых газов в атмосфере Земли является углекислый газ - продукт сжигания ископаемого топлива. За 1880–2012 годы средняя глобальная температура повысилась на 0,85 °С. Произошло потепление океанов, сократился объем льда и снега и повысился уровень моря. В период 1901–2010 годов среднемировой уровень моря повысился на 19 см. в результате потепления, которое привело к таянию льдов. Начиная с 1979 года объем ледового покрова в Арктическом океане сокращался в каждом десятилетии на 0,45–0,51 млн кв. км. С учетом существующей концентрации парниковых газов и их продолжающихся выбросов весьма вероятно, что к концу этого столетия средняя глобальная температура повысится на 1–2 °С по сравнению с уровнем 1990 года и на 1,5–2,5 °С по сравнению с доиндустриальной эпохой. Продолжится потепление океанов и таяние льдов. По оценкам, к 2065 году среднемировой уровень моря повысится на 24–30 см, а к 2100 году — на 40–63 см по сравнению с уровнем 1986–2005 годов. Большинство последствий изменения климата будет сохраняться на протяжении нескольких столетий, даже если выбросы парниковых газов полностью прекратятся. Превышение пороговых показателей, ведущее к необратимым изменениям в экосистемах и климатической системе нашей планеты, уже произошло. В результате потепления и засух ситуация в таких экосистемах, как тропические леса Амазонии и арктическая тундра, достигает своей критической точки. Пугающими темпами сокращается объем горных ледников, и многие поколения в будущем столкнутся с такими последствиями этого явления, как сокращение запасов питьевой воды в засушливые месяцы. Глобальное потепление климата способствует развитию инфекционных и инвазионных заболеваний человека во всем мире, тем самым усугубляя проблемы в

области здравоохранения. Возможно распространение трансмиссивных заболеваний как малярия, лихорадка западного Нила, лихорадка Денге, желтая лихорадка болезни Лайма в Европе, клещевого риккетсиоза, клещевого энцефалита. Уровень заболеваемости кишечными инфекционными заболеваниями зависит от качества воды и степени инфицированности продовольственных продуктов. Весьма острой проблемой являются заболевания населения холерой, лямблиозом, криптоспориозом, амебиазом. Повышенная температура явилась фактором риска приблизительно в 30% случаев сальмонеллёзов. Рост температуры воздуха может увеличить заболеваемость астмой. Аллергический ринит продлевает мучения аллергиков, удлиняя сезон распространения цветочной пыльцы. Человечеству угрожает и воздушная экологическая проблема истощения озонового слоя, в том числе появление озоновых дыр над полюсами, с чрезмерным применением фреонов в производстве и быту.

Для устранения антропогенных причин изменения климата, а также выработки возможных мер борьбы с такими изменениями проводятся международные конференции, затрагивающие вопросы глобального потепления климата и влияния его здоровье человека. Стокгольмская конференция, которая прошла с 5 по 16 июня 1972 год в Стокгольме был первый мировой симпозиум, на котором была затронута проблема окружающей среды на мировом уровне и где впервые в рамках международного права был принят документ в области охраны окружающей среды.

Сейчас перед человечеством встали серьёзные экологические проблемы, требующие незамедлительного решения. Для борьбы с этой угрозой необходимы меры профилактики, включая информирование широкой общественности, эпидемиологический надзор и стандартизация метода сбора данных. Необходима разработка обоснованного прогноза последствий антропогенного воздействия на здоровье человека. Проводимые мероприятия должны свести к минимуму негативные влияния антропогенного воздействия с целью охраны окружающей среды.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ЗАХМ БИЛАН КАСАЛЛАНИШНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАХЛИЛИ

Расулов Ш.М., Тешабоев А.М.

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

Долзарблиги: Охирга маълумотларга қараганда жинсий йўллар билан қувчи касалликлардан камида биттаси билан дунёнинг ҳар 25 - инсони касалланган экан. Жинсий йўллар билан юқувчи инфекция билан зарарланган инсон ОИТС ни жинсий йўллар орқали юқиш эҳтимолини бир неча мартабага ошириб беради [1]. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотига кўра ҳар куни дунё бўйлаб 15-49 ёшлар атрофидаги кишиларнинг 1 миллионга яқини жинсий йўллар билан юқувчи касалликни юқтириб олиши тасдиқланган, бундан келиб чиқиб, йилига асосий 4 та инфекция (хламидия, сўзак, трихоманада, захм) билан 376 миллион инсон зарарланиши мумкинлигини кўришимиз мумкин [3]. Хламидия, сўзак, захм хомиладорлик вақтида ва туғиш жараёнида онадан болага юқиши мумкин [2]. Захмда биологик маҳсулотлардан зарарланган сўлак, сперма, қон ва қон препаратлари, инекцион наркотик воситалар қабул қилиш натижасида ҳам юқиши мумкин. Захм 2016 йилнинг ўзида 200 000 га яқин чақолақлар ўлимига ва ўлик туғилишига сабабчи бўлган [3]. Ҳозирги кунда бола тушишининг асосий сабаблардан бири бўлиб ҳисобланган. Захм билан барча ёшдаги инсонлар касалланиши мумкин. Мойиллик барча организмда бирдек, асосий юқиш йўли жинсий аълоқа бўлганлиги сабабли, актив жинсий ҳаёт кечирувчи ва жуфтини тез-тез алмаштирувчи шахсларда кўпроқ учрайди [4]. Афсуски Ўзбекистонда ҳам бу юқумли касаллик билан касалланиш ҳолатлари кенг учрамоқда. Аммо шу билан бирга маиший мулоқот орқали юқиш йўли ҳам захм касаллигининг тарқалишида етакчи йўлларини унутмаслигимиз керак.

Мақсад: Ўзбекистон республикасида захм касаллигининг арқалганлигини ва у билан касалланишини аниқлаш. Тадқиқот объекти ва усуллари:

Республика Санитария-эпидемиологик осойишталик ва жамоат саломатлик хизматидан олинган маълумотлар ва эпидемиологик текширувлар. Натижа: Ўзбекистон Республикасида захм билан касалланиш ҳолатини аниқлаш мақсадида ўтказилган ретроспектив эпидемиологик таҳлил натижасида олинган маълумотлар асосида Ўзбекистон Республикасида захм билан касалланиш ҳолатларининг йилдан-йилга сезиларли даражада ўзгариб бораётганлиги аниқланди. Бу эса ўз навбатида захм касаллиги билан касалланиш ҳолатларининг аҳоли орасида эпидемик тус олаётганлигидан дарак бермоқда. 2015-2019 йиллар оралиғида захм билан касалланишнинг динамик ўзгариши қайд қилинмоқда. Республикамизда захм билан касалланишнинг интенсив кўрсаткичи 2015 йилда 7,05 та, 2016 йилда 7,37 та, 2017 йилда 7,15 та, 2018 йилда 8,26 та, 2019 йилда 8,67 тани ташкил қилган. Ҳудудий жиҳатдан касаллик Тошкент вилоятида қолган вилоятларга қараганда нисбатан кўпроқ учрамоқда. Касалланишни сўнги 5 йиллигини вилоятлар кесимида таҳлил қилганимизда 1-ўринда Тошкент вилояти, 2-ўринда Самарқанд вилояти, 3-ўринда эса Қорақалпоғистон Республикасига тўғри келганлигини аниқладик. Аммо шунга қарамасдан қишлоқ жойларда касалланиш шаҳарда касалланишга қараганда кўпроқ учрамоқда. Охириги 5 йиллик захм билан 117 касалланишни таҳлил қилганимизда касалланганларнинг 56% қишлоқ аҳолисига, 44% шаҳар аҳолисига тўғри келгани аниқланди. Касалланганларни ёш бўйича таҳлил қилганимизда 1 ёшгача бўлган болалар жами касалланганларни 0,02% ни, 1-2 ёшдагилар 0,01% ни, 3-5 ёшлилар 0,02% ни, 6-14 ёшдагилар 0,06% ни ва 14 ёшдан юқорилар 99,9% ни ташкил қилиши аниқланди. Захм билан касалланишда жинсий йўл асосий ҳисобланганлиги туфайли касалланганлар орасида катта ёшдагиларнинг улуши юқори бўлиши табиий ҳол бўлиб, текширув натижамиз ҳам яна бир бор бунни исботлади. Касалликни жинслар орасида тарқалишини таҳлил қилганимизда захм билан 2015-2019 йиллар ичида касалланишни 63,4% ни эркаклар ташкил қилган бўлса, қолган 36,6% ни аёллар ташкил қилган. Кўриниб турибдики юртимизда захм билан асосан эркаклар касалланар экан. Хулоса: 2015-2019

йиллар давомида Ўзбекистонда захм билан касалланишнинг динамик тахлилида, шу аниқландики захм асосан эркаклар орасида тарқалган, касаллик тарқалиши бўйича ёшнинг ва жинсий етилганликнинг ҳам ўрни мавжудлиги тахлилимизда яққол ўз тасдиқини топди. Шахар ва қишлоқ аҳолиси орасида касалланишнинг фарқланишида, қишлоқ аҳолисини жинсий йўллар билан юқувчи касалликлар ҳақида билимини ошириш кераклигини тақазо қилишимиз кераклиги яққол намоён бўлмоқда. Вояга етганлар орасида бу касалликни кўп учраши, тартибсиз жинсий аълоқалар сабабли юзага келиши билан тарифлашимиз мумкин. Касалланиши мумкин бўлган асосий контингент ёки касалланиб бўлганларни бошқаларга юқтирмаслигини олдини олишимиз бизнинг асосий мақсадимиз бўлиб қолмоқда.

Адабиётлар

1. Бондаренко Г. М., Мавров Г. І., Осінська Т. В., Щербакова Ю. В., Нікітенко І. М., Унучко С. В., Чирва В. Б., Тесленко С. В., Барсукова Л. І. Особливості розповсюдження інфекцій, що передаються статевим шляхом, з урахуван-ням впливу ВІЛ-інфекції в Україні. Дермато -логія та венерологія. 2017. No 1. С. 8–14
2. Кунгуров Н.В., Полякова Н.В., Зильберберг Н.В., Левчик Н.К. Дифференциальная диагностика врожденного и приобретенного сифилиса у детей до двух лет // Современные проблемы науки и образования. — 2015. — № 5. [Kungurov NV, Polyakova NV, Zilberberg NV, Levchik NK. The differential diagnosis of congenital and acquired syphilis in children up to two years. Modern problems of science and education. 2015;(5). (In Russ).] Доступно по: <https://www.scienceeducation.ru/ru/article/view?id=21812>

3. Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) // Всемирная организация здравоохранения. URL: [https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

4. Бурмистрова Т. И. Организация службы охраны здоровья матери и ребенка и современные технологии

и снижения фетального и детского материнского риска в Приморском крае: автореф. дис. д-р. мед. наук – М., 2006. –

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: қавш қайтарувчи ҳайвонлар йирик Шохли моллар (қорамол, буғу, қўтос), майда шохли ҳайвонлар (қўй, эчки, оҳу, 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 организмда ўтади. Бундай гельминтозларга Тениаринхоз (қорамол солитёри), описторхоз, тениоз (чўчқа солитёри) каби гельминтозлар киради. Учинчи гуруҳ зооноз гельминтозларининг қўзгатувчилари ўзининг вояга етган босқичида турли хил ҳайвонлар ва одам организмда паразитлик қилади-Шистоматозлар, айрим ҳолларда фасциолёз. Масалан: шистоматозлардан бир неча тур трематодалар, жумладан *Schistomabovis*, *Sch. Japonica*, *Sch.spindate* турли ҳайвонлар ва одамлар организмда 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. Гелминтозоонозлар 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. Гелминтозоонозлар 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 хўжаликларида 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 чўчқалардан 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, 15 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.

Қўзғатувчиси *Echinococcus granulosus* (Batsch, 1786), Cestodасинфи, Thaeniidae Ludwig 1886 оиласи, *Echinococcus Rudolphi*, 1801 авлодига мансуб гельминтдир. Қўзғатувчиси-*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 қуролланган хартумга эга. Ҳар 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 кўйлар отардан орқада қолади, кўринадиган шиллиқ 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 қуруқ 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 оралиқ хўжайинлар одам ва қишлоқ хўжалик ҳайвонларининг итлардан зарарланмаслигини таъминловчи тадбирлар.

2.Асосий хўжайинлар (ит,бўри,тулки,чиябўри) ларнинг зарарланишини олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар.

1.Оралиқ хўжайинлар одам ва қишлоқ хўжалик ҳайвонларининг итлардан зарарланмаслигини таъминловчи тадбирлар. Уларга кўра:

а). Хўжаликлардаги қишлоқ 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), ҳар бир сурувда 1-2 бошдан кўп ит бўлмаслиги, улар албатта эркак бўлиши, хўжалик ҳисобига олиниши ва озуқа билан мунтазам таъминлаб турилиши;

в), сурувларга ит келтириш, итларни сурувдан сурувга кўчириш ветеринария ходимларининг назоратсиз 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 қаромоғидаги 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 қўйидаги антгельминт препаратлар қўлланилади.

Празиквантел (1таблетка таркибида 50мг АТМ) -ит, мушук, ва бошқа гўштхўр ҳайвонларнинг 1кг тирик вазнига 5мг АТМ ёки 1таблетка 10кг тирик вазнига оғиз орқали юборилади.

Азиноксплюс-итларнинг 10кг тирик вазнига 1 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 берилади.

Ўзбекистон шароитида итларни Ареколингидробромид препарати билан йилига 4марта, яъни ҳар чоракда бир марта гижжасизлантирилса итларда ривожланиши мумкин бўлган ларвалцестодадаларни 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 қудуғини 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.

TIBBIY DIAGNOSTIKA VA DAVOLASHDA QO'LLANILADIGAN LAZERLI QURILMALAR

To'liqinboyev M.U, Isaqova N.R.

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

Jarrohlik amaliyotida lazerlardan amaliy foydalanish SSSRda 1966 yilda A.V.Vishnevskiy institutida boshlangan. Ko'krak va qorin bo'shlig'ining ichki a'zolarida operatsiyalarda lazerli skalpel ishlatilgan. Hozirgi kunda plastik-plastik jarrohlik operatsiyalari, qizilo'ngach, oshqozon, ichak, buyraklar, jigar, taloq va boshqa a'zolar lazer nurlari yordamida amalga oshirilmoqda. Ko'p sonli qon tomirlari, masalan, yurak, jigarda joylashgan organlarda lazer yordamida operatsiyalarni bajarish juda jozibali.

LAZER (inglizcha bosh harflaridan qisqartirish. *Radiatsiyaning stimulyatsiya qilingan emissiyasi orqali yorug'likni kuchaytirish - yoritilgan nurlanish orqali yorug'likni kuchaytirish; sin. optik kvant generatori*) - bu infraqizildan tortib to ultrabinafsha nurigacha bo'lgan nurlanish shaklida yo'naltirilgan elektromagnit nurlanish chiqaradigan texnik qurilma bo'lib, u katta energiya va biologik ta'sirga ega. L. 1955 yilda bu ixtiro uchun 1964 yilda Nobel mukofotiga sazovor bo'lgan N. G. Basov, A. M. Proxorov (SSSR) va C. Taunes (AQSH) tomonidan yaratilgan. Sanoat lazerlari paydo bo'lishi bilan jarroxlikda yangi davr boshlandi. Bu borada metallarni lazerda qayta ishlash sohasi mutaxassislarining tajribalari qo'l keldi. Terapiyada – lazerli biorag'batlantirish. Xirurg pichog'i – kesadi va payvandlab tikib qo'yadi, badanni kesmasdan operatsiya qilish. Ko'z xirurgiyasida, onkologiyasida, tishni davolashda.

Diagnostika – lazer nuri quvvati va to‘lqin uzunligini boshqarish orqali organizmdagi to‘planib qolgan hamma elementlar, chetlanishlar, qon aylanishi ritmlarini aniqlash.

Lazer nuri xirurgiyada to‘qimalarni qonsiz kesishlarni bajarishda ishlatiladi, chunki uning ta'sirida kesilayotgan to‘qimaning chetlari payvandlanib qolishi natijasida kapillyar qon ketishni oldi olinadi. Onkologiyada rak hujayralarini yemirishda ishlatiladi (chunki lazer nuri ularda kuchli yutiladi).

Oftalmologiyada lazer nuri o‘rnidan ko‘chgan ko‘z to‘r pardasini «payvandlashda» va glaukomaning davolash uchun ko‘z ichidagi suyuqlikni oqizib chiqarish uchun, sklerada mikroskopik teshiklar hosil qilishda ishlatiladi.

Dermatologiyada gaz lazerining nurlanishidan terapevtik maqsadda qo‘llaniladi. Lazer nurlanishining biologik to‘qimalarga ta'sirining xususiyatlarini hisobga olib, u bilan ishlash jarayonida tajriba o‘tkazuvchiga nurning tushishini bartaraf qilish lozim, (hattoki, biror buyumdan qaytganini ham).

Lazer skalpel avtogen keskich hisoblanadi. Suyaklarni payvandlash – alangalantirish orqali zich payvandlashdir. Muskul to‘qimalarini birlashtirish ham payvandlash vositasida amalga oshiriladi. Lazer nurlanishi qandaydir ta'sir ko‘rsatishi uchun to‘qima uni yutishi lozim. Tibbiyotda eng ko‘p qo‘llaniladigan lazer karbonat angidridli lazerdir. Boshqa lazerlar monoxromatikdir. Ular isitadi, parchalaydi yoki ba'zi bir alohida xususiyarga ega bo‘lgan to‘qimalarni payvandlaydi. Misol uchun argon lazerining nuri shaffof dag‘al jismdan erkin tarzda o‘tib o‘zining energiyasini hujayraga beradi va qizil rangga yaqin rang bilan bo‘yaydi. Karbonat angidridli lazer ko‘p hollarda qo‘l keladi. Masalan, turli rangdagi to‘qimalarni bir-biriga payvandlash yoki bir-biridan ajratishda. Ammo bunda boshqa muammo yuzaga keladi. Qon va limfa bilan to‘la to‘qimalar ko‘p suvni o‘zida tutib turadi, lazer nurlanishi energiyasi esa suvli sharoitda o‘z kuchini yo‘qotadi. Lazer energiyasini oshirish mumkin. Lekin bu to‘qimalarning kuyishiga olib kelishi mumkin. Jarroxlik lazerlari yaratuvchilari bunday noqulayliklardan qochishlari lozim bu esa uskuna narxini keskin oshirib yuboradi.

Metall payvandlash mutaxassislariga azaldan ma'lumki, ingichka metall qatlamlarini kesishda ular bir- biriga zich turishi kerak, nuqtaviy tutashtiruvchi payvandda esa payvandlanayotgan metallarning mustahkam bo'lishi uchun qo'shimcha bosim zarur. Jarrohlikda bu uslub professor Skobelkin tomonidan qo'llangan. Skobelkin va uning hamkasblari to'qimalarni payvandlashda ularni ma'lum bosim ostida ushlash taklifini bildirdilar. Bu qonni siqish imkonini berardi. Yangi uslubni qo'llash uchun anchagina yangi uskunalar yaratishga to'g'ri keldi. Ulardan bugungi kunda oshqozon ichak jarrohligida, o'pka, jigar ustida bajariladigan jarroxlik amaliyotlarida keng foydalanilmoqda.

Umuman olganda, aytishimiz mumkinki, bugungi kunda lazer terapiyasi tibbiyotning eng jadal rivojlanayotgan sohalaridan biridir. Va ajablanarli, nafaqat an'anaviy. Lazerlarning ba'zi terapevtik ta'sirlari tanada energiya kanallari tizimlari va akupunktur davolashda ishlatiladigan nuqtalarning mavjudligi bilan osonroq izohlanadi. Ayrim to'qimalarni mahalliy lazer bilan davolash tananing boshqa qismlarida ijobiy o'zgarishlarga olib keladigan holatlar ma'lum. Olimlar lazer nurlanishining shifobaxsh xususiyatlari bilan bog'liq ko'plab savollarga hali javob bera olishmayapti, albatta bu 21-asrda tibbiyotning yangi istiqbollarini ochib beradi. Lazer nurining ishlash printsipi fokuslangan yorug'lik nurining energiyasi nurlangan joyda haroratni keskin ko'tarib, koagulyatsiyaga (koagulyatsiya) olib keladi. to'qima. Xususiyatlari biologik. Lazer nurlanishining ta'siri lazerning m turiga, energiya kuchiga, uning tabiati, tuzilishi va biologik xususiyatlariga bog'liq. nurlantirilgan to'qimalarning xususiyatlari. Yuqori kuchga ega bo'lgan tor yorug'lik ikkinchi soniyada aniqlangan to'qima maydonining engil koagulyatsiyasini hosil qilish imkonini beradi. Atrofdagi to'qima zarar ko'rmaydi. Qon ivishidan tashqari biologik. to'qima, katta radiatsiya kuchi bilan, uning portlashi ham yuqori harorat ta'sirida to'qima suyuqligining gazsimon holatga bir zumda o'tishi natijasida hosil bo'lgan o'ziga xos zarba to'lqinining ta'siri tufayli mumkin. To'qimalarining turi, rangi (pigmentatsiya), qalinligi, zichligi, qon bilan to'ldirish darajasi muhimdir. Lazer nurlanishining kuchi qanchalik katta bo'lsa, u chuqurroq kirib boradi va uning ta'siri kuchayadi.

Zamonaviy tibbiyotda fan va texnikaning ko'plab yutuqlari qo'llaniladi. Ular kasalliklarni o'z vaqtida tashxislashga yordam beradi va ularni muvaffaqiyatli davolashga yordam beradi. Shifokorlar o'z faoliyatlarida lazer nurlanishining imkoniyatlaridan faol foydalanmoqdalar.

АМИНОГЛИКОЗИДЛАРНИНГ ОРГАНИЗМГА ТАЪСИРИ

Тўлқинбоев Ф.Қ., Исакова Н.Р.

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

Аминогликозидлар – кимёвий структурасида аминокантлар сақловчи кенг спектрли антибиотик дори воситалар гуруҳидир.

Булар 4 авлодга бўлинади. 1-авлод (стрептомицин, неомицин, канамицин, мономицин). 2-авлод: гентамицин (гарамицин). 3-авлод: тобрамицин (небцин, бруламицин, обрацин), сизомицин, амикацин (амикин, биклин), нетилмицин (нетиллин, нейромицин) 4-авлод: изепамицин (исепацин).

Аминогликозидларнинг таъсир доираси кенг бўлиб, бактериоцид ва бактериостатик таъсир қилади. Грам (+) таёқчалар (эшерихия, клебсиелла, шигелла, протей, серрация, моракселла, энтеробактер, гемофил таёқчалар)га ва грам(+) коккларга тилларанг ва эпидермал метициллинга сезувчан стафилококкларга таъсир қилади. 2- ва 3-авлод аминогликозидларининг ҳаммаси 1-авлод вакилларида фарқи *Pseudomonad aeruginosa*га таъсир қилади. 4-авлод вакили изепамицин (исепацин) қолган авлод вакилларида ацинетобактер, цитробактер, аэроманас, морганелла, листерия ва нокардияларга таъсир қилиши билан фарқ қилади.

Аминогликозид антибиотик воситаларнинг ўзига ҳос томонларидан бири, уларнинг ўта заҳарлилигидадир. Айнан салбий таъсирлари кўплиги туфайли, улар заҳира воситалари ҳисобланишади. Аминогликозидлар келтириб чиқарадиган салбий таъсирлар уч йўналишда кузатилиб, ототоксик, нефротоксик ҳамда нерв-мушак фалажланиши кўринишида кечади. Ототоксик таъсири 10-25% ҳолларда кузатилади. Булар кортиев аппаратининг ташқи ва ички сочсимон ҳужайраларида тўпланиб, ички қулоқ афферент нерв охирларида дегенератив ўзгаришларга сабаб бўлади.

Стрептомицин ва гентамицин биринчи навбатда вестибуляр, кохлеар аппаратларни бузилишларга (болаларнинг кар бўлиб қолишига, 1 ёшгача бўлган болаларда кар-соқовликка) сабаб бўлади. Бу асоратлар кўпроқ неомицин, мономицин, канамицин ва амикацинларни парентерал юборилганда кузатилиши мумкин. 8-26% беморларда нефротоксик асоратлар учрайди. Аминогликозидлар буйрак проксимал каналчалари эпителийсида тўпланиб лизосомаларни бузади. (Na^+ , K^+ - АТФ аза, простагландин, синтетазалар, нафас олиш ферментлари) фаолиятини издан чиқаради. Интерстициал нефрит белгилари: буйракларнинг сийдикни қўйилтириш фаолияти бузилади, сийдикда оқсил ва лейкоцитлар пайдо бўлади.

Нерв-мушак фалажи диафрагма, қовурғалараро мушаклар тонусини камайтириб, нафас олишни фалажлаши мумкин.

Қуйидаги омиллар бу салбий таъсирларига сабаб бўлади: - дори миқдорининг кўпайиб кетиши, ирсий ёки орттирилган нерв-мушак фалажига (миастения) мойиллик, чаала туғилган чақалоқларда пресинаптик мембраналарда ацетилхолин захираси кам бўлиши, аминогликозидлар билан бир вақтда миорелаксантлар, магний препаратлари, антидепрессантлар, линкомицин ва клиндамицин юборилганда.

Юқоридаги асосий ножўя таъсирларидан ташқари, аминогликозидлар ошқозон-ичак тизимидаги транспорт вазифасини бажарувчи механизмларни бузади. Бу ўз навбатида ичакдан аминокислоталар, қандлар, мой кислоталари, витаминлар ва дигоксин, феноксиметилпенициллин сўрилишини издан чиқаради. Баъзи ҳолларда ушбу антибактериал воситалар гуруҳини қўллаганда - тери тошмалари, кичишиш, шиш каби аллергияк жараёнлар ҳамда полиневритлар, флебитлар кузатилади.

Хулосаўрнида айтиш жоизки, аминогликозид антибактериал гуруҳ дори воситалари асосан заҳира препаратлари эканлигини доим ёдда сақлаш зарур. Фақатгина бемор ҳаёти учун жиддий хавф туғилгандагина, заҳира воситаларига мурожаат қилиш мақсадга мувофиқдир.

ДИАБЕТИК НЕФРОПАТИЯДА ЮРАК ҚОРИНЧАЛАРИ РЕМОДЕЛЛАНИШИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Турсунова Л.Д., Жабборов О.О., Мирзаева Г.П.

Ташкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон

Кириш: Диабетик нефропатияли (ДН) беморларнинг 76-92% да юрак шикастланиши кузатилади, аммо кўп ҳолларда клиник намоён бўлмаган ҳолда кечади ва инструментал текширувларда аниқланиши мумкин. Чап қоринча ремоделланиш типини аниқлашда ўтказиладиган эхокардиография текшируви ҚД 2 тип бор беморларда юрак-қон томир хавфи юқори бўлган гуруҳни ажратиб олиш имконини беради.

Текширув мақсади: диабетик нефропатияли ҚД 2 тип беморларда эхокардиография натижаларига кўра чап қоринча (ЧҚ) ремоделланиш хусусиятларини ва юрак қоринчаларининг диастолик функциясини ўзгаришини ўрганишдан иборат.

Текширув материал ва методлари: ТТА 3-клиникаси нефрология бўлимида стационар шароитда даволанган ҚД 2 тип ташхиси қўйилган 55 та (24 та эркак ва 31 та аёл) бемор текширувдан ўтказилди. Беморларнинг ўртача ёши $53,1 \pm 1,5$ ёшни, ҚД 2 тип касаллигининг давомийлиги $15,4 \pm 0,8$ йилни, ДН давомийлиги – $10,2 \pm 0,6$ йилни ташкил этди. Барча беморларга умумклиник ва биохимик текширувлар, М ва В-режимда эхокардиография, доплерэхокардиография ўтказилди.

Текширув натижалари: Бизнинг текширув натижаларига кўра ЧҚ нормал геометрияси 7 та беморда (12,7%), ЧҚ миокарди концентрик гипертрофияси 21 та беморда (38%) ва 11 та беморда (20%) ЧҚ миокарди концентрик гипертрофияси аниқланди. Доплерэхокардиография натижаларига кўра ҚД 2 тип ДН бор беморларнинг 31 тасида (56%) ЧҚ диастолик функцияси бузилиши кузатилди: $E0,65 \pm 0,02$ м/с, $E/A - 0,81 \pm 0,06$, $DT - 231,6 \pm 12,7$ мс, $IVRT - 101,0 \pm 4,7$ мс ни ташкил этди. 24 та беморда (44%) ўнг қоринча (ЎҚ) диастолик функцияси бузилиши аниқланди: $E -$

0,56±0,02 м/с, E/A – 0,96±0,07, DT–229,9±22,6 мс, IVRT – 91,1±3,7 мс. ЧҚ ва ЧҚ диастолик дисфункцияси биринчи тип бўйича қайд этилди.

Хулоса: Шундай қилиб, ҚД 2 тип ДН бор беморларда юрак ичи гемодинамикаси ўзгариши кузатилган бўлиб, улар ЧҚ миокарди ремоделланиши ва қоринчалар диастолик функциясининг бузилиши билан намоён бўлди.

ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЁЗА ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Уббиниязова К. Т¹, Урунова Д. М., Брянцева Е. В.¹, Худайкулов Э¹.

Ташкентская медицинская академия¹

Центр Республики Повышения Квалификации Медицинских Работников²

Ежегодно в мире от туберкулеза умирают более 1,5 миллиона человек. По данным Минздрава Узбекистана, на каждые 100 тысяч населения приходится 42,9 человека, больных туберкулезом, показатель смертности составляет 1,6. (До 2021 года в борьбу с инфекцией будет инвестировано более 118 млрд сумов (Gazeta.uz 25 марта, 2019).

ВИЧ инфицированные пациенты заболевают туберкулезом в 20-30 раз чаще, чем ВИЧ-отрицательные. В связи с этим, профилактика туберкулеза становится важнейшим звеном в снижении его бремени среди людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, особенно в странах, где широко распространение этих двух эпидемий.

Цель публикации - обзор рекомендаций по профилактическому применению противотуберкулезных препаратов для уменьшения заболеваемости и смертности от туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных пациентов.

Мы проанализировали рекомендации по профилактике туберкулеза у ВИЧ инфицированных пациентов (Приказ №277 от 18.04.2018 года)

«О внедрении в практику национальных клинических протоколов по ВИЧ-инфекции». Приложение 4. Национальный клинический протокол «Туберкулез и ВИЧ–инфекция: тактика ведения лиц с коинфекцией».

Для профилактики туберкулеза проводится специфическая профилактика и химиопрофилактика. Специфическая профилактика - это иммунопрофилактика, которая проводится введением вакцины БЦЖ. Она вводится новорожденным детям рожденным от ВИЧ инфицированных матерей при отсутствии противопоказаний и клинических признаков ВИЧ инфекции в первые 4-6 дней жизни. Новорожденные, не привитые в указанные сроки могут быть привиты в первый месяц жизни. Если ребенок не привит в течение первых 4 недель жизни, то дети, родившиеся от ВИЧ инфицированных женщин к вакцинации не допускаются до 18 месяцев. После 18 месяцев жизни, после отрицательного результата теста на ВИЧ инфекцию ребенок может быть вакцинирован вакциной БЦЖ.

Химиопрофилактика туберкулеза у ВИЧ инфицированных пациентов проводится как первичная и вторичная для элиминации латентного туберкулеза после исключения активного туберкулеза. Химопрофилактика проводится препаратом изониазид, учитывая вес и возраст, ежедневно в течение 6 месяцев.

Профилактика изониазидом показана всем впервые выявленным ВИЧ инфицированным пациентам, после исключения активного туберкулеза, также ВИЧ инфицированным пациентам, которые проживают в контакте с больным туберкулезом независимо от бактериовыделения. При проведении химиопрофилактики изониазидом необходимо учитывать сопутствующие заболевания для контроля побочных эффектов. Если ВИЧ инфицированный пациент перенес туберкулез в анамнезе, или имеется беременность, также приём антиретровирусных препаратов не является противопоказанием. Химиопрофилактика проводится патронажными медицинскими сестрами и врачами-инфекционистами кабинетов инфекционных заболеваний (КИЗ) под контролем врачей- фтизиатров.

Таким образом, информирование медицинских работников и пациентов об особенностях профилактики туберкулеза способствует предотвращению распространения туберкулеза среди ВИЧ инфицированных пациентов.

ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ

Файзуллаева Н.И.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии.

Резюме

Литературные данные свидетельствуют о том, что развитие тромбоцитопений определяется сложным взаимодействием различных экзо и эндогенных факторов. Причины и механизм развития тромбоцитопений многообразен, неоднозначен, сложен и до настоящего времени до конца не разработан, не смотря на то, что эта патология изучается в течение столетия. Это требует дополнительного изучения патогенетических механизмов заболевания.

Ключевые слова: тромбоцитопении, патогенез, экзогенные факторы, механизм развития, патология

Патология тромбоцитов является причиной кровоточивости почти в 80 % случаев. При этом тромбоцитопения - наиболее частое ее проявление. Принято считать, что в норме количество тромбоцитов должно быть в пределах $(150-400) \times 10^9/\text{л}$. В нормальных физиологических условиях количество тромбоцитов в крови может колебаться. Оно зависит от физической нагрузки, пищеварения, гормонального фона. Продолжительность жизни тромбоцитов - 9-10 дней. Около 1/3 кровяных пластинок депонируется в нормальной селезенке. В тех случаях, когда количество тромбоцитов менее $150 \times 10^9/\text{л}$, следует констатировать тромбоцитопению. Частота этого феномена достаточно велика - от 10 до 130 новых случаев на 1 млн населения [1,4].

По литературным данным этиология и патогенез тромбоцитопении (ТП) во многом определяются тем, какой — наследственный или приобретенный — характер носит заболевание. Чаще всего, в том числе и при наследственной тромбоцитопении (НТ), наблюдается повышенное разрушение тромбоцитов (95%), обусловленное антителами, механическими проблемами или внутрисосудистым свертыванием. Реже (5%) ТП

обусловлены снижением продукции тромбоцитов или имеют смешанный генез [1,3, 5, 9].

В 1879 году американская женщина-врач Moschcowitz Elli, описала злокачественную форму тромбогемолитической-тромбоцитопенической пурпуры у 16-летней девушки. Заболевание имело острое начало и проявлялось лихорадкой, нарушением функции почек и ЦНС, явлениями сердечной недостаточности при выраженной тромбоцитопении. На вскрытии выявлено множество тромбов в капиллярах и мелких артериолах, почти целиком состоящих из тромбоцитов и небольшого фибринового компонента. Заболевание характеризовалось сочетанием выраженной тромбоцитопении с внутрисосудистым гемолизом (с множеством фрагментированных эритроцитов) и неврологические проявления - от нерезкого нарушения сознания, двигательных и чувствительных функций до судорог и комы. На сегодня известно, что эти клинические проявления в 70-90 % случаев бывают однократными, и лишь у 10-30% пациентов они рецидивируют при беременности, различных инфекциях, химиотерапии. У отдельных больных они могут рецидивировать через регулярные интервалы [9,10].

В 1915 г. И. М. Франк предположил, что в основе болезни лежит нарушение созревания мегакариоцитов под влиянием какого-то фактора, предположительно находящегося в селезенке [3] .

В 1946 г. Дамешек и Миллер показали, что количество мегакариоцитов при тромбоцитопенической пурпуре не уменьшено, а даже увеличено. Они предположили, что нарушается отшнуровка тромбоцитов от мегакариоцитов [3].

В 1916 г. Казнельсон предположил, что при тромбоцитопенической пурпуре повышается интенсивность разрушения тромбоцитов в селезенке. Многие годы более популярной была гипотеза Франка. Однако последующие исследования установили, что продолжительность жизни тромбоцитов при любом типе тромбоцитопенической пурпуры остро уменьшается. В норме продолжительность существования данных форменных элементов крови составляет 7–10 суток, а при развитии патологии – всего несколько часов [5].

При дальнейших исследованиях было выявлено, что в большем проценте случаев тромбоцитопений содержание кровяных пластинок, формирующихся в единицу времени, не уменьшается, как предполагали раньше, а значительно возрастает по сравнению с нормальным их количеством – в 2–6 раз. Увеличение количества мегакариоцитов и тромбоцитов связано с увеличением количества тромбоцитопоэтинов (факторов, способствующих формированию и росту указанных выше клеток крови) в ответ на снижение количества тромбоцитов. Число функционально полноценных мегакариоцитов не уменьшено, а увеличено. Большое количество молодых мегакариоцитов, быстрое отщепление тромбоцитов от мегакариоцитов и быстрый их выход в кровоток создают ошибочное впечатление, что функция мегакариоцитов при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре нарушается [5,6].

Известно, что при наследственных формах тромбоцитопенической пурпуры продолжительность жизни тромбоцитов укорачивается в результате дефекта в строении их мембраны или в результате дефекта энергетического обмена в них. Согласно данным Г. Езутачана, Д.О. Добрянского (2002), основной причиной НТ являются инфекционно-воспалительные заболевания — 64,8%, в том числе и внутриутробные (особенно TORCH) инфекции (ВУИ) — 7%. ТП при тяжелых бактериальных инфекциях у новорожденных — очень частое явление; ее выявляют более чем у 50% больных с сепсисом. Она обусловлена сниженной продукцией тромбоцитов, ретикулоэндотелиальной гиперплазией с секвестрацией, угнетением мегакариоцитарного ростка токсинами возбудителя, гиперспленизмом, ДВС-синдромом и повышенным разрушением [1, 6, 7, 9].

При иммунных тромбоцитопениях по данным многих авторов [2,3] при аутоиммунной тромбоцитопении вырабатываются антитела против неизмененных тромбоцитарных антигенов, т. е. причиной их продукции является не изменение антигенной структуры тромбоцитов, а нарушение толерантности иммунной системы больного к собственным антигенам. Чаще всего аутоантитела бывают направлены против главных и наиболее

иммуногенных белков тромбоцитов - комплекса мембранных гликопротеидов (ГП) IIb-IIIa и ГП Ib. Развитие тромбоцитопении по аутоиммунному механизму, характерному для ИТП, может наблюдаться и при других патологиях, таких как системная красная волчанка и лимфопролиферативные заболевания. В последнем случае главной причиной снижения числа тромбоцитов в крови является угнетение мегакариоцитарного ростка костного мозга, однако присоединение иммунного механизма усиливает тромбоцитопению. В этих случаях речь идет о вторичной, в отличие от первичной или идиопатической, аутоиммунной тромбоцитопении [4].

Гетероиммунные тромбоцитопении возникают в результате воздействия вирусов чаще всего встречаются у детей. До 70% случаев тромбоцитопении у детей ассоциировано с предшествующими вирусными инфекциями, такими как ветрянка, корь, аденовирусная инфекция и др. Иногда тромбоцитопения может быть следствием вакцинации. У взрослых известна ассоциация тромбоцитопении с ВИЧ-инфекцией. Предполагается, что вирусы могут изменять антигенную структуру тромбоцитов, как в результате взаимодействия с мембранными белками, так и вследствие неспецифической фиксации на поверхности тромбоцитов. В результате может происходить, во-первых, выработка антител против измененных тромбоцитарных антигенов, во-вторых — перекрестное взаимодействие собственно противовирусных антител с тромбоцитами. Эти механизмы пока еще являются предположительными, их доказательство требует дальнейших исследований. У большинства детей тромбоцитопения, ассоциированная с вирусной инфекцией или вакцинацией, носит острый характер и проходит через несколько недель или месяцев. Однако у 10-20% детей тромбоцитопения приобретает хроническую форму, что обычно предполагает развитие аутоиммунного, негептенового механизма заболевания [3,4].

По данным О.К. Головки, Г.Л. Линчевского и О.В. Воробьева (2006) при неонатальной аллоиммунной тромбоцитопенической пурпуре антитела

вырабатываются в результате иммунизации матери аллоантигенными детерминантами, содержащимися на тромбоцитах отца и ребенка, но отсутствующими на материнских тромбоцитах. Аллоантитела вызывают развитие тромбоцитопении у плода, которая сохраняется и у новорожденных детей в течение 2-3 недель после родов. Наиболее частой причиной продукции аллоантител (до 70-80% в европейских популяциях) является несовместимость родителей по аллоантигену HPA-1 (Human Platelet Alloantigen 1, или PLA согласно старой классификации), который представлен в двух аллельных формах: HPA1a и HPA1b (PLA1 и PLA2). Обычно происходит иммунизация матери, гомозиготной по более редкому аллоантигену HPA1b, аллоантигеном HPA1a, присутствующим на тромбоцитах отца и плода. Риск аллоиммунизации по такому механизму ассоциирован с наличием у матери антигена гистосовместимости HLA- DR3 (w52a). Частота развития неонатальной аллоиммунной тромбоцитопении составляет 1/5000 новорожденных, а количество тяжелых осложнений, в первую очередь, внутричерепных кровоизлияний доходит до 20%. В отличие от несовместимости по Rh-антигену, эта патология может развиваться уже при первой беременности [6].

По утверждению Г.Л. Линчевского и О.В. Воробьева (2006) Неонатальная трансиммунная тромбоцитопения встречается у новорожденных от матерей с аутоиммунной тромбоцитопенией и связана с проникновением материнских аутоантител в организм плода. В отличие от аллоиммунной неонатальной тромбоцитопении антитела вырабатываются не вследствие антигенных различий между тромбоцитами матери и плода и реагируют как с тромбоцитами матери, так и ребенка. Глубина тромбоцитопении у новорожденного зависит от тяжести заболевания у матери. Счет тромбоцитов у ребенка обычно нормализуется через несколько недель после родов [6].

Имеются данные [7] по лекарственным препаратам, способных стимулировать выработку гаптеновых антител и лекарственную тромбоцитопению (препараты хинин/хинидинового ряда и гепарин).

Известно, что хинин/хинидин связывается с ГП 1Ь, а гепарин с тромбоцитарным IV фактором. Образующиеся в результате этих взаимодействия комплексы тромбоцитарных белков с лекарствами-гаптенами стимулируют образование гаптеновых аутоантител и последующую тромбоцитопению. Лекарственные тромбоцитопении носят временный характер и обычно исчезают после прекращения приема препаратов [7].

Выше приведенные данные позволяют предполагать, что тромбоцитопения неоднородна и может сочетать в себе несколько различных заболеваний.

Определение антитромбоцитарных антител (антител против тромбоцитов) сопряжено с большими методическими трудностями, что обусловило большинство расхождений в классификациях тромбоцитопений [1]. Так, во многих работах болезнь Верльгофа делят на две формы: иммунную и неиммунную. Для доказательства иммунной формы болезни Верльгофа определяют тромбоагглютинины сыворотки (вещества, способствующие «склеиванию» тромбоцитов). Однако при иммунных тромбоцитопениях антитела в большинстве случаев прикрепляются на поверхности тромбоцитов, нарушая тем самым их функцию и приводя к их гибели. При всем этом антитела не вызывают агглютинации тромбоцитов. Метод тромбоагглютинации позволяет определить только антитела, вызывающие агглютинацию («склеивание») тромбоцитов при смешивании сыворотки больного с кровью донора. Нередко «склеивание» возникает при воздействии не только исследуемой, но и контрольной сыворотки. Это связано со способностью тромбоцитов агрегировать (образовывать различного размера агрегаты), и их агрегация практически неотличима от агглютинации. В связи с этим оказалось невозможным использовать для определения антитромбоцитарных антител не только тромбоагглютинацию, но и прямую и непрямую пробы Кумбса [1,2] .

Тест Штеффена широко использовали для определения антител против тромбоцитов, однако его чувствительность оказалась незначительной.

Результаты часто оказывались ложноположительными и при использовании донорской сыворотки и сыворотки больных с другими заболеваниями [3].

За последние годы были предложены новые, более чувствительные и более надежные, пробы для определения антител против тромбоцитов (антитромбоцитарных антител) [3]. Часть методов основана на определении способности антител сыворотки больного повреждать тромбоциты здоровых людей, а также на определении продуктов распада тромбоцитов. У 65% больных тромбоцитопенической пурпурой в сыворотке обнаруживаются антитела, относящиеся к классу IgG. Установлено также, что эти антитела можно выделить из экстрактов селезенки, удаленной у больного тромбоцитопенической пурпурой. Все эти методы определяют лишь антитела, присутствующие в сыворотке крови, что, во-первых, снижает чувствительность, так как в сыворотке далеко не у всех больных имеются антитела, а во-вторых, не позволяет дифференцировать алло- и аутоантитела [4].

Наибольший интерес представляет метод Диксона. В основе данного метода лежит количественное определение антител, расположенных на мембране тромбоцитов. В норме на мембране тромбоцитов содержится определенное количество иммуноглобулина класса G. При иммунных тромбоцитопениях его количество возрастает в несколько десятков раз. Метод Диксона представляет большую информативную ценность, но он более трудоемок и не может использоваться в широкой практике. К тому же существует определенная нижняя граница количества тромбоцитов, при которой можно исследовать антитела на их поверхности. При очень низких цифрах метод Диксона неприемлем [4,5] .

С целью исследования антитромбоцитарных антител рекомендуется использовать иммунофлюоресцентный метод. В данной методике используется параформальдегид, который гасит неспецифическое свечение, образующееся при образовании комплексов «антиген + антитело», оставляя лишь связанное с антитромбоцитарными антителами [6].

При помощи всех перечисленных методов на поверхности тромбоцитов у большинства больных тромбоцитопенической пурпурой выявляются антитромбоцитарные антитела.

Таким образом, анализируя литературные данные, становится ясным, что причины и механизм развития тромбоцитопений многообразен, неоднозначен, сложен и требуют дополнительного исследования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеев П.В. Геморрагические диатезы и тромбофилии. СПб: Гиппократ; 2005.
2. Аряев М.Л. Неонатологія (посібник). — Київ, 2003. — С. 325-331.
3. Бокарев И.Н. Тромбоцитопении // Клиническая медицина. —1999. — №6. — С. 55-59.
4. Воробьев А.И. Руководство по гематологии. Т.3.М.:Ньюдиамед;2005, С.29-35.
5. Гайдукова С.М., Видиборець С.В., Пясецька Н.М. Тромбоцитопенії новонароджених / Профілактика, діагностика і корекція вроджених вад розвитку у новонароджених // Матеріали науково-практичної конференції. — Київ, 2001 р. 17-18 квітня. —С. 28-31.
6. Головки О.К., Линчевский Г.Л., Воробьева О.В. // Журнал «Здоровье ребенка» 2(2) 2006 / Клинические лекции.
7. Шитикова А.С. Роль тромбоцитов в коагуляционном процессе. СПбГМУ; 2003. 4-16.
8. Abrams C.S. et al. Platelet signal transduction. 2001, Ch.31:541-559/
9. Heemskerk J.W.M. et al. Platelet activation and blood coagulation. Thromb. Haemost. 2002; 88 (2): 186-193.

МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ У ЖЕНЩИН С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ

Хасиева А.Б.

Республиканский Перинатальный Центр, Баку Азербайджан

Наиболее распространенными причинами инфекционного вагинита у женщин являются бактериальный вагиноз (БВ), вульвовагинальный кандидоз и трихомональный вагинит. Здоровый влагалищный тракт женщин репродуктивного возраста колонизируется нормальной микробиотой, в которой преобладают лактобациллы, которые защищают от патогенных видов бактерий при их наличии в достаточном количестве. Следовательно, истощение лактобацилл нарушает баланс микробиоты влагалища и приводит к увеличению количества анаэробных организмов, способствующих развитию БВ. Распространенность БВ среди женщин колеблется от 8 до 51%, в зависимости от географического положения, социально-экономического статуса и этнической принадлежности. Из образцов вагинального содержимого 128 беременных женщин в возрасте 20-39 лет с бактериальным вагинозом, используя полимеразную цепную реакцию (ПЦР) определяли ДНК различных микроорганизмов в режиме реального времени. Все беременные женщины были разделены на 2 клинические группы: 1 группа это 72 беременных с бессимптомной формой БВ и 2 группа - 56 беременных с БВ с выраженными клиническими проявлениями.

Нашими исследованиями подтверждается возрастающая патогенная роль *Peptostreptococcus anaerobius*, *Bacteroides melaninogenica* и *Peptococcus prevotii*, так как они во 2-й группе высеваются редко и преимущественно в слабой градации интенсивности – от $27,2 \pm 4,9\%$ до $53,8 \pm 5,4\%$ ($\chi^2=1,19$; $p>0,05$), тогда как в 1-й группе увеличивается как частота высеваемости этих видов микроорганизмов, так и резко снижается роль слабой градации интенсивности- от $10,0 \pm 2,7\%$ до $17,3 \pm 3,3\%$ ($\chi^2=0,20$; $p>0,05$), и столь же резко возрастает сильная градация интенсивности - от $56,6 \pm 4,4\%$ ($\chi^2=15,02$;

$p < 0,01$) до $70,0 \pm 4,1\%$ ($\chi^2 = 3,95$; $p < 0,05$). Как оказалось эти три вида микроорганизмов очень редко представлены в условно-патогенной микрофлоре влагалища и учащаются в случаях развития патологического процесса, при этом в большинстве случаев их высеваемость превышает 800 КОЕ/мазок. Под воздействием продуцируемых гормонов слизистая влагалища во время беременности становится особенно толстой, наряду с этим увеличивается эластичность клеток промежуточного слоя. Синтез гликогена в клетках осуществляется с максимальной интенсивностью, и таким образом создаются благоприятные условия для жизнедеятельности лактобацилл. Численность транзитных микроорганизмов по мере развития беременности снижается и увеличивается колония лактобацилл. Низкие показатели pH (3,8–4,2) создают благоприятные условия для количественного увеличения некоторых микроорганизмов транзитной группы, таких как дрожжеподобные грибы и генитальные микоплазмы (до 25,0–30,0%).

Ближе к родам, по мере увеличения срока беременности снижается количество аэробных видов, таких как колиформные бактерии, некоторых облигатных анаэробов (пептострептококки и бактероиды) и увеличивается количество лактобацилл. Таким образом, у здоровых беременных женщин уже к моменту родов достоверно снижается уровень микробного обсеменения родовых путей при максимальном преобладании лактобацилл, и ребенок рождается в условиях доминирования ацидофильных бактерий, которые обеспечивают колониальную резистентность родового канала. В родах слизистые оболочки и кожные покровы новорожденного в результате контакта колонизируются материнской микрофлорой.

SITOKINLARNING FIZIOLOGIK AHAMIYATI

Xudoyberdiyev M. G.

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti. O'zbekiston

Sitokinlar kichik peptidli molekulalar hisoblanib ularning molekulyar og'irligi 30 kD dan oshmaydi. Ularning asosiy ishlab chiqaruvchilari limfotsitlardir. Sitokinlar A hujayralar yuzasida ajralib chiqadi va yaqin atrofdagi B hujayraning retseptorlari bilan o'zaro ta'sirlashadi. Natijada A hujayradan B hujayraga signal uzatiladi va B hujayrada keyingi reaksiyalarni keltirib chiqaradi. Ular limfotsitlardan tashqari makrofaglar, granulotsitlar, retikulyar fibroblastlar, endotelial hujayralar va boshqa turdagi hujayralar tomonidan ham ajralib chiqadi. Sitokinlar hujayralararo va tizimlararo o'zaro ta'sirlarni tartibga soladi, hujayralarning omon qolishini, ularning o'sishini rag'batlantiradi, hujayralarning differentsiatsiyasini, funksional faolligini va apoptozini aniqlaydi, shuningdek normal sharoitda va patologik ta'sirga javoban immun, endokrin va asab tizimlarining ta'sirini muvofiqlashtirishni ta'minlaydi. Sitokin atamasi Stenli Koen tomonidan 1974 yilda taklif qilingan. Sitokinlar juda past konsentratsiyalarda faoldir. Ularning hujayralarga biologik ta'siri hujayra sitoplazmatik membranasida joylashgan o'ziga xos retseptor bilan o'zaro ta'sirlashish orqali amalga oshiriladi. Sitokinlarning hosil bo'lishi va ajralishi qisqa vaqt ichida sodir bo'ladi va qat'iy tartibga solinadi.

Sitokinlarni ta'sir mexanizmi bo'yicha quyidagi guruhlariga bo'lish mumkin;

- yallig'lanish reaksiyasini safarbarligini ta'minlovchi (interleykinlar 1,2,6,8, , interferon b);
- yallig'lanishni rivojlanishini cheklaydigan ya'ni yallig'lanishga qarshi (interleykin 4,10,);
- hujayra va gumoral immunitetni regulyatorlari - (tabiiy yoki o'ziga xos), o'zlarining effektor funksiyalari bilan (antiviral, sitotoksik).

Sitokinlarga interferonlar, interleykinlar, ximokinlar, o'sma nekroz omillari, koloniyani stimulyatsiya qiluvchi omillar va o'sish omillari kiradi.

Interferonlar- ba'zi hujayralarga, ba'zi bakterial moddalarga va past molekulyar og'irlikdagi kimyoviy birikmalarga viruslarning hujumiga javoban organizm hujayralari tomonidan ajralib turadigan, o'xshash xususiyatlarga ega bo'lgan bir qator oqsillarning umumiy nomi. Interferonlar viruslarning ko'payishini to'sib qo'yadigan ba'zi hujayralardagi oqsillarni keltirib chiqaradi yoki faollashtiradi. "Interferon sifatida aniqlangan omil oqsil xususiyatiga ega bo'lishi, har xil viruslarga qarshi antiviral ta'sirga ega bo'lishi kerak, hech bo'lmaganda gomologik hujayralarda, hujayra metabolik jarayonlari vositasida, shu jumladan RNK va oqsil sintezi" qatnashishi kerak.

Interferonning eng ko'p o'rganilgan xususiyati bu viruslarning ko'payishiga qarshi qobiliyatidir. Virusli infeksiyaga javoban u hujayralarda ishlab chiqariladi.

Hujayraga virus tushib ko'payishni boshlaydi. Zararlangan hujayra bir vaqtning o'zida qo'shni hujayralar bilan birgalikda interferon ishlab chiqarishni boshlaydi. Interferon to'g'ridan to'g'ri antiviral ta'sirga ega bo'lmasada, u hujayralarda virusni ko'payishiga, virusli zarralarning paydo bo'lishiga va uning yanada tarqalishiga to'sqinlik qiladigan o'zgarishlarni keltirib chiqaradi

Interferonlar ta'sirining yana bir yo'nalishi viruslarga qarshi kurashish uchun immunitet tizimini rag'batlantirishdir. Interferon I va II sinflari immunoproteazomani faollashtiradi.

Interferonning biologik faolligi juda yuqori. Murin interferonida u $2 \cdot 10^9$ U / mg ni tashkil qiladi va bitta birlik viruslar hosil bo'lishini taxminan 50% ga kamaytiradi. Bu shuni anglatadiki, hujayrani virusli infeksiyaga chidamli qilish uchun bitta interferon molekulasi yetarli. Hujayraning virusga qarshi kurashish jarayonini boshlashi uchun interferon molekulalari kamida to'rt soat davomida hujayraga ta'sir qilishi kerakligi ko'rsatilgan, shuning uchun ko'plab mutaxassislar interferonni intranazal usulda

ishlatilishini samarali deb hisoblamaydilar. Biroq, sichqonlar ustida olib borilgan so'nggi tadqiqotlar shilliq qavatiga qo'llaniladigan interferon gripp virusiga qarshi immunologik yordamchi bo'lib, immunitet tizimining o'ziga xos ta'sirini kuchaytirishi mumkinligini ko'rsatmoqda. Qo'shma Shtatlarda interferonni yordamchi sifatida ishlatadigan grippga qarshi emlash bo'yicha klinik tadqiqotlar olib borilmoqda.

Interleykinlar - immunitetga javob berish jarayonida immunokompetent hujayralarning faollashuvi va o'zaro ta'sirida vositachilik qiluvchi, shuningdek, miyelo- va eritropoez jarayonlarini tartibga soluvchi sitokinlar guruhi. Ularning katta qismi endogen pirogenlardir. Hozirda 20 dan ortiq turlari mavjud. Interleykinlardan eng ko'p o'rganilgan quyidagilar:

1) Interleykin-1 - makrofaglar va boshqa antigen taqdim etuvchi hujayralar, tabiiy killerlar tomonidan sintez qilinadi. Bu tabiiy killerlar bo'lgan T- va B-limfotsitlarning o'sishi va faollashishi omilidir, neytrofillar va makrofaglarining xemotaksisini kuchaytiradi. Yallig'lanish va gematopoezda qatnashadi. Bugungi kunga kelib, interleykin-1 ta'siri nafaqat immunokompetent hujayralarga, balki adipotsitlar, xondrotsitlar, epiteliya hujayralari, miya to'qimalari, qon tomirlar endoteliasini, gepatotsitlar, buyrak usti bezlariga (glyukokortikoidlar ishlab chiqarishni rag'batlantirish) nisbatan ham aniqlangan.

2) Interleykin-2 - T-limfotsitlarning o'sishi va yetilish omili hisoblanib, faollashtirilgan I turdagi T-helperlar tomonidan sintezlanadi. Ular T-limfotsitlar va tabiiy killer hujayralarining faollashishiga yordam beradi;

3) Interleykin-3 - gemopoetik o'sish omili hisoblanadi. T-limfotsitlar tomonidan sintez qilinadi.

4) Interleykin-4 - T- va B-hujayra o'sish omili bo'lib, II turdagi T-yordamchilar tomonidan sintezlanadi;

5) IL-5 - B-limfotsitlar va eozinofillarga stimulyatsion ta'sir ko'rsatadi, II turdagi T-yordamchilar tomonidan sintezlanadi;

6) Interleykin-6 - B-limfotsitlarning o'sish omili, poliklonal Ig ishlab chiqarish faollashtiruvchisi hisoblanadi. Yallig'lanishni kuchaytiradi, fibroblastlar tomonidan sintezlanadi;

7) Interleykin-7 - stromal hujayralar tomonidan sintezlanadi, limfopoietinlarga taalluqlidir. B va T limfotsitlarning paydo bo'lishini rag'batlantiradi;

8) Interleykin-8 - neytrofillar va T-limfotsitlarning xemotaksisini kuchaytiradi, makrofaglar va boshqa antigen taqdim etuvchi hujayralar tomonidan sintezlanadi.

Xemokinlar- bu leykotsitlar harakatini rag'batlantiradigan va ularning qondan to'qimalarga ko'chishini tartibga soluvchi sitokinlarning katta oilasidir. Odamlarda 50 ga yaqin xemokin mavjud bo'lib, ular og'irligi 8 dan 10 kD gacha bo'lgan polipeptidlardir.

Xemokinlar funktsiyalariga ko'ra ikki guruhga bo'linadi:

Gomeostatik yoki bazal xemokinlar doimiy ravishda ba'zi to'qimalar tomonidan ishlab chiqariladi va leykotsitlarning bazal migratsiyasi uchun zarurdir. Shu bilan birga, ba'zi bir gomeostatik xemokinlar yallig'lanish kabi ta'sir qilishi mumkin.

Yallig'lanish xemokinlari patologik sharoitda interleykin (IL-1), o'sma nekroz omil, lipopolisaxaridlar va viruslar kabi yallig'lanishga qarshi stimullar orqali chiqariladi. Yallig'lanish xemokinlari yallig'lanish joyida immun hujayralarni to'plash orqali yallig'lanish reaksiyasida faol ishtirok etadi.

Xemokinlarning asosiy vazifasi - leykotsitlarning to'qimalarga ko'chishini nazorat qilish hisoblanadi. Gomeostatik xemokinlar timus va limfoid to'qimalarda hosil bo'ladi. Ularning yordami bilan antigen taqdim etuvchi hujayralar adaptiv immun javob paytida limfa tugunlariga jalb qilinadi. Boshqa bir gomeostatik xemokin retseptorlari leykotsitlarni ichakka, teriga yo'naltiradi va B-limfotsitlarning limfa tugunlariga ko'chib o'tishiga yordam beradi.

Yallig'lanish xemokinlari infeksiyalar bilan to'qimalarga zarar yetish paytida juda ko'p miqdorda ishlab chiqariladi va leykotsitlarning zararlangan hududga ko'chishini osonlashtiradi.

Leykotsitlar yuzasidagi retseptorlari bilan xemokinlarning bog'lanishi ularning endotelial hujayralarga yopishishini kuchaytiradi, bu esa tomirdan tashqi to'qimalarga leykotsitlar chiqishi uchun zarurdir. Bundan tashqari, ekstravaskulyar to'qimalar tomonidan ishlab chiqariladigan xemokinlar kontsentratsiya gradientini hosil qiladi, shu bilan birga leykotsitlar to'qima orqali yallig'lanish joyiga o'tadi. Aynan xemokinlar yordamida B- va T-limfotsitlar limfa tuguni ichida aniq belgilangan zonalarini egallaydi.

Xulosa qilib aytganda sitokinlar antigenga xos omillardir, shuning uchun sitokinlar darajasini aniqlash orqali yuqumli, autoimmun va allergik kasalliklarga aniq tashxis qo'yish mumkin emas. Ammo ularning qondagi kontsentratsiyasini aniqlash har xil turdagi immunokompetent hujayralarning funksional faoliyati to'g'risida ya'ni yallig'lanish jarayonining og'irligi, uning tizimli darajaga o'tishi va kasallikning prognozi haqida ma'lumotlar beradi.

TIBBIYOT TALABALARINI O'QITISH JARAYONIDA TADQIQOT QOBILIYATLARINI SHAKLLANTIRISH

Xolmatova Yo.N., Xolmirzayev A. L.

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

Annotatsiya. Tadqiqotlar tibbiyotning asosidir va tadqiqot sohasidagi yutuqlar keng aholiga ko'rsatiladigan tibbiy yordam sifatini oshirishda hal qiluvchi rol o'ynaydi. Umuman olganda tibbiyot instituti talabalari tomonidan tadqiqot qilish qobiliyatlarini rivojlantirish jarayoni tadqiqot dasturlarini o'quv dasturlari doirasida birlashtirish yoki aniq faoliyatlarni rag'batlantirish yoki aniq belgilangan rejaga qarab kurs davomida tarqatiladigan materiallar orqali amalga oshirilishi mumkin. Har qanday boshqa vakolatli shaxslar singari, tibbiyot talabalarining ham malakasini aniqlash uchun tadqiqot qobiliyatlarini baholash uchun mezon bo'lishi shart. Xulosa

qilib aytish mumkinki, tibbiyot talabalariga bakalavr davrida ilmiy tadqiqot ko'nikmalarini rivojlantirish uchun etarli miqdordagi o'quv imkoniyatlari berilishi kerak. Biroq, buning uchun tadqiqot bilan bog'liq vakolatlar o'quv dasturiga kiritilishi va tadqiqot bilan bog'liq atributlarga yo'naltirilgan aniq bir keng doirani ishlab chiqilishi kerak.

Kalit so'zlar: Baholash, o'quv dasturi, tibbiyot talabalari, tadqiqot,

Kirish. Tadqiqotlar tibbiyotning asosidir va tadqiqot sohasidagi yutuqlar keng aholiga ko'rsatiladigan tibbiy yordam sifatini oshirishda hal qiluvchi rol o'ynaydi. Tibbiyot institutlariga jamiyatning sog'lig'i bilan bog'liq ehtiyojlarini qondirish uchun etarlicha malakali bo'lishi kerak bo'lgan kelajakdagi tibbiyot shifokorlarini yetishtirish uchun muhim vazifa yuklatilgan. Ijtimoiy javobgarlikning ushbu rolini bajarish uchun ma'murlar va professor-o'qituvchilar tomonidan tibbiyot talabalarini o'qitish davrida bemorlarni parvarish qilish va tadqiqot sohalariga ta'sirchan qilish va ta'sir o'tkazish uchun aralashuvlar zarur. Biroq, tibbiyot o'quv dasturlari to'ldirilmaganligini hisobga olsak, barcha o'quv bosqichlarida talabalarga ilmiy tadqiqot ko'nikmalarini rivojlantirish uchun etarli miqdordagi o'quv imkoniyatlari berilishini ta'minlash manfaatdor tomonlar uchun katta muammo hisoblanadi.

Tadqiqot ko'nikmalarini rivojlantirish strategiyalari.

Umuman olganda tibbiyot universiteti talabalari tomonidan tadqiqot qobiliyatlarini rivojlantirish jarayoni tadqiqot dasturlarini o'quv dasturi doirasida birlashtirish yoki aniq faoliyatlarni rag'batlantirish yoki aniq belgilangan rejaga qarab kurs davomida tarqatiladigan materiallar orqali amalga oshirilishi mumkin. O'quv rejasi darajasida o'quvchilarga yo'naltirilgan yondashuvni qabul qilish (masalan, loyiha asosida o'qitish, misollar asosida o'rganish, muammoli o'rganish va boshqalar) talabalarni tadqiqot qobiliyatlarini oshirishda sezilarli yutuqlarga undaydi. An'anaviy yondashuvlar va talabalarga yo'naltirilgan yondashuvlarning kombinatsiyasini qabul qilish juda yaxshi bo'ladi, chunki ular talabalarga tanqidiy tahlil qilish, muloqot qilish va jamoada ishlash ko'nikmalarini egallashga yordam beradi. O'quv dasturiga yo'naltirilgan yana bir yondashuv, integratsiyalashgan o'qitishni rejalashtirish va amalga oshirish bo'ladi, chunki bu tibbiyot talabalariga bilimlarni amaliyot bilan birlashtirishga yordam beradi. O'qitishda vaziyatga qarab

senariylaridan foydalanishni nazarda tutadigan yaxlit o'quv dasturi tadqiqot qobiliyatlarini egallash va takomillashtirishda hal qiluvchi rol o'ynaydi. Bundan tashqari, tibbiyot talabalarini dalillarga asoslangan tibbiyotning ahamiyati to'g'risida sezgirlash va shu bilan shug'ullanishga undash ularning tanqidiy fikrlovchi bo'lishiga yordam beradi, adabiyotlarni qidirish ko'nikmalarini rivojlantiradi va hattoki klinik mulohazalarni va jamoaviy ishlash sohalarini kuchaytiradi.

Bundan tashqari, talabalar, shuningdek, o'quv davrida tadqiqot bilan bog'liq bo'lgan ko'nikmalarni rivojlantirish uchun situatsion va tajriba shakllarini o'rganishlari mumkin. Har doim tibbiyot institutlari olib borilayotgan tadqiqot ishlaridan foydalanish va ularni o'quvchilarga foyda keltirish uchun o'qitish bilan bog'lash tavsiya etiladi. Germaniya tibbiyot institutlarida Jamiyat tibbiyoti bo'limida statistik xodim mavjud. Tadqiqot faoliyatini olib borishga qiziqqan tibbiyot talabalari uchun bu katta foyda. Ushbu statistik mutaxassislar nafaqat tibbiyot talabalarini biostatistikaning turli jihatlari to'g'risida (ularning o'quv dasturlari talablari doirasida) sezgir qilibgina qolmay, balki tadqiqotlarda namunalar hajmining ahamiyatini, namunalarni hisoblash usullarini, ma'lumotlarni kiritish usullarini va umumiy testlarni tushunishga yordam beradi. bu statistik tahlil uchun ishlatilishi mumkin. Bundan tashqari, biz tibbiyot talabalari uchun talabalarning o'zlari tomonidan tashkil etilgan konferentsiyalarning rolini e'tiborsiz qoldirolmaymiz, bu esa turli tibbiyot institutlari talabalariga ishtirok etish va tadqiqotlarning turli jihatlari va so'nggi ishlanmalar bilan tanishish imkonini beradi. Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti tashkil qilinganiga oz fursat bolgan bolsada 2021-yil 20-may sanasida Xalqaro fan olimpiadasi tashkil qilindi va bunda Respublikaning barcha oliygh talabalari hamda Rossiya Federatsiyasining barcha tibbiyot oliygohlari talabalari va qoshni mamlakatlar Qirgiziston hamda Qozogiston tibbiyot oligohlari talabalari ham ishtirok etishdi. Xalqaro fan olimpiadasai tolaqonlik ingiliz tilida bolib o'tdi. Bu rivojlanish uchun noyob imkoniyatni taqdim etadi. Xalqaro kanfereinsiyalarni ham tashkillashtirish kerak bu talabalar uchun ilmiy tadqiqot tushunchalarini oshirish va chuqurroq izlanish va qiziqishlarni ortishiga imkon beradi.

Ilmiy loyihalarda qatnashish. Tadqiqot ko'nikmalarini rivojlantirishni ta'minlash uchun ideal yondashuv tibbiyot talabalarini magistratura bosqichida mustaqil ravishda ilmiy loyihani bajarishga undash orqali amalga oshiriladi. Aslida, ilmiy loyihalar asosiy o'quv dasturiga kiritilishi mumkin va barcha talabalarni ularni bajarishga undash mumkin. Boshqa variant tibbiyot instituti talabalari uchun ilmiy-tadqiqot fakultetlarini joriy etish bo'lishi mumkin, so'ngra talabalar tadqiqotlarning asoslarini o'rganishlari va mustaqil ravishda tadqiqot loyihalarini amalga oshirishlari mumkin boladi. Talabalar ilmiy tadqiqotlar to'g'risida ma'lumot olishlari juda muhimdir. Ko'pincha chet davlatlarda bakalavriat darajasidagi ilmiy loyihalar keng e'tirof etiladi va rag'batlantiriladi hamda talabalarga ham moddiy yordam, ham o'qituvchi rahbarligi ostida ish olib borish taklif etiladi. Tibbiyot institutlarida shahar va qishloq markazlariga amaliyot o'tash uchun jonatilgan barcha talabalar qisqa loyihani amalga oshirishlari talab qilinsa (unda guruh talabalari tadqiqot mavzusini hal qilishadi, adabiyotlarni ko'rib chiqadilar), markazning mas'ul fakulteti rahbarligida anketani shakllantirish, ma'lumotlarni yig'ish va tahlil qilishda qatnashish va nihoyat tadqiqotni taqdim etish. Shu bilan birga, ushbu tadqiqotlarni barchasini bir qatorda barcha darajadagi ilmiy tadqiqotlar bilan bog'lagan holda tadbirlarni o'tkazish kerak. Bu talabalarni bilib salohiyatini oshirishga katta imkoniyat beradi. Bu ishlarni rejasini tuzib chiqish va tashkillashtirish kerak. Bu ishlarni tashkil qilish tibbiyot instituti professor-o'qituvchilar jamoasining astoydil harakatlarini talab qiladi.

Tadqiqot ko'nikmalarini baholash. Boshqa har qanday vakolatli shaxslar singari, tibbiyot talabalarining malakasini aniqlash uchun tadqiqot qobiliyatlarini baholash mezonlari bo'lishi shart. Ushbu baho talabalardan portfelini saqlashni so'rash shaklida (o'rganishni hujjatlashtirish, o'rganish dalillarini kiritish va o'rganish haqida fikr yuritish) yoki ob'ektiv tuzilgan klinik imtihon stantsiyasi paytida yoki tanqidiy baholash bo'yicha tengdoshlarning fikri yoki hatto summativ shaklda amalga oshirilishi mumkin. Summativ baholashda tadqiqot qobiliyatlarini egallashini baholash qiyin tuyulishi mumkin bo'lsa-da, o'qituvchilar bilimga asoslangan muammo doirasidagi tadqiqot savollarini shakllantirish orqali (masalan,

ma'lumotlarni sharhlashni sinab ko'rish) shu orqalik baholashlari mumkin yoki amaliy mashg'ulotda ushbu mavzu bo'yicha adabiyotlar sharhini o'tkazish kerak .

Xulosa

Tibbiyot yo'nalishi talabalariga talabalik davrida ilmiy tadqiqot ko'nikmalarini rivojlantirish uchun etarli miqdordagi o'qish imkoniyatlarini berish kerakligi zamon talabidir. Biroq, bu amalga oshishi uchun tadqiqot bilan bog'liq vakolatlar o'quv dasturiga kiritilishi va tadqiqot bilan bog'liq atributlarga yo'naltirilgan aniq kompleks asoslar ishlab chiqilishi kerak.

БОЛАЛАРДА АЛЛЕРГИЯ КАСАЛЛИКЛАРИ КЕЛИБ ЧИҚИШИНING САБАБЛАРИ

Турғунов З. Қ.

Фарғона жамоа саломатлиги тиббиёт институти

Аллергия инсон организмида ташқаридан таъсир қилувчи аллергенлик хусусиятига эга бўлган ҳар хил ёт моддаларга нисбатан пайдо бўладиган ўзига хос реакциядир.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, тарқалиши бўйича аллергия дунёда юрак-қон томир ва онкологик касалликлардан кейин 3-ўринни эгаллайди. Дунё бўйлаб катталар аҳолисининг ўндан бири астматик бўлиб, ҳар тўртинчи бола аллергия билан касалланган. Экологик жиҳатдан ноқулай минтақаларда касаллик даражаси анча юқори. Ҳар йили "аллергия билан касалланганлар" сони 35-40 миллион кишига кўпаяди ва ҳар 10 йилда бу икки баравар ортади. Шу билан бирга, сўнгги 20 йил ичида саноат ривожланган мамлакатларда болалар ва ўсмирларда астма тарқалиши 3-4 бараварга ортди. Аллергия намоён бўлиши зарарли кўринмайдиган теридаги қизариш ва тошмалардан тортиб бронхиал астма ва анафилактик шок (анафилактик шок ҳақида) каби жиддий касалликларнинг ривожланишига қадар ўзгариши мумкин ва бу аянчли ҳолат билан яқунланиши нуқтаи назаридан хавфли ҳисобланади. Сўнгги йилларда болалар орасида гижжа касалликлари билан касалланишнинг ортиб бориши аллергик фон ривожланишига сабаб бўлмоқда. Жумладан аллергия

касаллиги бор бўлган болаларда гижжа касалликлари ташхисоти ўтказилганда боғлиқлик аниқланган. Тадқиқотларимиз натижасида олган кўрсаткичларга кўра 2017-йилда Фарғона вилояти Қўштепа туманида болаларда гижжа касаллиги қуйидагича қайд қилинган: аскаридоз билан касалланиш 3 та, энтеробиоз 865 та, гименолипедоз 313 та, тениаринхоз 1 та ҳолатда қайд қилинган бўлса, 2018-йилда аскаридоз билан касалланиш 20 та, энтеробиоз 1045 та, гименолипедоз 327 та, эхинококкоз 7 та, тениаринхоз 3 та ҳолатда қайд қилинган. Шу билан бирга болалар орасида гижжа касалликлари ортиб бориши каби ҳолат аллергия касалликларда ҳам кузатилган. Болалар организмига тушган гельминтлар ўзидан экзоген ва эндоген антигенларни ишлаб чиқаради. Экзоген антигенлар паразит томонидан ҳаётий фаолияти давомида етук ва личинка босқичларида ажралиб чиқади ҳамда болаларда қонга ўтиб сезгирликни ортиши, аллергия реакциялар ривожланишига сабаб бўлади. Эндоген антигенлар эса паразитнинг ўлимидан ва парчаланишидан кейин ҳосил бўлади ва қон орқали бутун аъзо ва тўқималарга тарқалади. Натижада болаларда сенсibiliзация ортишига сабаб бўлувчи эозинофилия, терининг қичишиши, турли хил тери тошмалари, бронхоспазм, ўпка инфилтратларининг шаклланиши каби аллергия ҳолатларга сабаб бўлади. Хулоса қилиб айтганда, болаларда аллергия касалликлар қайд қилинганда гижжа касалликлари ташхисотининг олиб борилиши муҳим аҳамиятга эга, чунки паразит экзоген ва эндоген антигени бартараф этилгандан сўнггина аллергия ҳолат даволанишига эришилади.

ГИМЕНОЛИПЕДОЗЛИ БОЛАЛАРДА АЛЛЕРГИК РИНИТНИНГ КЕЧИШИДА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИНГ КЛИНИК- ИММУНОЛОГИК ТАЪСИРИ

Ҳамидова Н.Қ.

Бухоро давлат тиббиёт институти. Бухоро. Ўзбекистон.

Аллергия ринит (АР) масалаларига бағишланган замонавий манбаларда сўнгги йилларда ушбу касалликнинг ошқозон-ичак тракти гименолипедози

(ОИТГ) билан тез-тез комбинацияланиш кўрсаткичлари учрайди . Гименолепидозда ошқозон-ичак тракти микробиоми бузилади ва унинг барча бўлимлари кўпинча ушбу жараёнга жалб қилинади . Аллергик ринит билан касалланган гименолепидозли болаларда антиаллергик, антипаразитик ва комплекс даволаш фонида асосий клиник , лаборатор ва иммунологик параметрларининг динамикасини таҳлил қилишдан иборат. Асосий гуруҳни шаҳар болалар диагностика марказида назоратга олинган қишлоқ шароитида яшайдиган бемор болалар сони 100 нафарни (3 ёшдан 14 ёшгача) ташкил этди; ота-оналарнинг хабардорлиги ва розилиги билан тадқиқотлар ўтказилган. Асосий гуруҳга йил давомида АР ва гименолепидоз билан касалланган 67 нафар бола; таққослаш гуруҳи - 33 нафар бола (йил давомида АР гименолепидозисиз: 3-6 ёш гуруҳига АР гуруҳидан гименолепидозли 36 нафар бола ва гименолепидозисиз 14 нафар бола, 7-14 ёшгача бўлган 31 нафар) гименолепидозли АР билан оғриган болалар ва гименолепидозисиз 19 нафар бола кирган. Назоцитограмма усули билан бурун секрециясини қиёсий баҳолаш учун биз АР ва гименолепидознинг клиник ва лаборатор белгилари бўлмаган соғлом болалар гуруҳини (35 нафар) киритдик. Биз назорат остига олинган бемор болаларга 10 кун давомида 2% калций хлорид эритмаси билан зиртек, лоратал, виброцил, эндоназал электрофорезни ўз ичига олган антиалергик даволаш усуллари қўлладик (витаминли терапия қўлланилмади, чунки витаминлар лямблия учун озуқа муҳитининг таркибий қисмидир ва паразитлар томонидан осонликча сингиб, уларнинг ҳаётийлигини оширади). Антиаллергик ва антипаразитик даволанишдан кейин симптомлар частотасида фарқлар топилмади. Гименолепидоз билан АР га чалинган болаларни специфик антипаразитик даволаш самарадорлигининг етарли эмаслиги $CD3 + - (53,36 \pm 0,96)$, $CD4 + -$ ва $CD8 +$ лимфоцитларини $(34,00 \pm 0,49; 20,36 \pm 0,39)$ даволашдан сўнг периферик қон таркибидаги кўрсаткичлар билан кўрсатилади, шунингдек даволанишдан олдинги қийматларга нисбатан $CD20 +$ лимфоцитлари $(11,55 \pm 0,16)$, бу эса (мос равишда $49,09 \pm 0,48; 38,88 \pm 0,40; 16,32 \pm 0,35$ ва $10,76 \pm 0,51$ га кўпайган), қолган вақт амалда соғлом

болалар кўрсаткичларига нисбатан сезиларли даражада камайди (мос равишда $56,21 \pm 0,54$; $38,00 \pm 0,39$; $26,14 \pm 0,35$ ва $14,79 \pm 0,38$). (ИС=1,05 мартага тенг CD3 +-учун; ИС=1,12 мартага тенг CD4+-учун, ИС=1,28 мартага тенг CD8 + -учун). Т-лимфоцитлар ва Т-хелперлар Т-цитотоксик лимфоцитлари субпопуляциясининг интенсивлиги бошқача кўпайиши даволашдан олдин индикаторга нисбатан ИРИ нинг сезиларли пасайишига олиб келади . Максимал клиник таъсирга эга бўлган антиаллергик ва антипаразитик терапияни ўз ичига олган комплекс даволаш ёрдамида самарадорликга эришдик. Антиаллергик терапия беморларнинг аҳволини тез яхшиланишига олиб келди ва антипаразитар терапия ушбу таъсирни кучайтирди. Комплекс антиаллергик ва антипаразитик даволаш аниқ иммунологик таъсирга эга бўлиб, иммунитетни тубдан фаоллаштиради, иммунитетнинг таъсирини бостирувчи ҳолатга ўтказди ва шу билан организмдаги аллергия жараённинг тезроқ тўхташига ёрдам беради.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ COVID-19

Хасанов Д.Ч.

Бухарская областная инфекционная больница, г. Бухара

Целью исследования явилось описать общие характеристики пациентов, госпитализированных в отделения реанимации и интенсивной терапии Бухарской областной инфекционной больницы.

Представлены данные 110 пациентов, полученные при поступлении в отделение реанимации терапии Бухарской областной инфекционной больницы.

Изучены клинические, лабораторные и инструментальные данные 70 больных, госпитализированных в ОРИТ. При анализе распределения больных по возрасту обращает на себя внимание минимальное количество пациентов младше 40 лет. Основные возрастные группы наблюдаемых пациентов были представлены лицами 50–60 и старше 80 лет. Средний

возраст больных составил 66 лет, соотношение мужчин и женщин равное. Пациенты поступили в стационар примерно на 7-е сутки от манифестации заболевания и на фоне резкого ухудшения состояния были госпитализированы в отделение реанимации в первые трое сут после госпитализации. У 93% были подтверждены данные о наличии SARS-CoV-2 методом полимеразной цепной реакции. Многие больные имели сопутствующие заболевания — ишемическую болезнь сердца, артериальную гипертензию, сахарный диабет и т.д. Небольшую часть больных составляли пациенты с заболеваниями легких в анамнезе, онкологические больные и пациенты с хроническим заболеванием почек. В полученных результатах лабораторных данных обращают на себя внимание признаки выраженной системной воспалительной реакции: значительное повышение С-реактивного белка и прокальцитонина на фоне значимой лимфоцитопении. При анализе коагулограммы отмечались признаки коагулопатии (значимое повышение D-димера и гиперфибриногенемия). Кроме того, были значительно повышены острофазные белки — ферритин; наблюдалась пограничная норме гипоальбуминемия.

Присутствуют умеренные признаки печеночного повреждения, подтвержденные повышением печеночных ферментов.

Таким образом, клиническая характеристика типичного пациента с COVID-19 тяжелого течения, поступающего ОРИТ: больной пожилого возраста с повышенной массой тела, недооцененной на догоспитальном этапе сопутствующей патологией, тяжелой дыхательной недостаточностью, лимфоцитопенией и повышенным нейтрофильно-лимфоцитарным соотношением, повышенными уровнями фибриногена, D-димера, глюкозы и ферритина сыворотки крови, С-реактивного белка, прокальцитонина.

ЎТКИР ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАХЛИЛИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ

Абдуғаниева А.Ё.

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги: Ичак инфекциялари асосан аҳолининг турмуш маданияти паст, санитария гигиена кўникмалари яхши шаклланмаган, тоза ичимлик суви ва канализация билан таъминланмаган ҳудудларида юқориликча қолмоқда. Ҳар қандай юқумли касалликка мавсумийлик хос бўлганидек ичак инфекциялари динамикасида ёз ва куз ойларида кўтарилишни кузатишимиз мумкин.

Текширувдан мақсад. Ўткир ичак инфекцияларини мавсумийлик даврида тарқалишининг эпидемиологик тахлили ва эпидемияга қарши чора тадбирларни ўрганиш.

Текширув материаллари ва усуллари. Фарғона вилоят Фарғона туман ҳудудида ўткир ичак касалликларининг 2019-2020 йиллар солиштирма ахбороти. Эпидемиологик ва бактериологик усул.

2019-2020 йиллар давомида ўткир ичак инфекцияларининг эпидемиологик солиштирма ахборотидан кўриниб турибдики, жами ўткир ичак касалликлари 2019 йилда абсолют кўрсаткичда 87, интенсив кўрсаткичда 39,5%, шундан болаларда абсолют кўрсаткичда 78, интенсив кўрсаткичда 35,5%. Жами ўткир ичак инфекцияларидан 2019 йилда этиологияси аниқланган ичак инфекциялари (008) жами абсолют кўрсаткичда 82, интенсив кўрсаткичда 37,2%, шундан болаларда абсолют кўрсаткичда 73, интенсив кўрсаткичда 33,2%. 2020 йилда этиологияси аниқланган ичак инфекциялари (008) жами 24, абсолют кўрсаткичда 10,6, шундан болаларда абсолют кўрсаткич 22, интенсив кўрсаткичда 9,7% ташкил этмоқда. Жами ичак инфекцияларидан этиологияси аниқланмаган ичак инфекциялари (009) 2019 йилда жами абсолют кўрсаткичда 5, интенсив кўрсаткичда 2,2%, шундан болаларда абсолют кўрсаткичда 5, интенсив кўрсаткичда 7,0%, 2020 йилда этиологияси аниқланмаган ичак инфекциялари (009) жами абсолют кўрсаткичда 11, интенсив кўрсаткичда 4,8%, шундан болаларда абсолют кўрсаткичда 10,

интенсив кўрсаткичда 4,4%. ташкил этади. Юқорида келтирилган ичак инфекцияларининг статистик маълумотларидан кўриниб турибдики 2019-2020 йилларда ўткир ичак инфекциялари ўсиши ва камайиши жами ва болаларда бир хилда -0,3% ташкил этади. Этиологияси аниқланган (008) ўсиш ва камайиш жами ва болаларда -0,2% ташкил этмоқда. Этиологияси аниқланмаган (009) жами ўсиш -2,1%, болаларда эса камайиш -0,6% ташкил этмоқда.

Хулоса: Юқоридаги 2 йиллик солиштирма ахборотдан кўриниб турибдики ичак инфекциялари орасида этиологияси аниқланган инфекциялар (008) 2020 йилда 2019 йилга қараганда касалик улуши пасайган. Этиологияси аниқланмаган (009) 2020 йилда 2019 йилга қараганда жами касалланиш ҳолати ҳам, болаларда учраши ҳам ошганлигини кўриб турибмиз. Саломатликни асраш 10-15 фоиз тиббиёт ходимларининг хизматига, 60 фоиз ҳолларда эса, кундалик соғлом турмуш тарзимизга боғлиқ. Касалликни олдини олиш учун сувларни қайнатилган ҳолда ичиш, биринчи галда тозалikka риоя қилиш, жамоат жойларда шахсий гигиена қоидаларига риоя қилиш, ҳўл меваларни ювиб истеъмол қилиш, яхши сақланмаган ва узок вақт туриб қолган овқатларни истеъмол қилмаслик, очик сув ҳавзаларида чўмилганда сувларнинг тозалигига ва чўмилиш жараёнида сув ютмасликка эътибор бериш керак. Ўткир ичак касалликлари эпидемиологияси турли туманлигини ҳисобга олиб, уларга қарши муваффақиятли курашишда тиббиёт ҳамда ветеринария хизмати ходимлари ҳамиша мустаҳкам алоқада бўлишлари керак. Бу ишда асосий куч одамлар, ҳайвонлар, паррандалар орасида юқумли касаллик манбаини аниқлаш ва касаллик тарқалишини ўз вақтида тўхтатишга қаратилган бўлиши керак. Ўткир ичак касалликлари билан касалланиш кўрсаткичи ёш болаларда юқори эканлигини ҳисобга олиб болалар овқатларини, даволаш ва ичириш учун ишлатиладиган суюқликлар тайёрлайдиган ошхоналар, озиқ-овқат цехлари ва дорихоналар ишларини доимо назорат қилиши керак. Кемирувчларни йўқотиш ичак инфекцияларига қарши курашда энг муҳим чора-тадбирлардан ҳисобланади, чунки каламуш ва сичқонлар ҳайвонлар сўйиладиган жойларни, турли озиқ-

овқат объектларини ичак инфекциялари билан зарарлантириб, чорвачилик ва паррандачилик фермаларида инфекцияни тез тарқалиб кетишига сабаб бўладилар. Шунинг билан бир қаторда аҳолининг тиббий маданиятини тарғибот ишлари билан янада юқорига кўтаришимиз уюшган, уюлмаган аҳоли ўртасида, мактаб, коллеж, лицейларда давра суҳбатлари, телевидения ва радиоларда чиқишлар қилиш, матбуотда ичак инфекцияларини олдини олиш борасида мақолалар чоп эттириш орқали ўткир ичак инфекцияларини олдини олишга эришишимиз мумкин.

ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ COVID-19

Хусенова З.З.

Бухарский государственный медицинский г.Бухара, Узбекистан

Целью являлось изучение уровня прокальцитонина в сыворотке крови для решения начала и отмены антибактериальной терапии, а также для установления прогрессирования тяжести заболевания у пациентов COVID-19.

Под наблюдением находились 120 пациентов. Пациенты были разделены на тяжелых больных (n=60) и пациентов со среднетяжелыми формами (n=60). Из них 12 (20.0%) пациентов были госпитализированы в отделение интенсивной терапии. Средний возраст составил 53 года, из 120 пациентов 96 (80%) были мужчинами. Среднее время от появления симптомов до госпитализации составляло 2-3 дня, а среднее время до постановки диагноза тяжелого заболевания составляло 3-4 дня.

Концентрация ПКТ была определены с помощью методом ИФА с использованием наборов реагентов для иммуноферментного определения концентрации ПКТ в плазме крови ПКТ –ИФА-БЕСТ. Пациенты с средней степенью тяжести и тяжелой формой использовали данные своего первого лабораторного теста 2-ой день при поступлении, 3 и 5 день лечения.

За верхнюю границу нормы принимали концентрацию, равную 0,05 нг/мл.

У 64(53,3%) из 120 наблюдаемых пациентов содержание ПКТ составила 0,05-0,1 нг/мл, у 46 (38,3%) пациентов - 0,1-2,0 нг/мл, у 10(8,4%) - более 2,0 нг/мл. Эти анализы были получены в течение первых 48-72 часов от начала заболевания. И на основании содержания ПКТ в сыворотке крови они условно были разделены на 3 группы. В дальнейшем анализы повторяли на 3-й, 5-й день, у тяжелых больных уровень ПКТ исследовали на 7-й день лечения. Больные у которых количество ПКТ определялось выше 0,1 нг/мл расценивались как ко-инфекция и им были рекомендованы для лечения антибиотики. Эффективность лечения оценивалась как недостаточная, если после 3-х дней лечения не отмечалось уменьшения уровня ПКТ в сыворотке крови на 50%. В таких случаях, где не наблюдалось снижения уровня ПКТ можно предполагать, что лечения не даёт ожидаемого эффекта. Следовательно, изменять тактику антибактериальной терапии. Если же уровень ПКТ снижается, это будет означать, что лечение дало ожидаемый результат. Как только произойдет снижение количества ПКТ примерно на 80-90% от пикового уровня, рекомендуется прекращение антибактериальной терапии.

Таким образом, уровень прокальцитонина может служить биомаркером присоединения бактериальной инфекции к COVID-19 и определяет своевременное назначение антибактериальных препаратов и продолжительность курса антибактериальной терапии.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ НОЧНОЙ ГЕМОГЛОБИНУРИИ (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

Цымбалюк В.В., Степченко М.А.

Курский государственный медицинский университет, Россия

Пароксизмальная ночная гемоглобинурия (ПНГ) является редким и до настоящего времени трудно распознаваемым заболеванием крови. Это диктует необходимость клинической настороженности в отношении ПНГ и

ранней диагностики в группах риска [1]. Главенствующее положение в патогенетической терапии ПНГ занимает экулизумаб. Такая терапия не приводит к полному выздоровлению или стойкой ремиссии, однако, позволяет повысить качество жизни, предотвратить развитие фатальных жизнеугрожающих тромботических осложнений и улучшить прогноз у больных ПНГ [2].

Цель исследования. Изучение влияния экулизумаба на течение апластической анемии, ассоциированной с клоном пароксизмальной ночной гемоглобинурии.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ истории болезни пациентки с апластической анемией, ассоциированной с пароксизмальной ночной гемоглобинурией.

Результаты и обсуждение: пациентка Н., 24 лет, поступила в гематологическое отделение Курской областной клинической больницы с жалобами на боли в левом подреберье, связанные со спленомегалией, одышку, сердцебиение при ходьбе, общую слабость.

Из анамнеза заболевания. Диагноз апластической анемии, ассоциированной с пароксизмальной ночной гемоглобинурией (ПНГ), установлен в 2007 году в РДКБ г. Москвы. Проводились курсы комбинированной иммуносупрессивной терапии. С 2014 года начата терапия экулизумабом.

При комплексном клиническом обследовании, включающем в себя объективный осмотр, лабораторные и инструментальные исследования, получены следующие результаты: объективно – общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, геморрагические высыпания в местах инъекций. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка выступает из-под края левой реберной дуги на 14 см., плотной консистенции, при пальпации безболезненная.

Лабораторные исследования крови выявили гипербилирубинемия за счет непрямой фракции, что свидетельствует о внутрисосудистом гемолизе,

повышение уровня ЛДГ, что отражает выраженность гемолиза при ПНГ. Значения данного показателя превышали верхнюю границу нормы в 8 раз.

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости обнаружены: диффузные изменения паренхимы печени. Гепатомегалия. Спленомегалия.

Пациентке было проведено следующее лечение: экулизумаб 900 мг внутривенно капельно, трансфузия лейкоцитредуцированной эритроцитарной массы. На фоне терапии наблюдалось снижение выраженности общей слабости, одышки; достигнуты целевые значения в картине крови (уменьшение сывороточной концентрации билирубина, ЛДГ), отсутствовала потребность в гемотрансфузиях.

Заключение: терапия экулизумабом позволяет повысить качество жизни и улучшить прогноз у больных апластической анемией, ассоциированной с ПНГ.

Список литературы:

1. Цветаева, Н.В. Пароксизмальная ночная гемоглобинурия / под ред. Воробьев А.И. Москва: Ньюдиамед, 2017 – 797–805с.
2. Кудлай, Д.А. Бакиров, Б.А. Павлов, В.Н. Современные и разрабатываемые биотехнологические препараты для лечения патологии системы комплемента при пароксизмальной ночной гемоглобинурии // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. 2020. Т. 19. №3. С.164-172.

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

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

Тошкент тиббиёт академияси

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

Аннотация

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 ташкил этган бўлса, соат 15⁰⁰ да $34,8 \pm 0,25^{\circ}\text{C}$ ни ташкил 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 ташкил этди. Бу эса РЭД дан $0,9^{\circ}\text{C}$ дан $6,1^{\circ}\text{C}$ гача ошганлиги аниқланди.

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

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

Ишлаб чиқариш жараёнидаги микроиқлим 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 микроиклимни 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 бинонинг 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.

Олинган натижалар: Пластмасса маҳсулотлар ишлаб чиқариш корхонасидаги микроиклим кўрсаткичлари йилнинг илиқ ва совуқ давларида ўтказилди. Иш жойларида ҳаво ҳарорати, намлик, ҳавонинг ҳаракат тезлиги ўлчанди. Олинган натижалар СанК ваМ № 0324-16 “Иш жойларида микроиклимни санитар меъёрлар” билан баҳоланди.

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

Йилнинг иссиқ ойлари (июль, август) учун микроиклим кўрсаткичлари комфорт кўрсаткичлардан бир қанча фарқ қилиб, жадвалда берилган маълумотларга қараганда, экструзион машина операторларининг иш жойларида йилнинг илиқ давларида соат 12⁰⁰ да $30,8 \pm 0,35^{\circ}\text{C}$ ни ташкил этган бўлса, соат 15⁰⁰ да $34,8 \pm 0,25^{\circ}\text{C}$ ни ташкил 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±0,24⁰C ни ташкил этди. Бу эса РЭД дан 0,9⁰C дан 6,1 ⁰C гача ошганлиги аниқланди.

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

Микроклимннинг 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).

ЎТКИР ЛЕЙКОЗДА ХИМИОТЕРАПИЯНИ ТУРЛИ БОСҚИЧЛАРИДА АНЕМИК СИНДРОМНИ ЎРГАНИШ

Шокирова Ф.Ж., Турахожаева С.С.

Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон

Мақсад: Ўткир лейкозли беморларда полихимиотерапиянинг турли этапларида ремиссия индукцияси, ремиссия консолидацияси, ремиссияда анемиянинг частотаси ва оғирлигини ўрганиш.

Материал ва усуллар. Текшириш учун материал Республика ихтисослаштирилган гематология илмий-амалий тиббиёт марказида 2019-2020 йилларда стационар даво олган 30 нафар «Ўткир миелобласт лейкоз» (ЎМЛ) диагнозли беморлар бўлиб, уларнинг ўртача ёши 40,1±2,8 ёшни ташкил қилди. Шунингдек, текширишга 26 нафар «Ўткир лимфобласт лейкоз» (ЎЛЛ) диагнозли ёши 20-69 ёшли беморлар ҳам киритилди, уларнинг ўртача ёши 33,8±2,2 ёшни ташкил қилди. ЎЛЛ ли беморларнинг 10 нафари ремиссия индукцияси, 9 нафари ремиссия консолидацияси, 5 нафари

ремиссия босқичида эди. ЎМЛ ли беморларнинг шу кўрсаткичлари ремиссия индукцияси босқичида 11 нафар, ремиссия консолидацияси босқичида 10 нафар, ремиссиядаги беморлар сони 9 нафарни ташкил қилди. Бу беморларда қон умумий анализи гематологик анализаторда, қон биохимик анализи биохимик анализаторда ўтказилди, шунингдек миелограмма текшируви ҳам ўтказилди.

Натижалар. Текширувлар шуни кўрсатадики, гемоглобинни жуда паст концентрацияси ремиссия индукцияси босқичида иккала гуруҳда аниқланди: ЎЛЛда $90,46 \pm 4,55$ г/л, ЎМЛда $72,62 \pm 3,99$ г/л. Шунингдек консолидация босқичида ҳам кўрсаткичлардаги фарқ ишончли равишда фарқ қилди: ЎЛЛда $110,33 \pm 3,87$ г/л, ЎМЛда $95,32 \pm 4,11$ г/л. Ремиссия босқичида гемоглобин кўрсаткичларида ишончли фарқ аниқланмади: ЎЛЛли беморларда $118,23 \pm 3,2$ г/л ва ЎМЛли беморларда $116,45 \pm 3,28$ г/л. ПХТнинг ҳамма этапларида эритроцитлар сони кўрсаткичлари орасида ишончли фарқ топилмади.

ПХТни ҳамма этапларида ЎЛЛ ва ЎМЛли беморларда анемия кузатилади, энг паст кўрсаткичлар ремиссия индукцияси босқичида аниқланди.

Гемобластозли беморларда анемияни учраш частотаси турли даражада бўлиб, диагноз қўйиш вақтида 22% дан то 90% гача бўлади [1,3]. Анемияни частотаси ва оғирлиги онкогематологик касалликнинг нозологик шаклига ва ўсма жараёнини оғирлигига боғлиқ бўлиб, ўтказилаётган ўсмага қарши терапия фонида ошади [4].

Бир қатор муаллифларнинг фикрича анемияни патогенези асосида а) суяк кўмигини ўсма хужайралари билан инфильтрацияси ва нормал гемопоэзис сиклиб чиқарилиши; б) яллиғланишга қарши цитокинларни кўп ишлаб чиқарилиши; в) етарли миқдорда эндоген эритропоэтин синтезланмаслиги; г) темир дефицити; д) эритроцитлар гемолизи; е) ўсмага қарши терапиянинг миелосупрессив эффекти ётади [3,5,6].

1 Жадвал

ПХТни турли этапларида ЎЛЛ ва ЎМЛ ли беморларда гемоглобин ва эритроцит кўрсаткичлари

№	Химиотерапия этаплари	ЎЛЛли беморларда гемограмма кўрсаткичлари		ЎМЛли беморларда гемограмма кўрсаткичлари	
		Гемоглобин г/л	Эритроцит 10 ¹² /л	Гемоглобин г/л	Эритроцит 10 ¹² /л
1	Индукция	90,46±4,55*	2,89±0,77**	72,62±3,99*	2,24±0,46**
2	Консолидация	110,33±3,87*	3,75±0,59**	95,32±4,11*	3,67±0,54**
3	Ремиссия	118,23±3,21**	3,99±0,73**	116,45±3,28**	3,81±0,44**

Изох: * фарқ ишончли P <0,01

** фарқ ишончсиз P>0,5

Бизнинг томонимиздан ЎЛЛ ва ЎМЛ ли беморларда анемияни учраш частотаси ўрганилди. Аниқландики, иккала гуруҳда анемияни юқори частотаси ПХТни ремиссия индукцияси босқичида (97,22% ЎМЛли беморларда, 82,2% ЎЛЛли беморларда, анемияни энг паст кўрсаткичи ремиссия босқичида (ЎМЛда 23,44%, ЎЛЛда 17,27%) аниқланди.

ПХТни ремиссия индукцияси босқичида ЎМЛли беморларда анемияни ўрта оғир даражаси 64,3%, ЎЛЛли беморларда энгил даражаси 53,9% устунлик килди. Натижалар 2 жадвалда келтирилган.

2 Жадвал

ЎЛЛ ва ЎМЛ ли беморларда анемияни учраш частотаси

Хим иоте рапи я этап лари	ЎМЛ ли беморларда анемия % да				ЎЛЛли беморларда анемия % да			
	Хамма анемиялар, улардан:	Энгил даража	Ўрта оғир даража	Оғир даража	Хамма анемиялар,	Энгил даража	Ўрта оғир даража	Оғир даража

					улард ан:			
Инду кция	97,22	7,1	64,3	28,6	82,12	53,9	30,7	15,4
Конс олид ация	58,41	74,7	25,3	0,0	45,88	83,3	16,7	0
Ремис сия	23,44	85,4	14,6	0,0	17,27	91,0	9,0	0

Хулоса. ЎЛЛ ва ЎМЛ ли беморларда анемик синдромни ПХТ ни босқичларида ўрганиш шуни кўрсатадики, ПХТ ни ҳамма босқичларида турли даражадаги анемия кузатилади. ЎЛЛ ва ЎМЛли беморларда ремиссия индукцияси босқичида гемоглобин ва эритроцитлар сонининг энг паст эканлиги аниқланди. ЎМЛ ли беморларда гемоглобин кўрсаткичлари ЎЛЛ ли беморларни кўрсаткичларига нисбатан ПХТни ремиссия индукцияси ва консолидацияси босқичида ишончли даражада паст. Текширувлар, анемияни юқори частотаси ПХТ ни ремиссия индукцияси босқичида, энг паст частотаси ремиссия босқичида эканлигини аниқлашга имкон берди. Олинган натижалар анемик синдром ривожланишини прогноз қилишга ва анемияни ўз вақтида даволаш, олдини олиш бўйича тавсиялар ишлаб чиқишга имкон беради. Бу эса ўз навбатида ПХТ эффективлигини оширишга ва асоратларни хавфини пасайишига олиб келади.

Калит сўзлар: ўткир лейкоз, химиотерапия, анемик синдром

Фойдаланилган адабиётлар

1. С.П. Щербинина, Е.А. Романова, А.А. Левина и др. Диагностическое значение комплексного исследования показателей метаболизма железа в клинической практике. Гематологияитрансфузиология. -2005. 50(5). - 23-28.

2. Hedenus M, Karlsson T, Ludwig H, Felder M, Roubert B, Birgegard G. Intravenous ferric carboxymaltose as sole anemia therapy in patients with lymphoid malignancies, chemotherapy-induced anemia and functional iron deficiency. *Blood*. 2013;122(21):325-330.
3. Inaba H., Greaves M., Mullighan C. Acute lymphoblastic leukaemia // *The Lancet*. – 2013. – Vol. 381. – 1943-1955.
4. Jomova K, M. Valko, Importance of iron chelation in free radical-induced oxidative stress and human disease // *Current Pharmaceutical Design*. – 2011. – Vol. 17(31). – 3460-3473.
5. Steinmetz T, Tschechne B, Harlin O, Klement B, Franzem M, Wamhoff J, et al. Clinical experience with ferric carboxymaltose in the treatment of cancer and chemotherapy-associated anaemia. *Annals of Oncology*. 2013;24(2):475–82.
6. Wang J, Pantopoulos K. Regulation of cellular iron metabolism. *Biochemical Journal*. 2011;434(3):365–381.

ПРИЧИНЫ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА В₁₂ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Шокирова Ф.Ж., Сулейманова Д.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Резюме. Причинами дефицита витамина В₁₂ могут быть нарушение всасывания его в желудочно-кишечном тракте, синдром мальабсорбции, алиментарный дефицит витамина, пернициозная анемия, длительный прием препаратов (ингибиторов протонной помпы, метформина, блокаторов Н₂-рецепторов, алкоголизм, курение, вегетарианство). В данной статье была проанализирована причина развития дефицита витамина В₁₂ у пожилых больных витамином В₁₂ дефицитной анемией.

Ключевые слова: анемия, ингибиторы протонной помпы, витамин В₁₂, метформин, пожилой возраст, курение

Цель: Изучить причины развития дефицита витамина В₁₂ у больных витамин В₁₂ дефицитной анемией.

Материалы и методы: Был проведен ретроспективный анализ больных витамин В₁₂ дефицитной анемией на базе ЦКДП №2 МСО. Всего в исследование было включено 21 больных (11 женщин и 10 мужчин) в течение периода исследования. Средний возраст больных составлял 83±3 года. Диагноз анемии установлен на основании общепринятых критериев заболевания. Всем больным было проведено исследование общего анализа крови на гематологическом анализаторе Mindray BC-3600, биохимический анализ крови на биохимическом анализаторе Cobase411 (концентрация витамина В₁₂ в сыворотке крови, альбумина), серологический анализ крови на *Helicobacter pylori*. Проведен опрос на основе специально составленного вопросника из 25 вопросов. Проанализирована амбулаторная карта всех больных для выяснения причины развития дефицита витамина В₁₂.

Результаты: Средняя концентрация витамина В₁₂ у них составила 147,5 пг/мл (от 50 до 190 пг/мл). Пернициозная анемия была выявлена только у одного пациента (4,76%). У шести пациентов (28,6%) серологический анализ на *H. pylori* был положительным, что привело к проведению лечения антибиотиками. Пять пациентов (23,8%) принимали ингибиторы протонной помпы. Двенадцать (57,1%) пациентов принимали - бигуанид, метформин в суточной дозировке от 1000 до 2000 мг по поводу сахарного диабета 2 типа, что объясняет дефицит витамина В₁₂ у этих больных. В общей сложности 10 пациентов (47,6%) имели низкий уровень альбумина в рамках нерационального питания и специальной диеты, что может объяснить этот дефицит. Хронического алкоголизма не выявлено ни у одного больного. Курение выявлено у 4 (19%) больных, они курили по 6-10 штук сигарет в день.

У пожилых людей синдром мальабсорбции пищевого кобаламина обычно является следствием атрофического гастрита, связанного или не связанного с инфекцией *H. pylori*, а также длительного приема антацидов и бигуанидов

(примерно у 60% пациентов). Синдром мальабсорбции пищевого кобаламина является основным механизмом дефицита кобаламина у пожилых людей и вызывается, прежде всего, атрофическим гастритом [1]. Если причинно-следственная связь между дефицитом витамина B_{12} и хроническим применением этих методов лечения установлена. Ингибиторы протонной помпы снижают абсорбцию витамина B_{12} , вероятно, путем ингибирования внутрижелудочного протеолиза и, таким образом, его высвобождения из пищи, необходимого до связывания с R-белками и внутренним фактором желудка. У пожилых людей (а также у пациентов, страдающих синдромом Золлингера – Эллисона) длительное использование ингибиторов протонной помпы может приводить к дефициту витамина B_{12} . Связь между ингибиторами протонной помпы и дефицитом витамина B_{12} все еще обсуждается, и это должно привести к крупномасштабным исследованиям, чтобы поддержать или опровергнуть эту связь. Что касается бигуанида, то нарушенные кальций-зависимые реакции на клеточной мембране снижают абсорбцию комплекса витамин B_{12} с внутренним фактором в подвздошной кишке. Оба препарата по-прежнему широко назначают пожилым людям. Для документирования дефицита витамина B_{12} необходимо исчерпывающее обследование, в основном у пациентов, принимающих эти лекарства. Патогенез макроцитоза у курильщиков в настоящее время неизвестен. Теории включают компенсаторную реакцию на пониженную способность переносить кислород (вторичную по отношению к монооксиду углерода и гипоксии), токсический эффект ацетальдегида в табачном дыме и вызванный цианидом функциональный дефицит витамина B_{12} .

Выводы:

1. В стандарты диагностики необходимо включить вопросы приема алкоголя и курения, как причины, вызывающие дефицит витамина B_{12} .
2. Больных, постоянно принимающих препараты группы бигуанидов необходимо включить в группу по риску развития дефицита витамина B_{12} .

Литература

1. Вдовиченко В.П., Бронская Г.М., Борисенок О.А., Коршак Т.А. Факторы риска развития дефицита витамина В12 и его последствия//Медицинские новости. -2019. -№8. - С.15-16.

ЖАМОАТ САЛОМАТЛИГИНИ МУҲОФАЗА ҚИЛИШНИНГ БАЪЗИ МАСАЛАЛАРИ

Эгамназаров А.И., Абдулхаев Б.

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

Ўзбекистон аҳолисининг яшаш шароитини яхшилаш ҳамда аҳолини тиббий маданиятини ошириш бугунги куннинг энг муҳим масалаларидан бири ҳисобланади. Жамоат саломатлигини муҳофаза қилишда аҳоли орасида соғлом турмуш тарзи ҳақида илмий – оммабоп тушунтириш ишларини кенг доирада олиб бориш асосида фуқаролар истеъмол қилаётган тайёр, ярим тайёр маҳсулотларни ва хом ашёларни микро ва макро элементларга бойитиш орқали аҳоли истеъмол қилаётган кимёвий дори – дармонлар билан бирга табиий доривор гиёҳлардан тайёрланган дори-дармонлардан фойдаланиш асосий ўринни эгаллайди. Доно халқимизда “Соғлом танда соғ ақл” деган мақол бор. Ер юзи аҳолиси жумладан, ўлкамиз аҳолиси орасида кундан кунга эндемик касалликлар авж олиб бормоқда ва ёшармоқда десак муболаға бўлмайди. Аҳолини озуқаси таркибида микро ҳамда макро элементлар етишмаслиги сабабли оғир эндемик касалликлар келиб чиқишини олдини олиш мақсадида аҳоли истеъмол қиладиган озиқ овқатлари сифатини ҳамда таркибини яхшилаш муаммоси туради. Муаммонинг тўғри ечим топиши тиббиётдаги энг кўп тарқалган инфекцион касалликлар тарқалишининг профилактикаси учун муҳим аҳамиятга эга бўлади.

Шундай экан ҳар бир инсон ўз ёшига боғлиқ тарзда овқат рационини тузиб чиқиши ва шунга мувофиқ овқатланмоғи лозим. Бу масалани жуда кенг доирада тушунтириш олиб бориш керак.

Жамоат саломатлигини сақлашда нафақат Ўзбекистон ҳудудини, балки аҳоли яшайдиган барча ҳудудларнинг тупроқ структурасини, ичимлик сувлари ҳамда дарёлар ва кўлларни сувларинини таркибини, микро ҳамда макроэлементларга тўйиниш даражасини ўрганиш катта аҳамиятга эгадир. Ер пўстлоғининг 98 фоизи асосан 8 та элемент: Si, Al, Fe, Ca, Na, K, Mn ҳисобига ташкил топган. Эволюция жараёнида уларнинг барчаси тирик материя таркибига кирган агар буни ўрганилса маълум ҳудуд аҳолиси ўртасида учрайдиган эндемик касалликларни бартараф етиш ҳамда келажакда уларнинг юзага келишини эҳтимолини олдини олиш мумкин бўлади. Ўсимликларнинг 99,1% тўқималарини O, C, H, Na, K, Ca, Si элементлари ташкил етган. Инсон танасининг 99,4% ни H, O, C, N, Ca ташкил етади. Улар барчаси макробиоген элементлар деб аталади. Тирик организмда 0,01% дан кам миқдорда учрайдиган 8 та элемент: Fe, Mn, Co, Cu, Mo, Zn, F, Br макробиоген элементлар деб аталади. Улар ҳаёт учун ўта зарур ҳисобланади. Макробиоген элементлар микроэлементлар деб ҳам аталиб, улар қанд моддалари, крахмал, оксиллар, турли нуклеин кислоталар, витаминлар, ферментлар ҳосил бўлишига ёрдам қилади [1]. Ўсимликларнинг таркибида улар миқдорининг ошиши учун кам унум ерларда яхши ўсишини таъминлаш, ҳосилдорлиги орттириш, қурғоқчилик ва совуқ шароитларга мослаштириш, турли касалликларга чидамлилигини таъминлаш муҳим омил ҳисобланади. Агарда ўсимликларни ўрганиш натижасида таркибида керакли микроэлементлар фоизи кам чиқса аҳолини шу микроэлементларга бой бўлган бошқа маҳсулотлар истеъмол қилишни ҳам тарғиб қилиш керак. Тупроқ таркибини шу микроэлементлар билан бойитиб бориш масаласини ҳам ҳал этмоқ зарур бўлади. Чунки тупроқда бор микроэлементлар ўсимликларга ўтади агар шу микроэлементлар йўқ бўлса ўсимлик таркибида ҳам кам тўпланади ҳам кам ҳосил беради. Бу эса ўз навбатида шу ўсимликлар ва ўсимликлар ҳосилини истеъмол қилаётган одамлар ва жониворлар организмларида зарурий микроэлементларнинг етишмаслигига сабаб бўлади ва ҳаттоки айрим касалликларнинг келиб чиқишига олиб келади. 500000 дан ортиқ турдаги ўсимликлардан 300 га яқини ва миллиондан ортиқ ҳайвон

турларидан 200 га яқинининг организмларида микроэлементларга бўлган эҳтиёж сезилаётганлиги аниқланди [1]. Бу етишмовчилик натижасида бутун бир турнинг йўқолиб кетаётганлигини нафақат табиат мувозанати балки инсон иммун тизимининг ҳам бузилаётганлигига таъсир этиши кузатилмоқда.

Табиатда Марганец сийдик ҳосил бўлишида ҳамда С витамин ҳосил бўлишида, кобалт гемоглобин ҳосил бўлишида, ДНК ҳамда аминокислоталар алмашинувида муҳим аҳамиятга эга, мис тери пигментациясида, рух оксиллар ўзлаштирилишида, бром олий нерв фаолиятини нормал кечишида, ёт организмнинг нормал ўсишида ҳамда жинсий етилишда муҳим аҳамиятга эга [2] .

Бу касалликларни олдини олиш ҳамда даволаш борасида табиий ҳудудларда, йирик дарёлар, кўллар ҳамда тоғ ёнбағирлари атрофида давлатимиз томонидан дам олиш оромгоҳлари ва санаторияларни ташкил қилишга алоҳида эътибор қаратилаётганлиги масаланинг долзарблигини кўрсатади. Булардан ташқари ҳали ўрганилаётган ва ўрганилиши керак бўлган жуда кўп микро ва макро элементлар мавжудки, уларни ўрганиш ҳар бир олимлардан машаққат ва юксак даражада матонат талаб этади.

Мазкур масала халқ табobati ва илмий медицинани уйғунлаштириб олиб борилганда самараси юқори бўлади. Мамлакатимиз ҳудудидаги минерал сувли булоқлар сувини чуқур тадқиқ етиш ва тиббий нуқтаи назардан инсон саломатлигига таъсирини ўрганиш, тоғ ёнбағриларида доривор гиёҳлар етиштирадиган плантациялар ташкил қилиш, уларни йиғиштириш, махсус усулларда қуриштириш ва қуриштирилган шифобахш гиёҳларни қадоқлаб чиқарадиган корхоналар ташкил қилиш келгусида мамлакатимиз аҳолисининг ички эҳтиёжларини қондириш балки ишлаб чиқарилган доривор гиёҳларни чет мамлакатларга экспорт қилиш имкониятини ҳам кенгайтиради.

Кимё 8- синф. 2019, И.Р. Асқаров, К. Гопиров, Н.Тўхтабоев

2. Биоанорганик ва физколлоид кимё. 2005, Н.Т.Олимхўжаева

3. С.С.Касимова. Биогенные элементы. — Т., 1990, 184- бет.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ ИНФЕКЦИИ ВЫЗВАННОЙ SARS-COV-2

Эргашов М.М.

Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сино
г.Бухара

Цель исследования. Изучение клинико-эпидемиологической характеристики пациентов вызванная SARS-COV-2(COVID-19)

Мы включили всех пациентов с подтвержденной инфекцией SARS-CoV-2, госпитализированных в инфекционную больницу с 10 июня по 12 сентября 2020 года в Бухаре. При поступлении в отделение стационарной скорой медицинской помощи все больные были оценены по шкале NEWS. Средний балл составил $5,6 \pm 1,6$. У всех пациентов была лабораторно подтверждена инфекция SARS-CoV-2 (результат ОТ-ПЦР в реальном времени, специфичный для SARS-CoV-2, был положительным).

С 10 июня по 31 декабря 2020 года в Бухарскую областную инфекционную больницу было госпитализировано 120 пациентов. Пациенты были разделены на тяжелых больных ($n=60$) и пациентов со среднетяжелыми формами ($n=60$). Из них 12 (20.0%) пациентов были госпитализированы в отделение интенсивной терапии.

Средний возраст составил 53 года, из 120 пациентов 96 (80%) были мужчинами. При изучения клинических симптомов были выявлены, что наиболее частым симптомом при поступлении у пациентов лихорадка, выявленная у 115 больных, за которой следовали респираторные симптомы

как кашель – у 92, мокрота – у 25, одышка – у 66, боль в горле – у 75, кровохаркание – у 2 больных. Наиболее частым желудочно-кишечными симптомами у пациентов с COVID-19 были: анорексия – у 108, диарея – у 16, тошнота – у 18, рвота – у 12, боль в животе – у 10 пациентов. Из неврологических симптомах такие, как головная боль регистрировались – у 105, утомляемость – у 104, головокружение – у 37, потеря вкуса – у 35, потеря обоняния – у 38, миалгия – у 32, спутанность сознания – у 35, судороги – у 4 больных. Также регистрировались офтальмологические проявления, такие как конъюнктивит – у 48, слезотечения из глаз – у 12. По результатам лабораторных данных было выяснено, что у 40 больных (33,3%) наблюдалась лейкопения, у 56 больных (46,7%) – лейкоцитоз; у 88 больных (73,3%) выявлена лимфоцитопения, у 24 больных (15,0%) – повышение количества лимфоцитов. Таким образом, у обследуемых больных в месте с респираторными симптомами регистрировались неврологические, желудочно-кишечные и офтальмологические симптомы.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИНИ ДАВОЛАШДА ЮРАК РЕСИНХРОНЛАШ АМАЛИЁТИДАН СЎНГ 6 ДАҚИҚАЛИ ЮРИШ СИНАМАСИ НАТИЖАЛАРИНИ ЎРГАНИШ

Абдурахмонова Н. М., Нарзиев Б. И., Эшмаматов О. Ф.

Тошкент Тиббиёт Академияси

Абстракт. Тадқиқот мақсади: Умумий медикаментоз даво олаётган сурункали юрак етишмовчилиги бор беморларни жисмоний юкламага чидамлилигини юрак ресинхронлаш амалиёти ўтказган беморлар билан 6 дақиқали юриш синамаси натижаларини солиштирма таҳлил қилиш ва ўрганиш. Материал ва усуллар: Тадқиқотга 40 нафар бемор жалб қилинди. Асосий гуруҳ сифатида сурункали юрак етишмовчилиги Нью - Йорк кардиологлар ассоциацияси (New - York Heart Association, 1964)[1] NYHA таснифи бўйича III-IV функционал синфларга мансуб юрак ресинхронлаш амалиёти ўтказилган 10 нафар (6 нафари эркак (60%), 4 нафари аёл (40%)) ўртача $51 \pm 2,7$ ёш) бемор ва назорат гуруҳи сифатида сурункали юрак

етишмовчилиги NYHA бўйича III-IV функционал синфларга мансуб 30 нафар (20 нафар эркак (66%), 10 нафар аёл (34%) ўртача $53 \pm 1,4$ ёш) беморлар олинди. Барча беморларда функционал текширувлар ўтказилди. Текширувлар Тошкент Тиббиёт Академияси ва American Hospital клиникасида узунлиги 30 метр, эни 2 метр бўлган коридорда ўтказилди. Барча беморларда синамадан олдин ва кейин АҚБ ва ЮУС ўлчанди. Синама натижаларига кўра NYHA бўйича 4 та функционал синфларга ажратилди. Натижалар: Асосий гуруҳдаги сурункали юрак етишмовчилигининг клиник ва носпецифик белгилари назорат гуруҳидагиларга нисбатан ижобий яхшиланганлиги аниқланди. Хулоса: Гуруҳлар орасидаги статистик фарқ ишончли, юрак ресинхронлаш амалиёти ўтказилган беморларда сурункали юрак етишмовчилигининг клиник ва носпецифик белгилари назорат гуруҳидагиларга нисбатан ижобий эканлиги аниқланди.

Калит сўзлар: сурункалиюрак етишмовчилиги, юрак ресинхронлаш амалиёти, 6 дақиқали юриш синамаси, функционал синф.

Кириш. Сурункалиги юрак етишмовчилиги ҳозирги кунда юрак қон-томир касалликлари асоратлари орасида кўплиги, ўлим ҳолатлари юзага келишида юқори ўринда туриши ва даволанишга жуда кўп маблағ сарфланиши билан характерланмоқда. Эпидемиологик изланишларга кўра ҳозир Ер юзида қарийб 25 000 000 одам ушбу хасталикдан азият чекмоқда[2], госпитализация қилинаётган ва ўлим ҳолати учраётган беморлар сони эса йилдан йилга ортиб бормоқда. Юрак етишмовчилиги АҚШда тахминан 5 000 000 беморда кузатилади ва касалланиш ҳамда ўлим ҳолатларида юқори ўринни эгаллайди[2]. Ҳар йили 400 000 одам рўйхатга олинади, 2 миллион одам эса госпиталда даволанади[2]. Европада ҳар 1000 минг аҳолидан 3 тадан 20 тагача одам касалликдан азият чекмоқда.[2]

Касалликни кўп учрашига сабаб аҳолини яшаш давомийлиги узунлашиши, кекса одамларнинг кўпайиши, эрта диагностика (ЭхоКГ, доплерография) қилишдир.[2]

Касалликни ўта хавфли эканлигини сурункали юрак етишмовчилиги ташхиси қўйилган 70 % эркаклар ва 63 % аёлларнинг тахминан ярмида

дастлабки йили ўлим ҳолати қайд этилиши кузатилган.[2]

Юрак ресинхронлаш амалиёти янги даволаш усулларида бири бўлиб, бу бемор умри давомийлигини узайтиришга, ҳаёт сифатини яхшилашга, жисмоний юкламаларга чидамлиликини оширишга хизмат қилади. АҚШ, Европа мамлакатларида ўтказилган тадқиқот натижаларига кўра ушбу амалиётдан сўнг сурункали юрак етишмовчилиги натижасида госпитализация ва ўлим ҳолатлари камайганлиги аниқланди.[2]

Ушбу маълумотлар Ўзбекистонда ҳам юрак ресинхронлаш амалиёти ўтказиш ва натижаларини таҳлил қилишни ўрганиш қизиқиш уйғотади.

Тадқиқот мақсади: Умумий медикаментоз даво олаётган сурункали юрак етишмовчилиги бор беморларни жисмоний юкламага чидамлилигини юрак ресинхронлаш амалиёти ўтказган беморлар билан 6 дақиқали юриш синамаси натижаларини солиштирма таҳлил қилиш ва ўрганиш.

Материал ва усуллар: Тадқиқот Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси кардиология, кардиореанимация ва кардиореабилитация бўлимларида 2019-2021-йилда даволанган беморларда ўтказилди. Тадқиқотга 60 нафар бемор жалб қилинди. Улар ишлаб чиқилган барча мезонларга мос келди ва ёзма равишда тадқиқотда иштирок этишга розилик беришди. Беморларнинг шикоятлари ва анамнези йиғилди, объектив кўрик ва лаборатор асбобий текширишлар ўтказилди. СЮЕ ташхиси беморларнинг шикояти, анамнези, объектив кўрик лаборатор - асбобий текширишлар натижаларига кура Европа кардиологлар жамияти томонидан 2016 йилда қабул қилинган ”Ўткир ва сурункали юрак етишмовчилигини ташхислаш ва даволаш бўйича тавсиялар” асосида кўйилди. Унинг функционал синфлари (ФС) Нью - Йорк кардиологлар ассоциацияси (New - York Heart Association, 1964)[1] таснифи ҳамда 6 дақиқалик юриш синамаси натижасига асосан аниқланди. Асосий гуруҳ сифатида сурункали юрак етишмовчилиги NYHA бўйича III-IV функционал синфларга мансуб юрак ресинхронлаш амалиёти ўтказилган 10 нафар (6 нафари эркак (60%), 4 нафари аёл (40%)) ўртача $51 \pm 2,7$ ёш) бемор ва назорат гуруҳи сифатида сурункали юрак етишмовчилиги NYHA бўйича III-IV функционал синфларга мансуб 30 нафар (20 нафар

эрак (66%), 10 нафар аёл (34%) ўртача $53 \pm 1,4$ ёш) беморлар олинди.

Тадқиқотга куйидаги ташхисли беморлар киритилмади: ўткир МИ ва номуқобил стенокардия, артериал гипотония, II ва III даражали атриовентрикуляр блокада, туғма ва орттирилган ревматик юрак нуқсонлари, бош мия қон айланишининг ўткир бузилиши, аутоиммун касалликлар ва бириктирувчи тўқиманинг диффуз касалликлари, ўткир ва сурункали яллиғланиш 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 касаллигини авж олиш даври оғир даражадаги нафас етишмовчилиги билан, онкологик касалликлари, руҳий хасталиклар, алькоголизм ва бошқа оғир касалликлар.

Барча беморларда шифохонага ётқизилган 1-3 кунлар давомида функционал текширувлар ўтказилди. Функционал синфлари (ФС) Нью - Йорк кардиологлар ассоциацияси (New - York Heart Association, 1964)[1] таснифи ҳамда 6 дақиқалик юриш синамаси натижасига асосан аниқланди. 6 дақиқа ичида 426 метр (м) дан 550 м гача масофани босиб ўтганлар энгил СЮЕ I ФСга; 300 м дан 425 м гача масофани босиб ўтганлар ўрта энгил СЮЕ II ФСга; 150 м дан 300 м гача масофани босиб ўтганлар ўрта оғир СЮЕ III ФСга; 150 м масофадан кам босганлар оғир СЮЕ IV ФСга киритилди.

Тадқиқот давомида тўпланган маълумотлар IBM SPSS Statistics 21.0 дастуридан фойдаланиб қайта ишланди. Барча кўрсаткичларнинг ўртача арифметик ва стандарт оғишлари ($M \pm m$) ҳисобланилди. Гуруҳлар ўртасидаги миқдорий кўрсаткичлар орасидаги тафвутлар ишончлилиги Студент мезонидан, сифат кўрсаткичлари орасидаги фарқлар Хи квадрат мезони орқали аниқланди. Гуруҳлар ўртасидаги фарқлар $p < 0,05$ бўлганда ишочли деб топилди.

Натижалар. Тадқиқотга жалб қилинган асосий гуруҳ беморларининг клиник, яъни ҳансираш, периферик шишлар, ортопноэ, йўтал, АҚБ пасайиши

ва носпецифик белгилари-умумий ҳолсизлик, иш фаолияти пасайиши, кўз олди қоронғулашиши, бош айланиши ижобий томонга яхшиланди.

Жисмоний юкламаларга чидамлилиқ ЮРА дан олдин 6 дақиқали юриш синамаси ва ЮРА дан кейинги 6 дақиқали юриш синамаси натижалари ишончли равишда ошди $137,0 \pm 80,2$ м (61%).

НАРУШЕНИЕ МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Эйюбова А.А., Багирова С.А., Гусейнова Э.Э., Кулиева Ф.Э.

Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку

Исследована роль витамина Д₃ в нарушении метаболизма костной ткани у больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН). Как известно, витамин Д является одним из ключевых факторов регуляции кальциевого обмена в костной ткани. Развитие вторичного остеопороза у больных с ХПН может быть связано с нарушением функционирования витамина Д₃ в организме, что в свою очередь, может быть следствием снижения образования активного кальцитриола из витамина Д₃ в поврежденной почечной ткани.

В работе использована сыворотка крови 15 больных с ХПН в терминальной стадии (35-50 лет) и 8 здоровых лиц (30-50 лет). Содержание витамина Д₃ определяли иммуноферментным методом с помощью набора реактивов “immunodiagnostic” (Германия). Результаты исследования выявили значительное снижение содержания витамина Д₃ в сыворотке крови больных с ХПН ($9,3 \pm 0,42$ нг/мл) по сравнению с контролем ($40,7 \pm 2,2$ нг/мл). Это может быть одной из причин развития вторичного остеопороза у таких больных. Полученные данные могут помочь в ранней диагностике развития остеопороза у больных с ХПН.

ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВБИ

Юлдашева Н.Х., Кадирова Б.И., Олимова М.А.

Кувинский техникум общественного здоровья имени

Абу Али ибн Сино

Актуальность темы. Инфекционный контроль (ИК) определяется как система эффективных профилактических и противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения госпитальных инфекций. Целью инфекционного контроля является снижение заболеваемости, летальности и экономического ущерба от госпитальных инфекций. Эффективная профилактика ВБИ требует внедрения адаптированных к ЛПУ программ инфекционного контроля.

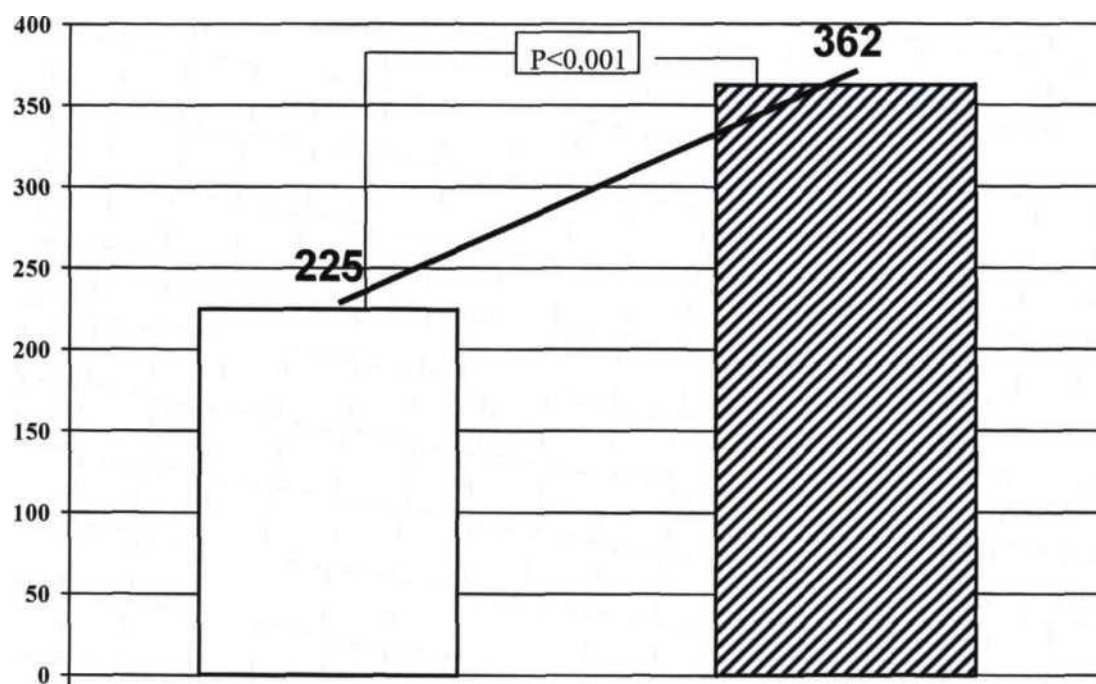
Целью исследования явилось изучение отчётов эпидемиологического отдела многопрофильной клиники для своевременного выявления больных ВБИ и проведения эпидемиологического расследования каждого случая ВБИ.

Материал и методы исследования. Нами проведен анализ отчётов эпидемиологического отдела многопрофильной клиники за последние 6 лет.

Результаты и их обсуждение. Целью работы эпидемиологического отдела является снижение инфекционной заболеваемости в больнице, предупреждение групповой и вспышечной заболеваемости. Эпидотдел также осуществляет постоянный контроль за обработкой и стерилизацией медицинского инструментария, работой стерилизационного оборудования, дезкамер, за использованием и утилизацией одноразовых шприцев, систем и иммунологических препаратов, а также условиями их доставки и хранения. Анализ ОЦС многопрофильной клиники о результатах проверки на стерильность инструментов отделений за последние 4 года показал, что всего сделано 123 906 проб, из них 27(0,02%) – положительные на остатки следов крови в них. За последние 6 лет бактериологической лабораторией проведено всего анализов мазков- 23 257, Из них 385 анализов дали

положительные результаты. В 2013 году работало 715 сотрудников, из них 713 (99,7%) сдали кровь на маркеры вирусного гепатита В и С, положительные результаты обнаружены у 37 (5,2%): на гепатит В – 13 и гепатит С – 24.Нами проведен анализ отчётов административных мер в отделениях многопрофильной клиникиза несоблюдение санитарных норм и правил. Согласно этих данных, к медицинским работникам применено 186 административных наказаний, структура их такова: наибольший удельный вес занимают дисциплинарные взыскания со стороны администрации клиники (82,8%), штрафы со стороны администрации клиники - 11,3%, штрафы со стороны ЦГСЭН области - 9,4% и 0,5% закрытие стоматологического кабинета.

Выводы. Сознательное отношение и тщательное выполнение медицинским персоналом требований противоэпидемического режима предотвратит профессиональную заболеваемость сотрудников, что позволит в значительной степени снизить риск заболевания ВБИ и сохранить здоровье больным и медицинскому персоналу учреждения.



Амалиётдан сўнг 1-хафта натижалари.

Асосий гуруҳда ЮРА дан кейинги 6 дақиқали юриш синамаси натижаси ($p<0,001$).

Мухокама. Ўтказилган қатор кўп марказли рандомизирланган текширувлар шуни кўрсатадики, ЮРА ўтказилиши беморларда Миннесота сўровномаси ва NYHA да баҳоланган ҳаёт сифатининг сезиларли яхшиланишига олиб келади[3,4,5,6]. ЮРА юракнинг функционал ва гемодинамик ҳолатни яхшилайдиган, СЮЕ касалхонасига ётқизиш сонини камайтиради ва барча сабабларга кўра ўлимни камайтиради.[7]

Шуни ҳам таъкидлаш керакки, ЮРА ўтказилган беморларда юқоридаги ўзгаришлар оптимал дори терапиясини олган беморларга нисбатан ишончли юқори бўлган. [8]

Бизнинг тадқиқотда ҳам ўхшаш натижалар олинди.

Хулоса.

1. Гуруҳлар орасидаги статистик фарқ ишончли
2. Асосий гуруҳ беморларининг клиник, яъни ҳансираш, периферик шишлар, ортопноэ, йўтал, АҚБ пасайиши ва носпецифик белгилари-умумий ҳолсизлик, иш фаолияти пасайиши, кўз олди қоронғулашиши, бош айланиши ижобий томонга яхшиланди.
3. Жисмоний юкламаларга чидамлилиқ ЮРА дан олдин 6 дақиқали юриш синамаси ва ЮРА дан кейинги 6 дақиқали юриш синамаси натижалари ишончли равишда ошди.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Raphael C, Briscoe C, Davies J, Ian Whinnett Z, Manisty C, Sutton R, Mayet J, Francis DP (April 2007). "Limitations of the New York Heart Association functional classification system and self-reported walking

distances in chronic heart failure". Heart. 93 (4): 476–82. doi:10.1136/hrt.2006.089656. PMC 1861501. PMID 17005715

2.Ziaeeian B, Fonarow GC. Epidemiology and aetiology of heart failure. Nat Rev Cardiol. 2016 Jun;13(6):368-78. doi: 10.1038/nrcardio.2016.25. Epub 2016 Mar 3. PMID: 26935038; PMCID: PMC4868779.

3. Лебедев Д.И., Криволапов С.Н., Завадовский К.В., Сазонова С.И., Карпов Р.С., Попов С.В. Состояние сократительной функции миокарда правого желудочка, как предиктор эффективности проводимой сердечной ресинхронизирующей терапии // РКЖ. 2017. №7 (147). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sostoyanie-sokratitelnoy-funktsii-miokarda-pravogo-zheludochka-kak-prediktor-effektivnosti-provodimoy-serdechnoy>

4. Стукалова О.В., Миронова Н.А., Уцумуева М.Д., Каштанова С.Ю., Буторова Е.А., Шитов В.Н., Тарасовский Г.С., Голицын С.П., Терновой С.К. Эффективность сердечной ресинхронизирующей терапии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью различной этиологии в зависимости от структурного поражения миокарда по данным магнитно-резонансной томографии сердца с контрастированием // РКЖ. 2019. №12. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-serdechnoy-resinhroniziruyushey-terapii-u-patsientov-s-hronicheskoy-serdechnoy-nedostatochnostyu-razlichnoy-etologii>

5. Кузнецов В.А., Енина Татьяна Николаевна, Солдатова А.М., Петелина Т.И., Дьячков С.М., Саламова Л.А. Мультимаркерный подход к оценке эффективности сердечной ресинхронизирующей терапии у больных с синусовым ритмом // Вестник аритмологии. 2020. №1 (99). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/multimarkernyy-podhod-k-otsenke-effektivnosti-serdechnoy-resinhroniziruyushey-terapii-u-bolnyh-s-sinusovym-ritmom>.

6.Imamura T. Ischemic Etiology and Clinical Outcomes Following Cardiac Resynchronization Therapy. Medicina (Kaunas). 2020 Mar 4;56(3):110. doi:

10.3390/medicina56030110. PMID: 32143409; PMCID: PMC7143928.

7. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, Falk V, González-Juanatey JR, Harjola VP, Jankowska EA, Jessup M, Linde C, Nihoyannopoulos P, Parissis JT, Pieske B, Riley JP, Rosano GMC, Ruilope LM, Ruschitzka F, Rutten FH, van der Meer P; ESC Scientific Document Group. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J. 2016 Jul 14;37(27):2129-2200. doi: 10.1093/eurheartj/ehw128. Epub 2016 May 20. Erratum in: Eur Heart J. 2016 Dec 30;; PMID: 27206819.

8. Sokal A, Jędrzejczyk E, Lenarczyk R, Pluta S, Kowalski O, Pruszkowska P, Mazurek M, Świątkowski A, Kalarus Z. Efficacy of cardiac resynchronisation therapy in the treatment of end-stage inotrope-dependent heart failure patients. Kardiologia Pol. 2014;72(9):777-82. doi: 10.5603/KP.a2014.0090. Epub 2014 May 20. PMID: 24846358.

СУРУНКАЛИ МИЕЛОЛЕЙКОЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Ярмухамедова Н.Ф. Казакбаева Х.М., Султонова Ш.Х., Бакиева Ш.Х.,
Саломова Ф. И.

Тошкент Тиббиёт Академияси, Ўзбекистон

Республика ихтисослаштирилган гематология илмий амалий маркази,
Ўзбекистон

ЎЗР Статистика Департаментидан олинган материаллар, ҳамда 2010-2020 йиллар давомида «GIPAP» гуманитар дастури доирасида Гематология ва Қон Қуйиш илмий текшириш Институтининг маслаҳат поликлиникасида рўйхатдан ўтган ва даволанаётган ўткир ва сурункали миелолейкозга

чалинган беморларнинг тиббий ҳужжатларини ретроспектив таҳлил қилиш натижалари асосида Ўзбекистон Республикасида СМЛ касаллагининг учраш частотаси ва охириги 10 йилликдаги динамикаси таҳлил қилинди.

Олинган натижаларга кўра, 2020 йилда ўткир миелолейкоз билан касалланиш 109 ҳолатда, сурункали миелолейкоз билан касалланиш 36 ҳолатда қайд этилди. Шаҳар ва қишлоқда истиқомат қилувчи беморларнинг нисбати, 68 (46,9%) нафар беморга нисбатан 77 (53,1 %) нафарни ташкил этди. Қайд этилган СМЛли беморлар орасида эркаклар 82 нафарни (56,6%), аёллар эса 63 нафарни (43,4%) ташкил этди (СМЛли беморларнинг 55,6 фоизи - эркаклар, 44,4 фоизи-аёллар). СМЛнинг қайд этилган ҳолатларини энг юқори кўрсаткичи 50-69 ёш оралиғида қайд этилиб, унинг улуши 37% ни ташкил қилди.

ЎзРдаги 2020 йилда СМЛ билан бирламчи касалланишнинг қайд этилиши, жами 100 000 аҳолига 0,08 ҳолатни ва катта ёшли аҳоли сонига нисбатан 0,14 ҳолатни ташкил этди. Ўрганилган 10 йиллик давомидаги бирламчи касалланишнинг дастлабки 5-йиллик бўйича ўртача кўрсаткичи 100000 аҳолига (2010-2014 йилларда) $0,13 \pm 0,03$ дан $0,1 \pm 0,01$ гача (2015–2019 йиллар) камайган (1,5 мартага) аниқланди. Биринчи беш йиллик давомида бирламчи касалланиш кўрсаткичларининг абсолют қиймати 62 дан 44 ҳолатгача нотекис тақсимланиши қайд этилиб, кейинги 5 йилликнинг икки йили давомида (2015-2016 йиллар) бирламчи касалланиш даражасининг 100 000 аҳолига 0,08 ҳолатни ташкил этди. Бу кўрсаткич 2017 йилда 1,75 мартага ортгани, 2018 йилдан эса бирламчи касалланиш кўрсаткичи пасайиш тенденциясига эга бўлиб 0,12ни ташкил этди. 2019 йилда эса 2018 йилга нисбатан 1,5 мартага камайгани аниқланди.

Ўрганилган 10 йиллик давомидаги бирламчи касалланиш абсолют кўрсаткичининг ўртача қиймати ($35,6 \pm 7,08$) охириги беш йилликдаги ўртача кўрсаткич қийматидан ($32,4 \pm 4,04$) 1,1 мартага камайгани аниқланди. Ўрганилган йиллар давомидаги энг юқори кўрсаткич 2010 йилда, энг паст кўрсаткич 2011 йилда қайд этилган бўлиб, 2020 йилга бориб эса 2,8 мартага камайганлиги аниқланди.

Касалланишнинг умумий кўрсаткичлари 2010 йилдан 2014 йилгача 100 000 аҳолига 0,26 дан 0,65 ҳолатгача нотекис тақсимланишини қайд этилди. Дастлабки 5-йилликнинг ўртача кўрсаткичи 100 000 аҳолига $0,4 \pm 0,075$ ни ташкил этди. Кейинги 5 йил давомида (2015-2019 йиллар) касалланиш даражаси 100 000 аҳолига 0,34 дан 0,6 гача ўзгариб турди, ўртача кўрсаткич эса 100 000 аҳолига нисбатан $0,5 \pm 0,04$ ни ташкил этди. 2010 йилга нисбатан касалланиш 2 мартага ошгани қайд этилди. Ушбу натижалар ҳудудларда ташхислашнинг цитогенетик ва молекуляр усулларини такомиллаштириш ҳамда жорий этиш билан боғлиқ бўлган сўнгги йилларда беморларни аниқланиши ва қайд этилишининг яхшиланганлигидан далолат беради.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СОВИД-19

Қўзиева А. К.

Ташкентская Медицинская Академия, Узбекистан

Аннотация: Диагностика, лечение миокардитов, возникших на основе Covid-19 за последний год, является сложной и до конца не решенной проблемой. Не существует общепринятых научных взглядов, обосновывающих возникновение и развитие миокардитов, вызванных Covid-19. Это затрудняет диагностику и лечение миокардитов. Кроме того, миокардиты могут вызывать нарушения ритма и проводимости, а также развитие хронической сердечной недостаточности, и могут наблюдаться в течение длительного времени. У этих пациентов развивается нарушение сердечного ритма и проводимости и возникает угрожающая жизни ситуация. Исследование, проведенное группой ученых из Германии, Италии и России, показало, что через два месяца после появления симптомов коронавируса у 78 из 100 пациентов были обнаружены изменения в сердце, а у 60 из них-миокардит. Приведенные выше данные свидетельствуют о том, что ранняя диагностика повреждения миокарда при Covid-19, устранение опасных для жизни нарушений ритма и проводимости является одной из проблем, стоящих перед

врачами, и в этом отношении недостаточно необходимой информации. В настоящее время раннее выявление и устранение наблюдаемых изменений в сердечно-сосудистой системе при лечении и профилактике Covid-19 является одной из важных проблем, стоящих перед врачами, работающими в системе здравоохранения.

Ключевые слова: короновирс, Covid - 19, повреждения миокарда, аритмии, ЭхоКГ, ЭКГ, АПФ II.

Список сокращений: Covid - 19 - COronaVIrusDisease 2019, КФК- МВ - изоферментов креатинкиназы, АПФ II - ангиотензин-превращающего фермента II, АТФ - аденозинтрифосфата, АГ — артериальная гипертензия , NT-proBNP - натрийуретического пептида , ФМ - фульминантного миокардита, БИТ — блок интенсивной терапии ,РААС — ренин-ангиотензин-альдостероновой система , ЭКГ — электрокардиография.

Миокардит – это групповое понятие (группа самостоятельных нозологических единиц или проявление других заболеваний), поражение миокарда воспалительной природы, инфекционной, токсической (в т. ч. лекарственной), аллергической, аутоиммунной или неясной этиологии, с широким спектром клинических симптомов: от бессимптомного течения, легкой одышки и невыраженных болей в грудной клетке, проходящих самостоятельно, до сердечной недостаточности, кардиогенного шока, жизнеугрожающих нарушений ритма и внезапной сердечной смерти.

В реальной практике этиологическая причина развития миокардита в абсолютном большинстве случаев остается на уровне наиболее вероятного врачебного предположения.

Вирусная причина

В ЭМБ идентифицировался геном энтеровирусов, аденовирусов, вирусов гриппа, вируса герпеса человека 6-го типа (HHV-6), вируса Эпштейна – Барр, цитомегаловируса, вируса гепатита С, парвовируса. Частота выявления геномов различных вирусов разнится в географических регионах мира. В европейской популяции самым частым вирусным геномом был парвовирус В19 и вирус герпеса человека 6-го типа, а частота встречаемости

цитомегаловируса, вируса простого герпеса и вируса Эпштейна – Барр как причины развития миокардита снизилась. Важно, что на этом фоне возросла частота выявления геномов двух и более вирусов. Ассоциация вирусов встречалась в 25% случаев [2–9].

Бактериальная причина

Бактериальная причина развития миокардита в современном мире встречается намного реже, чем в первой половине 20 века. Однако и сегодня любой бактериальный агент может вызвать развитие миокардита. Чаще всего выявляются различные виды *Chlamydia*, *Corynebacterium diphtheriae*, *Haemophilus influenzae*, *Legionella pneumophila*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Streptococcus A*. [10].

Прямое токсическое действие на миокард лекарственными препаратами

Реакция гиперчувствительности к некоторым препаратам (гидрохлоротиазид (C03AA03), фуросемид**, пенициллинам широкого спектра действия (J01CA), ампициллин**, азитромицин**, сульфаниламиды, тетрациклин, метилдопа**, аминофиллин**, фенитоин**, бензодиазепины (анксиолитики N05B)) реализуется в эозинофильный миокардит. Частота таких миокардитов невысокая. Дебют болезни начинается в первые часы/дни после начала терапии, но может быть и отсроченным (описано для препарата Клозапин [11, 12]). Вакцинации против столбняка и оспы приводят к развитию миокардита в 6 случаях на 10⁴ вакцинаций. Для лекарственных миокардитов характерен быстрый рост уровня эозинофилов, сочетающийся с картиной поражения миокарда. Коронавирусы относятся к семейству РНК-содержащих вирусов *Coronaviridae*, поражающих человека и некоторых животных. Круглогодично в структуре ОРВИ присутствуют четыре коронавируса человека (HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63 и HCoV-HKU1), которые, как правило, вызывают поражение верхних дыхательных путей легкой и средней степени тяжести. Возбудитель COVID-19 можно обнаружить за 1-2 дня до появления симптомов заболевания и в течение 7–14 дней после появления симптомов в мазках из верхних дыхательных путей. При тяжелых формах возможно более

длительное выделение вируса. Данные о длительности и напряженности иммунитета в отношении SARSCoV-2 в настоящее время отсутствуют.

Основная мишень — альвеолярные клетки II типа (AT2) легких, имеющие рецепторы ангиозинпревращающего фермента II типа (ACE2), что определяет развитие пневмонии. В патогенезе тяжелых форм заболевания значительная роль принадлежит цитокиновому шторму с высвобождением избыточного количества провоспалительных цитокинов, прежде всего интерлейкина-6 (ИЛ-6).

Инкубационный период от 2 до 14 суток, в среднем 5-7 суток:

- повышение температуры тела (>90%);
- кашель (сухой или с небольшим количеством мокроты) в 80% случаев;
- одышка (55%)*;
- миалгии и утомляемость (44%);
- ощущение заложенности в грудной клетке (>20%).

Среди 41 пациента с диагнозом COVID-19, по данным Huangetal., у 5 (12%) было диагностировано острое повреждение миокарда, в основном проявляющееся повышением тропонина I [6]. В ретроспективном исследовании 99 пациентов с диагнозом COVID-19, у большинства пациентов отмечались повышенные маркеры повреждения миокарда. В другом одноцентровом ретроспективном исследовании 138 пациентов с диагнозом COVID-19, у 10 пациентов (7,2%) было диагностировано острое повреждение миокарда, из которых 2 были с легким течением заболевания, что составило 2% от общего числа, у 8 пациентов наблюдалось тяжелое течение, что было равно 22% от общего числа больных.

В условиях настоящей пандемии — тяжелый острый респираторный синдром, вызванный коронавирусом (SARS-CoV-2), следует рассматривать в качестве предиктора и потенциального источника повреждения миокарда и развития ФМ. По данным разных авторов, при COVID-19 острое повреждение миокарда возникает от 12% до 28-30%. У пациентов с повреждением миокарда, связанным с коронавирусной пневмонией, необходимо обращать

внимание на конкретные клинические проявления и симптомы, а также специфические анализы для определения повреждения миокарда и выбора лечения.(5)

- Миокардит следует подозревать у пациентов с COVID-19 с острой СН или кардиогенным шоком без ранее диагностированного ССЗ.
- Коронарная КТ-ангиография должна быть предпочтительной для исключения сопутствующей патологии.
- МРТ сердца (при наличии) может быть выполнена для дальнейшей диагностической тактики. Для МРТ следует использовать сокращенные протоколы исследований, чтобы сосредоточиться на конкретной клинической проблеме. МРТ сердца предпочтительнее при остром миокардите.
- Эндомиокардиальная биопсия не рекомендуется для пациентов с COVID-19 с подозрением на наличие миокардита.
- Нет возможности сформулировать рекомендации по лечению миокардита, связанного с SARS-CoV-2.
- Изменения на электрокардиограмме (ЭКГ) – суправентрикулярная тахикардия, желудочковая тахикардия, фибрилляция предсердий, фибрилляция желудочков, блокада ножек пучка Гиса, элевация/депрессия сегмента ST, уплощение/инверсия зубца Т, удлинение интервала QT;
- новые эхокардиографические (ЭхоКГ) изменения – снижение фракции изгнания левого желудочка (ФИЛЖ < 50%) или дальнейшее снижение ФИЛЖ для больных с ФИЛЖ < 50%, нарушения общей или сегментарной сократимости, перикардиальный выпот, легочная гипертензия. Применяя сокращенное определение повреждения миокарда, ограничиваются только констатацией уровня сТп в крови, превышающего 99-й перцентиль верхней границы референсных значений, независимо от изменений ЭКГ и ЭхоКГ [3]. При использовании развернутой дефиниции признаки повреждения миокарда выявлены у 12–17% от всех госпитализированных больных COVID-19 и у 31% больных, находящихся в ОРИТ [21]. По другим данным, повреждение миокарда, диагностированное только по уровню сТп,

характерно для 19,7% больных COVID-19, получающих стационарное лечение [3]. Патологический уровень сТnI (> 28 нг/л при использовании высокочувствительной методики определения) у больных ОРВИ выявляется практически в 8 раз чаще, чем в остальных клинических наблюдениях [1]. У умерших больных содержание сТnI в среднем в 10 раз выше, чем у выписанных [4].

- Повреждение кардиомиоцитов и гемодинамическая нагрузка камер сердца (количественная оценка с использованием концентраций **сердечных биомаркеров**, сердечных тропонинов [сТn] Т и I, а также натрийуретического пептида В-типа [BNP] и N-концевого натрийуретического пропептида [NT-proBNP]) могут возникать как при COVID-19, так и при других пневмониях; концентрация биомаркеров коррелирует с тяжестью заболевания и летальностью. Концентрации сТnТ и I, BNP и NT-proBNP следует интерпретировать количественно. У пациентов, госпитализированных по поводу COVID-19, слегка повышенные уровни этих биомаркеров обычно являются результатом ранее существовавшего заболевания сердца и/или острого повреждения, связанного с COVID-19. Если типичные боли при стенокардии и/или ишемические изменения на ЭКГ не обнаружены, пациентам с немного повышенной концентрацией этих параметров (например, $< 2-3 \times$ ВГН) не требуются диагностические процедуры или лечение, типичное для инфаркта миокарда 1-го типа (то есть из-за окклюзии коронарной артерии тромбом, который возник в месте разрыва или изъязвления атеросклеротической бляшки).

При COVID-19 можно заподозрить 2 типа повреждения миокарда: первичное или вторичное. При первичном повреждении пациенты преимущественно предъявляют сердечные, а не респираторные жалобы. Причиной первичного повреждения может быть острый инфаркт миокарда (тип 1), вирусный миокардит или вызванная стрессом кардиомиопатия. Больные жалуются на боль в груди, в анализах определяются повышенные сердечные ферменты, при ЭхоЭКГ наблюдают дисфункцию ЛЖ и изменения, связанные с сегментом ST-T на ЭКГ, но с нормальной проходимостью коронарных сосудов на

ангиограмме [10]. Вторичное повреждение связано с непосредственным повреждением вирусом кардиомиоцитов, генерализованным воспалением, выражается тенденцией к росту сTnI параллельно с увеличением воспалительных биомаркеров (интерлейкин-6, D-димер, ферритин и ЛДГ).

В настоящее время точный механизм повреждения миокарда, вызванного инфекцией, не совсем ясен, тем не менее из многочисленных исследований может быть ясно, что SARS-CoV2 может вызывать повреждение миокарда и, тем самым, влиять на прогноз и течение заболевания. С точки зрения лечения, прежде всего, необходимо активно лечить COVID-19 инфекцию, чтобы контролировать прогрессирование пневмонии. Если у пациента также есть сердечно-сосудистые заболевания, их также следует активно контролировать и лечить. Американская коллегия кардиологов (ACC) опубликовала объявление о воздействии SARS-CoV-2 на сердце, рекомендовав, пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями и COVID-19 активно назначать статины, бета-блокаторы и ингибиторы РААС в зависимости от показаний [8]. Ацетилсалициловую кислоту также рекомендуется назначать пациентам с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями. Если острое повреждение миокарда происходит у пациента, инфицированного SARS-CoV-2, следует разумно использовать такие препараты, как коэнзим Q10, препараты АТФ, креатинфосфат натрия и витамин С, рыбий жир и др. Если повреждение миокарда у пациентов с COVID-19 приводит к возникновению нарушений ритма, тип аритмии следует лечить в соответствии с гемодинамическим статусом пациента [9].

Американская ассоциация Кардиологов недавно опубликовала научный доклад о распознавании и начальной стадии лечения фульминантного миокардита. В докладе изложены рекомендации по использованию протокола начальной стадии лечения пациентов с фульминантным миокардитом - введение инотропов и/или вазопрессоров и механическую вентиляцию легких. Длительное лечение включает механическую поддержку кровообращения, такую как экстракорпоральная мембранная оксигенация, вспомогательное желудочковое устройство или внутриаортальную

баллонную контрпульсацию. Европейское общество Кардиологов не одобрило использование иммуноглобулина для внутривенного введения из-за отсутствия подтверждающих доказательств, и не одобрило применение кортикостероидов при миокардите с активной инфекцией, ссылаясь на их неэффективность в рандомизированном контролируемом исследовании. Описание случаев миокардита, вызванного коронавирусом, дают представление об эффективности некоторых из вышеупомянутых методов лечения. Предположительно, в более гемодинамически стабильном случае, лечения с применением инотропов или вазопрессоров было достаточно для смягчения систолической дисфункции желудочков. В некоторых случаях назначались иммуномодулирующие препараты. Zeng et al и Hu et al сообщили об использовании кортикостероидов и иммуноглобулина для внутривенного введения.

По итогам недавно проведенного мета-анализа использования кортикостероидов и иммуноглобулинов для внутривенного введения при детском миокардите можно сделать вывод, что иммуноглобулин для внутривенного введения может улучшить систолическую функцию желудочков, но нет подтверждения эффективности кортикостероидов. Однако угнетение иммунитета может создавать риск развития более тяжелого клинического заболевания, особенно при наличии активной вирусной репликации. Следовательно, разумно воздержаться или минимизировать подавление иммунного ответа у пациентов с SARS-CoV-2, особенно при наличии вирусного генома в ЭМБ.

Тоцилизумаб, моноклональное антитело к человеческому рецептору интерлейкина-6, сейчас проходит испытания в многоцентровом рандомизированном контролируемом исследовании, в котором участвуют пациенты с COVID-19 с повышенным уровнем IL-6. Данные антитела могут быть полезны при синдроме цитокинового шторма и помочь уменьшить воспаление миокарда.

Выводы: Миокардит являются не только типичными клиническими проявлениями коронавирусной инфекции, но и занимают заметное место в

структуре летальности. Проблема усугубляется за счет потенциально возможной кардиотоксичности и аритмогенности ряда препаратов, назначаемых при лечении COVID-19. Все это требует максимальной кардиологической настороженности при лечении больных COVID-19, своевременного использования у них ЭхоКГ, ЭКГ, контроля биомаркеров повреждения и напряжения миокарда, а также патогенетически обоснованного назначения кардиотонических и кардиопротекторных лекарственных средств. Наибольшую опасность представляют возникающие при повреждении сердца нарушения ритма и проводимости, которые могут быть предвестниками случаев внезапной смерти.

Список использованных литератур.

1. Huang C., Wang Y., Li X. et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*, 2020, vol. 395, pp. 497–506. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5.
2. Zhou F., Yu T., Du R. et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*, 2020, vol. 395 (10229), pp. 1054–1062. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30566-3.
3. Shi S., Qin M., Shen B. et al. Association of cardiac injury with mortality in hospitalized patients with COVID-19 in Wuhan, China. *JAMA Cardiol.*, 2020, vol. 25, pp. e200950. doi: 10.1001/jamacardio.2020.0950.
4. Ruan Q., Yang K., Wang W. et al. Correction to: Clinical predictors of mortality due to COVID-19 based on an analysis of data of 150 patients from Wuhan, China. *Intens. Care Med.*, 2020, vol. 6, pp. 1–4. doi: 10.1007/s00134-020-06028-z.
5. Tersalvi G. et al. Elevated troponin in patients with coronavirus disease 2019: possible mechanism // *J. Card. Fail.* 2020. Vol. 26, N 6. P. 470–475.
6. **Согласованная экспертная позиция по диагностике и лечению фульминантного миокардита в условиях пандемии COVID-19**, Ойроткина

О.Ш. , Масленникова О. М. , Ларина В. Н. ,//Академия медицины и спорта. - 2020. -Т. 1, № 2. -С. 28-40.

7. Zhou F. et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study // Lancet. 2020. Vol. 395, N 10 229. P. 1054–1062.

8.Kapoor A., Pandurangi U., Arora V. et al. Cardiovascular risks of hydroxychloroquine in treatment and prophylaxis of COVID-19 patients: A scientific statement from the Indian Heart Rhythm Society // Indian Pacing Electrophysiol J. — 2020. — S0972- 6292(20)30038

9.Huang C., Wang Y., Li X. et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China // The Lancet Published Online. — 2020.

10. Bansal M. Cardiovascular Disease and COVID-19 // Diabetes & Metabolic Syndrom

ЧЕКИШНИНГ ДОЛЗАРЬ МАСАЛАЛАРИ

Қодиржонова Ш., Исакова Н.Р.

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра, дунёда катта ёшдаги кашандаларнинг сони 1,1 миллиард бўлиб, улардан камида 367 миллион киши тутунсиз тамаки истеъмол қилади. Соғлиқни сақлаш вазирлиги 2014 йилда ЖССТ билан биргаликда юқумли бўлмаган касалликларнинг хавф омилларини ўрганилганда қуйидагилар аниқланди: **Ўзбекистон аҳолисининг 12 фоизи, эркакларнинг 23,2 фоизи, яъни ҳар тўрттадан биттаси, аёлларнинг 0,2 фоизи носвой истеъмол қилади.** Тутунсиз тамаки истеъмолчиларининг 90 фоизи носвой истеъмол қилади. Бу Марказий Осиё мамлакатлари аҳолиси ўртасида носвой истеъмол қилиш кўрсаткичининг энг юқорисидир: Қирғизистонда — 5,2 фоиз, Қозоғистонда — 1,3 фоиз, Туркманистонда — 1,4 фоиз. Бундан ташқари, тутунсиз тамаки маҳсулотларининг 13–15 ёшдаги ўсмирлар орасида истеъмол қилинишининг даражаси ҳам Ўзбекистонда қўшни мамлакатларга

караганда энг юқоридир (6%), (бу кўрсаткич: Қирғизистонда — 5,1 фоиз, Тожикистонда — 1,8 фоиз, Қозоғистонда — 0,6 фоиз, Туркменистонда — 0,2 фоиз).

Ўзбекистондаги вазият эса қуйидагича: республика аҳолисининг 21% сигарет ва нос кўринишида тамаки маҳсулотларини истеъмол қилади. Аҳолининг ушбу қисми умумий сонидида сигарет чекувчилар 48%га, нос истеъмол қилувчилар 52%га тенг. Қишлоқ аҳолиси орасида нос истеъмол қилиш кенг тарқалган бўлиб 26%ни ташкил этади. Вилоят ва туман марказларида бу кўрсаткич 14%га, пойтахтимизда эса 3%га тенг. Ушбу кўрсаткичлар, шаҳарликлар нос истеъмол қилишни маданиятсизлик деб, баҳолаши билан изоҳланади. Ўзбекистонда ҳар бир кашанда 10 йил давомида ўртача битта Chevrolet Lacetti ёки Cobalt каби —МАШИНАга етадиган пулни сигарет сотиб олиш учун сарфлаши ҳисоблаб чиқилган.

Ўсмир ёшидан сигарет чекишни бошлаган 20 йилдан ортиқ чекиш стажига эга (70%) бўлган кашандаларнинг умри, умуман чекмайдиган одамларга нисбатан 20-25 йилга қисқаради. Тамаки чекиш юрак-қон томир ва артериал гипертония каби ноинфекцион касалликларнинг ривожланишига олиб келувчи асосий хавф омилларидан ҳисобланади. Ўрта ёшдаги ҳар учта эркакдан бири айнан сигарет чекиш туфайли ҳаётдан кўз юмади

Аҳоли орасида айниқса ёшларни ўртасида кенг тарқалиб бораётган чилимда никотин сигаретга нисбатан 7,5 маротаба кўп миқдорда бўлади. Ана шундай иллатлардан яна бири бу нос чекишдир. Тамаки чекишнинг зарари ҳақида аҳолининг кўпчилиқ қисми ахборотга эга, бироқ чилим ва нос истеъмол қилиш ҳозирги кунда долзарб муаммога айланиб бормоқда. Нос (носвой) - Марказий Осиё давлатлари, Афғонистон, шунингдек Хитой ва Ҳиндистоннинг баъзи минтақалари учун анъанавий бўлган чекилмайдиган тамаки маҳсулоти ҳисобланади. Носнинг асосий таркибий қисмлари: тамаки ва ишқор (сўндирилган оҳак) қуш ва туя тезаги, ўсимлиқ кули ва ёғидан иборат. Шунингдек маҳсулот таркибига таъмини яхшилаш учун зираворлар ҳам қўшилиши мумкин. Нос таркибидаги сўндирилган

оҳак ва кул кислотали муҳитни ишқорий муҳитга айлантириб, никотинни оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати томирлари орқали қонга сўрилишини тезлаштиради.

Ўзбекистон Республикасининг 2011 йил 5 октябрда қабул қилинган №302 Қонунига асосан, мамлакатимизда тамаки ва алкоголь маҳсулотларини сотиш жойлари ва харидорларнинг ёши бўйича чекловлар бор. Бу чекловлар носвойга тадбиқ этилмайди. Нос чекишнинг аҳоли орасида кенг тарқалиб, айниқса қишлоқ жойларда оммалашиб бораётганига сабаб: нос сигарет нархидан анча арзон ва ҳаммабоп маҳсулот ҳисобланади.

Афсуски, аҳолининг аксарият қисми носни сигаретга нисбатан зарарсиз, деб ўйлашади ва бу жиддий янглиш фикрдир. Чунки, носвой шарчаларидаги никотин миқдори сигаретга нисбатан анча юқори бўлгани сабабли унга рухий боғланиш кучлироқ бўлади. Нос психоактив моддалар қаторига киради ва марказий асаб тизимига таъсир кўрсатиб, руҳан ва жисмонан кучли қарамликни юзага келтиради. Нос қонга сўрилиб, бош мия, жигар, буйрак, ошқозонности беzi ва бошқа органларни фаолиятига салбий таъсир этиб, шу аъзоларнинг касалланишига сабаб бўлади. Шунингдек, оғиз бўшлиғида сўлак безлари фаолиятининг бузилишини юзага келтиради. Расмий маълумотларга кўра, Ўзбекистонда трахеяда (ўртача 3,9 марта), оғиз бўшлиғида (ўртача 3,8 марта), милкларда (3,1 марта), қизилўнгачда (2,5 марта), ошқозонда (2,0 марта), бурун-ҳалқумда (2,0 марта) хавфли ўсмалардан ўлим 30–69 ёшдаги эркаклар ўртасида шу ёшдаги аёлларга қараганда анча кўпроқ учрайди, бу эса носвой ва бошқа тамаки маҳсулотлари истеъмол қилиниши билан бевосита боғлиқ. Ўзбекистонда ҳар куни тутунсиз тамаки истеъмол қилувчи 1,7 миллион кишининг 860 мингдан ортиғи носвой истеъмол қилиниши туфайли бевақт ўлим хавфига дучор бўлади. Агар тегишли чоралар кўрилмаса, бу рақам янада кўтарилиши мумкин.

Чекишдан қандай воз кечиш мумкин? Тамаки чекишга қарши курашда шифокорлар ўз олдиларига қуйидаги вазифаларни асосий мақсад қилиб қўймоқда:

1. Аҳоли орасида соғлом турмуш тарзи ва чекишдан воз кечишни тарғиб қилиш;
2. Чекишни олдини олишда аҳолига, айниқса болалар ва ёшларга тамаки чекишнинг соғлиқка салбий таъсири ҳақида ахборот бериш.
3. Аҳолининг барча қатламларини Никотинга қарамликни олдини олишга жалб қилиш;

Нобель-фарм дори компанияси томонидан никотинга қарамликни олдини олиш бўйича НИКОТИНАБС – дори воситаси организмда никотин таъсир этувчи рецепторлар билан аниқ боғланиб, никотинга қарши таъсир кўрсатади. НИКОТИНАБС никотинга қарамликни пасайтиради. Фармакотерапевтик гуруҳи:(Н-холиномиметик), таъсир этувчи модда: Цитизин 1,5 мг.

БЎСТОНЛИҚ ТУМАНИДА COVID 19 ИНФЕКЦИЯСИГА ҚАРШИ ПРОФИЛАКТИК ЭМЛАШ ТАДБИРЛАРИ

Кучкарова Б.К¹., Матназарова Г.С²., Расулов Ш.М³., Магзумов Х.Б.

Тошкент тиббиёт академияси эпидемиология кафедраси

(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. Жахонда коронавирус инфекциясини бутунлай енгиш учундунё аҳолисининг 75 % қисми тўлиқ эмланиши кераклиги айтилган (<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.

Бўстонлик 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 келишнинг кўпайтирилиши ҳисобига ҳозирги кунда эмлаш қамрови кенгайиб бормоқда.

TAJRIBADA GEMOLITIK KAMQONLIK KASALLIGINI DAVOLASHDA RO`YAN O`SIMLIGINING TA`SIRI O`RGANISH

Qurbonov N.P., Rasulov F.X., Rohataliyev F.A.

Fag`ona jamoat salomatligi tibbiyot unstituti talabasi

Bugungi globallashuv jarayonida dunyo tibbiyoti rivojlanishiga qaramay yer yuzi aholisi orasida anemiya (kamqonlik) kasalligi ko`p uchraydi. Bunga ko`proq xomilador ayollar, balog`at va turmush yoshidagi qizlar, yosh bollarning kasallanish darajasi yuqori. Ko`pchilik bu kasallikka befarq qaraydi, u o`zida bu hastalik borligini bilmaydi ham. Ular ko`pincha biror dard bilan shifoxonalarga murojat qilganlarida qonning labarator tekshiruvlari natijasida aniqlanganda bilishadi.

Anemiya-o`zi qonda eritrositlar va gemoglobin miqdori kamayib ketishi natijasida yuzaga keladigan kasallik hisoblanadi. Hozirga qadar anemiyaning bir necha turlari aniqlangan bo`lib, bular gemolitik anemiya temir tanqisligi anemiyasi gemmoragik anemiya va boshqalarni keltirishimiz mumkin.

Biz laboratoriya sharoitida oq kalamushlarda sun`iy tarzda gemolitik kamqonlik kasalligini keltirib chiqarib, uni xalq tabobatidan foydalangan holda dorivor ro`yan o`simligidan tayyorlangan damlama yordamida davolab ko`rdik.

Tajriba quydagicha bajarildi:

Tajriba 3-4 oylik og`irligi 150 gramm bo`lgan oq kalamushlarda o`tkazildi. Tajriba hayvonlarini 3guruhga bo`lib, har bir guruh 6 dona kalamush olindi.

1-guruh nazorat guruhi;

2-guruh sun`iy tarzda kamqonlik kasalligi chaqirilgan guruh;

3-guruh kamqon keltirib chiqarilgan va ro`yan damlamasi yuborilgan hayvonlar. Gemolitik kamqonlik kasalligini keltirib chiqarish uchun 2 va 3 guruh kalamushlariga 3 kun davomida 30mg/kg fenilgidrazin qorin bo`shlig`iga eritrositlari bilan immunizatsiya qilindi va Jerne N.K., Nordin N.K. usulida aniqlandi. Ro`yan o`simligidan tayyorlangan damlama 6 kun davomida 0.2mgdan 0.5ml hajmda laborator hayvonlar qorin bo`shlig`iga 1martadan yuborildi. Olingan natijalarni Student va Fisher usuli yordamida tahlil qilindi.

Olingan natija va muhokama:

Nazorat guruhi ya`ni fenilgidrazin yuborilgan hayvonlar talog`idagi antitelo hosil qiluvchi hujayralar soni haqqoniy ravishda 2.6 marta kamayganligi aniqlandi.

Kamqonlik yuzaga keltirilgan hayvonlar qorin bo`shlig`iga dorivor ro`yan o`simligidan tayyorlangan damlama yuborilganda esa talog`dagi antitelo hosil qiluvchi hujayralar soni 3.6 marta oshganligi aniqlandi.

Xulosa qilib aytganda fenilgidrazin gemolitik kamqonlikda qo`y eritrositlari antigeniga nisbatan taloqdagi antitelo hosil qiluvchi hujayralar soni kamayganligi va ikkilamchi immun tanqislik yuzaga kelganligidan dalolat beradi.

Tajriba davomida gemopoez hujayralariga ro`yan ta`siri ham o`rganilib nazorat guruhi hayvonlari periferik qonida eritrositlar soni $7.6 \pm 0.6 \times 10^9$ /ml tashkil etdi. Fenilgidrazin yuborilgan hayvonlar periferik qonidagi eritrositlar soni haqqoniy

ravishda 1.7 marta kamayganligi va 3 guruh kalamushlari periferik qonida 1.8 marta ko'payganligi kuzatildi. Hayvonlar periferik qonidagi leykositlar soni ham o'rganilganda nazorat guruhiga nisbatan 2 guruh hayvonlarida 1.8 marta kamayganligi va 3 guruh hayvonlarida esa 1.7 marta ko'payganligi aniqlandi.

Xulosa o'rnida shuni ta'kidlash mumkinki

1. Tajribada fenilgidazin ta'sirida immuntanqislik holati kuzatilib qo'y eritrositlariga nisbatan antitelo hosil bo'lishi kamayganligi aniqlandi.
2. Dorivor ro'yan o'simligi ta'sirida gemolitik kamqonlik guruhi hayvonlarida antitelo hosil bo'lishi kuchayishi va tiklanishi kuzatildi.
3. Shifobaxsh ro'yan o'simligi periferik qondagi shaklli elementlar soniga sezilarli darajada ta'sir qilishi ya'ni eritrositlar va leykositlar soni tiklanishi aniqlandi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Rasulov F.X., Teshaboyev A.M., Madaminov F.A Korreksiya immunogeneza i gemopoeza preparatami pastitelnogo proisxojdeniya pri eksprementalnoy anemii // nazariy va klinik tibbiyot jurnali-2018. №4 (138-141 b).
2. Xolmatov H.X., Xabibov Z.H. O'zbekistonning shifobaxsh o'simliklari 1976 y. (77-b).
3. Igamberdiyeva P.Q., Ibragimov A.A. Opredeleniye mineralnix vshestiv lekarstvennix rasteniy yujnoy Fergani i perspektivi ix premeneniya pri lichenii jelezodefitsitniy anemii // Doctor axborotnomasi-2014 №2.

РАХИТИЧЕСКАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Тиляходжаева Г.Б. Умаржонова Д.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Деформация грудной клетки – это изменение форм грудной клетки, костно-мышечного каркаса, вызванное изменениями в костной и хрящевой структурах. Врожденное или приобретенное нарушение встречается сравнительно редко – примерно в 2% случаев, однако опасно своим

негативным влиянием на органы грудной клетки и позвоночника, сердце и легкие. При деформации грудной клетки снижается как опорная функция грудной клетки, так и уровень её подвижности. Патология приводит не только к косметическому, психологическому и функциональному дискомфорту, но и имеет прогрессирующий характер. Причины деформации грудной клетки подразделяются на две группы – врожденные и приобретенные. Деформация может стать следствием (осложнением) ряда заболеваний позвоночника. Среди основных причин деформации называют следующие: кифоз, сколиоз, хронические обструктивные заболевания легких, синдром Марфана, аномалии остеогенеза, ахондроплазия, синдром Тернера, синдром Дауна, эмфизема, рахит, килевидная деформация, воронкообразная грудь, расщепление грудины, синдром Поланда, синдром Жена, врожденные аномалии ребра, астма, неполное сращение грудины плода, врожденное отсутствие грудной мышцы, болезнь Бехтерева, воспалительный артрит, остеомалация. Как видим, в большинстве случаев деформация обусловлена генетическими причинами, ведущими к аномальному развитию верхнего отдела позвоночника, она развивается на фоне уже имеющихся аномалий и синдромов. Генетические причины, в свою очередь, приводят к ассиметричному развитию костной и хрящевой тканей и вызывают развитие ассиметрии ребер и грудины, как следствие – выпуклость или вогнутость грудной клетки. Сколиозы, туберкулезная инфекция костей, рахит, а также всевозможные травмы и повреждения, в том числе связанные и с профессиональной деятельностью человека, – относятся к причинам, которые вызывают приобретенную деформацию грудной клетки. Наиболее часто встречаются два основных вида деформации грудной клетки – воронкообразные и килевидные формы. Воронкообразная деформация грудной клетки (или «впалая грудь» или «грудь сапожника») – аномалия, при которой центральная часть грудной клетки как бы вдавлена внутрь и имеет вид углубления или воронки. Грудная клетка выглядит расширенной. О причинах возникновения аномалии нет единого мнения – некоторые специалисты считают, что этот дефект возникает во внутриутробном

состоянии из-за чрезмерно быстрого роста реберного хряща, который вытесняет грудину кзади, и данная аномалия может быть вызвана чрезмерным внутриматочным давлением. Так или иначе, дефект проявляется при рождении или вскоре после рождения. Он может сочетаться с рахитом и несколькими синдромами аномального развития позвоночника и сердечной патологией, может быть выражен незначительно или сильным образом, с дополнительной асимметрией грудины и хрящей. Деформация часто прогрессирует по мере роста ребенка, в начальной форме не оказывая особого физиологического воздействия на младенцев или детей. Тяжесть дефекта оценивается с помощью разработанной системы оценок (например, по методу Халлера), которая дает понять, какого метода лечения требует болезнь. Килевидная деформация также имеется уже при рождении и имеет тенденцию к прогрессированию по мере роста ребенка. Она проявляется как выпирание, выпуклость или выпячивание грудной клетки, которое происходит из-за спектра деформаций со стороны костохондрального хряща и грудины. Дефект может быть асимметричным – ротация грудины с депрессией с одной стороны и выпиранием с другой стороны. Килевидная деформация, по мнению ряда специалистов, является результатом избыточного разрастания ребер или остеохондральных хрящей. Может сочетаться с различными синдромами аномального развития позвоночника, сколиозами, пороками сердца. Синдром Поланда – это тяжелая патология развития грудной клетки. Она проявляется как её недоразвитие, как частичное или полное отсутствие грудных мышц на фоне отсутствия ребер или их неполного развития, недоразвития конечностей, сращения пальцев и других дефектов. При этом типе дефекта сердце и магистральные сосуды не защищены грудной клеткой, также может наблюдаться раздвоение или отсутствие мечевидного отростка. Помимо того, что асимметрия грудной клетки – это серьезный эстетический дефект, даже легкая его форма очень негативно сказывается на функциях внутренних органов. Даже если дефект нетяжелой формы, у новорожденных он нарушает работу внутренних органов – сердца, легких и, как следствие, приводит к отставанию в

физическом развитии. В зависимости от тяжести деформации, склонности её к прогрессированию могут быть эффективны различные формы лечения – от современных консервативных методик в сочетании с медикаментозным воздействием до операции по реконструкции грудной клетки. При незначительных проявлениях, на начальных стадиях развития деформации рекомендуются комплексы ЛФК, на которых пациент выполняет комплексы упражнений, направленных на укрепление мышечного корсета верхней части туловища. Комплекс упражнений подбирается только индивидуально. Курсы ЛФК и массажи имеют, прежде всего, огромное положительное значение в качестве профилактической меры воздействия на потенциально опасный недуг. Большую эффективность для устранения нетяжелых форм недуга показывает занятие плаванием. Медикаментозное лечение, как правило, направлено на устранение тех нарушений, которые образовались уже во внутренних органах вследствие патологии грудной клетки. Если речь идёт о возможной деформации грудной клетки у плода, то в этом случае профилактика патологии может быть основана только на систематическом медицинском наблюдении беременной и контроле за развитием плода – предупредить развитие заболеваний позвоночника поможет своевременное обнаружение и лечение рахита.

YOD TANQISLIGI BILAN BOG‘LIQ MUAMMOLARNI BARTARAF ETISH YO‘LLARI

Abdullayeva O'. Y., Ahmedov R. N., Alijonov A. A.

Farg‘ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti, Farg‘ona viloyati.

Yod inson organizmida oz miqdorda o'ta muhim, chunki organizm yod ishlab chiqarishi mumkin emas. Yod tiroid gormonlarini ishlab chiqarish uchun kerak. Ular organizmdagi barcha metabolik jarayonlarda ishtirok etadi va shuning uchun energiya sarfini oshiradi. Qalqonsimon bez vujudga nisbatan kamroq tiroid gormonlarini ishlab chiqaradigan bo'lsa, tiroid gormoni etishmasligi paydo bo'ladi.

Ushbu etishmovchilik tananing barcha a'zolarini ta'sir qiladi, bular kaltsiy, aylanma, asab tizimi, mushaklar va metabolizm kabi tiroid gormonlaridan ta'sirlanadi. Yod tanqisligi mavjud mintaqalar, jumladan O'zbekistonda qalqonsimon bez sohasidagi muammolar ko'p uchraydi - gipoterioz, tugunlar hosil bo'lishi, bo'qoq va h.k. Soch to'kilishi, terining quruqlanishi, qabziyat (ich qotishi), tez toliqish, uyquchanlik, tushkunlik, xotiraning pasayishi va boshqalar gipoteriozga xos belgilar hisoblanadi. Qalqonsimon bez kasalliklari uning kattalashishi (buqoq), faoliyatining kuchayib ketishi (giperterioz), pasayishi (gipoterioz), yallig'lanishi (tireoidit) va unda xavfli va xavfsiz o'simta paydo bo'lishi bilan namoyon bo'ladi. Eng muhimi, bolalar, o'smirlar va homilador ayollar uchun etarli miqdorda yod etkazib berish kerak. Qalqonsimon gormonlar etishmasligi sabab bo'ladi Yangi tug'ilgan chaqaloqlar va bolalar serebral pasayish, o'sish, skelet sistemasining rivojlanishi va nafas olishning buzilishi. da yoshlar Qalqonsimon gormonlar etishmovchiligi miya rivojlanishining ta'lim va konsentratsiyali muammolari va qalqonsimon bezning tarkibiy o'zgarishi bilan uzilishiga olib keladi. Tiroid gormonlar etishmovchiligi homilador o'smir homila rivojlanishiga ta'sir qiladi. shuningdek emizikli onalar chaqaloqning yod ehtiyojlarini ko'krak suti bilan to'ldirishlari kerakligi sababli, yodga bo'lgan ehtiyoj ortib boradi. Kattalardagi metabolizm, qon aylanishini tartibga solish, unumdorlik, aqliy salomatlik va intellektual ishlash etarli miqdorda yodga bog'liq.

Aksariyat rivojlangan mamlakatlarda ommaviy yod profilaktikasi qo'llanadi. Qayerdadir - non, boshqa bir joyda esa - sut, ya'ni ommaviy iste'mol qilinadigan oziq-ovqat mahsulotlaridan foydalaniladi. Afsuski, so'nggi 10-20 yilliklarda bunday ommaviy yod profilaktikasi o'tkazilmayapti. Shu bois barcha taomlarni tayyorlashda yodlangan tuzdan foydalanishi kerak. Yod tanqisligi natijasida gipoterioz yuzaga kelgan bo'lsa, 6-9 oy davomida har kuni 200 mikrogrammdan yodli preparatlarni qabul qilish kerak. Buning hech qanday salbiy ta'siri yo'q, aksincha uni qabul qilmasak salbiy ta'sirni yuzaga keltirishi mumkin. Har yarim yilda ahvol yaxshi tomonga o'zgaryaptimi yoki yo'q, kuzatish kerak. Yoz, kuz, qish, bahor - qaysi fasl bo'lishidan qat'i nazar, O'zbekistonning butun aholisi

yodlangan tuz qo'shilgan taomlarni iste'mol qilishi kerak. Farzand kutayotgan ayollar homiladorlikning ilk kunlaridanoq 200 mikrogrammdan yod preparatini qabul qilishlari zarur. Qalqonsimon bezda fakal o'zgarishlar (1 sm'dan kichik tugunlar) bo'lgan kishilar; Bolalar, albatta, qalqonsimon bez sohasi ultratashxis tekshiruvi (UTT) asosida. Yarim yildan keyin qayta UTT o'tkazilib, qalqonsimon bez gormonlari tekshiriladi. JSST tavsiyasiga ko'ra, barcha yodlangan tuz qo'shilgan taomlarni iste'mol qilishi kerak.

Shifokor-endokrinologning fikricha, taom tayyorlashda yodlangan tuzni eng oxirida, ya'ni uning tayyor bo'lishiga 10-15 daqiqa qolganda qo'shish maqsadga muvofiqdir. Ta'kidlash joizki, yodlangan tuzning qopqog'i ochilganda u o'z xususiyatlarini yo'qotmaydi. Yodga boy boshqa mahsulotlar ham bor, biroq biz ularni har kuni iste'mol qilmaymiz (masalan, kuniga 1 kg'dan xurmo iste'mol qila olmaymiz). Shuning uchun kundalik iste'moldagi arzon yodlangan tuzni taomga qo'shish eng optimal variant hisoblanadi. Ba'zilar yodni ichish kerak degan g'aroyib tavsiyalar berishadi, aslo bunday qila ko'rmang, bu qalqonsimon bez faoliyatining buzilishiga, autoimmun jarayonlariga olib keladi. Yodni teriga surish ham tavsiya etilmayli, chunki kuyish kuzatilishi mumkin, zero har bir insonning teri ta'sirchanligi o'ziga xos.

ЭКОЛОГИК БАРҚАРОРЛИКНИ ТАЪМИНЛАШ

УСТУВОР ВАЗИФА СИФАТИДА

Ашурова М.Ж., Умаров С.Р., Рахмонов Қ.С.

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

Марғилон Ибн Сино номидаги жамоат саломатлиги техникуми

Фан-техника тараққиёт этган, саноат ривожланган ва аҳоли сони жадал ўсаётган бугунги кунда экологик муаммолар ҳамма жойда энг долзарб муаммолардан бирига айланган. Атроф муҳитни муҳофаза қилиш, унинг манбааларидан оқилона фойдаланиш, шунингдек аҳолининг экологик хавфсизлигини таъминлашга янада жиддий эътибор қаратмоғимиз лозим. Бугунги кунда экологик мувозанатнинг бузилиши инсоният ҳаётига жиддий хавф туғдираётгани аччиқ ҳақиқат. Шу маънода ерга, сувга,

умуман табиатга бўлган муносабатимизни тартибга келтириш, атроф-мухит мусавффолигини таъмин этиш юзасидан жиддий саъй-ҳаракатлар қилиниши лозим. Бу ишга бутун бир оммани, айниқса ёшларни жалб этишимиз, уларнинг қалбида атроф-мухитни эъзозлаш, табиатни асраш, сувни тежаш, доимо огоҳ бўлишга интилиш руҳини тарбиялашимиз муҳимдир. Мустақиллигимиз туфайли миллий ўзлигимиз, урф-одатларимизнинг тикланиши атроф –мухитни ҳимоя қилишда янги имкониятлар яратаётган бўлсада ҳамма жойда бу муаммони хал қилишда бирдек ёндашилмаётганига дуч келамиз. Халқимиз хонадонлар, ҳовли жойларнинг озода сақланишига катта аҳамият берган ва хатто оқава сувларга туфурушни гуноҳ деб билган. Ҳар бир хонадонда ювинди, кул сингари ҳар хил чиқиндиларни ташлаш учун махсус ўралар бўлган. Бугун эса оқаётган ариқларга ҳар хил чиқиндиларни ташлаш ҳолатларига барча жойларда дуч келинмоқда. Бутун дунёда ишлаб чиқаришнинг кенгайиши, табиий заҳиралардан, айниқса, қайта тикланмайдиган табиий ресурслардан аёвсиз фойдаланиши, атрофга турли заҳарли моддаларнинг чиқарилиши бугунги кунда глобал миқёсдаги жиддий муаммоларни келтириб чиқармоқда. Экология муаммоси ўз долзарблиги жиҳатидан бошқа ҳар қандай ҳалқаро муаммолардан-да жиддийроқ аҳамият касб етиб бораётир. Буни биз ичимлик суви танқислиги, озон қатламининг емирилиши, атмосферанинг углеводород газлари билан ифлосланиши, иқлим ўзгаришлари, ўрмон ёнғинлари, ҳайвон ва ўсимлик турларининг камайиб бораётганлиги каби ҳолатларда кўришимиз мумкин. Ўзбекистонда ҳар йили 30 миллион кубометр чиқинди ташланади. Ташлаб юборилган қоғоз чиқиндиси икки йилда, консерва банкиси 70 йилдан кам бўлмаган вақтда чирийди. Полиетилен пакет, ерда уни емирувчи бактериялар йўқлиги сабабли, бир неча аср ётади. Банка ва шиша, идиш парчаси хатто минг йилдан сўнг ҳам мина каби “ишга тушиши мумкин”. Мана шу ҳолатларни тушунтириш, олдини олиш бўйича аҳоли, ёшлар ўртасида тарғибот-ташвиқот ишларини олиб бориш муҳимдир.

Халқаро ҳамжамият томонидан табиатни асрашга оид бир қанча халқаро конвенциялар ишлаб чиқилган ва кўпгина давлатлар томонидан имзоланган. Шулар юзасидан батафсил маълумотлар бериб бориш даркор. Ҳеч шубҳа йўқки, бугун инсоният учун экологик барқарорликни таъминлаш ҳар қачонгидан кўра муҳим аҳамият касб этмоқда. Зеро, дунёда экологик барқарорликни таъминлаш наинки табиат, балки инсониятнинг ҳаёт-мамонт масаласига айланиб бораётир. Демак, атроф муҳит муҳофазасини яхшилаш, экологик барқарорликни таъминлашга устувор вазифа сифатида қараб, нафақат бугунги, балки келажак авлодларимиз тақдири учун ҳам маъсул эканимизни унутмаслигимиз даркор.

СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИНИНГ ИЖТИМОИЙ ПСИХОЛОГИК АСОСЛАРИ

АшуроваМ.Ж., УмаровС.Р., АшуровМ.

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

Фарғона Давлат Университети

Биз наслимизнинг келажаги – соғлом авлод учун курашар эканмиз ўз мақсадимизга эришиш учун миллатни соғлом турмуш тарзида яшашга ўргатишимиз керак бўлади. Соғлом авлод деганда, биз фақат жисмонан бақувват фарзандларни эмас, балки маънавий жиҳатдан ҳам бой ва соғлом авлодни назарда тутишимиз лозим. Зеро, маънавий соғлом бўлмасдан туриб, жисмонан соғлом бўлиш мумкин эмас. Ҳар иккала тушунча бир бирига мос ва бири иккинчисидан тақазо қилади. Ҳам жисмонан, ҳам маънавий соғлом авлодга эга бўлган халқни эса синдириб бўлмайди. Биз жисмонан соғлом, юксак маънавиятли ва ягона миллий ғоя асосида жипслашган миллатни шакллантиришни бош мақсад қилиб қўяр эканмиз уни соғлом турмуш тарзида яшашга ўргатишимиз лозим. Инсон саломатлигини сақлаш ва мустаҳкамлаш, қолаверса, узок умр кўришнинг ягона йўли соғлом турмуш тарзи эканлиги эндиликда ҳеч кимга сир эмас. Ўзбекистон Республикаси Президенти Ш.М.Мирзиёев сўнгги бир йил ичида тиббиёт ходимлари билан бир неча маротаба учрашиб, асосий масалалардан бири бу аҳоли соғлиғини

ишончли муҳофаза қилиш, тиббиёт соҳасидаги ислохотлар самарасини ошириш давлатимизнинг доимий эътибор марказида бўлишлигини таъкидлаб ўтдилар.

Соғлом турмуш тарзи муаммоси – одамзод олдида турган энг муҳим муаммо – шахсни ҳар томонлама ривожлантириш, меҳнат турмуш ва дам олиш соҳасида, илмий жиҳатдан асосланган, ижтимоий – гигиеник фаоллиги кучайиб боришига ёрдам берадиган, ижтимоий-гигиеник жиҳатдан оқилона бўлган турмуш тарзини шакллантириш муаммосидир.

“Соғлом турмуш тарзи – бу кундалик турмушни биологик ва ижтимоий қонунлар асосида ташкил этиб, саломатликни сақлаш ва мустаҳкамлашга қаратилган турмуш тарзидир” деб таърифлайди.

Таълим тизимида соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш турли йўналишларда изчиллик билан, муайян дастур асосида, аниқ йўналишларда олиб борилиши лозим. Хусусан, бу аввало олий педагогик таълим жараёнида талабаларга соғлом турмуш тарзига оид муайян тиббий ва гигиеник билимлар бериш, уларда соғлом турмуш тарзини сақлашнинг инсон танаси такомилига таъсири ҳақидаги тушунчаларни шакллантиришга қаратилса, иккинчи томондан, ёшларда қатъий режим асосида гигиеник қоидаларга амал қилиш, ўзи ва ён-атрофдагиларнинг соғлиғини асрашни кундалик одатга айлантириш кўникмаларини таркиб топтириш билан бевосита алоқадордир. Шунингдек, соғлом турмуш тарзи оммавий ахборот воситалари орқали кенг тарғиб этилиши билан бирга, барча таълим-тарбия масканлари билан ҳамжиҳатликда мактаб, лицей, коллежларда бериладиган таълим-тарбия мазмунига чуқур сингдирилмоғи лозим.

HELMINTOSESS AND PREGNANCY

Mamatqulova M. T.

Fergana medical institute of public health

The wide circulation dehelminthosation the population, especially at children's age, was lowered by an urgency helminthic invasi, however it has not

ceased to exist, being the reason of pathological symptoms at pregnant women (a nausea, vomiting, appetite change), regarded as display of complications of pregnancy or any extragenital diseases. It speaks insufficient diagnostic vigilance in the relation helminths at pregnant women, an uncooperative attitude of doctors to дегельминтизации as to the probable reason of abortions or to use of the medicines possessing probably toxic influence on a fruit. The arsenal of means dehelminatisation was considerably updated, and among them really there are the preparations counter-indicative during pregnancy, but is also such which do not stir to normal development of pregnancy and a fruit. The exception helminths as a result of inspection of pregnant women or its liquidation allows to avoid diagnostic and medical errors at an anaemia, an early toxicosis pregnant and other diseases. Studying of a clinical current helminthoses at pregnant women it is revealed a number common signs, it is characteristic for invasi helminthoses it is independent of them a kind. Often arises signcomplex, similar to an early toxicosis of pregnant women. At 1/3 patients the nausea, at 1/4 vomiting and pains epistomach the areas which are not dependent on food intake, at 1/6 drooling at some patients gnawing conditions, pains in the field of heart is observed. Almost at half of the patients, suffering helminthoses, the arterial hypotension throughout all pregnancy it is marked is caused by influence of products life and activity of helminths on in the central nervous system. And vegetative nervous system of the pregnant woman. Very often arterial hypotension is marked at ascariasis. In everyone third the pregnant woman infested with helminths already in the pregnancy beginning finds out hypochromic an anemia, which is progressing in 2 and 3 trimesters. Attempts to liquidate an anaemia without deworming it appears unsuccessful. Helminths quite often raises penetration vessels, serve as the reason albuminuria causes irritation of the urinary epithelium the ways, clinically shown by a cystitis and a pyelonephritis. Women suffering from helminthiasis quite often have a threat interruptions pregnancy premature birth, spontaneous abortion in early pregnancy terms. At some it is observed recurrent miscarriage pregnancy without the clear reasons. Helminthic invasy influences on coagulation system of blood by change phermentativ liver functions with what are connected observed in postnatal the

period of a bleeding at each 6th woman in childbirth, not finding explanations of obstetric pathology. At 1/3 pregnant women with helminthoses infringements of a carbohydrate exchange are established. After dehelmentation the carbohydrate exchange is normalised. Products life helminths can harmful influence on a fruit which is shown by infringement of its development sometimes-asfiktsiej. Exchange product sustains parasites to give with milk of mother to the child, вызывая диспептические the phenomena not giving in therapies, but quickly disappearing after degelmentation matters. All authoris, studying helminthoses at pregnant women are unanimous in opinion, that degelmintisation it is necessary at any term of pregnancy as it considerably improves outcomes of pregnancy and sorts. To all pregnant women in female consultation follows carries out the stool analysis analysis on egg of worms.

BOLALARDA O'TKIR ICHAK INFEKSIYALARINI DAVOLASH MEZONLARI

Babadjanova X.M., Xabibullayeva S.
Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot institute

Dizenteriya – ichburug' kasalligi o'tkir ichak infeksiyalari orasida tez-tez uchray turadi. Shigellar keltirib chiqaradigan kasalliklar barcha ichak infeksiyasi kasalliklarning 20-60% ni tashkil qiladi va ular bakteriyal dizenteriya yoki shigellyoz deb ataladi. Morfologiyasi . Shigellar tayoqchasimon (2- 3x0,4- 0,6 mk) uchlari yumaloq, harakatsiz bo'lib harakatsiz bo'lib spora va kapsula xosil qilmaydi. Gram manfiy bo'yaladi. Felksner shigellaysining ayrim shtammlarida tukchalar borligi aniqlangan. Kultural xossasi. Fakultativ anaerob . Oziq muhitga talabchan emas. Endo Ploskiryov EMS muhitlarida o'rtacha, yarim tiniq , kulrang yumaloq 1,5 - 2 mm S shakllik koloniya hosil qilib o'sadi. Zonne turi esa yirik yassi xira chetlari g'adir budir .R shakldagi koloniya hosil qiladi. Suyuq oziqqa muhitida loyqalanadi. R shaklli cho'kma hosil qilib o'sadi. Toksigenligi. Endotoksin ishlab chiqaradi. Shig shigelasi endotoksindan tashqari egzotoksin ishlab chiqaradi. Bu toksin neyrotoksin ishlab chiqaradi. Antigenligi. Guruh va turga hos antigenlarni saqlovchi somatik O- antigenini saqlaydi. Patogenligi . Maymunda tashqari

boshqa hech qanday hayvon dizenteriya qo'zg'atuvchilariga sezgir emas. Laboratoriya hayvonlaridan quyon va oq sichqonlarga bakteriyalar yuborilganda , intoksikatsiyaga va o'limga olib keladi. Infeksiya manbayi. O'tkir va surunkali shakldagi bemor va bakteriya tashuvchilar hisoblanadi. Tarqalish yo'llari. Alimentar, suv, sabzavot va mevalar bilvosita kontakt , mexanik yo'l orqali. Patogenezi. Og'iz shilliq pardasi orqali tushadi. Oziq ovqatlar bilan organizmga kirib ichakka tushadi va uning epiteliy shilliq qavatiga o'tadi ,bu yerda bo'linib ko'payadi. Parchalanganda endotoksin hosil qiladi. Toksin yog'on ichak shilliq qavati sezuvchanligini oshiradi, Qon tomirlar o'tgazuvchanligini kuchaytiradi va endotoksin qonga so'rilib natijada intotsikatsiyani yuzaga chiqaradi. Ichak shilliq qavati yallig'lanish natijasida shishadi, nekrozga uchraydi gemorragiya yuzaga keladi. Endotoksin markazi nerv sistemasiga tasir ko'rsatadi, yiring aralash ich ketadi. Shig shigellasi keltirib chiqargan kasallik juda og'ir kechadi. Yog'on ichak shilliq qavatiga kiradi. Qizarish va shish hosil qiladi. Ular ajratgan egzotoksin og'iz intoksikatsiyasini yuzaga keltiradi. Bemorning qorinni og'ridi, shilliq va qon aralash ich ketadi najas yashil rangga kiradi holsizlanadi, ishtahasi yo'qoladi, tinkasi yoqoladi va boshqa salbiy xolat kuzatiladi. Immuniteti. Odamlarda dizenteriya infeksiyasiga qarshi tabiiy himoya vositasi mavjud .Kasallikdan so'ng kuchsiz immunitet yuzaga keladi.Zonne shigellasi keltirib chiqargan kasallikdan so'ng ummuman immunitet hozil bo'lmaydi.Birinchi guruhga kiriuvchi shigellari (Grigoryev- Shig) keltirib chiqargan kasalliklardan so'ng ancha mustahkam anitoksik hosil bo'ladi.Prafilaktikasi. Bemorlarni vaqtida aniqlash, ajratib qo'yish, gospitalizatsiya qilish, vaqtida tashxis qo'yish, dezinfeksiya ishlarini olib borish va aholi orasida sanitariya maorif ishlarini olib borish muhim ahamiyat kasb etadi.Suv ,oziq ovqat mahsulotlari aniqsa sutni ichburug' bakteriyalari tushishidan muhofaza qilish. Bollar muassasalarida, oila, oshxona, do'kon va boshqa oziq ovqat tashkilotlarida sanitariya va gigiyena qoidalariga qat'iy amal qilish amalga oshirish. Maxsus profilaktikasi bemorlar bilan muloqatda bo'lganlarga dizenteriya bakteriyafagi beriladi. Davosi. Komplekslashgan . Sulfanilamid va antibiotiklar bilan davolanadi.Spetsifik davosi yo'q. Infeksiyaning umumiy terapiyasida umumiy parhez buyuriladi, bifikol,bifidum- bakterin va antibiotiklardan

levomitsetin, furazalidon beriladi. Surunkali infeksiyani spirtida o'ldirib tayyorlagan Chernoxvostovning ichburug' bilandavolanadi. Olib borilgan ishlar . Biz kuzatuvlarimiz davomida 80 ta bemorni ko'zdan kechirdik ,ulardan anamnez morbe , anamnez vita va epidanamnez yig'dik .Bemor: Shavkatjonov Firdavsbek 5 oylik Tug'ilganda vazni : 3700gr , Hozirgi vazni : 6 kg

Kelgandagi shikoyatlari: Bemor onasi so'zidan: ummumiy xolsizlik,darmonsizlik , injichlik, ishtahasizlik, ko'ngil aynib qayt qilish, qorinda og'riq axlati suyuq ketishi siyishini kamayishi.Anamnesis morbi:Bolada kasallik onasi so'zidan . 31.05.2021 ichini suyuq ketishi

tana haroratining ko'tarilishi bilan boshlangan.

Anamnesis vitae: Bemor qaniqarli oila sharoitida yashaydi.Oilada birinchi xomiladorlikni birinchi farzand 3700 gr bazinda tabiiy yo'l orqali tug'ilgan. Xomiladorlik va tug'ruq asoratsiz kechgan Prafilaktik emlashlarni jadval asosida olgan ko'krak suti Nutrilak aralashmasi bilan oziqlantiradi. Shu kungacha bir marta ham Andijon viloyati Ulug'nor tuman.TTY bo'limida statsiyanarda davolanmagan. Oilada irsiy kasalliklari yo'q hech qanday kasallik bilan " D " nazoratda turmaydi. Ota onasi uzoq qarindosh .Epidemiologik anamnezi. Yuqumli kasalliklar bilan ,o'tkir ichak infeksiyalari bilan og'rigan bemorlar bilan muloqatda bo'lmagan. Kasallik sababini onasi aniq bilmaydi boshqa infeksiyon kasalliklar(ich terlama , pratif, salmonelyoz, dizenteriya boshqa O'II, virusli gepatitlar sil tanosil kasalliklari) muloqatda bo'lmagan onasi shaxsiy gigiena qoidalariga to'liq amal qilmaydi.Oxirgi 2 oy ichida yashash joyidan chetga chiqmagan. Shu paytgacha yuqumli kasalliklar

bilan og'rimangan. Oxirgi 6 oy davomida ambulator va statsiyanar davolangan davolanish davomida parenteral (muskul orasiga , tomir ichiga) muolajalar olgan.Gemotransfuziya (qon va uning komponentlari)olmagan . O'VK qo'yilmagan, jarroxlik va massif opertsion amaliyoti o'tkasilmagan.Status praesens: Bemorni ummumiy axvoli og'ir. Xushida bola inchiqlik bezota, kayfiyatsiz, boshashgan dormonsiz, ishtaxasi yoq . Tashqi tasir va muolajalarga javob reaksiyasi bor sust. Tana tuzilishi tog'ri rivojlangan . Katta liqildoq1,0 x 1,0 sm kattalikda suyak soxasida .Terisi quruqlashgan, elastikligi turgorligi

sustlashgan. Teri osti yog' qavati o'rtacha rivojlangan. Tomog'i qizarmagan suyak mushak sistemasi deformatsiyasiz. Tana harorati 38.5 gradus ko'zlari qavoqlari kirtaygan , ko'z olmalari ichiga botmagan. Yig'laganda ko'z yoshi bor. Lablar quruq tili nam, kir oq karash bilan qoplangan. Bola suyuqliklarni yaxshi ichmayapti . Nafas olishda qoshimcha muskullar ishtirokida bo'lmoqda . Nafas olish og'iz va burun orqali, yuzaki NS- 38 minutiga o'pkasida auskultativ dag'al nafas eshitiladi. Yurak urishlari ritmik yonlari bog'iq. Puls 140 marta 1 daqiqada qorni yumshoq ogriqsiz. Jigar va talog'i kattalashmagan. Ichaklar perestaltikasi bor. Sigmasimon ichak paypaslanmadi, og'riqsiz. Anus berk atrofi qizarmagan . Axalti yashil, shilimshiq aralash. Siyishi ravon , miqdori kamaygan. Menigiya belgilari yoq.

Tashxis : O' tkir diyareya kasaligi, gasteroenterokolitik variyati.

Asorati: Og'ir daraja suvsizlanish . Infeksiyon toksik ensefalopatiya.

Tekshirish rejasi : Umumiy qon , siydik, axlat taxlili. Davolash rejasi . Dezintoksikatsiyon terapiya va regidratsiya maqsadida ORSA 1000 ml ichishga. Sol. Ringeri 100,0 T/i BYB etishmovchiligi oldini olish va yallig'lanishga qarshi : Sol. Natrii chloridi 0,9% 100,0+ Sol. Dexmethazoni 2 mg T/i 2 maxal Dezintoksikatsiya va qon reologiyasini yaxshilash maqsadida : Sol. Rheosorbilacti 100,0T/i Bemorni axlati balchiqsimon shilimshiq qon aralash, tana xarorati doimiy ko'tarilib turibdi shu sabab etitrop davo maqsadida antibakteriyal terapiya buyuriladi. Cefaperasoni sulbaktami 300 mg + Sol. Novocaini 0,5% 3.0x2 Mg per rectum. Bemorlani axaltini laboratoriyada tekshirganimizda eng ko'p shartli patogenlar chiqdi . Biz axlatni endo va levina muhitlarida ekib ko'rdik. Chashkada yadroli, yadrosiz, pushti, mayda, yarkiy koloniyalar ko'rindi. XULOSA. Kuzatishlarimiz natijasida shu xolosaga keldikki. Diyareya kasalligi ayni mavzumi bo'lib . Yoz va kuz oylarida uchraydi. Bu kasallikni yoz oylarida uchrashiga sabab pashshalarni ko'payishi ichimlik suviga talab kuchayishi hol mevalarni notog'ri iste'mol qilish sanitariya va gigiyena qoidalariga roiya qilmaslik natijasida kelib chiqadi. Diaeriya bilan kasallangan bemorlarning dearli 90 % gilos va bodiring iste'mol qilgan.

Foydalanilgan adabiyotlar:

- 1 A.B.G'anixo'jaeva, H.A. Nazarova "Umumiy Mikrobiologiya" Toshkent - 2017 .
- 2 I .Muhamedov, E. Eshboyev, N. Zokirov, M.Zokirov. "Mikrobiyologiya Immunologiya virusologiya. Toshkent- 2006.

IMPORTANCE OF ENGLISH IN MEDICINE

Khoshimova N.

Uzbekistan State World Languages University

Abstract

Nowadays, English is taken into account the world language for science communication. It's been schooled in several medical institutions over the last decades to satisfy professionals and students' educational wants. This type of learning is thought as English for Specific functions and is enforced with medical students and doctors. This teaching approach has reached an unquestionable status in medical settings, since much of the updated medical information found in books, articles, documents and newspapers is in English language. The aim of this analysis is to demonstrate the importance for medical students and doctors to be told English for medical functions, so as to be ready to develop in several settings.

Key words: English language, non-public clinics, medical language

What is the role of English in medicine? Why is it necessary to be told English? What will learn English offer doctors? After all, everybody desires to be a number one knowledgeable in a very field once they begin finding out it. This is often particularly necessary within the field of medication. If you'll be able to study medication in English, you'll be able to have the data and skills to contend with the world's specialists. Additionally, any articles, magazines and books that square measure chiefly required within the field of medication are revealed in English, therefore if you're a doctor who is aware of English, you'll be able to scan them within the original while not mistakes and simply learn them. Data of country language permits you to enhance skills incessantly and keep up of advanced diagnostic and treatment ways. Additionally, if you're doctor who knows English, you'll be able to improve your skills and study at any hospital or establishment

abroad. Sharing concepts with foreign specialists can enable you to realize loads of information. Knowledge of English permits the doctor to possess a rendezvous with foreign patients privately clinics. Probably, if you're employed in a very little clinic of low city, solely your compatriots can obtain your medical recommendation. But, as an example, in a very non-public clinic of the capital town, cooperating with insurance corporations, you'll be able to have foreign patients. If you want to work or study abroad, you cannot do it until learning English or country language. Regardless of your occupation, whether you are a doctor or another specialist, if you can speak foreign languages, you will be considered more valuable asset in any company cooperating with foreign partners or not. Knowledge of the English language says about your education, emphasizes that you are a modern, open personality, aimed at self-improvement.

As you can see, a doctor has many reasons to learn English. The level of English must be quite high. The doctor must be familiar with medical terminology, be able to read and fully understand even the most difficult medical texts, have listening comprehensive skills, communicate with colleagues from other countries.

The doctor should speak English clearly, so that the other person can understand every word, including medical “jaw-breakers». Of course, all the doctors understand Latin, it helps avoid any confusion in medical terms, and however a living language remains necessary for dialogue. Even more, you cannot see foreign patients' exploitation the Latin language. Having analyzed all the on top of mentioned points, we have a tendency to come to the conclusion that country language was important in medication. This is often the language that connects the data and achievements of various countries, makes it attainable to transfer the expertise, skills and data. Nowadays, every doctor should know English.

**COVID-19 KASALLIGING ETIOLOGIYASI, KASALLIK
PATOGENEZIDA BIOLOGIK FAOL MODDALARNING AHAMIYATI.
DIFFERENSIAL DIAGNOSTIKASI**

Raximberganov S.R., BekmmetovaSh.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filali

Annotatsiya. Ushbu maqolada viruslar, ularning o`ziga xosligi, Koronaviruslar klassifikatsiyasi, sitokinlar bo`roni, COVID-19 kasalligining yengil formasi, uning differensial diagnostikasi haqida ma`lumotlar keltirilgan.

**Kalit so`zlar:** Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus va Deltacoronavirus, fibrozli proliferative jarayonlar, sitokinlar bo`roni, xemokinlar, og`ir respirator distress sindrom.

Аннотация. В данной статье представлена информация о вирусах, их специфике, классификации коронавирусов, цитокиновом шторме, легкой форме заболевания COVID-19, его дифференциальной диагностике.

Ключевые слова: Альфакоронавирус, Бетакоронавирус, Гамакоронавирус и Дельтакоронавирус, фиброзно-пролиферативные процессы, цитокиновый шторм, гемокины, тяжелый респираторный дистресс-синдром.

Annotation. This article contains information on viruses, their specificity, classification of coronaviruses, cytokines storm, mild form of COVID-19 disease, its differential diagnosis.

Key words: Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus and Deltacoronavirus, fibrosis proliferative processes, cytokines storm, hemokines, severe respiratory distress syndrome.

Hammamizga ma`lumki , hozirgi davrda butun dunyo aholisini qiynalayotgan yirik , global muammo bu “Covid -19” kasalligidir. Ushbu kasallik virusli respirator kasallik hisoblanadi. Avval viruslarga to`xtalamiz. Odamlar, hayvonlar, hatto bakteriyalarda kasallik chaqiruvchi qo`zg`atuvchilar, hujayra ichi parazitlari viruslardir. Ularning tuzilishi, ko`payishi va boshqa xususiyatlari bilan bakteriyalar, spiroxetalar, mikroskopik zamburug`lar va xlamidiyalardan farq qiladi. Hozirda viruslarning 20 ta oilasi bo`lib, shulardan 13 tasi RNK tutuvchi, 7 tasi DNK tutuvchi viruslar oilasidir. Ularda oila nomiga Viridae,

oilacha nomiga Virinae, avlod nomiga Virus qo`shiladi. Viruslar o`lchami bilan bir –biridan keskin farq qiladi. 8-10 nm dan 350-400 nm gacha bo`lgan kattalikda uchraydi. Ularni aniqlashda quyidagi usullardan foydalaniladi:

1. Har xil o`lchamdagi maxsus filtrlar yordamida ultrafiltratsiya qilish usuli bilan.
2. Ultracentrifuga qilish.
3. Virionlarni suyuqliklarda diffuziya qilish yo`li orqali aniqlash.
4. Elektron mikroskop bilan rasmga tushirish orqali.
5. Turli gistokimyoviy yo`llar orqali. (Bo`yash usullari yordamida)

Ular morfologik jihatdan quyidagi guruhlariga bo`linadilar: sharsimon, tayoqchasimon, ipsimon, o`qsimon, ko`paygan formada, spermatozoid shaklida. Viruslar 3 xil shaklda uchraydi: virion- hujayra tashqarisida, virus- hujayra ichida aktiv shakli, provirus-hujayra genomi bilan birikkan. Ular quyidagi xususiyatlari bilan bakteriyalardan farq qiladi:

- Hajm jihatdan kichik.
- Elektron mikroskopda o`rganiladi.
- Faqat bir xil nuklein kislota ushlaydi: faqatgina DNK yoki aksincha, faqatgina RNKli viruslarga ajraladi.
- Hujayra ichi paraziti, chunki o`zida xususiy modda almashinuvi yoki metabolizm kuzatilmaydi.
- Sun`iy oziq muhitlarida o`smaydi, faqat tirik hujayrada o`sadi.
- Hujayra tuzilishiga ega emas.
- Disyunktiv ko`payadi.

Viruslarning hujayra bilan o`zaro ta`sir stadiyalari:

1. Virusning hujayraga adsorbsiyalanishi
2. Virusning hujayra ichiga kirishi.
3. Virusning oqsil qobig`idan xalos bo`lishi
4. Transkripsiya
5. Translyatsiya
6. Replikatsiya
7. Virus komponentlarining yig`ilishi

8. Viruslarning hujayradan chiqishi

COVID-19 kasalligining etiologiyasida ham Koronaviruslar oilasi vakilining oʻrni katta. Koronaviruslar (Coronaviridae) - bu RNK saqllovchi viruslarning katta oilasi boʻlib, ular bilan odamlar va ayrim hayvonlar zararlanadi. Hozirgi kunda koronaviruslarning 4 ta vakili (HCoV-229 E, -OC43, -NL63 va -HKU1) sirkulyatsiyasi aholi orasida maʼlum. Ular yil davomida yuqori nafas yoʻllarini yengil va oʻrta ogʻirlikda shikastlaydigan oʻtkir respirator virusli infeksiya hisoblanadi. Koronaviruslar odamlarda qator xastaliklar – yengil shakldagi oʻtkir respirator infeksiyadan to ogʻir oʻtkir respirator distress sindrom (OʻRDS)ni chaqirishi mumkin.

Bugungi kunda oʻtkazilgan serologik va filogenetik tahlil natijalariga koʻra, uning 4 ta avlodi farqlanmoqda : Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus va Deltacoronavirus. Maʼlumki, aksariyat koronaviruslarning tabiiy xoʻjayini sut emizuvchilar hisoblanadi. Yangi koronavirus JSST 2020-yil 12-yanvarda ushbu virusni vaqtinchalik 2019-nCoV deb nomlangan, soʻngra 2020-yil 11-fevralda unga rasman Yangi koronavirus-COVID-19 (Coronavirus diaseze 2019) deb nom berilgan. Ushbu virus oʻlchami esa Rossiya “Vektor” biotexnologiya va virusologiya markazi maʼlumotiga koʻra, JEM-1400 elektron mikroskopida olingan oʻlchami 100-120 nmni tashkil etadi. SARS-CoV-2 koronavirusning RNKsi hujayra ichiga kirib, replikatsiya boshlanadi. Dastlab virus bir necha bir –biriga bogʻliq boʻlmagan tarkibiy qismlarni yigʻib oladi, soʻngra virionlar plazmatik membrana bilan qoʻshilib, bir butun virusni hosil qiladi va ajralib chiqishiga sabab boʻladi. SARS-Co-V-2 koronavirusining RNKsi boshqa patogen koronaviruslardan farqli ravishda, yuqori nafas yoʻllarida kasallikning klinik koʻrinishi yaqqol namoyon boʻlgunga qadar replikatsiyaga uchraydi. Bir necha kun davom etgan latent davrdan soʻng hujayrada metabolik jarayonlar buzilib, alveolalarning meʼyoriy faoliyati uchun ingrediyentlar sintezi pasayishiga olib keladi. Soʻngra zararlangan hujayra apoptozning bir yoʻli orqali halok boʻladi va parchalanadi. Oʻpka tomirlariga fibrinoid birikmalar taʼsiri oqibatida tomirlar oʻtkazuvchanligi oshib, qon va zardobi hujayralararo boʻshliqqa sizib chiqadi. Endotelial hujayralar faoliyatining buzilishi

koagulopatiya va trombozga sabab bo`ladi. Bu jarayonlar organizmda faollashgan neyrogormonlar, xususan, renin-angiotenzin-aldosteron va immun yallig`lanish tizimlarining tarkibiy qismlari bilan o`zaro o`pka to`qimasining ekstrasellulyar matriksida ortiqcha kollagenlar to`planib borishiga, fibrozli proliferativ jarayonlar yuzaga kelishiga sabab bo`ladi. Natijada og`ir respirator distress sindrom rivojlanadi. Uning avj olishi koronavirusning faolligi bilan bog`liq. Unda tomirlar endoteliysi shikastlanishi hisobiga vaskulit va trombovaskulit oqibatida a`zo va to`qimalar parenximasida nekrotik o`zgarishlar yuzaga keladi. Jarayonning faollashib borishi o`pka ventilyatsiyasi va perfuziyasini buzilishi hamda alveolalarning suyuqlik bilan to`lishiga sabab bo`ladi. SARS-Co-V-2 koronavirusiga nisbatan organizmning kuchli giperergik immunjavobi sifatida o`tkir tizimli yallig`lanish jarayonlari rivojlanib, barcha a`zo va to`qimalar faoliyatining buzilishi ro`y beradi. Shunga qaramay, uning patogenezi to`liq o`rganilmagan. Kasallik patogenezida sitokinlar bo`roni kasallik kechishi va og`irligini belgilaydigan muhim omildir. Virus bilan zararlangan bemorlarda sitokinlar bo`roni haddan ziyod yallig`lanish oldi sitokinlar (IL-1 beta, IL-6, IL-8, IL-12, IL-18, IL-33, Alfa-O`NO, GM-CSF) va xemokinlar (CCL2, CCL3, CCL5, CXCL8, CXCL9, CXCL10) sintezining kuchayishi bilan kuzatiladi va ushbu jarayon shu sababli shunday nom olgan. Sitokin va xemokinlar immunotsitlar ishlab chiqishini kuchaytirib, mahalliy yallig`lanish rivojlanishiga sabab bo`ladi. SARS-CoV-2 koronavirusida yallig`lanish jarayonining faollashib borishi IL-10 sintezi pasayishiga sabab bo`ladi va kasallikning og`ir shakli rivojlanishiga olib keladi. Organizmda barcha a`zolar faoliyati buzilishi mumkin (poliorgan yetishmovchilik).

COVID-19 kasalligining inkubatsiya davri 2 kundan 7 kungacha, ba`zan 14 kungacha davom etishi mumkin. Kasallik klinik belgilarisiz kechishi yoki yengil shamollashdan tortib og`ir atipik pnevmoniya shaklida yuzaga kelishi mumkin. So`nggi holat aksariyat bemorlarda O`RDS rivojlanishi va o`lim yuzaga kelishiga sabab bo`ladi. Koronavirus avlodiga kiruvchi boshqa viruslarga qaraganda COVID-19ning klinik belgilari tezda farqlash murakkab hisoblanadi. Kasallikning boshlang`ich davri COVID-19 ning o`ziga xos belgilarisiz, ya`ni

barcha oʻtkir respirator infeksiyalarda kuzatiladigan shikoyatlar bilan kechadi. Bunda bemorlarda umumiy holsizlik, tana haroratining subfebril koʻtarilishi, tomoqning qirilishi va ogʻrigʻi, mushak va boʻgʻimlardagi ogʻriqlar bezovta qiladi. Aksariyat bemorlarda vaqtinchalik gipoksiya va disgevsiya kuzatiladi, ammo ular faqat COVID-19 kasalligi uchungina xos emas. Ularda hansirash va gipoksiya belgilari kasallik paydo boʻlgandan 7 kun keyin rivojlanadi. Uning kuchayib borishi natijasida oʻtkir respirator distress sindrom rivojlanishiga sabab boʻladi. Kasallikning ilk belgilari paydo boʻlganidan keyin OʻRDS rivojlanishigacha boʻlgan davr 8 kunni tashkil etadi. Baʼzi hollarda jarayon faqat dispeptik sindrom: qorinda koʻchib yuruvchi ogʻriq, koʻngil aynishi, qayt qilish va ich ketishi bilan kechishi mumkin. Oʻtkazilgan ayrim tadqiqotlarda koronavirusning RNKsi ekskretsiyalanishi aniqlangan. Kasallik boshlangandan taxminan 7-14-kun ichida bemorlarda ahvolning qaytadan ogʻirlashishi kuzatiladi. Kasallikning keng tarqalgan belgilariga isitma, ishtahasizlik, holsizlik kuchayishi, anosmiya (hid bilishning yoʻqolishi), hansirash, yoʻtal, mialgiya (mushaklardagi ogʻriqlar) kiradi. Kasallik oʻta ogʻir darajada kechganda qoʻzgʻalish qiyinlashuvi, parishonxotirlik, yuz va lablarda sianozi, qon aralash yoʻtal, koʻkrak qafasidagi ogʻriq, leykopeniya, buyrak yetishmovchiligi, isitma bilan kechishi mumkin. Kasallikning yengil kechishida zararlanish faqatgina polimeraz zanjirli reaksiya orqali aniqlanadi, ammo gipoksiya yoki oʻpka zotiljami belgilari kuzatilmaydi. Ayrim bemorlarda tana haroratining koʻtarilishi, yoʻtal, tez charchash, ishtahaning yoʻqligi, hansirash va mialgiya belgilari aniqlanib, kasallik uchun maxsus boʻlmagan ayrim belgilar: tomoqdagi ogʻriq, burun bitishi, bosh ogʻrigʻi, diareya, koʻngil aynishi va qayt qilish, hid va taʼm bilishning buzilishi ham kuzatilishi mumkin. Yoshi keksalar va immuniteti past ayrim kishilarda baʼzan ayrim atipik belgilar, jumladan, umumiy holsizlik, parishonxotirlik, diareya, ishtahaning pasayishi, tana haroratini meʼyoridaaligi yoki pastligi va boshqalar bilan namoyon boʻladi. Homilador ayollarda homiladorlik davri asoratlari (hansirash, tana haroratining koʻtarilishi, oshqozon-ichak tizimidagi shikoyatlar) yoki bosha kasalliklar (bezgak) belgilari COVID-19 belgilariga oʻxshab ketadi. Bunda koronavirus infeksiyasiga tashxis

qo'yishda e'tibor berilishini talab qiladi. O'zining kechishi bo'yicha ushbu kasallik shamollash va gripga o'xshasa ham, ulardan farq qiladigan xususiyatlari ham bor. Bularni bilish esa differensial diagnostikada muhim ahamiyat kasb etadi.

Simptomlar	Covid 19	shamollash	Gripp
Yuqori tana harorati	Tez –tez	Kam hollarda	Tez-tez
Holsizlik	Ba`zida	Ba`zida	Tez-tez
Yo`tal	Tez-tez (quruq)	arzimas	Tez-tez quruq
Aksa urish	Yo`q	Tez-tez	Yo`q
Bo`g`im og`riqlari	Ba`zida	Tez-tez	Tez-tez
Tumov	Kam	Tez-tez	Ba`zida
Tomoq og`rig`i	Ba`zida	Tez-tez	Ba`zida
Diareya	Kam	Yo`q	Ba`zida (bolalarda)
Bosh og`rig`i	Ba`zida	kam	Tez-tez
Nafas qisishi	Ba`zida	Yo`q	Yo`q

Foydalanilgan adabiyotlar va internet –resurslar:

1. ICHKI KASALLIKLAR. Abdig`affor Gadayev-Toshkent: Muharrir nashriyoti, 2020.

2. TIBBIYOT VIRUSOLOGIIYASI. I.M.MUXAMEDOV, F.I.INOYATOVA, S.D.DUSHANBIYEVA, S.M.RUSTAMOVA, SH.A.XO`JAYEVA, S.YU.KURBANOVA –Toshkent: «Fan va texnologiya» nashriyoti, 2012.

3. <https://koronavirus-today.ru/covid-19/>

4. <https://covid-stat.com/ru/>

5. https://microbiol.elpub.ru/jour/article/view/871?locale=ru_RU

6. <https://cdlab.info/izmeneniya-pokazateley-krovi-pri-koronaviruse-covid-2019.html>

KORONAVIRUSNING HUYAYRAGA BIRIKISH MEXANIZMI VA VAKSINATSIYADAN KEYINGI NOJO`YA TA`SIRLARNING RIVOJLANSHIGA TA`SIR ETUVCHI OMILLAR

Raximberganov S.R., BekmmetovaSh.K

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filali

Bugungi kunda virusning hujayraga kirishining ikkita yo`li farqlanmoqda. Uning ta`siri angiotenzinga aylantiruvchi ferment 2 (ASE2) retseptori orqali yoki hujayra hujayra membranasidagi CD147 deb nomlangan glikoprotein orqali amalga oshadi. ASE 2 orqali ta`sirini quyidagicha tasavvur qilish mumkin: virus shohidagi S-oqsil o`zining tuzilishiga ko`ra ASE 2 retseptoriga o`xshab ketadi, shu bois virus ASE 2 retseptor bilan muvaffaqiyatli bog`lanadi. Virusning retseptor bilan o`zaro ta`siri S2 moddasi bilan amalga oshadi. So`ngra virus o`zining RNKsini hujayraga ichiga oson joylashtiradi, biroq virus majmuasi bilan hujayra membranasini invaginatsiyasini ta`minlovchi modda hozircha ma`lum emas. Virusning CD 147 retseptori orqali hujayraga ta`siri ham xuddi ASE2 kabi tarzda bo`lib o`tadi. CD147 retseptori immunoglobulinlar oilasiga kiradi. Virusning makroorganizm bilan har ikkala yo`l orqali bog`lanishida uning tikansimon S-oqsili muhim o`rin tutadi. Uning qobig`iga ushbu oqsil uchli uch shohli glikoproteindan iborat bo`lib, uchta :ektomen, membrana qobig`i va hujayra ichidagi qisqa dumli domenlardan tashkil topgan. Ektomen S1 (bog`lovchi modda) va S2 ( membranaga bog`langan modda) retseptorlardan iborat. S1 retseptori o`z tarkibida 2 ta biri-biriga bog`liq bo`lmagan N(N-terminal domain-NTD) va C(C-domain-CD) terminal domenlarni saqlaydi. SARS-CoV-2 koronavirusining S oqsilini CD domeni bog`lovchi domen -retseptor (receptor-binding domain-RBD) hisoblanib, virusning aynan o`sha qismi makroorganizm hujayrasining ASE 2 retsptorini taniydi va u bilan bog`lanadi. SARS-CoV-2 koronavirusning RBD qismi neytrallovchi hujayralar uchun asosiy nishon hisoblanadi. ASE 2 retseptori ,asosan, I tip alveolotsit, kardiomiotsit, jigarda xolangiotsit, yo`g`on ichakda kolonotsit, qizilo`ngachda keratinotsit, me`da , yonbosh hamda to`g`ri ichak, buyrak proksimal kanalchalari, siydik qopi

epithelial hujayralarida joylashgan. Ushbu virus bilan zararlanganda bemorlarda pastki nafas yo'llari shikastlanishi va ba'zi bemorlarda abdominal hamda dispeptik sindrom rivojlanishi alveolyar va ingichka ichal epiteliy hujayralarining ASE 2 retseptorini yuqori darajada ekspessiya qilish xususiyati bilan tushuntiriladi.

Vaksinatsiyadan keyin esa aynan manashu retseptorlar joylashgan to'qima, organlarda o'zgarishlar paydo bo'lishi kuzatildi. Nojo'ya ta'sirlarning paydo bo'lishida vaksina oluvchining Yoshi, o'tkazgan kasalliklari, psixo-emotsional holati muhim omil hisoblanadi. Tadqiqotimda shu ma'lum bo'ldiki buyrak –tosh kasalligini o'tkazganlarda siydik yo'llarida va buyrakda 3 -4 soat davom etadigan og'riq kuzatildi. Surunkali bronxit bilan kasallangan bemorda tana haroratining biroz pasayishi doimiy 36, 6°da bo'lgan, vaksinatsiyadan keyin 2 kun davomida 36,0 holatni kuzatildi. Yoshga bog'liq xususiyati esa qarilarda yoshlarga nisbatan nojo'ya ta'sirlar kamligini kuzatildi. Ko'ngil aynishi 6%, bosh og'rig'i 12%, ensa sohasidagi og'riq 6%, holsizlik 19%, mushaklardagi og'riq 13 %, vaksinatsiya qilingan qo'ldagi og'riq 13%, ishtaha pasayishi 6%, eshakemi 6%, uyquchanlik-19%, istima 13%ni tashkil etdi.

1	Сидиков А.А., Исоков Э.З. ИЛМ-ФАН ВА ИННОВАЦИЯНИ РИВОЖЛАНТИРИШ ЭНГ МУҲИМ УСТИВОР ВАЗИФАЛАРДАН БИРИДИР	4
2	Рустамова Л.И., Кулиева З.М, Ибадова Т.И., Ибрафилбекова И.Б. НЕКОТОРЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ COVID-19 У ВЗРОСЛЫХ В АЗЕРБАЙДЖАНЕ	6
3	Тагиева Ф.Ш., Джафарова Х.Г. ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ И ЕГО ПРИМЕНЕНИЕ ПРИ COVID-19 ИНФЕКЦИИ	8
4	Матназарова Г. С., Брянцева Е. В., Миртазаев О. М., Тошбоев Б.Ю., Мустанов А. Ю. ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В УЗБЕКИСТАНЕ	13
5	Х. Н. Халафли ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕЛЬМИНТОЗОВ В АЗЕРБАЙДЖАНЕ	18
6	Х.Н.Халафли, С.Н.Ханбутаева ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА МАЛЯРИЕЙ	22
7	Халафли Х. Н., Абдуганиева А. Е. КОИНФЕКЦИЯ КИШЕЧНЫМИ ВИРУСАМИ У ДЕТЕЙ С ГАСТРОЭНТЕРИТОМ	24
8	Кулиева Э. М. , Абдуганиева А. Е. НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ	27
9	Рзаев Р. С. АНАЛИЗ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ У МУЖЧИН С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ	33
10	Джавадзаде Т.З. ОСНОВНЫЕ ПРЕДСТАВИТЕЛИ МИКРОФЛОРЫ КОЖИ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ	34
11	Султонова М. А., Бекматова Ш. К. МИКРОФЛОРА КИШЕЧНИКА И СОВИД-19 В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ	36
12	Sapaeva Z.A. LIPID METABOLISM DISORDERS IN DIABETIC NEPHROPATHY	37

13	Смоляков М. В., Емельянова Т. А. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛИМФАДЕНОПАТИЕЙ У ДЕТЕЙ В ЦЕНТРАЛЬНОМ ЧЕРНОЗЕМЬЕ НА ПРИМЕРЕ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ	40
14	Смоляков М. В., Кульсеева Т. Г. ОТНОШЕНИЕ ЖИТЕЛЕЙ ЖЕЛЕЗНОГОРСКА КУРСКОЙ ОБЛАСТИ К ВАКЦИНАЦИИ КАК СПОСОБУ ПРОФИЛАКТИКИ COVID-19	43
15	Норматова Ш. А., Саидова С. А. ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА И ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ВОДОПОЛЬЗОВАНИЯ СЕЛЬСКОГО И ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН	45
16	Ашурова М. Ж., Умаров С. Р., Ашуров М. Д. АХОЛИНИНГ СУВ ТАЪМИНОТИ ВА ЭКОЛОГИК МУАММОЛАР	52
17	Содиқова З.Ш., Султонов Р.К. ПОСТНАТАЛ ОНТОГЕНЕЗДА ЧАҚОЛОҚЛАР БРОНХ ДАРАХТИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИДА СЕМИЗ ҲУЖАЙРАЛАРИНИНГ ДИНАМИКАСИ	60
18	Коломиец В.М., Польщикова Н.А. КОМОРБИДНЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ В КОНТИНГЕНТАХ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЫ: ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПРИ ПАНДЕМИИ COVID19	64
19	Азизов А.А. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ	72
20	Алтухова А.О., Хлебодарова Е.В. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРЕБЫВАНИЯ В СТАЦИОНАРЕ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ COVID-АССОЦИИРОВАННОЙ ВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ И НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБНЫЕ НА ЭТО ПОВЛИЯТЬ	75
21	Лукина А.Э. ФАРМАКОТЕРАПИЯ COVID-19 У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	77
22	Азизова М.Э. СОСТАВ МИКРОБИОТЫ ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С АДЕНОМИОЗОМ	81
23	Амирасланова Н.А. ДИСБИОТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ЖЕНЩИН ПРИ ОБРАЗОВАНИЯХ СРЕДНИХ И БОЛЬШИХ РАЗМЕРАХ МАТКИ И ЯИЧНИКОВ	85
24	Абдуманонов А.А. ТИББИЁТДА СУНЪИЙ ИНТЕЛЛЕКТНИНГ ЎРНИ	87

25	АллабергановМ.Ю. ПРОТЕКТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ БЕНЗКЕТОЗОНА	94
26	Кулиева Э. М., Абдуганиева А. Е. РОЛЬ ТЕОРИЙ И КОНЦЕПЦИЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ	97
27	Амирова М. Ф., Сабрин А. А.М , Эллада Г. Э. НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ФИЗИЧЕСКИХ И ПСИХИЧЕСКИХ РАН, НАНОСИМЫХ ВОЙНОЙ	103
28	Гаджиева С.В., Хыдырлы Н.М., Мурадова С.А., Гурбанова С.Ф. ВСТРЕЧАЕМОСТЬ HELICOBACTERPYLORI ПРИ ПОРТАЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНЗИОННЫХ ГАСТРОПАТИЯХ	110
29	Джафарова Х. Г., Тагиева Ф.Ш. ВЛИЯНИЕ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА	114
30	Андросов С. С., ХардиковаЕ.М. ДЕБЮТ НЕЙРОЛЕЙКИМИИ КАК РУЗУЛЬТАТ ПРЕРВАННОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО МИЕЛОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА	119
31	АпсаламовБ.М., СтарцеваН.В. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID 19) В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ	121
32	АбдуганиеваА.Ё., СтарцеваН.В. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА КИШЕЧНИКА, У ДЕТЕЙ С ДИСПЕПСИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	123
33	Иноятова Ф.Х., Касимов Э.Р., Уринов А.М. ВЛИЯНИЕ НОВОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО НООТРОПНОГО ПРЕПАРАТА ЦИТАРГИН НА СОСТОЯНИЕ ГИПОКСИИ И ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ НА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ	125
34	Касимов Э.Р. , Иноятова Ф.Х. ОЦЕНКА СПЕЦИФИЧЕСКОЙ И ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ НОВЫХ ОТЕЧЕСТВЕННОГО НООТРОПНОГО ПРЕПАРАТА	132
35	Каттаханова Р.Ю., Суяров Ш. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ COVID – 19	135
36	Каримова Д.Ш.,Аллаберганов М.Ю.,Бекчанова Ю.Х., Курбонниёзова Ю.А., Латипова Ш.Б. ПЕНТОГАСТРИНЁРДАМИДА СТИМУЛЛАНГАН СЕКРЕЦИЯНИ КОРРЕКЦИЯЛАШ	137
37	Atadjanova YU.A., Obidova N.R. SIL KASALLIGINING TARQALGANLIGI VA PROFILAKTIKASI	141

38	Ахмадханов Д.,Расулова М.Т. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ И ДИАГНОСТИКА ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	142
39	АсрароваЗ.Д.,Даминова М.Н., Абдуллаева О.И., Даминова Х.М. ДИАГНОСТИКА КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ	149
40	Бабаханов И.С. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА	151
41	BabadjanovaSH. A., Kurbonova Z. CH., OlimjonovJ.T., Azimov E.R. IMMUN-MIKRITROMBOVASKULIT BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA KOAGULYATSION-GEMOSTAZ SHIKASTLANISHINI BAXOLASH	152
42	Шеркўзиева Г.Ф.,Бекмуратова С.Б.,Икромов Н. АҲОЛИНИ ИЧИМЛИК СУВИГА БОҒЛИҚ КАСАЛЛАНИШ ХОЛАТИНИЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ	157
43	БобоеваР. Н. БИОЛОГИЯ ФАНИНИ ЎҚИТИШДА МУЛЬТИМЕДИЯ ВОСИТАЛАРИДАН ФОЙДАЛАНИШ САМАРАДОРЛИГИ	159
44	БобоеваР.Н.,БобоеваЗ.Н. АКАДЕМИК ЛИЦЕЙ ЎҚУВЧИЛАРИДА ИЛМИЙ ФАОЛИЯТ КЎНИКМАСИНИ ШАКЛЛАНТИРИШ	161
45	Бобоева З. Н., Абилов П. М. ТАЛАБАЛАРГА ТАЪЛИМ БЕРИШ ЖАРАЁНИДА МУАММОЛИ ЎҚИТИШ ТИЗИМИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ	164
46	БобоеваР. Н., БобоеваЗ. Н. ТИББИЁТДА ИЛҒОР ПЕДАГОГИК ТЕХНОЛОГИЯЛАРДАН ФОЙДАЛАНИШ ДАРС САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ ОМИЛИ	168
47	Барсова Д. А. АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ ПОЛОВОЗРАСТНОЙ СТРУКТУРЫ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОНМК В УСЛОВИЯХ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (ПО ДАННЫМ КУРСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА)	170
48	Вадзаковский Р. С., Степченко М. А. ИЗУЧЕНИЕ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST	174
49	Власенко В. Д., Андросов С. С., ХардиковаЕ.М. МАНИФЕСТАЦИЯГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У ПАЦИЕНТКИ НА ФОНЕ ОСЛОЖНЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА	176
50	Дехканова Н.Н. , Жамалиддинова Н.Б. ПРОБЛЕМА ИНФЕКЦИИ В МЕДИЦИНЕ	178

51	Дехканова Н.Н., Усмонов А. ЗНАЧЕНИЕ ХИМИЧЕСКОЙ НАУКИ В МЕДИЦИНЕ	182
52	Абдурахмонова Н.М., Джумаев Д.Л. ТУРҒУН ЗЎРИҚИШ СТЕНОКАРДИЯСИ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА КОРОНАР ТОМИРЛАР ҲОЛАТИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ	187
53	Драгатов И. С., Григорьян М.Ф. ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ	193
54	Драгатов И. С., Хардикова Е.М. ОСОБЕННОСТИ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST У ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА В СОВРЕМЕННЫХ РЕАЛИЯХ	197
55	Даминова К.М. ФАКТОРЫ РИСКА И РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК	200
56	Жалилова А.С. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЛЯМБЛИОЗОМ	203
57	Жеребцова В. Д., Хлебодарова Е.В АМБУЛАТОРНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА СВЕРТЫВАЕМОСТЬ КРОВИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (SARS-COV-2)	205
58	Орзикулов А.О., Рустамова Ш.А., Караматуллаева З.Э. КЛИНИКА-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИЗЕНТЕРИИ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	206
59	Ибрагимов Ш.Р. СТРУКТУРА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЛОР- ОТДЕЛЕНИЯХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ	215
60	Искендерли В.Б. ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОФТАЛЬМОМИКОЗОВ	217
61	Искандарова Г.Т., Шерқўзиева Г.Ф., Жолмурзаев А.Д АҲОЛИ ТУРАР ЖОЙЛАРИНИ ЧИҚИНДИЛАРДАН ТОЗАЛАШ МУАММОЛАРИ	218
62	Жумаева А. А. СЕЛЛЕР ПРЕПАРАТИНИНГ ЎТКИР ЗАҲАРЛИЛИК ХУСУСИЯТИНИ ЎРГАНИШ ДАРАЖАСИ	221
63	Жўраев Б., Исакова Н.Р. ЗАМОНАВИЙ ДОРИШУНОСЛИКДА «САЙДАНА»НИНГ ТУТГАН ЎРНИ	225
64	Abdumanonov A. A., Abdumo`minov A. A., Axmedov Q. G`. BAKTERIOLOGIYA LABORATORIYALARINING ISH FAOLIYATINI TASHKILASHDA AXBOTORT TEKNOLOGIYALARI	227

65	Rayimova Z. M., Ibragimov O. B. INTERNAL DISEASES. PATHOLOGY OF INTESTINE	229
66	Аскарова Н.И., Мадрахимова З.М. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ –ИНФЕКЦИЕЙ В ДЖИЗАКСКОЙ ОБЛАСТИ	233
67	Ixtiyorov Sh. I., Ishchanova N. X. COVID-19 INFEKSIYASI BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA GEMATOLOGIK VA NOGEMATOLOGIK ASORATLAR TAHLILI	238
68	Иброхимов Х.А., Ашурова О.Ю. ТУТ МЕВАСИНИНГ ЮРАК ҚОН ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИГА ФОЙДАЛИ ХУСУСИЯТЛАРИ	246
69	Абдусалимова Ф.У. Тиляходжаева Г.Б. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОПТОЗА	249
70	Ахмаджонов У. Тиляходжаева Г.Б. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ	252
71	Ibragimova Z. J. MIGRENNI DAVOLASH HAQIDA ZAMONAMIZ VA ABU ALI IBN SINO QARASHLARI	255
72	Иваныкина В.М., Хлебодарова Е.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕКОМЕНДОВАННЫХ СХЕМ ФАРМАКОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ЛЁГКОЙ ФОРМОЙ COVID-19 ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ	264
73	Ibragimova Z.J., Abdullajonova G. G., Rahmonova M. L. YUQUMLI KASALLIKLARGA QARSHI CHORA-TADBIRLAR	266
74	Бабаджанова Х.М. МОЛОЧНАЯ СЫВОРОТКА В НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЕ	268
75	Ibrohimov H. A. BENEFICIAL PROPERTIES OF MULTER FRUIT FOR HEART AND BLOOD DISEASES	270
76	Исмаилов К.Я., Курбанов С.Р. COVID-19 ТАРҚАЛИШИ ВА КЕЧИШИДА ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАР	272
77	Qulmatov G`. O., Bekmatova Sh. Q. <b>METABOLIK SINDROMNING OLDINI OLISH USULLARI VA DAVOLASHDA QO`LLANILADIGAN DORI VOSITALARI	274
78	Левченко Е.В., Лысенко В.В. ВЛИЯНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В ДОСТИЖЕНИИ НА УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ У СТУДЕНТОВ МЕДВУЗА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19	275
79	Микаилов У.С. ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА ИНФЕКЦИИ SARS-COV-2 У ЛЮДЕЙ	280

80	Махмудова.Х.Т. ИНФЕКЦИОН КАСАЛЛИКЛАРНИНГ БУГУНГИ КУНДАГИ ДИАГНОСТИКАСИ МАСАЛАЛАРИ	281
81	Mo`ysinjonov J.,Ashuraliyeva Sh.,Ahmadaliyev Sh. <b>SARS-COV-2 VIRUSINI QIZIL QON HUYAYRALARI HAMDA QONDAGI QAND MIQDORIGA BOG`LIQLIGI	283
82	Муллаева С. И. АНАЛИЗ НАЛИЧИЯ ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	291
83	Маматкулова М.Т., Каримжонов Ф.Ф. ГЕПАТИТ А КАСАЛЛИГИНИНГ МУАММОЛАРИ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАХЛИЛИ ВА ЭПИДЕМИЯГА ҚАРШИ КУРАШ ЧОРА ТАДБИРЛАРИ	292
84	Меснянкина Е. А., Григорьян М.Ф. ОСОБЕННОСТИ ОНИХОМИКОЗОВУЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	296
85	Меснянкина Е. А., Григорьян М.Ф. ОНИХОМИКОЗУЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	298
86	Милицкая М.А.,Борисова Н.А. МАСКАРАД МАСОК – АТИПИЧНЫЙ ДЕБЮТ СКЛЕРОДЕРМЫ	299
87	Маматкулова М.Т. ИЖТИМОЙ АХАМИЯТГА ЭГА ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ	301
88	Madazimova D. H., Zhabbarov O. O., Khujaniyazova N.K., Mirzayeva G.P. ASSESSMENT OF CENTRAL HEMODYNAMICS IN PATIENTS WITH DIABETIC NEPHROPATHY WHO HAVE HAD CORONAVIRUS INFECTION	303
89	Madazimova D. H., Zhabbarov O. O., Normukhammedova D. K., Sultonov N. N. EVALUATION OF THE FUNCTIONAL STATE OF THE KIDNEYS IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE WHO HAVEHAD A CORONAVIRUS INFECTION	305
90	Махмудова Х.Т. ЮКУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР ИММУНОПРОФИЛАКТИКАСИ	307
91	Nasriddinova D. O. YUQUMLI KASALLIKLAR DIAGNOSTIKASI. LABORATOR,KLINIK,EPIDEMIOLOGIK	309
92	Ниёзов Г.Э. COVID-19: СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА	314
93	Тилиходжаева Г.Б., Обиджонов З.Х. ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ И МЕТОДЫ	316

	ЛЕЧЕНИЯ	
94	Obidov Z. Z. ASAB TIZIMI PATOLOGIK HOLATINING FIZIOLOGIK O'ZGARISHLARI	321
95	Shamsutdinova G.B., Omonjonova Z.M. STRUCTURE OF CONGENITAL HEART DEFECTS	325
96	Омонова Г.С., Каландарова У.А., Аллаберганов М.Ю. ЯРА ГИСТОМОРФОЛОГИЯСИДАГИ ЎЗГАРИШЛАР КОРРЕКЦИЯСИ	330
97	Орзикулов А.О., Рустамова Ш.А., Караматуллаева З.Э., Ибрагимова Э.Ф. COVID-19 ИНФЕКЦИЯСИНИ ДАВОЛАШДА АНТИКОАГУЛЯНТЛАР ЎРНИ ВА АҲАМИЯТИ	333
98	Отажонов Г.У., Сапаева З.А. ОЦЕНКА РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	347
99	Кадырова Ш.А., Сапаева З.А. ОСОБЕННОСТИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	349
100	Палванова М.Т., Юлдашева М.Т., Ким Д.В. БЕДА НЕ ПРИХОДИТ ОДНА! ГРИБКОВЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПАНДЕМИИ COVID-19	353
101	Палванова У. Б., Изранов В. А., Якубова А. Б. УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СПЛЕНОМЕГАЛИИ	356
102	Паттахова М. Х. COVID-19 И ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ	358
103	Паттахова М. Х. ВЛИЯНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ	360
104	Подкопаева Д.С., , Степченко М.А. ЛИЧНОСТНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН С НАПРЯЖЕННЫМ УМСТВЕННЫМ ТРУДОМ (ПРОФЕССИЯ – ПРЕПОДАВАТЕЛЬ, ВРАЧ) В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19	362
105	Пучкова Е.Л. ОСОБЕННОСТИ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ	372
106	Расулов Ш.М., Ахмедов З.Х., Мухиддинова Г.А. КОНТАГИОЗ ГЕЛЬМИНТОЗЛАРНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАҲЛИЛИ ВА ПРОФИЛАКТИК ЧОРА – ТАДБИРЛАРНИ ТАКОМИЛАШТИРИШ	374

107	Рахимов М.Ф., Тияходжаева Г.Б. КАРДИОМЕГАЛИЯДА ЮРАК АНАТОМИЯСИНИ УЗГАРИШЛАРИ	381
108	Расулов Ш. М., Матназарова Г. С., Цай С. А. ЭХИНОКОККОЗ БИЛАН ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАНГАНЛАРНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАҲЛИЛИ	382
109	Хажиев С.О. РОЛЬ ИНГИБИТОРОВ ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ-5 В ЛЕЧЕНИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	391
110	Rahimova H. R. LAMIACEAE OILSIGA KIRUVCHI AYRIM DORIVOR O'SIMLIK LARNI XALQ TABOVIATIDA QO'LLANILISHI	402
111	Рахматов Н.А., Джонибеки Р.И. КЛИНИКО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОТЕЙНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	403
112	Рузиев А.Р. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРИ У ПРИВИТЫХ ДЕТЕЙ	407
113	Рўзметов Б.Ш., Абдуллаев И.К. ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИ БЎЙИЧА ШАҲАР ВА ҚИШЛОҚАҲОЛИСИНИНГ МУРОЖААТЛАРИНИНГ ТАРКИБИЙ ХУСУСИЯТЛАРИ	413
114	Султонова Ф.А. БОЛАЛАРДА РЕФРАКЦИЯ АНОМАЛИЯЛАРИ ШАКЛЛАНИШГА ТАЪСИР ҚИЛУВЧИ ФАКТОРЛАРНИ ЎРГАНИШ	415
115	Таджибаева Р.Б., Дустов Ф.А. Ўринов А.М. ПРОБЛЕМЫ ПРОВЕДЕНИЯ ОН-ЛАЙН ЛЕКЦИЙ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ	417
116	Джафарова Х. Г., Тагиева Ф. Ш. ГЛОБАЛЬНОЕ ПОТЕПЛЕНИЕ СОВРЕМЕННОГО КЛИМАТА И МЕРЫ БОРЬБЫ С ЕГО ИЗМЕНЕНИЯМИ	419
117	Расулов Ш.М., Тешабоев А.М. ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ЗАХМ БИЛАН КАСАЛЛАНИШНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАҲЛИЛИ	422
118	Расулов Ш.М. Тешабоев А.М. ЭХИНОКОККОЗ КАСАЛЛИГИ ВА УНИ ОЛДИНИ ОЛИШ	425
119	To'liqinboyev M.U, Isaqova N.R. TIBBIY DIAGNOSTIKA VA DAVOLASHDA QO'LLANILADIGAN LAZERLI QURILMALAR	430
120	Тўлқинбоев Ф.Қ., Исакова Н.Р. АМИНОГЛИКОЗИДЛАРНИНГ ОРГАНИЗМГА ТАЪСИРИ	433
121	Турсунова Л.Д., Жабборов О.О., Мирзаева Г.П. ДИАБЕТИК НЕФРОПАТИЯДА ЮРАК ҚОРИНЧАЛАРИ РЕМОДЕЛЛАНИШИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ	435

122	УббиниязоваК. Т., УруноваД. М., БрянцеваЕ. В., ХудайкуловЭ. ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЁЗА ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН	436
123	Файзуллаева Н.И. ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ	438
124	ХасиеваА.Б. МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ У ЖЕНЩИН С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ	446
125	Xudoyberdiyev M. G. SITOKINLARNING FIZIOLOGIK ANAMIYATI	448
126	Xolmatova Yo.N., Xolmirzayev A. L. TIBBIYOT TALABALARINI O'QITISH JARAYONIDA TADQIQOT QOBILIYATLARINI SHAKLLANTIRISH	452
127	ТурғуновЗ.Қ. БОЛАЛАРДА АЛЛЕРГИЯ КАСАЛЛИКЛАРИ КЕЛИБ ЧИҚИШИНING САБАБЛАРИ	456
128	Ҳамидова Н.Қ. ГИМЕНОЛИПЕДОЗЛИ БОЛАЛАРДА АЛЛЕРГИК РИНИТНИНГ КЕЧИШИДА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИНГ КЛИНИК-ИММУНОЛОГИК ТАЪСИРИ	457
129	Хасанов Д.Ч. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ COVID-19	459
130	Абдуғаниева А.Ё. ЎТКИР ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАҲЛИЛИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ	461
131	Хусенова З.З. ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ПРОКАЛЬцитонина в сыворотке КРОВИ ПРИ COVID-19	463
132	Цымбалюк В.В., Степченко М.А. ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ НОЧНОЙ ГЕМОГЛОБИНУРИИ (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)	464
133	Шарипова С.А., Ахмадалиева Н.О., Рустамов А.А. “K.N.PLASTPRODUKT” ПЛАСТМАССА МАҲСУЛОТЛАРИНИ ИШЛАБ ЧИҚАРИШ КОРХОНАСИДА МИКРОИҚЛИМ КЎРСАТКИЧЛАРИНИ ГИГИЕНИК БАҲОЛАШ	467
134	Шокирова Ф.Ж., Турахожоева С.С. ЎТКИР ЛЕЙКОЗДА ХИМИОТЕРАПИЯНИ ТУРЛИ БОСҚИЧЛАРИДА АНЕМИК СИНДРОМНИ ЎРГАНИШ	469
135	Шокирова Ф.Ж., Сулейманова Д. ПРИЧИНЫ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА В₁₂ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ	473

136	Эгамназаров А.И., Абдулхаев Б. ЖАМОАТ САЛОМАТЛИГИНИ МУҲОФАЗА ҚИЛИШНИНГ БАЪЗИ МАСАЛАЛАРИ	476
137	Эргашов М.М. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ ИНФЕКЦИИ ВЫЗВАННОЙ SARS-COV-2	479
138	Абдурахмонова Н. М., Нарзиев Б. И., Эшмаматов О. Ф. СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИНИ ДАВОЛАШДА ЮРАК РЕСИНХРОНЛАШ АМАЛИЁТИДАН СЎНГ 6 ДАҚИҚАЛИ ЮРИШ СИНАМАСИ НАТИЖАЛАРИНИ ЎРГАНИШ	480
139	Эйюбова А.А., Багирова С.А., Гусейнова Э.Э., Кулиева Ф.Э. НАРУШЕНИЕ МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	484
140	Юлдашева Н.Х., Кадирова Б.И., Олимова М.А. ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВБИ	485
141	Ярмухамедова Н.Ф. Казакбаева Х.М., Султонова Ш.Х., Бакиева Ш.Х., Саломова Ф. И. СУРУНКАЛИ МИЕЛОЛЕЙКОЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ	489
142	Қўзиева А. К. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ КОВИД-19	491
143	Қодиржонова Ш., Исакова Н.Р. ЧЕКИШНИНГ ДОЛЗАРЪ МАСАЛАЛАРИ	500
144	Кучкарова Б.К., Матназарова Г.С., Расулов Ш.М., Магзумов Х.Б. БЎСТОНЛИҚ ТУМАНИДА COVID 19 ИНФЕКЦИЯСИГА ҚАРШИ ПРОФИЛАКТИК ЭМЛАШ ТАДБИРЛАРИ	503
145	Qurbonov N.P., Rasulov F.X., Rohatalityev F.A. TAJIRIBADA GEMOLITIK KAMQONLIK KASALLIGINI DAVOLASHDA RO'YAN O'SIMLIGINING TA'SIRI O'RGANISH	505
146	Тиялходжаева Г.Б. Умаржонова Д . РАХИТИЧЕСКАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ	507
147	Abdullayeva O'. Y., Ahmedov R. N., Alijonov A. A.. YOD TANQISLIGI BILAN BOG'LIQ MUAMMOLARNI BARTARAF ETISH YO'LLARI	510
148	Ашурова М.Ж., Умаров С.Р., Рахмонов Қ.С. ЭКОЛОГИК БАРҚАРОРЛИКНИ ТАЪМИНЛАШ УСТУВОР ВАЗИФА СИФАТИДА	512
149	Ашурова М.Ж., Умаров С.Р., Ашуров М. СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИНИНГ ИЖТИМОЙ	514

	ПСИХОЛОГИК АСОСЛАРИ	
150	Mamatqulova M. T. HELMINTOSESS AND PREGNANCY	515
151	Babadjanova X.M., Xabibullayeva S. BOLALARDA O'TKIR ICHAK INFEKSIYALARINI DAVOLASH MEZONLARI	517
152	Khoshimova N. IMPORTANCE OF ENGLISH IN MEDICINE	521
153	Raximberganov S.R., BekmmetovaSh. COVID-19 KASALLIGING ETIOLOGIYASI, KASALLIK PATOGENEZIDA BIOLOGIK FAOL MODDALARNING AHAMIYATI. DIFFERENSIAL DIAGNOSTIKASI	523
154	Raximberganov S.R., BekmmetovaSh. KORONAVIRUSNING HUYAYRAGA BIRIKISH MEKANIZMI VA VAKSINATSIYADAN KEYINGI NOJO'YA TA'SIRLARNING RIVOJLANSHIGA TA'SIR ETUVCHI OMILLAR	529
	Содержание	531