



MINISTRY OF HEALTH OF THE
REPUBLIC OF UZBEKISTAN



FERGHANA MEDICAL INSTITUTE
OF PUBLIC HEALTH



AZERBAIJAN MEDICAL
UNIVERSITY

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**ФЕРГАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ**

СБОРНИК

**МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ**

**“АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ
ИНФЕКЦИОННЫХ И
НЕИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ”**

12 April

2022

FERGHANA



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН**

**ФЕРГАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ**

Материалы международной научно-практической
конференции с участием международных партнерских вузов
12-апреля 2022 года

**“АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ
ИНФЕКЦИОННЫХ И НЕИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ”**

***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>Ашурова М.Ж.</i>	<i>- проректор по учебной работе PhD</i>
	<i>Кадирова М.Р.</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>Абдуганиева А.Ё.</i>	<i>Старший Преподаватель Кафедры «Эпидемиологии и инфекционных болезней»</i>
<i>Редактор компьютерной графики</i>	<i>Валитов Э.А</i>	<i>Руководитель центра информационных технологий</i>

PREVALENCE AND RISK FACTORS OF FATTY LIVER DISEASE AMONG HOSPITALIZED TYPE 2 DIABETES PATIENTS IN UZBEKISTAN

Rakhimov A. A.¹, Muhiddinova Sh. B.¹, Yakubov V. O.¹, Junko Tanaka²

1. Fegrhana Medical Institute of Public Health, Department of Epidemiology, and infectious diseases

2. Department of Epidemiology, Infectious Disease Control and Prevention, Graduate School of Biomedical and Health Sciences, Hiroshima University, Hiroshima, Japan

Key words: Fatty liver disease, type 2 diabetes, risk factors, prevalence

Background

Fatty liver is defined as an accumulation of fat in the hepatocytes that exceeds 5% of the weight of the liver and is stored primarily as triglycerides[1]. Although steatosis usually has a good prognosis, steatohepatitis and fibrosis can develop to cirrhosis[1,2]. The frequency of fatty liver disease in the general population has been estimated to be between 15 and 30 percent in various nations and is almost certainly increasing[3,4]. People with type 2 diabetes appear to have a larger risk of acquiring fatty liver than non-diabetic subjects, and they certainly have a higher risk of developing fibrosis and cirrhosis[5,6]. Fatty liver disease is thought to affect 70-75 percent of type 2 diabetes patients[7]. Fatty liver disease prevalence rate in Uzbekistan climbed from 27.0 % in 2007 to 37.1 % in 2014, ranking first among liver diseases[8].

The objectives of this study: to determine the prevalence of the fatty liver disease and the risk factors for fatty liver disease in hospitalized type-2 diabetes mellitus patients in Uzbekistan.

Materials and methods

A cross-sectional hospital-based study was carried out retrospectively among subjects (age ranges between 18 and 85 years) with type-2 diabetes who have been hospitalized in The Republican Specialized Scientific Center of Endocrinology in Tashkent and Ferghana regional Endocrinological Dispensary in Ferghana region. The 783 (Tashkent n=439, Ferghana n=426) hospitalized type-2 diabetes patients' data were selected from medical records during the period between October and November 2020.

Sample size and sampling

The formula: $n = (1.96)^2 p(1-p) / d^2$

Eligibility criteria

In this study inclusion criteria were individuals with aged ≥ 18 years and clinically determined type 2 DM were qualified to participate in the study.

Data were analyzed using the statistical software program, JMP Pro 14.0.0 The Multivariate analysis (logistic regression model) was used to evaluate factors associated with fatty liver disease.

Results

Subjects' characteristics (Table 1). A total of 783 subjects with T2DM patients were involved for this study. Their age ranged from 18 to 85 years old with an average age of 54.21 ± 13.88 and median of 57. The male and female sex ratio was 400(51%)/383(49%). The mean BMI of the study population was $28.29 \pm 5.58 \text{ kg/m}^2$ and the proportion of BMI was obese(39.5%), overweight(40.1%) and normal 20.4%.

Prevalence of fatty liver disease

The present study showed that the overall prevalence of fatty liver disease, based on ultrasound examination was 55.17%(95%CI:51.6%-58.6%) among hospitalized T2DM patients in Uzbekistan (*Figure 1*).

The age-adjusted prevalence of fatty liver disease was 52.8% in men and 57.7% in women in our study sample (*Figure 2*). The prevalence of fatty liver disease is slightly higher in women (57.7%) than men (52.8%) but not statistically significant ($P=0.163$).

Risk predictors for fatty liver disease

The multivariate analyses showed that BMI(overweight and obese) and hypertension significantly higher in the fatty liver group than the non-fatty liver group. Our result showed that the subjects who has hypertension in this study was significantly associated with fatty liver disease ($P<0.001$) than non-fatty liver disease. Obese patients were more likely to develop fatty liver disease compared with normal-weight patients in our study sample and it is significant ($P<0.001$).

Conclusion

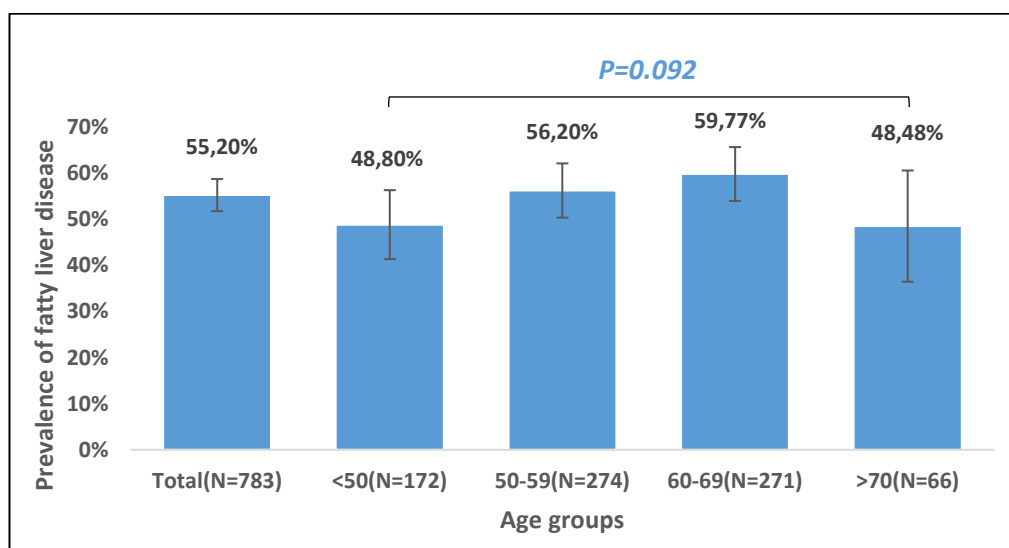
Our finding demonstrate that fatty liver disease was diagnosed by Ultrasound examination in more than half the hospitalized type 2 diabetes patients in Uzbekistan with 55.17% (95%CI: 51.6%-58.6%). The risk factors associated to fatty liver disease were overweight, obese patients and hypertension in our study sample.

References

1. Brunt EM. et al. Nonalcoholic steatohepatitis: definition and pathology. *Semin Liver Dis* 2001; 21: 3-16.
2. Falck Y. et al. Clinical features and natural history of nonalcoholic steatosis syndromes. *Semin Liver Dis* 2001; 21: 17-26.
3. Clark JM. Et al. The prevalence and etiology of elevated aminotransferase levels in the United States. *Am J Gastroenterol* 98:960–967, 2003.
4. Browning JD. et al. Prevalence of hepatic steatosis in an urban population in the United States: impact of ethnicity. *Hepatology* 40:1387–1395, 2004.
5. Angulo P. et al. Nonalcoholic fatty liver disease. *N Engl J Med* 346:1221–1231, 2002.
6. Marchesini G. et al. Nonalcoholic fatty liver disease and the metabolic syndrome. *Curr Opin Lipidol* 16:421–427, 2005.
7. Zobair M.Younossi, Pegah Golabi, Leyla de Avila, James Minhui Paik, et al. The global epidemiology of NAFLD and NASH in patients with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Hepatol* 2019 Oct;71(4):793-801.
8. Daminov B. et al. Risk Factors Progression of a Non-Alcoholic Fat Liver Disease and State of Gut Microflora in Patients with Obesity. *International Journal of Advanced Science and Technology* Vol. 29, No. 11s, (2020), pp. 3241-3246.

Table 1. The characteristics of study population (N=783)

Variables	n(%)	mean $\pm$ SD
Sex	-	-
Male	400(51%)	-
Female	383(49%)	-
BMI category	-	-
Normal (≤ 25 kg/m ²)	138(19.2%)	-
Overweight(25.0-30.0kg/m ²)	292(40.7%)	-
Obese (≥ 30 kg/m ²)	287(40.1%)	-
Fatty liver disease	-	-
Present	432(55.2%)	-
Absent	351(44.8%)	-
Hypertension	-	-
Present	451(57%)	-
Absent	332(43%)	-
Hyperlipidemia	-	-
Present	318(47%)	-
Absent	359(53%)	-
FIB-4 index	-	-
FIB-4<2.67	501(92.24%)	-
FIB-4>2.67	25(4.75%)	-
AST(U/L)	-	26.75 $\pm$ 20.95
ALT(U/L)	-	29.68 $\pm$ 27.77
Thrombocytes (per microliter)	-	216.11 $\pm$ 57.20

**Figure 1. Overall prevalence of fatty liver among study sample(n=783)**

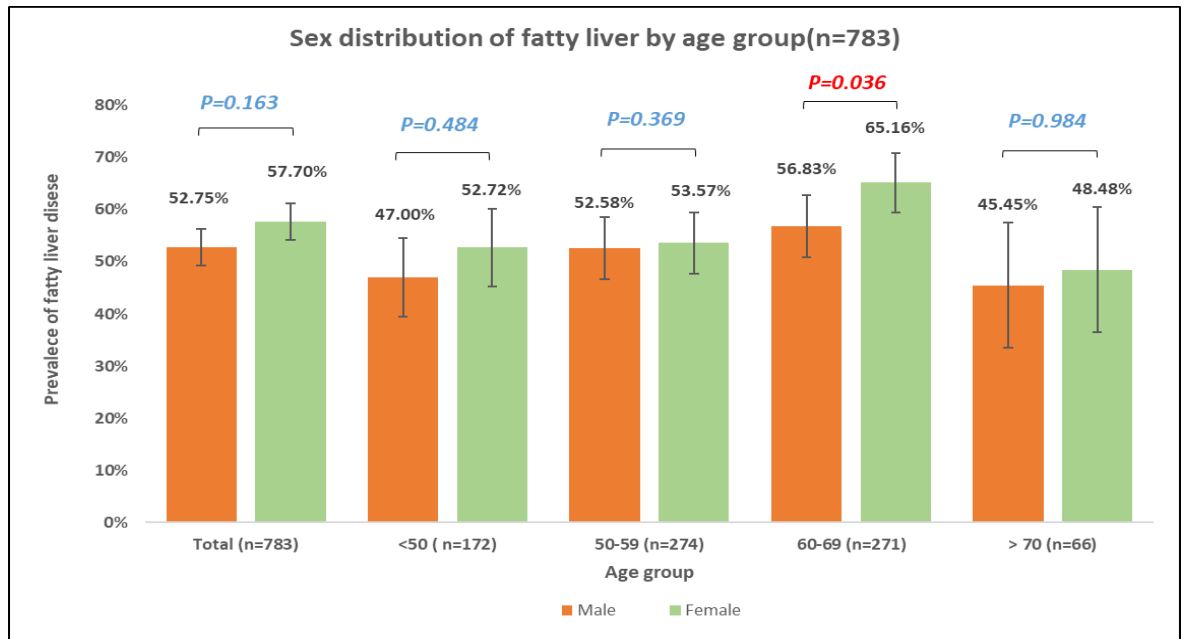


Figure 2. Sex distribution of fatty liver disease among study sample(n=783)

Table 2. Multivariate analyses of factors associated with fatty liver disease`

<i>Factors</i>		<i>Fatty liver disease</i>		<i>aOR</i>	<i>95% CI</i>	<i>P-value</i>
		<i>Yes</i>	<i>No</i>			
Gender	Female	221(57.7%)	162(42.3%)	Ref.	-	-
	Male	211(52.8%)	189(47.2%)	1.029	0.714-1.484	0.875
Age (years)	<60(n=446)	238(53.4%)	208(46.6%)	Ref.	-	-
	>60(n=337)	194(57.6%)	143(42.4%)	1.069	0.666-1.715	0.780
Hypertension	Yes	284(63.9%)	160(36.1%)	2.379	1.497-3.781	<.0001
	No	128(40.7%)	186(59.3%)	Ref.	-	-
BMI(kg/m2)	(BMI<25)	51(36.9%)	87(63.1%)	Ref.	-	
	(BMI 25-30)	140(47.9%)	152(52.1%)	1.751	1.037-2.379	<.0001
	(BMI>30)	215(74.9%)	72(25.1%)	5.093	3.291-7.883	<.0001
Duration of DM	<5	110(53.6%)	95(46.3%)	Ref.	-	-
	5-10	116(50.9%)	112(49.1%)	0.894	0.613-1.305	0.563
	>10	192(59%)	133(41%)	1.246	0.876-1.773	0.221
Hyperlipidemia	Yes	177 (55.6%)	141(44.4%)	1.043	0.770-1.414	0.781
	No	196 (54.6%)	163(45.4%)	Ref.	-	-
Insulin	Yes	249(54.7%)	206(45.3%)	0.918	0.686-1.229	0.568
FIB-4 index	No	175(56.8%)	133(43.2%)	Ref.	-	-
	FIB-4<2.67	320(60.8%)	206(39.16%)	Ref.	-	-
	FIB-4>2.67	15(60%)	10(40%)	1.168	0.528-2.583	0.699

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЛИПОСАРКОМОЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ.

Амирасланов А. Т., Ибрагимов Э. Э., Абдыева С. В., Амирасланов А. А..

Кафедра онкологии, АМУ, Азербайджан.

Липосаркома – мезенхимальная злокачественная опухоль из жировой ткани, которая практически может развиваться в любой части тела, где есть жировая ткань. Липосаркома была впервые описана Вирховым в 1857 году. В структуре онкологической заболеваемости доля липосарком составляет от 10 до 35% всех сарком мягких тканей [1,2]. Чаще она наблюдается на нижних конечностях (бедре), в области плечевого сустава, на ягодичной области, в забрюшинном пространстве. Основным методом радикального лечения как первичных, так и рецидивных липосарком мягких тканей является хирургическое вмешательство. Многие авторы склонны считать развитие рецидивов после эксцизии опухоли скорее правилом, чем исключением [10].

Цель исследования: Улучшить эффективность лечения больных липосаркомой мягких тканей.

Материалы и методы: Материалом для настоящего исследования послужила группа больных липосаркомами мягких тканей, проходивших обследование и лечение в онкологической клинике АМУ. С целью исследования были отобраны 61 (100%) больной с липосаркомой мягких тканей. В исследуемой группе больных доля мужчин составила 46%, женщины соответственно 54%. Наибольшее количество больных было в возрастном интервале 50-59 лет и составляла 42% больных. Всем больным было проведено УЗИ исследование. В 60% случаев было проведено МРТ или/и КТ исследование. Из операционного или биопсийного материала в дальнейшем осуществлялась гистологическое исследование, дополненное в ряде случаев ИГХ–окрашиванием без использования молекулярно-генетического исследования.

Результаты и обсуждения: В нашем исследовании по гистологическому распределению больные были распределены: миксоидная липосаркома (код ICD, 0-8852/3) у 31 (50,8%) больной, плеоморфная липосаркома. (код ICD, 0-8854/3) у 14 (22,9%) больных, высокодифференцированная липосаркома / атипичная липоматозная опухоль (код ICD, 0-8850/1) у 9 (14,7%) больных; недифференцированная липосаркома (код ICD, 0-8858/3) у 7 (11,4%) больных.

Наиболее часто причиной обращения в медицинское учреждение по поводу первичной опухоли являлась пальпируемая опухоль (100%), сопровождаемая дискомфортом (81%) и нередко болью (28%). В соответствии с «Клинико-практическим руководством общенациональной сети по борьбе против рака» (NCCN) США, 2021.1. Рекомендовано –хирургическое лечение является стандартной первичной терапией большинства сарком. Удаление опухоли должно быть выполнено единым блоком (en bloc). Все оперативные вмешательства носили органосохраняющий характер (100%).

Первые клинические проявления липосаркомы чаще связаны с локализацией, размером и прилежанием опухоли к соседним органам. Длительное отсутствие клинических проявлений болезни приводит к тому, что на момент

обращения больного в специализированное учреждение липосаркома, как правило, имеет большие размеры, иногда достигая гигантских (до 42 кг) [7].

Приводим клинический пример пациента с высокодифференцированной липосаркомой (WDLPS) / атипичная липоматозная опухоль (ALT). ALT составляет 40-45% всех липосарком. В соответствии с последним изданием классификации ВОЗ термин «высокодифференцированная липосаркома» заменен на термин «атипичная липоматозная опухоль» в связи с отсутствием метастатического потенциала.

Больная 1974 г рождения обратилась в Онкологическую клинику АМУ с жалобы на опухоль и боли в области поражения (рис. 1а). В плановом порядке выполнено оперативное вмешательство в объёме широкого иссечения опухоли (рис. 1в). Гистологическое заключение операционного материала: высокодифференцированная липосаркома / атипичная липоматозная опухоль (код ICD, 0-8850/1) (рис. 1б, 1г). Способность выполнить полную резекцию новообразования является наиболее важным прогностическим фактором для выживания.



Рис. 1а. До операции.



Рис. 1в. После операции.
Третий день.

Рецидив липосаркомы
правой бедренной области

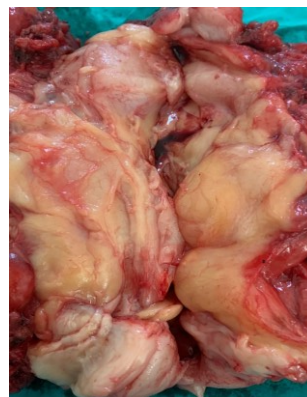


Рис. 1б. Макропрепарат

Рис. 1г. Макропрепарат

Приводим клинический пример пациента с миксоидной липосаркомой. Миксоидная липосаркома (MLPS) составляет 30-35% от всех липосарком [8]. Они наиболее часто возникают в глубоких слоях мягких тканях конечностей, преимущественно располагаясь на бедре [9].

Больная 1974 г. рождения обратилась в Онкологическую клинику с жалобами на опухоль и боль в области поражения. Больному была проведена трепанбиопсия. Патогистологический ответ: Миксоидная липосаркома, ICD-O 8852/3 (tru-cut biopsy, бедренная область) (рис. 2а, 2б). При обследовании у больной обнаружили метастазы в легкие и в кости. Метастазы выявляют, в основном, в легких и плевре [5, 6].



Рис. 2а. Миксоидная липосаркома Рис. 2 б. Миксоидная липосаркома

Несмотря на значительный прогресс в диагностике последние десятилетие, по сегодняшний день отмечается большой поток пациентов, подвергшихся неадекватной первичной диагностике и лечению. Приводим клинический пример пациента с рецидивной липосаркомой. В декабре 2018 года, больная отметила появление образования в правой лопаточной области, которое первоначально было расценена как липома. Больная была оперирована в частном учреждении. Патогистологический ответ: плеоморфная липосаркома. Пациентке было рекомендовано динамическое наблюдение у онколога по месту жительства. В мае 2018 г. пациентка отметила появление опухолевого образования в области послеоперационного рубца.

Клинический анализ крови или другие сывороточные маркеры не являются эффективными в обнаружении распространенного заболевания или местного рецидива. Клинический осмотр, в соответствии с современными представлениями о

выявлении рецидивов СМТ, дополняется различными методами визуализации, такими как ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), позитронная - эмиссионная томография (ПЭТ). Диагностику как правило, начинают с ультразвукового исследования. Одним из ведущих методов в диагностике сарком мягких тканей является МРТ. Следует отметить, что выполнение ПЭТ для первичного обследования и уточнения стадии не рекомендуется [4]. В мае 2018 г. пациентка была госпитализирована с жалобами на образование и боли в правой лопаточной области (рис. 3а)



Рис.3а. Рецидив плеоморфной липосаркомы



Рис. 3б. 2-ые сутки после операции

23 мая 2018 года в плановом порядке выполнено оперативное вмешательство в объёме широкого иссечения опухоли (рис. 3б). В краях резекции без элементов опухоли.

Внешний вид послеоперационной раны на 2-ые сутки 3 года после оперативного вмешательства показан на рисунке (рис 3б.). Гистологическое заключение операционного материала: ICD-O 8854/3 плеоморфная липосаркома. Следует отметить что плеоморфная липосаркома (PLPS) является редкой опухолью, составляет менее 5% от всех липосарком [3]. Данный гистотип чаще встречается у больных старше 50 лет. В послеоперационном периоде проводились инфузионная, профилактическая антибактериальная терапия, перевязки. Заживление первичным натяжением. Послеоперационный период осложнился образованием серомы, разрешаемой пункционными методами лечения.

В правой лопаточной области имеется опухоль до 15 см в диаметре (рис. 3в, 3г).

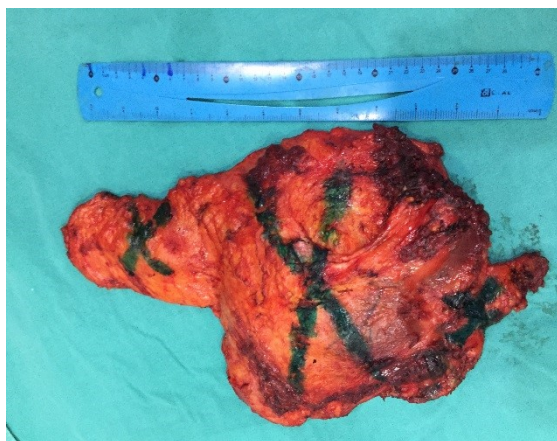


Рис. 3 в. Рецидив плеоморфная
липосаркома

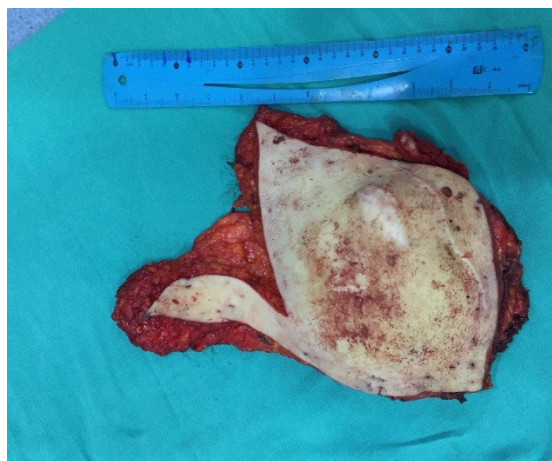


Рис. 3г. Рецидив плеоморфной
липосаркомы.

После получения результатов гистологического исследования больная была консультирована химиотерапевтом и радиологом. Рекомендации; проведение химиотерапии на данном этапе не показано: с учетом рецидивирующего характера опухоли возможна попытка проведения курса адъювантной дистанционной лучевой терапии в плановом порядке (рис. 3д). В нашем исследовании дистанционная лучевая терапия применена у 39 (63%) больных. Применение лучевой терапии как в неоадъювантном, так и в адъювантном режимах не влияет на общую выживаемость, но снижает частоту появления местных рецидивов.



Рис. 3д. 3 года после операции

Приводим клинический пример пациента с дедифференцированной липосаркомой (рис. 4а). Больная обратилась в онкологическую клинику АМУ. Следует отметить что дедифференцированная липосаркома (DDLPS) составляет 10-15% от всех липосарком [3,8].



Рис. 4а. Дедифференцированная липосаркома

Больная была обследована и больному была проведена операция - широкое иссечение опухоли (рис. 4в). Патогистологический ответ дедифференцированная липосаркома (код ICD, 0-8858/3) (рис. 4б) Больная после операции была консультирована с радиологом. Больному была предложена дистанционная лучевая терапия.



Рис. 4б. Дедифференцированная липосаркома



Рис. 4в. 12-ые сутки после операции

Данное клиническое наблюдение является подтверждением того, что липосаркомы требуют комбинированного и комплексного подхода к лечению. В настоящее время отсутствуют подтвержденные, убедительные данные об эффективности таргетной и терапии ингибиторами контрольных точек иммунного ответа, направленной на молекулярно-генетические нарушения липосарком.

Литература.

1. Semenova A. [Principles of cytostatic therapy soft tissue sarcoma (neoadjuvant, adjuvant curative, perfusion]. *Pract.Oncol.*2013;14(2):112-21

2. Rizer M, Singer AD, Edgar M, Jose J, Subhawong TK. The histological variants of liposarcoma; predictive MRI findings with prognostic implications, management, follow-up, and differential diagnosis. *Skeletal Radiol.* 2016;45(9):1193-204.
3. Matthew R. Lindberg. Diagnostic Pathology: Soft Tissue Tumors 2nd edition. Canada, 2015. 800p
4. Park H.K., Kim M., Sung M., Lee S.E., Kim Y.L. Status of programmed death-ligand 1 expression in sarcomas. *J Transl Med.* 2018 Nov; 16 (1):303. doi: 10.1186/s12967-018-1658-5.
5. WHO. classification of tumours. Pathology and genetics of tumours of soft tissue and bone. Lyon: IARC Press:2013
6. Enzinger & Weiss, soft tissue tumors. 5th ed. Mosby: 2007:478-515
7. Bradley J.C., Caplan R. Giant. Retroperitoneal sarcoma: a case report and review of management of retroperitoneal sarcomas. *Am. J. Surg.* 2002;68(1):52-56.
8. Fletcher C.D, Bridge J.A., Hogendoorn P, Mertens F, World Health Organization Classification of Tumour: Pathology and Genetics. Tumours of Soft Tissue and Bone. Geneva, 2013. 468p.
9. Antonescu C.R., Tschernyavsky S.J., Decuseara R., Leung D.H., Woodruff J.M., Brennan M.F., Bridge J.A., Neff J.R., Goldblum J.R., Ladanyi M. Prognostic impact of P53 status, TLS-CHOP fusion transcript structure, and histological grade in myxoid liposarcoma; a molecular and clinicopathologic study of 82 cases. *Clin Cancer Res.* 2001;7: 3977-3987.
10. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. *CA Cancer J Clin.* 2016 Feb; 66(1):7-30. [https:// doi.org/10.3322/caac.21332](https://doi.org/10.3322/caac.21332).

COVID-19 С СОПУТСТВУЮЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

Ашурова М.Д., Махаматов У.Ш., Тешабоев У.А., Сайдуллаева К.М..
Ферганский медицинский институт общественного здоровья.

Мы знаем, что хронический стресс – одна из основных причин диабета, развития психосоматических заболеваний. В этой связи мы правы, когда говорим, что растущая тревога среди населения во время пандемии коронавируса может привести к ряду психосоматических расстройств. Пандемия коронавируса 2020 года еще раз доказала, насколько опасен диабет, о котором мы говорим. COVID-19 может быть тяжелым у людей с диабетом и увеличивать риск смерти до шести раз.

На это есть несколько причин. Больные сахарным диабетом подвержены различным инфекциям. Потому что микроорганизмы используют глюкозу в организме как питательную среду.

Исследования показали, что иммунная система не может быть искусственно усилена при заражении коронавирусом. Но рекомендуется принимать витамины и микроэлементы, такие как витамины С и D, цинк и магний. Они не лечат коронавирус, но служат для поддержания иммунной системы на плаву.

В Узбекистане с каждым годом растет число больных этим заболеванием. Около 5 процентов взрослого населения борется с диабетом. В 2011 году количество пациентов превысило 122 460 человек. Из них 15,8% страдали

диабетом 1 типа и 84,2% - диабетом 2 типа. 16% из них регулярно принимают инсулин. Остальные соблюдают диету. Они принимают лекарства, снижающие физическую активность и уровень глюкозы. Почти половина всех больных сахарным диабетом – женщины. По данным ВОЗ, 0,35% женщин детородного возраста страдают диабетом.

По данным Минздрава, в 2019 году в стране зарегистрировано 230610 человек. В 2015 году эта цифра составила 170 536 человек. Сахарный диабет и его осложнения являются третьей по значимости причиной смерти в стране после сердечно-сосудистых заболеваний и рака.

Цель исследования: определить течение сахарного диабета у пациентов с диагнозом Covid-19.

Материалы и методы:

В исследовании приняли участие около 1109 пациентов, у которых в марте-октябре в Ферганской городской больнице № 2 была диагностирована инфекция Covid-19. Возраст пациентов от 1 года до 70 лет и старше. Средний возраст пациентов составлял приблизительно 48 лет, из которых 621 (56%) были мужчинами и 429 (44%) женщинами. У обследованных пациентов изучали клинические признаки коронавирусной инфекции и связанные с ней клинические проявления. Жалобы пациентов в первые дни заболевания и частота хронических заболеваний в ходе нашего наблюдения были проанализированы статистически.

Примерно у 26 пациентов был диагностирован сахарный диабет. Итак, давайте поговорим о том, что такое диабет:

Сахарный диабет (лат. *diabetes mellitus*) – это группа эндокринных заболеваний, связанных с нарушением усвоения глюкозы и относительной или абсолютной недостаточностью гормона инсулина. Это приводит к гипергликемии – постоянному повышению уровня сахара в крови. Заболевание характеризуется хроническим течением, а также нарушениями углеводного, жирового, белкового, минерального и водно-солевого обмена.

Повышенный уровень глюкозы в крови – первый признак диабета. Клетки поджелудочной железы (бета-клетки) отвечают за выработку инсулина в организме человека. Он помогает клеткам гормона усваивать глюкозу. При диабете инсулин вырабатывается в небольших количествах, увеличивая количество глюкозы в крови. Однако, поскольку глюкоза не может быть усвоена без инсулина, в клетках отсутствует глюкоза.

Это нарушение обмена веществ может передаваться по наследству или приобретаться. Дефицит инсулина вызывает вторичные патологии, такие как появление гнойных и других заболеваний кожи, поражение зубов, почек, нервной системы, развитие атеросклероза, стенокардии, гипертонии, нарушения зрения.

Основными причинами заболевания являются:

Наследственность. Конечно, болезнь не развивается при отсутствии способствующих факторов, но восприимчивость к ней высока.

Ожирение. Избыточный вес приводит к формированию диабета 2 типа.

Болезни. Заболевания, вызывающие повреждение В-клеток, ответственных за выработку инсулина. К ним относятся панкреатит, рак поджелудочной железы и другие заболевания эндокринных желез.

Вирусные инфекции – корь, ветряная оспа, инфекционный гепатит и другие заболевания. Эти инфекции способствуют развитию диабета и являются основными факторами для людей из группы риска.

Нервозность, стресс. Рекомендуется избегать стрессов и нервозности.

Возраст. С возрастом риск развития диабета удваивается каждые десять лет.

В этот список не включены факторы, которые могут вызвать вторичный диабет, так как болезнь можно вылечить, если устранить основной фактор.

Кроме того, на развитие болезни могут влиять следующие факторы:

Феохромоцитома – это опухоль надпочечников, которая приводит к высокому уровню гормонов, противодействующих инсулину.

Произведено;

Гиперактивность надпочечников (гиперкортицизм);

Гипертиреоз;

Цирроз печени;

Нарушения чувствительности к углеводам;

Переходящая гипергликемия – это временное повышение уровня глюкозы в крови.

Самая главная причина проблемы – нарушение тканево-инсулинового взаимодействия. Глюкоза необходима организму как основной энергетический субстрат для поддержания жизненно важных процессов. Тот факт, что глюкоза не попадает в ткани и что глюкоза не накапливается в печени в виде гликогена, приводит к увеличению ее количества в крови. Эти изменения называются диабетом.

Патогенез:

В патогенезе диабета есть две основные цепи:

Недостаточная выработка инсулина эндокринными клетками поджелудочной железы.

Нарушения взаимодействия инсулина с клетками тканей организма (инсулинорезистентность).

Причины этого: изменение структуры или уменьшение количества инсулино-специфических рецепторов;

Изменения в структуре инсулина;

Нарушение механизма передачи сигнала от рецепторов к органеллам внутри клетки.

Как было сказано выше, диабет может передаваться от родителей к детям. Если один из родителей болен, вероятность деторождения составляет 10% для типа 1 и 80% для типа 2.

Недостаточность поджелудочной железы (сахарный диабет 1 типа)

Старое название – инсулинозависимый диабет. Чаще всего страдают молодые люди, люди до 40 лет, худощавые. Заболевание протекает тяжело и лечится инсулином.

Первым шагом в развитии этого типа диабета является массовое разрушение эндокринных клеток поджелудочной железы (острова Лангерганса). В результате количество инсулина в крови резко падает.

Повреждение клеток может быть вызвано вирусными инфекциями, онкологическими заболеваниями, панкреатитом, токсическим поражением

поджелудочной железы, стрессовыми ситуациями, различными аутоиммунными заболеваниями.

У людей заболевание генетически детерминировано и предрасположено дефектом ряда генов, расположенных на хромосоме 6. Эти недостатки усиливают аутоиммунную агрессию организма против клеток поджелудочной железы и отрицательно влияют на регенеративную способность В-клеток.

Продолжительная гипоксия клеток поджелудочной железы, диета, богатая углеводами и жирами, но с низким содержанием белка, также могут служить провокационными факторами. Это приводит к снижению секреторной функции клеток и в конечном итоге их гибели. После массовой гибели клеток активируется механизм их аутоиммунного повреждения.

Сахарный диабет 1 типа нельзя полностью вылечить, но в некоторых случаях, если поддерживать активность желез и соблюдать диету, болезнь не будет сильно беспокоить. Искусственный инсулин требуется регулярно.

Поскольку инсулин расщепляется в желудочно-кишечном тракте, его можно вводить только путем инъекций. Важно соблюдать строгую диету и полностью исключить из рациона легкоусвояемые углеводы (сахар, сладости, фруктовые соки).

Экстрапанкреатическая недостаточность (диабет 2 типа)

Ранее известный как инсулинонезависимый диабет. Чаще всего заболевание поражает пожилых людей, людей, страдающих ожирением (основной фактор риска – избыточный вес у 80% пациентов), людей старше 40 лет.

Он не может взаимодействовать с гормоном из-за изменения структуры рецепторов или уменьшения их количества. Также иногда может измениться структура гормона (генетические дефекты).

Помимо ожирения, к факторам риска диабета 2 типа относятся:

- Старение;
- Курение;
- Потребление алкоголя;
- Артериальная гипертензия;
- Хроническое переедание;
- Сидячий образ жизни.

Доказана генетическая предрасположенность к диабету 2 типа. Это на 100% соответствует наличию заболевания у гомозиготных близнецов.

Не всегда инсулин нужен для лечения болезни. Назначить схему лечения может только квалифицированный врач.

В первую очередь таким пациентам назначают диету. Важно следовать советам врача. Рекомендуются постепенно сбрасывать 2-3 кг в месяц, пока масса тела не придет в норму.

Лекарства, понижающие сахар в крови при несоблюдении диеты, инсулин назначают в самых тяжелых случаях. Симптомы Симптомы диабета развиваются постепенно и начинают проявляться медленно. Часто бывает повышенный уровень глюкозы в крови. В начале болезни у пациентов наблюдаются следующие основные симптомы: Полидипсия – это неутолимая постоянная жажда. Полиурия – это ежедневный результат повышения осмотического давления из-за растворенной глюкозы в моче. Увеличение выделения с мочой; Полифагия – это

постоянный ненасытный голод. Возникает в результате нарушения обмена веществ придет; Похудение будет сопровождаться переутомлением и постоянной усталостью. В энергообмене клеток из-за активного катаболизма белков и жиров из-за отсутствия углеводов Также есть вторичные симптомы болезни. Они развиваются медленно и характерны для любого типа диабета: Постоянная сухость во рту; Потеря веса или резкое увеличение веса; Сильный зуд и сухость кожи; Гнойные язвы на коже и мягких тканях; Мышечная слабость и повышенное потоотделение; Сложное заживление любых ран; Нарушение зрения; Головная боль, головокружение и снижение умственной активности; Боль в сердце, увеличенная печень; Боль в ногах и нарушение походки; Пониженная чувствительность кожи, особенно стоп; Раны; Повышенное артериальное давление; Отеки лица и ног; Запах ацетона от больного. Диагностика Для этого существует ряд лабораторных и инструментальных методов диагностики, и с помощью этих анализов можно поставить точный диагноз заболевания. Им: Уровень глюкозы в крови – для определения количества глюкозы при голоде; Тест на чувствительность к глюкозе – сравнение уровня глюкозы в крови натощак и через два часа после еды; Гликемический мониторинг – это анализ уровня сахара в крови несколько раз в течение дня. Используется для изучения эффективности лечения; Проверить наличие в моче глюкозы, белка, лейкоцитов; Проверить наличие ацетона в моче; Определение гликозилированного гемоглобина в крови; Биохимический анализ крови; Определение эндогенного инсулина в крови; ЭКГ – выявление поражения миокарда вследствие сахарного диабета; Изучить степень поражения сосудов с помощью УЗИ, капиллярной микроскопии. Всем больным сахарным диабетом необходимо проконсультироваться у следующих специалистов: эндокринолога; Кардиолог; Невролог; Офтальмолог; Хирург. Лечение диабета

В настоящее время лечение диабета в большинстве случаев является симптоматическим и направлено на устранение существующих симптомов. То есть с первопричиной заболевания не борются, так как на сегодняшний день не разработана эффективная программа терапии. Основными задачами врача при лечении сахарного диабета являются:

- Компенсация углеводного обмена;
- Профилактика и лечение осложнений;
- Нормализация массы тела;
- Дать понимание пациенту.

Инсулинотерапия

Лечение инсулином направлено на максимальную компенсацию углеводного обмена, предотвращение гипо- и гипергликемии и, таким образом, профилактику осложнений диабета. Инсулинотерапия является жизненно важной для пациентов с диабетом 1 типа. А 2-й тип может применяться в некоторых случаях.

Диетотерапия

Соблюдение диеты при диабете является необходимым условием для терапии, такой как прием инсулина или средств, снижающих уровень сахара в крови. Результаты и их анализ показали, что приблизительно у 73% (60-92) из 26 пациентов с этим заболеванием сатурация была низкой. Среди сопутствующих

заболеваний гипертония также была выявлена у 23.1% пациентов с сахарным диабетом, у которых также была диагностирована гипертония.

Анализ показал, что из 26 больных сахарным диабетом 50% составляли женщины, а 50% - мужчины.

Проведенные лабораторные исследования показали, что у 11.5% больных сахарным диабетом количество лейкоцитов было меньше, чем у Мейера, у 23.1% - больше, чем у Мейера, а количество лимфоцитов было ниже нормы у 7.7%.

В Ферганской городской больнице № 2 примерно из 1113 пациентов, обратившихся с выявлением Covid-19 в марте-октябре, у 56 пациентов наряду с анализом Covid-19 была проведена МРТ, а у 74 пациентов наряду с анализом Covid – 19 была проведена рентгенологическая

Литература:

1. История болезней пациентов с COVID-19.
2. Ш.И. Каримов тахрири остида “Соғлом овқатланиш – саломатлик мезони” Тошкент- “Ўзбекистон”- 2015
3. BazdirevYe.D. Koronavirus infeksiyasi - XXI asrning dolzarb muammosi. 2020;9(2):6-16. <https://doi.org/10.17802/2306-1278-2020-9-2-6-16>.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ПОКАЗАТЕЛЯ ОНКОМАРКЕРА ЯИЧНИКОВ СА-125 ПРИ АДЕНОМИОЗЕ

Азизова М. Э.

Азербайджанский Медицинский Университет,
кафедра акушерства и гинекологии II, Баку

Углеводный антиген 125 (Carbohydrate Antigen – СА-125), называемый раковым антигеном 125 или опухолевым антигеном 125, представляет собой гликопротеин муцинового типа, продуцируемый геном MUC16 и связанный с клеточной мембраной. Определение этого биомаркера чаще всего используют при поражении яичников. Кроме того, повышенный уровень СА-125 в сыворотке крови может наблюдаться при других физиологических или патологических состояниях (менструация, беременность, эндометриоз, воспалительные заболевания брюшины).

В соответствии с целями исследования мы провели исследование для определения диагностической эффективности СА-125 как маркера, поскольку он является наиболее часто используемым онкомаркером первой линии для скрининга злокачественных новообразований яичников. В данном сообщении нами описывается редкий случай аденомиоза, выявленный у пациентки А., 44 года, находящейся в периоде перименопаузы. У данной пациентки наблюдалась тазово-брюшная увеличенная матка из-за тяжелого аденомиоза и высокого уровня СА-125. Пациентка страдала сахарным диабетом и получала пероральные гипогликемические препараты. Она получала циклический прогестерон (циклический медроксипрогестерона ацетат 10 мг в день в течение 10 дней каждый месяц) с транексамовой кислотой (антифибринолиз) 1–1,5 г 3 раза в день во время эпизодов кровотечений в течение последних 3 месяцев. У нее было выявлено болезненное образование в области таза и живота, достигающее на два пальца

выше пупка (срок беременности 28 недель). Пациентке был поставлен предварительный диагноз: осложненная миома матки и была направлена для дальнейших лабораторных и рентгенологических исследований. Лечебное выскабливание проводилось в связи с текущим приступом кровотечения, которое было тяжелым и сопровождалось падением гемоглобина с 11 до 8,8 г / дл. Гистологическое исследование ткани эндометрия во время лечебного выскабливания показало гиперплазию кистозных желез без атипии. Проведением МРТ был подтвержден диагноз аденомиоза: диффузный асимметричный аденомиоз матки, преимущественно охватывающий переднюю стенку миометрия, с нечетким эндомиометриальным переходом и нормальными обоими яичниками. Значения показателей проведенных стандартных исследований, включая мазок Папаниколау, были в пределах нормативных значений, за исключением опухолевого антигена СА-125, который оказался высоким (1032 и 1725 МЕ/мл, повторенные дважды с интервалом в два дня).

Данной пациентке было проведено оперативное вмешательство путем тотальной гистерэктомии и двусторонней сальпингэктомии с двусторонней консервацией яичников. При этом учитывали её возраст (44 лет), наличие нормальных яичников, обнаруженными с помощью предоперационной магнитно - резонансной томографии (МРТ) и интраоперационного обследования. Операцию провели после коррекции анемии с помощью внутривенного введения железа и письменного согласия пациентки.

Таким образом, опухолевый антиген 125 (СА-125) представляет собой высокомолекулярный гликопротеин, традиционно связанный с раком яичников, и его содержание может быть повышено при других доброкачественных состояниях. В этом клиническом случае представлен редкий случай, описанный у пациентки в перименопаузе, у которой наблюдалась тазово-абдоминальная увеличенная матка из-за тяжелого аденомиоза и высокого уровня опухолевого антигена СА-125. Этими данными можно подтвердить, что высокое значение опухолевого антигена СА-125 более 1000 МЕ/мл может наблюдаться при доброкачественных гинекологических состояниях.

ТОШКЕНТ ВИЛОЯТИДА ВИРУСЛИ ГЕПАТИТЛАР БИЛАН КАСАЛЛАНИШЛАР ТАХЛИЛИ

Таджиев Б.М., Матякубов М.Б., Мирхашимов М.Б.

Республика ихтисослаштирилган эпидемиология, микробиология, юқумли ва паразитар касалликлар илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Долзарблиги. Антропонозларнинг эпидемиологик назорати, қўп қиррали бўлиб, касалликни динамик ўрганиш, касалликни фақатгина оператив назорат қилибгина қолмасдан, қўзғатувчининг экологияси, биологияси ва тарқалганлик ареалини чуқур текширишдир.

Вирусли гепатитлар дунёдаги энг кенг тарқалган вирусли юқумли касалликлардан хисобланади. Жахон соғлиқни сақлаш ташкилотининг берган

маълумотига кўра ер юзиди вирусли гепатитлар билан 2 млрд одам касалланган, бу эса ер юзидаги ҳар 3 та одамдан 1 тасига тўғри келади. Ҳар йили ер юзиди парентерал вирусли гепатитлар натижасида 1 млн дан ошди одам вафот этади, бу статистик маълумотлар туберкулёз натижасидаги ўлимлар сони билан тенг ва ОИВ натижасидаги ўлимлар сонидан кўпроқни ташкил қилади. 2019 йилда вирусли гепатит В га қарши юқори эффектив вакцинанинг кенг қўламда қўлланилишига қарамай 1,5 млн одам гепатит В ни юқтириб олган.

Тадқиқот мақсади: Тошкент вилоятида вирусли гепатитлар тарқалганлигининг эпидемиологик хусусиятларини ўрганиш.

Тадқиқот материали ва усули: Республика СЭО ва ЖСХ эпидемиология булимининг расмий маълумотлари ва ҳисоботлари. Тадқиқот ишида эпидемиологик ва статистик усуллардан фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари: Касалланишнинг ҳудудлар бўйича тарқалганлигини аниқлаганимизда рўйхатга олинган вирусли гепатитларнинг тахлили шуни курсатадики, Республика бўйича касалланиш барча ҳудудларда бир хил тарқалмаган. 2021 йилда Республика бўйича аниқланган вирусли гепатитларнинг 7% Тошкент вилоятига тўғри келган. Ўткир вирусли гепатитларнинг турлари бўйича тахлилимизда вирусли гепатит А билан касалланганлар жами касалланганларнинг 99,1% ни ва вирусли гепатит В билан эса 0,9% ни ташкил қилган, вирусли гепатит Е, С, Д билан касалланишлар 2021 йилда аниқланмади.

Тошкент вилоятида вирусли гепатитлар билан касалланганларни ойма-ой таҳлил қилганимизда январ, феврал, ноябр ва декабр ойларида касалланганлар купрок аниқланди, қолган ойларда эса беморлар нисбатан камроқ аниқланган, бу маълумотлар касалликнинг мавсумийлик бўйича унча катта бўлмаган ўзгаришлар билан фарқланмаслигини кўрсатади.

Аниқланган беморларнинг жинси бўйича тахлилимизда эркаклар (53%) ни, аёллар эса (47%) ни ташкил қилди. Тошкент вилоятида касалланишни ёш кўрсаткичлари бўйича таҳлил қилганимизда, жами касалланганларнинг ичида 1 ёшгача-0,18%, 1-2 ёшгача бўлганлар -4,86%, 3-5 ёшдагилар 18,7%, 6-14 ёшдагилар 51%, 15-17 ёшдагилар 7,5%, 18 ёш ва ундан катталар 17,5% ни ташкил қилди. емак, аҳолининг асосан 6-14 ёшдаги яни кичик ёш гуруҳларида касалланиш энг кўп қайд қилинмоқда.

Касалланганларнинг ҳудудий тахлилимизда 83,4% касалланганлар қишлоқ шароитида яшаши аниқланди. 17 ёшгача бўлган касалланганларнинг 69,7% қишлоқ шароитида яшайдиган аҳолига тўғри келди. Қишлоқда аниқланган касалланганларнинг 83% 17 ёшгача бўлган касалланган, 17 % ни 17 ёшдан катталар ташкил қилди.

Хулоса. Тошкент вилоятида йилдан йилга турмуш тарзининг ва сифатли сув таъминотининг яхшиланиши, кўпчилик мактабларда ва болалар муассасаларида болаларга қайнатилган сув берилиши, гепатит А вакцинациясининг кенг қўлланиши ва парентерал йўл билан юқадиган гепатит В га қарши режали эмлашлар олиб борилиши орқали касалланишлар кескин камайиши кузатилмоқда. Лекин шунга қарамасдан, вирусли гепатитлар билан касалланишларнинг хали ханузгача учрамоқда, бу билан мамлакатимизда вирусли гепатит касалликлари хали ханузгача ўз долзарблигини йўқотмаган.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИПАРАЗИТАРНЫХ СРЕДСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНВАЗИРОВАННЫХ КИШЕЧНЫМИ ПАРАЗИТОЗАМИ В Г.БАКУ

Халафли Х. Н.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра Эпидемиология,
Азербайджан

Кишечные паразитозы (КП) наиболее распространенная и общепризнанная социально-экономическая патология населения многих стран мира, и как показывали наши исследования, к их числу следует отнести и население г.Баку. Оказывая на организм разностороннее отягощающее воздействие, ослабляя его и благоприятствуя развитию вторичных заболеваний, распространенность КП во многом зависит от комплекта социальных факторов, т.е. эти инвазии являются показателем как здоровья населения, так и его социального статуса [1, 2, 3, 4]. Поэтому направление усилий органов здравоохранения на оздоровление населения от КП чрезвычайно важно по двум аспектам. Во-первых, устранение этих патогенов приведет к укреплению здоровья населения. Во-вторых, будет снижена частота различных заболеваний, обусловленных этими инвазиями, что также будет служить укреплению здоровья населения.

Эпидемиологические исследования показали, что широкое распространение КП среди городских семей связано с двумя причинами. Первая из них обусловлена не соблюдением значительной частью городских семей общепринятых оздоровительных мер, широкое распространение среди них самолечение и использование для этого дешевых и мало эффективных антипаразитарных средств. Вторая причина обусловлена, во-первых, низким социально-экономическим уровнем большинства семей, когда ряд эпидемиологических социальных факторов благоприятствует широкому распространению кишечных КП, во-вторых, незнанием или несоблюдением ими элементарных правил профилактики инвазий, что еще более усугубляет эпидемиологическую напряженность в городе. Вполне понятно, что максимальное снижение активности указанных двух основных причин широкого распространения КП будет способствовать достижению оздоровительного эффекта. Лечение инвазированных аскаридозом, трихостронгилидозами, трихоцефалезом и энтеробиозом преимущественно проводилось вермоксом (мебендазолом), гименолепидозом и тениаринхозом – фенасалом или йомезаном, лямблиозом – метранидазолом (флагиллом). В среднем эффективность лечения кишечных паразитозов, проведенными инвазированными членами анкетированных семей по нашим рекомендациям, оказалась довольно высокой – $83,4 \pm 1,3\%$, а при трихостронгилидозах лечение следует признать максимально эффективной – $97,7 \pm 2,3\%$. Трихостронгилидозы – одни из наиболее широко распространенных паразитозов (нематодозов) среди мелкого и крупного рогатого скота, человек же является его факультативным хозяином, заражение которого происходит при употреблении растительных продуктов питания, выращенных на удобряемых навозом животных огородах. Возможно, по этой

причине эффективность лечения трихостронгилидозов среди людей оказалась столь высокой.

Дегельминтизация инвазированных КП является важной мерой в профилактике этих инвазий, но самостоятельно оно не может обеспечить стойкий оздоровительный эффект. Для его обеспечения необходимо проведение обоснованных противоэпидемических мероприятий, которые приводят к снижению интенсивности передачи инвазий. В результате проведенных нами исследований выявлены и оценены эпидемиологически значимые факторы, активизирующие передачу инвазий и тем самым поддерживающих эпидемиологическую напряженность в городских семьях. В условиях реформирования здравоохранения, когда его кадрово-материальные возможности не позволяют осуществлять широкомасштабные мероприятия, единственным выходом из текущего положения является повышение санитарно-профилактического уровня городского населения и его активизация по повседневному выполнению необходимых социально-гигиенических мер по профилактике КП. Единственным эффективным и доступным способом достижения этой цели является целенаправленная, специфичная санитарная агитация, так как значительная часть городского населения, как показало анкетирование, не только не осуществляет необходимые меры профилактики КП, но даже не имеет о них представления. Анкетирование также показало, что проведенное лечение КП в сочетании с санитарной агитацией по внедрению в наблюдаемых семьях эпидемиологически значимых мер профилактики инвазий и общеоздоровительных мер благотворно отразилось и на показателях здоровья. Статистические достоверные значения критерия Ван-дер-Вардена показывают, что осуществление вышеотмеченных мер привело к улучшению показателей здоровья детей спустя 6-8 месяцев ($X=4,99$; $p<0,01$) и особенно через 11-13 месяцев ($X=5,61$; $p<0,01$). Например, в течение года невроз среди наблюдаемых детей неврозность снизилось с $15,9\pm1,2$ до $4,3\pm0,8\%$ ($t=8,06$; $p<0,001$), замкнутость – с $15,9\pm1,2$ до $3,9\pm0,7\%$ ($t=8,63$; $p<0,001$), малая активность – с $17,2\pm1,2$ до $5,2\pm0,8$; ($t=8,33$; $p<0,001$), нарушение аппетита – с $19,6\pm1,3$ до $3,2\pm0,7$; ($t=11,08$; $p<0,001$), физическая недоразвитость - с $19,1\pm1,3$ до $5,5\pm0,9\%$ ($t=8,61$; $p<0,001$), отставание в учебе – с $24,2\pm1,4$ до $8,9\pm1,1\%$ ($t=8,65$; $P<0,001$), дисбактериозы – с $16,5\pm1,2$ до $4,8\pm0,8\%$ ($t=8,13$; $p<0,001$), выпадение волос – с $12,6\pm1,1$ до $5,0\pm0,8\%$ ($t=5,59$; $p<0,001$), т.е. за короткий срок существенно улучшились показатели здоровья детей.

Таким образом, лечение и профилактики КП – массовых заболеваний и многокомпонентных патогенов организма человека – является важной социально-экономической задачей, так как приводит к улучшению здоровья населения. Поэтому использование КП в качестве маркеров социального статуса и здоровья городских семей позволяет выявлять наиболее нуждающиеся в медицинских услугах группы населения, что дает возможность органам здравоохранения целенаправленно планировать структуру медицинского обслуживания населения, определять характер и объем медицинских услуг и их кадрово-материальное обеспечение. Ведущее место в них необходимо отводить противопаразитарным мерам, позволяющим наиболее эффективно и в короткие сроки решать вопросы по охране здоровья населения и его дальнейшее улучшение. Отсюда вытекает

целесообразность построения службы медицинских услуг по семейному принципу – наиболее экономически доступному и реальному пути решения задач связанных со здоровьем населения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ajayi M.B., Sani A.H., Ezeugwu S.M. Intestinal parasitic infection and body mass index among school children in Oshodi Lagos Nigeria // Adv Cytol Pathol. -2017. - No2. - P. 23–27.
2. Esiet U.L.P., Edet I. Comparative prevalence of intestinal parasites among children in public and private schools in Calabar South // Calabar, Cross River State, Nigeria. Am J Res Commun. – 2017. -No5. - P.80–97.
3. Greiwe J.K., Bernstein J.A. Combination therapy in allergic rhinitis: What works and what does not work. // Am. J. Rhinol. Allergy . -2016. - No3, - P.391–396.
4. Tandukar S.A., Sherchand J.B., Xue J.P., Uprety S.R. Prevalence and associated risk factors of *Giardia duodenalis* infection among school-going children in Nepal // Parasitol Res. - 2018. - No1. - P.287–293.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН ПРИ ОБРАЗОВАНИЯХ СРЕДНИХ И БОЛЬШИХ РАЗМЕРАХ МАТКИ И ЯИЧНИКОВ

Амирасланова Н. А.

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

Лапароскопические операции в гинекологии сегодня перестают быть вмешательствами для решения «малых» проблем женского здоровья, когда отсутствие разреза в первую очередь преследует эстетические цели. Повсеместное широкое неконтролируемое использование антибактериальных препаратов приводит к селекции антибиотикорезистентных штаммов различных возбудителей инфекционных заболеваний, что в итоге снижает эффективность проводимого основного лечения.

Цель работы: дать характеристику микрофлоры влагалища при образованиях средних и больших размерах матки и яичников на основе изучения микробиологических аспектов данной патологии.

Исследование было проведено с использованием проспективного метода на базе кафедры акушерства и гинекологии II АМУ и родильного отделения Учебно-Хирургической клиники АМУ. 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.

При бактериоскопическом исследовании влагалищного мазка по Грамму хламидии, трихомонады и гонококки в исследуемых группах не выявлены. Грибы рода *Candida* микроскопически выделены у 54 пациенток ($49,1 \pm 4,8\%$): у 38 ($47,5 \pm 5,6\%$) в основной группе и у 16 ($53,3 \pm 9,1\%$) – в группе сравнения. При микроскопическом исследовании вагинального секрета у 25 ($22,7 \pm 4,0\%$) из всех пациенток обнаружено более 15 лейкоцитов в поле зрения: у 19 ($23,8 \pm 4,8\%$) пациенток основной группы и у 6 ($20,0 \pm 7,3\%$) женщин группы сравнения. При бактериологическом исследовании выделений 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).

Для группы факультативно-анаэробных микроорганизмов было характерно достоверное повышение частоты выявления большой группы стрептококков и коагулазоотрицательных стафилококков ($p < 0,05$). Частота выявления и количественные оценки эшерихий и коринебактерий достоверно не различались от допустимых показателей. 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. Образцы неклостридиальных анаэробных бактерий (НАБ), выделенных из влагалища, состояли из лактобациллов, пропиони-, бифидо-, эубактерий, пептострептококков, пептококков и бактероидов. Бифидобактериям свойственно было достоверное снижение количественных показателей ($\lg 2,5 \pm 0,2$ КОЕ/мл; $p < 0,05$). Помимо этого для эубактерий обращают на себя внимание повышенные показатели как частоты их выявления ($72,7\%$), так и их количественные значения ($\lg 6,5 \pm 0,6$ КОЕ/мл).

Таким образом, 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 КОС, эубактерий, грибов рода *Candida* и стрептококков.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ОФТАЛЬМОХЛАМИДИОЗА

Агаева Г.И.

Азербайджанский медицинский Университет, кафедра эпидемиологии,
Азербайджан

инфекционной патологии органа зрения заболевания, вызываемые вирусами простого герпеса, цитомегаловирусами, хламидиями, по частоте возникновения, тяжести течения и трудностям лечения занимают одно из ведущих мест. Неуклонно растет количество больных с увеитами вирусной и хламидийной этиологии. В связи с этим, своевременная диагностика хламидиоза при увеитах и их рецидивирующих формах, этиологически связанных с хламидийными инфекциями, поможет установить фазу инфекционного процесса, что в свою

очередь позволяет провести адекватную иммунокоррекцию с целью предупреждения обострения инфекции и профилактики рецидива увеита.

Цель исследования –сравнительная оценка эффективности современных методов диагностики увеитов при хламидийных инфекциях глаз.

Клиническую группу обследованных составили 125 больных, которые были разделены на основную и контрольную группы. Основная группа состояла из 95 человек, у которых с помощью информативных методов диагностики была выявлена хламидийная этиология воспалительного поражения сосудистой оболочки, сетчатки, зрительного нерва, склеры и роговицы. Контрольная группа состояла из 30 больных с аналогичными формами заболевания другой этиологии. Применялись два метода, обладающие наиболее высокой чувствительностью и специфичностью: прямая иммунофлюоресценция (ПИФ) с моноклональными антителами к липополисахариду хламидий Хламоносрин фирмы "Ниармедик" и полимеразная цепная реакция (ПЦР), использующая тест-системы фирмы "Литех" с праймерами на рибосомные гены.

С целью выбора тактики ведения пациентов с инфекционными увеитами необходимо установление фазы инфекционного процесса и оценка адекватности иммунного ответа макроорганизма на воздействие патогенов. Проведено клинικο-лабораторное обследование 95 пациентов с увеитами. В зависимости от состояния фазы исследуемой инфекции сформировано 3 группы больных. В 1 группе пациентов -31 человек ($32,6 \pm 4,8\%$) наблюдалась острая форма хламидийной инфекции, во второй группе - 35 человек ($36,9 \pm 4,(\%)$) - подострое течение заболевания и в третьей группе - 29 человек ($30,5 \pm 4,7\%$) - хроническое течение. С помощью ПИФ было выявлено $87,4 \pm 3,6\%$ инфицированных, с помощью ПЦР- $91,6 \pm 2,8$ ($\chi^2=0,24$; $p>0,05$). Обращает внимание, что при одновременной постановке этих методов инфицированность выявлено у 89 пациентов ($93,7 \pm 2,4\%$). Столь высокая инфицированность полностью находится с современными тенденциями заболеваемости населения разными формами хламидиоза, тем более, если учесть, что обследованных пациентов можно отнести к группе риска, так как по тем или иным причинам прохождение обследования была инициировано ими самими.

Как видно, полностью подтверждается рекомендация о необходимости использования одновременно нескольких методов для правильной постановки диагноза офтальмохламидиоза, или же повторного обследования в интервале 5-20 дней. Например, 83 инфицированных женщин выявленных только при помощи ПИФ, были повторно обследованы при помощи ПЦР и инфицированность была подтверждена у всех женщин и наоборот повторное обследование при помощи ПИФ 87 инфицированных выявленных при помощи только ПЦР подтвердила инфицированность у всех пациентов. При этом положительные результаты достигались преимущественно при повторной постановке методов через 10-15 дней. Таким образом, для максимально полного выявления инфицированности офтальмохламидиозом необходима одновременная постановка ПИФ и ПЦР, или 2-кратная постановка, одного из них с интервалом 10-15 дней.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РЕГИОНАРНЫХ БЛОКАД ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У

ПАЦИЕНТОВ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Абдуллаев А.С.

Андижанский Государственный Медицинский Институт

Узбекистан, город Андижан

Введение. Послеоперационному обезболиванию при герниопластике придается неоправданно низкое значение, что снижает комфортность течения раннего послеоперационного периода.

Цель исследования. Оценить эффективность регионарных блокад, выполняемых под УЗ контролем, в сравнении с мультимодальной аналгезией в раннем послеоперационном периоде у пациентов с герниопластиками.

Материалы и методы. Исследовано 120 пациентов. Основная группа (N60) – послеоперационное обезбоживание путем блокады прямой мышцы живота (БВПМЖ) при пупочных и грыжах белой линии живота, блокады поперечного пространства живота (ТАР блок) при паховых грыжах. Контрольная группа (N60) – мультимодальная аналгезия (Трамадол, Кеторолак). Оценка интенсивности боли проводилась по ВАШ каждые 2 часа в течение 1-ых суток после оперативного вмешательства, также оценивалось необходимость дополнительного обезбоживания. Оперативное вмешательство по поводу пупочных и грыж белой линии живота выполнялось под местной анестезией с седацией (Диазепам или Мидазолам; введение Фентанила по необходимости). При паховых грыжах оперативное вмешательство проводилось в условиях общей анестезии. Блокады выполнялись перед оперативным вмешательством с ультразвуковой визуализацией, с использованием игл Stimuplex D, путем введения Ропивакаина до 300 мг.

Результаты и обсуждение. При проведении оценки выявлено. Пациенты с БВПМЖ (N 30). Интенсивность боли не превышала 1 балл в течение первых суток после оперативного вмешательства в покое и при движении, не требовалось дополнительное обезбоживание. Эффективность данного блока 100% случаев применения. Контрольная группа (N 30). Интенсивность боли от 2 до 5 баллов в течение первых суток после операции. Пациенты с ТАР блоком (N30). В покое у данной группы пациентов болевой синдром 0-1 балл, при движении до 3 баллов. Дополнительное обезбоживание требовалось через 8-10 часов после оперативного вмешательства при достижении боли по ВАШ до 5 баллов в 50% случаев. В 4 случаях блок неэффективный, что вероятно обусловлено особенностями распространения анестетика. Эффективность 86,6%. Контрольная группа (N 30). Интенсивность боли в покое 4-5 баллов, при движении до 7 баллов. При мультимодальной анестезии кривая боли имеет волнообразное течение, что так же негативно сказывается на эмоциональном состоянии пациента. Регионарная блокада повышает уровень удовлетворенности пациента обезбоживанием, обеспечивает раннюю активизацию пациента.

Выводы. Проведение регионарных блокад с целью послеоперационного обезбоживания при герниопластиках имеет значительные преимущества по сравнению с мультимодальной анестезией: выше уровень удовлетворения пациента обезбоживанием, ранняя активизация пациента, снижение потребности в дополнительном обезбоживании.

O'ZBEKISTONDA QIZAMIQ KASALLIGI BILAN KASALLANISHNING 2010-2020 YILLARDAGI RETROSPEKTIV EPIDEMIOLOGIK TAHLILI

Abdukaxarova M.F., Bryantseva Y.V., Umarova M.A.

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Mavzuning dolzarbligi: Qizamiq barcha yosh guruhlariga ta'sir qiluvchi va og'ir asoratlarga olib keladigan eng yuqumli virusli kasalliklardan biridir [1]. Jahon Sog'liqni Saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra qizamiq infeksiyasidan dunyo bo'yicha 1980 yilda 2,6 million kishi, 1990 yilda 545 ming kishi vafot etdi, 2014 yilga kelib global emlash dasturlari qizamiqdan o'lim sonini 73 ming kishiga kamaytirdi. Ushbu tendensiyalarga qaramay, kasallik va o'lim ko'rsatkichlari 2017 yildan 2019 yilgacha immunizatsiya kamayganligi sababli o'sdi. Hozirgi vaqtda qizamiqqa qarshi o'tkazilayotgan profilaktik chora-tadbirlar ma'lum darajada samaradorligini namoyon etgan bo'lsada hali yetarli darajada deb bo'lmaydi. Bunday holatni respublikamiz aholisi orasida kasallikning yildan yilga qayd etilishi, oxirgi yillarda biroz ko'paygani tasdiqlaydi [2,3,4].

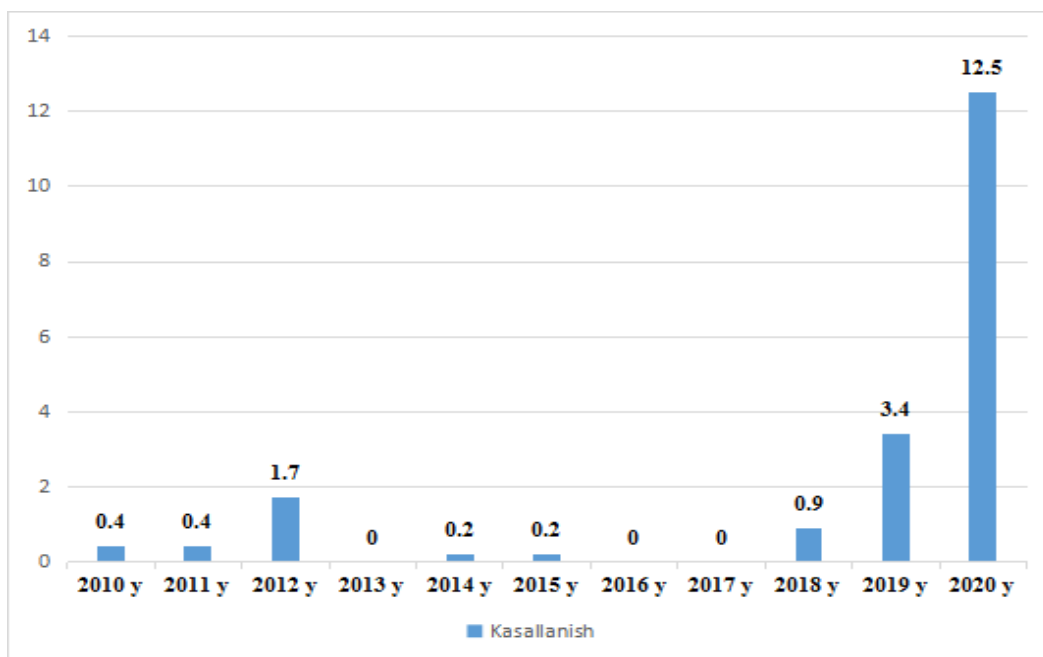
Tadqiqot maqsadi: O'zbekiston Respublikasida 2010-2020 yillar davomida qizamiq infeksiyasi bilan kasallanish holatlarini retrospektiv tahlilini o'tkazish asosida qizamiq kasalligiga qarshi profilaktik chora tadbirlarni takomillashtirish.

Tadqiqot materiallari va usullari: Qizamiq infeksiyasi bilan aholining kasallanish holatlarini o'rganish maqsadida epidemiologik tahlil o'tkazish uchun O'zbekiston Respublikasi Sanitariya-epidemiologik osoyishtalik va jamoat salomatligi xizmatining qizamiq infeksiyasi to'g'risidagi statistik ma'lumotlar va hisobot materiallaridan foydalanildi. Tadqiqot olib borish jarayonida epidemiologik tekshish usullari, xususan, retrospektiv epidemiologik tahlil usulidan foydalanildi.

Tadqiqot natijalari: Qizamiqning epidemiologik xususiyatlarini aniqlashda epidemiologik tahlil usullarini qo'llash, xususan kasallanishning ko'p yillik dinamikasining tahlili, epidemik jarayon tendentsiyasini, davriylikni va nomuntazam epidemik tebranishlarni o'rganish imkoniyatlarini beradi. O'zbekiston Respublikasida 2010-2020 yillar davomida ro'yxatga olingan qizamiq kasalligining tahlil natijalari shuni ko'rsatadiki, kasallanishning intensiv ko'rsatkichi, turli yillarda 100 ming aholiga nisbatan 0,4-12,5 intensiv ko'rsatkichlarda qayd etilganligi aniqlandi (1-rasm). Tahlilning dastlabki yili - 2010 yilda respublikamizda qizamiq bilan kasallanishning intensiv ko'rsatkichi 0,4 ni tashkil qilgan va tahlil etilayotgan yillar mobaynida 2012, 2013, 2016, 2017 yillar davomida kasallanish kuzatilmagan. Eng yuqori ko'rsatkich 2020 yilda qayd etilgan bo'lib, ushbu yilda intensiv ko'rsatkich 12,5 ni tashkil qilgan. 2009 yili qizamiq bilan kasallanish ro'yxatga olinmagan. 2010-2011 yillarda esa kasallanish ko'rsatkichida o'sish tendentsiyasi kuzatilgan. 2011 yilda kasallikning intensiv ko'rsatkichi 1,7 ni tashkil etgan, bu esa 2010 yilga nisbatan 4 marta ortganligini ko'rsatadi.

O'zbekiston Respublikasida eliminatsiyaga erishish va qizamiq bo'yicha epidemik samaradorlikni saqlab qolish uchun O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni Saqlash Vazirligi tomonidan respublikaning barcha hududlarida qizamiq va qizilchaga qarshi vaktsinatsiya

o'tkazilishi to'g'risida qaror qabul qilingan. 2011 yilning 12 sentyabridan 18 sentyabriga qadar 1 yoshdan 15 yoshgacha bo'lgan bolalar qamrovi qizamiq va qizilcha bo'yicha ommaviy immunizatsiya kampaniyasi o'tkazildi va 8 mln. 443 ming, ya'ni 99,9% bolalar qizamiqqa qarshi emlash bilan qamrab olindi. Qo'shimcha tozalash immunizatsiya holatlari 2011 yil dekabr` oyida o'tkazildi va tadbirlar davomida qo'shimcha 40 mingdan ko'proq odamlar emlashga jalb etildi. Shuning uchun qizamiq bilan kasallanish 2012-2017 yillar davomida respublikamiz aholi orasida deyarli kuzatilmadi. 2018 yildan boshlab kasallanish ko'rsatkichi orta boshlab, 2020 yili 100 ming aholiga nisbatan 12,5 holatda ro'yhatga olindi, bu esa 2010 yilga nisbatan 37 marotaba ortganligini ko'rsatadi (1-rasm).



Shunday qilib, O'zbekiston Respublikasida 2010-2020 yillar davomida ro'yxatga olingan qizamiq kasalligining retrospektiv epidemiologik tahlili, kasallanishning ko'p yillik dinamikasida ko'payish tendentsiyasi qayd etilganligini ko'rsatdi. Shu bilan birga tahlil etilayotgan yillar mobaynida respublika miqyosida kasallanish ko'rsatkichlarining nomuntazam tebranishlari qayd etildi. Qizamiq bilan kasallanishning asosiy sabablaridan biri emlashdan bosh tortish va ma'muriy hududlarda immunitet tarangligining past bo'lgan aholi sonining ko'payib borayotganligi hisoblanadi. Emlanmagan kichik yoshdagi bolalarda qizamiq kasalligi va asoratlari, shu jumladan o'limni holatining rivojlanish xavfi yuqori. Ko'pincha asoratlar chaqaloqlar va 5 yoshgacha bo'lgan bolalar, 20 yoshdan kattalar, homilador ayollarda kuzatiladi. Asoratlar odatda kattalarda og'ir kechadi.

Qizamiq kasalligi bilan kasallanishning sabablaridan yana biri bu infeksiyani shifoxona ichi infeksiyasi xolatida tarqalishidir. Bunday holat deyarli barcha viloyatlarda shulardan Sirdaryo, Qashqadaryo viloyatlari bolalar shifoxonasi, Andijon viloyati Xo'jaobod tumani markaziy shifoxonasi, Toshkent shahar tumanlari shifoxonalarida ro'yxatga olingan.

Xulosa qilib aytadigan bo'lsak, O'zbekiston Respublikasida 2010-2020 yillar davomida ro'yxatga olingan qizamiq kasalligining tahlili shuni ko'rsatadiki, kasallanish

absolyut ko'rsatkichi, turli yillarda 0,4-12,5 gacha bo'lganligi aniqlandi. Respublikamizda qizamiq bilan kasallanish holatlari hududlar bo'yicha notekis tarqalgan.

Qizamiq kasalligini kelib chiqish sabablari chetdan kirib kelgan virusning mavsumiyliги va epidemik tarzda keng tarqalishi, ushbu virusga moyil guruh bu 1 yoshgacha emlanmagan va 1 marotaba emlangan bolalar ekanligi, qo'shni davlatlardan, viloyatlardan lo'li millatiga mansub aholini qizamiq bo'yicha noxush epidemik vaziyatli hududlarga borib kasallikni yuqtirib kelishi, shifoxonalarda qizamiqqa gumon qilingan bemorlarni o'z vaqtida faol aniqlanmasligi natijasida bemorlar yuqumli davrida boshqalardan alohidalanmay qolayotganligi, gumon qilingan bemorlar bo'yicha epidemiologik surishtiruv ishlari o'z vaqtida sifatli qilib o'tkazilmayotganligi, somatik shifoxonalarga qizamiq kasalligini prodromal vaqtidagi bemorlarni noto'g'ri tashxis bilan yotqizilishi hisoblanadi.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Костинов М.П. Иммунопрофилактика кори с применением комбинированных вакцин //Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2020. Т. 19. № 4. С. 57-62.
2. "Qizamiq haqida ma'lumot № 286". *Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti*. Noyabr 2014.
3. "Qizamiq bilan kasallanish dunyo bo'ylab emlash qamrovidagi bo'shliqlar tufayli ko'paymoqda". *Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (VOZ)*. 2018 yil 29 noyabr. "AQShda aprel oyi boshida qizamiq bilan kasallanish holatlari qariyb 20 foizga oshdi, deydi CDC". *Reuters*. 2019 yil 16 aprel.
4. "Qizamiq - Yevropa mintaqasi". *Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (VOZ)*.
5. Ludlow M, McQuaid S, Milner D, de Swart RL, Duprex WP (2015 yil yanvar). "Tizimli qizamiq virusi infeksiyasining patologik oqibatlarini"

ОБОСНОВАННОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОПИОИДНЫХ АНАЛЬГЕТИКОВ НА ЭТАПЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Абдуллаев А.С.

Андижанский Государственный Медицинский Институт
Узбекистан, город Андижан

Цель исследования. Отобразить обоснованность применения опиоидных анальгетиков на этапе хирургического лечения больных с заболеваниями толстого кишечника.

Материал и методы. Трамадол применялся на всех этапах общей анестезии и послеоперационного обезболивания в качестве единственного анальгетического компонента при обширных абдоминальных онкологических операциях у 18 больных в возрасте 30-72 лет (в среднем $61,23 \pm 1,90$ года). Мужчин было 10, женщин 8. Продолжительность операций составила от 35 до 330 мин (в среднем $174,6 \pm 0,91$ мин). Для премедикации трамадол использовали внутримышечно в дозе $0,032 \pm 0,003$ мг/кг, в сочетании с диазепамом ($0,127 \pm 0,005$ мг/кг) и атропином ($0,01$ мг/кг). Доза трамадола для вводного наркоза составила $0,084 \pm 0,003$ мг/кг (100-250

мг), а с учетом премедикации - 0,4 мг/кг. На этапе седации перед интубацией трахеи применяли мидазолам ($0,21 \pm 0,015$ мг/кг). Поддержание общей анестезии осуществляли фракционным введением морфола и диазепама в сочетании с ингаляцией O_2 (40-70%), причем доза трамадола прогрессивно уменьшалась с течением операции: 1-й час- $0,021 \pm 0,004$ мг/кг, 2-й и 3-й часы соответственно- $0,0055 \pm 0,0007$ мг/кг. У 12 больных дополнительно применяли малые дозы дроперидола ($0,033 \pm 0,009$ мг/кг в 1-й час операции). Миорелаксацию поддерживали ардуаном в расчетной дозе. Для послеоперационного обезболивания трамадол применяли в дозе 100 мг ($0,030 \pm 0,003$ мг-кг в 1-е сутки и $0,043 \pm 0,006$ мг-кг на 2-е сутки). Оценку эффекта трамадола проводили по общепринятым методикам. Осуществлялся биспектральный мониторинг и в 3 стандартных отведения ЭКГ. Данные отображались на мониторе «Монитор Mindray uMEC15» (Шэньчжэнь, Китай). Состояние метаболизма и газообмена оценивали по показателям кислотно-основного состояния (КОС) крови на аппарате «Simens RapiD-PoinT500 (США)». Степень седативного эффекта оценивали по 3-балльной шкале Спилберга: 0-отсутствие седации, 1-слабая, 2-умеренная, 3-чрезмерная. Показатели внешнего дыхания определяли по спирограмме аппаратом «Монитор Mindray uMEC15» (Шэньчжэнь, Китай).

Результаты и обсуждение. Премедикация трамадолом в сочетании с мидазоламом во всех случаях обеспечивала вполне полноценный седативный эффект, иногда поддерживалось дремотное состояние при стабильных артериальном давлении (АД) и частоте сердечных сокращений (ЧСС). Спустя 15-20 мин после внутривенного введения трамадола как правило развивалась глубокая седация или дремотное состояние без клинических признаков депрессии дыхания и закономерных изменений АД и ЧСС. При изучении биспектрального мониторинга выявило замедление фоновой активности с 64-67 до 70-73. На фоне сочетанного действия трамадола и мидазолама происходило дальнейшее замедление биоэлектрической активности головного мозга до 54. Интубация трахеи на фоне миорелаксации дитилином не сопровождалась существенными сдвигами показателей системы кровообращения: ЧСС после интубации $88,0 \pm 3,11$ в минуту, перед интубацией $83,3 \pm 3,17$ в минуту ($p > 0,05$), АД систолическое $140,5 \pm 4,0$ и $135,8 \pm 5,75$ мм рт. ст., АД диастолическое $92,0 \pm 3,12$ и $85,3 \pm 3,64$ мм рт. ст. соответственно ($p > 0,05$). Течение анестезии во всех случаях было стабильным. АД и ЧСС после разреза кожи не изменялись, а на наиболее травматичном этапе операции закономерно не отличались от исходных и примерно на 10% превышали показатели, зарегистрированные после вводного наркоза не посредственно перед началом операции. Вместе с тем на этапе окончания операции было выявлено закономерное увеличение дефицита оснований в крови по сравнению с исходным: с $4,58 \pm 0,70$ до $7,06 \pm 0,78$ ($p < 0,001$) при сохранении pH в пределах физиологической нормы (снижение с $8,80 \pm 0,02$ до $8,62 \pm 0,02$; $p > 0,05$), т. е. развивался компенсированный метаболический ацидоз. Дыхательный компонент КОР в условиях ЦВД закономерно не изменялся. Осложнений при выведении больных из анестезии и случаев посленаркозной депрессии дыхания и сознания не отмечалось. Послеоперационное обезболивание трамадолом начинали, не дожидаясь развития сильного болевого синдрома, что является важным фактором поддержания постоянства гомеостаза в послеоперационном периоде и способствует достижению

лучших результатов обезболивания при тенденции к снижению доз анальгетиков. При такой тактике продолжительность действия трамадола в дозе 100 мг составила $9,80 \pm 2,20$ ч. В контрольной группе больных, у которых обезболивание проводили промедолом (средняя доза на одного больного составила 6,12 мг в сутки, т.е. около 1 мг/кг), аналогичный трамадолу обезболивающий эффект от одной дозы (100 мг) продолжался в среднем $7,61 \pm 0,84$ ч, т.е. был почти в 2,5 раза короче, чем у 100 мг трамадола. По данным электрокожной сенсометрии порог болевого ощущения через 1 ч после внутримышечного введения 100 мг трамадола закономерно возрастал с $3,89 \pm 0,82$ до $5,22 \pm 0,77$ мА ($p < 0,05$). Клинически достигалось полноценное обезболивание, позволявшее больным после обширных онкологических абдоминальных операций активизироваться в более ранние сроки в сопоставлении со стандартными подходами. При этом АД, ЧСС, частота дыхания на фоне действия трамадола незначительно и незакономерно уменьшались, pO_2 , pCO_2 , pH, дефицит оснований капиллярной крови, объем дыхания, резервный объем вдоха и жизненная емкость легких незначительно и незакономерно повышались. На этапе после операционного обезболивания нежелательным побочным эффектом трамадола была седация или сонливость разной степени выраженности. Средний показатель седативного эффекта на высоте действия трамадола в дозе 100 мг у оперированных больных составил $2,8 \pm 0,6$ балла, причем у половины больных седативный эффект отсутствовал, а у половины был умеренным или чрезмерным (дремотное состояние, сон), что затрудняло активизацию отдельных больных в 1^е сутки после операционного периода.

Выводы. Трамадол является мощным опиатным анальгетиком со смешанным механизмом действия обладающим для анестезиологии свойствами как средство премедикации, общей анестезии и послеоперационного обезболивания. В условиях атаралгезии на основе трамадола, мидазолама и севофлурана операции у больных с онкологическими заболеваниями толстой кишки проходят при стабильных показателях кровообращения и тенденции к компенсированному метаболическому ацидозу. После общей анестезии на основе трамадола для адекватного послеоперационного обезболивания достаточны минимальные дозы этого анальгетика в силу значимого потенцирующего эффекта, что минимизирует отрицательные влияния препарата на системную гемодинамику.

ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ ВА УНИ ДАВОЛАШДА ПРОФИЛАКТИК ОВҚАТЛАНИШНИ АҲАМИЯТИ.

Ашурова М.Ж.¹, Мухаммадова Г.Қ.¹, Умаров С.Р.¹, Жабборова У.Б.²
Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти,¹

2-Марғилон Абу Али ибн Сино номидаги Жамоат саломатлиги техникуми.²

Вируслар кўзгатадиган гепатитлар ер юзида жуда кенг тарқалган. Улар беморларни узоқ муддатга ишга яроқсиз қилиб қўяди, баъзан беморларни ўлимига ёки ногирон бўлиб қолишга сабаб бўлади. Жахон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотиغا кўра, ҳар йили ер юзида фақатгина гепатит В билан 50 миллион одам касалланади. Вирусли гепатитлар тиббиёт фани ва соғлиқни сақлаш ташкилотлари олдидаги жуда муҳим муаммодир. Асримизнинг 40 йилларигача расмий равишда бутун ер юзида ҳамма мутахассислар бир хил вирусли гепатит бор деган тушунчага эга эди. У юқумли сариқ касаллиги, эпидемик гепатит, инфекцион гепатит, Боткин касаллиги деб юритилар эди.

Шундай қилиб ҳозир вирусли гепатитларнинг 8 хили мавжуд: 1) гепатит А; 2) гепатит В; 3) гепатит Е; 4) гепатит Д; 5) гепатит С; 6) гепатит Г; 7) гепатит Ф; 8) гепатит ТТВ.

Гепатит касаллигида асосан жигар зарарланади ва шунга оид клиник симптомлар пайдо бўлади. Асосий белгилари терида сарғайиш, холсизлик, кўнгил айланиш, қусиш, қориннинг ўнг томонида оғриқ ва бошқа белгилар билан намоён бўлади. Ҳозирги вақтда айниқса бу касаллик асосан тиббиёт ходимларининг касб касаллиги ҳисобланади.

Бу касалликни олдини олишда касалликка тўғри ташхис қўйиш ва даволашга катта аҳамият қаратиш керак. Даволаш асосан пархез овқатланиш билан биргаликда олиб борилади, шундагина даволаш самарали натижа беради. Беморларга 5-пархезлик столи буюрилади, бу столдаги пархезлик маҳсулотларига қуйидаги маҳсулотлар киради. Маҳсулотлар витамин ва оқсилларга бой бўлиши керак, бир кун аввал тайёрланган буғдой ва арпа нони. Сабзавотлар, ёрмалар, қайнатма макарон маҳсулотлари, сутли, сабзавотли шўрва. Қайнатилган, қайнатиб димланган, ёғсиз мол ва парранда гўшти. Сабзавот ва мевалар, салат, қизил лавлагидан тайёрланган салат ҳамда нордон бўлмаган тузланган қарам. Нордон бўлмаган мевалар, айниқса банан, олма ва бошқа мева шарбатлари. Қанд (100 г гача), мураббо, асал, сут, қатик, ацидофилин, айрон, пишлок. Қуритилган мева, наъматак шарбатларида витамин С юқори миқдорда бўлиб организмда иммунитетни оширади, натижада вирусга қарши қурашувчанлик ортади. Қўзиқорин, лимон, зираворлар, какао, шоколад ман этилади.

Бу касалликни тўғри даволамаслик ва пархез овқатланишни тўғри олиб бормаслик натижасида сурункали формага ўтиши мумкин. Бугунги кунда сурункали гепатит касаллиги кўпайиши кузатилмоқда, жумладан Фарғона вилоятида 2017-2020- йиллардаги статистик маълумотларга кўра 2017-йилда касалланиш 6864 тани ташкил этса 2020 –йилда бу кўрсаткич 5502 тани ташкил этганини кўришимиз мумкин. Бу касалликларни сурункали шаклига ўтишини олдини олиш учун дори перепаратлар билан даволаш тугатилгандан кейин ҳам гепатитни даволовчи маҳсулотлардан фойдаланишимиз, овқатланиш рационимизга эътибор беришимиз, касалликка тавсия этилган маҳсулотлар билан рационимизни бойитишимиз керак.

Республикамызда Вирусли гепатит касаллигини тарқалишини олдини олиш мақсадида касалликнинг эпидемиологик тарқалишини ҳисобга олган ҳолда профилактик эмлаш ишлари ўтказилмоқда. Жумладан, бизнинг Фарғона водийсида

хам эмлаш ишлари ўтказилди. Бунда асосан болалар, қариялар ва барча тиббиёт ходимлари шу қаторда тиббиёт институти ва тиббиёт коллежлари ҳам қатнашди. Бундай эмлаш тадбирлари натижасида касалликнинг юқиш эҳтимоли юқори бўлган шахсларда гепатитни юқиши олди олинди. Аҳоли ўртасида касалликни олдини олиш учун соғлом турмуш тарзини тарғиб этиш, рационал овқатланишни ташкил этиш лозим.

ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРНИ ОЛДИНИ ОЛИШДА ИЧИМЛИК СУВИНИ АХАМИЯТИ.

Абдувалиева Ф.Т.¹, Азизова Ф.Л.²

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

Тошкент тиббиёт академияси

Ўзбекистон

Дунёда бугунги кунда аҳолини тоза ичимлик суви билан таъминлаш умумбашарий муаммога айланиб қолди. Айни вақтда 1 млрд. аҳоли ҳавфсиз ичимлик сувига эга эмас, 2030 йилда уларнинг сони 2,7 млрд. кишига етиши тахмин қилинмоқда.

Ҳозирги даврда инсоният олдида турган долзарб муаммолар сирасида, сув ресурсларини тежаш, асраб-авайлаш, ундан оқилона фойдаланиш ва муҳофаза қилишдек муҳим масала турибди. Бугунги кунда инсоният, Ер юзида тамаддуни асраб қолиш учун техника, коинот мўъжизаларини англаб етиш эмас, балки энг аввало, ҳаёт учун зарур бўлган ичимлик сувининг етарли бўлиши лозимлигини англаб етмоқда. Сув танқислиги катта иқтисодий қийинчилик билан бирга аҳоли саломатлигига ва ижтимоий муаммоларни келтириб чиқармоқда. Сувнинг ифлосланиши туфайли турли касалликлар – ошқозон ичак, буйрак, жигар, қонда турли аллергия хасталиклар содир бўлади. Ифлосланган сув орқали зарарли гельмитлар инсон организмига ўтади. Ич терлама, дизентерия, гепатит ва бошқа касалликлар кўпаяди. Сувда кимёвий элементлар, бирикмаларнинг меъёридан ортиқ бўлиши уларнинг аста-секин тўпланиб боришига шароит яратади, натижада айрим касалликларнинг келиб чиқишига сабабчи бўлади.

Бирлашган Миллатлар Ташкилотининг маълумотига кўра, дунё аҳолисининг қарийб 40 фоизи тоза ичимлик суви етишмайдиган жойларда яшайди. 2025 йилга келиб, ҳар 10 кишидан 6 нафари ёки 5,5 миллиард аҳоли тоза ичимлик суви танқис ҳудудда яшаши мумкин. Шунингдек, юқумли касалликларнинг 80 фоиздан ортиғи ичимлик сув сифатининг пастлиги ҳамда сув таъминотида санитар– гигиеник қоидаларнинг бузилишлари билан боғлиқ. Бугун дунёдаги қарийб 7 млрд.дан зиёд аҳолининг 3 млрд.га яқини ифлосланган сув истеъмол қилмоқда ва бунинг оқибатида уларнинг деярли 2 миллиарди турли касалликка чалинган. Энг ачинарлиси, ҳар куни дунёда 6 минг бола санитария-гигиена талабларига жавоб бермайдиган сув истеъмол қилганликлари туфайли ҳаётдан бевақт вафот этмоқда.

Республикамызда бугунги кун янги ислохотлар босқичида аҳолини тоза ичимлик суви билан таъминлашга алоҳида эътибор берилиб, қатор мақсадли чоратадбирлар, хусусан ушбу соҳадаги камчиликларни бартараф этиш ва соҳани янада

ривожлантириш буйича Ўзбекистон Республикаси Президентининг бир қатор фармон ва қарорлари қабул қилиниб ҳаётга жорий қилиш бўйича кенг кўламли тизимли ишлар амалга оширилмоқда. Чунончи, Ўзбекистон Республикаси Президентининг “Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида”ги фармонида таъкидланишича, “одамларнинг экологик хавфсиз муҳитда яшашини таъминлаш, атроф муҳитга зарарли моддалар чиқишини камайтириш, атроф-табiiй муҳит, аҳоли саломатлиги ва генофондига зиён етказадиган экологик муаммоларни олдини олиш” мамлакат ижтимоий ҳаётини ривожлантиришнинг устувор йўналишларидан бири сифатида белгиланиб, бу соҳани тадқиқ этиш муҳим аҳамият касб этиши таъкидланган. Юқоридагилардан кўриниб турибдики, аҳоли ўртасида юқумли ва ноюқумли касалликларни олдини олишда аҳолини тоза ичимлик суви билан таъминлаш муҳум аҳамият касб этади.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КАНАЛОВ ЭКЗОГЕННОГО ПОСТУПЛЕНИЯ МИКРООРГАНИЗМОВ НА НЕБНЫЕ МИНДАЛИНЫ

Азизов А. А.

Азербайджанский Медицинский Университет, Кафедра Оториноларингологии,
Азербайджан

Защитные функции органов полости рта таковы, что они вполне могут противостоять мощной постоянной экзогенной микробной агрессии, но реализация этих функций возможна только при удовлетворительном состоянии гигиены полости рта. Казалось столь простая и необходимая в эстетическом отношении гигиеническая процедура, как ежедневная чистка зубов и полоскание полости рта после приемов пищи, удовлетворительное гигиеническое состояние полости рта, должна соблюдаться каждым человеком. Однако действительность совершенно неприглядное и убедительным свидетельством этого является широкое распространение стоматологических заболеваний. Неудовлетворительное содержание гигиены полости рта, особенно характерное для детей, приводит к заселению полости рта многочисленными видами микроорганизмов и их интенсивной жизнедеятельности. Микроорганизмы попадают на небные миндалины через ротовую полость, однако какие факторы этому способствует и их эпидемиологическая значимость при хроническом тонзиллите совершенно не изучены, что ограничивают возможности радикальной профилактики инфекции. Сбор эпидемиологического анамнеза, осуществляемый одновременно с визуально-инструментальным обследованием полости рта детей, позволили выявить основные каналы экзогенного поступления возбудителей в полость рта, в целом, и небные миндалины, в частности, и определить доминирующую эпидемиологическую роль отдельных из них. Экзогенному попаданию микроорганизмов в полость рта способствуют многочисленные факторы, мы же отобрали эпидемиологически значимые из них, наиболее присущие и характерные все детям. Вместе с тем, по ряду из них имеются отчетливые различия между детьми со здоровыми небными

миндалинами и детьми с хроническим тонзиллитом. Например, в обеих группах детей встречаемость таких экзогенных факторов, как взятие в рот разных предметов (ручки, карандаши и пр.) несоблюдение гигиены дефекаций, употребление немытых растительных продуктов, нарушения индивидуальности зубных щеток, различалась незначительно, варьируя от $10,3 \pm 3,3$ до $17,0 \pm 3,8\%$ ($\chi^2 = 0,81$; $p > 0,05$). На таком же уровне остается среди детей со здоровыми миндалинами и встречаемость факторов сосания пальцев и обкусывание ногтей, нерегулярность чистки зубов, пользование общими постельными и ванными (полотенце) принадлежностями – от $11,5 \pm 3,4$ до $19,5 \pm 4,3\%$ ($\chi^2 = 2,15$; $p > 0,05$). Но зато возрастает их встречаемость среди детей с хроническим тонзиллитом ($\chi^2 = 1,44$; $p > 0,05$) – от $27,0 \pm 4,5$ до $38,0 \pm 4,8\%$ ($\chi^2 = 1,88$; $p > 0,05$). Особенно опасен наиболее часто встречающийся среди детей с хроническим тонзиллитом фактор сосания и обкусывание ногтей, наиболее легкий путь попадания микроорганизмов в полость рта. Особенно следует отметить фактор несоблюдения гигиены полости рта, встречаемость которого высока и среди детей со здоровыми миндалинами – $24,1 \pm 4,6\%$, но наиболее высока она среди детей с хроническим тонзиллитом – $38,0 \pm 4,9\%$ ($\chi^2 = 4,14$; $p < 0,05$). Но бесспорно одно, частота анализируемых факторов выше среди больных детей, нежели здоровых, а чем свидетельствует достоверное значение критерия Ван-дер-Вардена при сравнении рядов показателей ($X = 5,31$; $p < 0,05$). Как видно, комплекс гигиено-поведенческих факторов обеспечивают попадание возбудителей в полость рта и поэтому организация и проведение превентивных мер по ограничению их активности имеют эпидемиологическую значимость по предотвращению заболеваемости детей хроническим тонзиллитом. Естественно, они должны сочетаться с общепринятым комплексом по соблюдению гигиены полости рта.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИСПЕКТРАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА ДЛЯ СНИЖЕНИЯ РИСКА ПРОБУЖДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВО ВРЕМЯ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ

Абдуллаев А.С.

Андижанский Государственный Медицинский Институт
Узбекистан, город Андижан

Цель работы: Сравнительная оценка методов контроля глубины общей анестезии с помощью методов биспектрального мониторинга и EТАG.

Методы и ход исследования. На базе кафедры Анестезиологии-реаниматологии, детский анестезиологии - реаниматологии клиники АГМИ была проведено исследование эффективности биспектрального мониторинга для оценки глубины общей анестезии, для того, чтобы выявить, снижается ли частота пробуждения во время анестезии у пациентов, которых ведут по биспектральному контролируемому протоколу, по сравнению с пациентами, которых ведут по EТАG-контролируемому протоколу. Основным исходом, который оценивался в исследовании, была частота достоверного пробуждения во время анестезии.

Результаты. Из 2000 включенных в исследование пациентов 1941 полностью завершили исследование (967 в группе биспектрального мониторинга и 974 в группе ЕТАG). Группы были схожими по основным исходным характеристикам, наличию факторов риска пробуждения во время анестезии, структуре сопутствующей и основной патологии, однако в группе ЕТАG было значимо больше пациентов с сопутствующими неврологическими заболеваниями (22,0% против 17,2%, $p = 0,008$). Из 16 пациентов, которые как минимум в одном из интервью сообщили о воспоминаниях периода между «засыпанием» и «окончательным пробуждением», эксперты выделили четырех пациентов, которые определенно имели эпизод пробуждения во время анестезии. Один из этих пациентов велись по BIS-контролируемому и трое — по ЕТАG-контролируемому протоколу (снижение абсолютного риска 0%, 95% доверительный интервал [ДИ], -0,56 – 0,57). В целом, частота пробуждения во время анестезии составила 0,21% (95% ДИ, 0,08 – 0,53). Пять других пациентов были расценены как возможно имевшие эпизод пробуждения во время анестезии – один в биспектральной мониторинговой группе (0,31%) и четыре в ЕТАG группе (0,62%) с абсолютной разницей между группами в 0,31% (95% ДИ, -0,36 – 1,07). Частота всех возможных или определенных эпизодов пробуждения во время операции составила 0,46% (95% ДИ, 0,24 – 0,87). В биспектральной мониторинговой группе превышение значения биспектрального индекса выше 60 имело место у трех из девяти пациентов с возможными или определенными эпизодами пробуждения во время анестезии, а у семи из девяти пациентов в ЕТАG-группе, которые также имели возможный или определенный эпизод пробуждения, имело место снижение ЕТАG-концентрации ниже 0,7 МАК. Во время поддержания анестезии значения биспектральный индекс не превышали 60 у 825 из 1834 пациентов (45%), а ЕТАG-концентрация не снижалась ниже 0,7 МАК у 438 из 1717 пациентов (25,5%). Средние ($\pm$ стандартное отклонение) значения показателей биспектрального индекса в течение поддержания анестезии составляли $43,1 \pm 9,2$ в биспектральной мониторинговой группе и $43,4 \pm 9,8$ в ЕТАG-группе ($p=0,51$; 95% ДИ разницы между группами составил от -1,2 до 0,6). Среднее значение ЕТАG концентрации в течение поддержания анестезии составил $0,81 \pm 0,25$ МАК в биспектральной мониторинговой группе и $0,82 \pm 0,23$ МАК в ЕТАG-группе ($p = 0,10$; 95% ДИ разницы между группами, -0,04 – 0,01 МАК).

Заключение. По результатам исследования было подтверждено что биспектральный мониторинг может использоваться для о рутинного использовании у всех пациентов, которым проводится общая анестезия.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Аграновский М.Л., Рахматов А.Б., Махмутов Р.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
дерматовенерологии и косметологии

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Актуальность. В последнее время всё больше говорится о психических расстройствах невротического регистра, часто встречающихся у больных псориазом, утяжеляющих и без того сложное течение основного дерматологического заболевания. Роль психического фактора в этиологии и патогенезе кожных заболеваний давно подчеркивается исследователями, но до сих пор при лечении часто учитываются только физиологические параметры. В условиях Узбекистана, узбекского менталитета наличие видимого дерматологического дефекта ещё больше ухудшает состояние больных псориазом ввиду возможно высокой стигматизации в обществе, не принятия данной болезни как не заразной и убежденностью основной части населения в большой вероятности обязательной наследственной предрасположенности, что является препятствием для заключения браков, которые считаются важным атрибутом жизни местного населения.

Цель исследования. Изучить влияние психотерапевтических методов лечения на больных псориазом.

Материал и методы. На базе Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, в дальнейшем в поликлинике и отделении Ферганского областного кожно-венерологического диспансера №2 в городе Коканде, а также в отделениях Ферганского областного кожно-венерологического диспансера №1 в городе Фергане нами были обследованы 100 больных псориазом (мужчины - 60 человек, женщины - 40 человек) в возрасте от 18 до 72 лет принимавших амбулаторное и стационарное лечение. Из них 30 пациентам (18 мужчин, 12 женщин) применены психотерапевтические методы лечения. Для коррекции выявленных невротических расстройств нами был использован интегрированный психотерапевтический подход с комплексом различных методик, который включал классическую гипнотерапию, гипноз с Эриксоновскими техниками, эмоционально-образную, позитивную, клиент центрированную и проблемно-ориентированную психотерапию.

Результаты и обсуждение. В результате исследования на фоне психотерапевтических методов лечения у 80% больных отмечалось редуцирование основной дерматологической симптоматики и почти у всех больных псориазом отмечалось заметное улучшение настроения, снижение тревоги, принятие болезни как данность. Большой эффект наблюдался при применении суггестивных методов у больных в клинике психопатологических расстройств, которых преобладал истерический компонент. У больных с преобладанием обсессивно-компульсивных особенностей в основном положительный эффект показала клиент центрированная и проблемно-ориентированная психотерапия, тревога и страх хорошо купировались методами эмоционально-образной психотерапии и применением Эриксоновского гипноза, а также релаксирующими техниками. Больным с невротической депрессией благополучно применялась позитивная психотерапия. В связи с этим важно отметить, что после сеансов практически у всех пациентов обязательно отмечалось улучшение психического состояния, смягчение симптомов как психического, так и дерматологического процессов, что согласуется с данными литературы [Дороженко И.Ю., Львов А.Н. 2006, Лурия Р.А. 1977, Рахматов А.Б.,

Курбанова Ш.М., Махмутов Р.Х. 2017, Аграновский М.Л., Рахматов А.Б., Махмутов Р.Х. 2022]. Это всё способствовало заметному улучшению качества жизни пациентов, что отражалось на их хорошем самочувствии.

Выводы. Таким образом, чтобы добиться хороших результатов в терапии псориаза, лечащий врач обязан, воздействуя как на психические, так и на соматические симптомы своего пациента, максимально уменьшить груз его психологических проблем. Вышеизложенные данные действительно свидетельствуют о сложной природе псориаза, в которой психика больного занимает особое место в связи с обязательным присутствием тех или иных психопатологических расстройств утяжеляющих и без того сложное течение хронического, рецидивирующего дерматологического заболевания. В связи с этим представляется возможным и скорее необходимым применение методов психотерапии при лечении дерматологических больных

THE RATE OF INCREASE IN THE NUMBER OF PATIENTS WITH ALZHEIMER'S DISEASE

Abdulxakimov A. R., Fattaxov N. H., Xabibullaeva S.A., Mamajonov O.
Ferghana Medical Institute of Public Health, Fergana, Uzbekistan

The purpose and objectives of the study. This thesis highlights the rate of increase in the number of patients with Alzheimer's disease worldwide and the causes of its occurrence.

Materials and methods. In this research, methods of comparative analysis and interpretation of the studied materials are used.

In the last decade of the XX century, Alzheimer's disease was recognized by the World Health Organization as one of the main medical and social problems of the modern world, affecting more than 15% of the population over the age of 65. According to its data for 2013, about 36 million people worldwide suffer from dementia. The study of Alzheimer's disease and the creation of therapeutic drugs that can stop, or at least slow down the course of the disease, has recently become especially acute due to the fact that the population of elderly people in most developed countries is growing more than 2 times faster than the total population. Alzheimer's disease is the main cause of dementia in the elderly and manifests itself as a progressive neurodegeneration of the brain. The number of people with Alzheimer's disease will grow along with the increase in the duration of the world's population. Up to 60-80% of all cases of dementia occur in patients with Alzheimer's disease. Dementia not only worsens the quality of life of patients, but also their relatives and those who care for them, affecting them psychologically, emotionally and economically. The progress of the disease is caused by extensive neurodegeneration, mainly of the hippocampus and the cortex of the large hemispheres. The first sign of the disease is a slight memory impairment for current events, which appears approximately 5 years before the manifestation of dementia. This may mean that in Alzheimer's disease, neurodegenerative processes in the brain seem to begin long before the onset of the disease. Despite the huge amount of knowledge accumulated in the last two decades about the biological basis of Alzheimer's disease, its etiology, with the exception of relatively rare "family" forms of the disease, remains unknown, there is no clear understanding of

the mechanisms underlying its pathogenesis. Neurodegenerative changes in the brain can cause a complex interaction between genetic prerequisites, environmental factors, aging, inflammatory mediators, etc. Currently, there are many different hypotheses of the pathogenesis of Alzheimer's disease. Thus, the "tau hypothesis" states that the initial disorder in Alzheimer's disease is excessive phosphorylation of the tau protein, which leads to the transformation of its normal structure and the formation of neurofibrillary tangles as a result. This, in turn, causes the disintegration of microtubules, disruption of the cell's transport system - and leads to its death. Other hypotheses of the etiology and pathogenesis of Alzheimer's disease suggest a violation of the processes of inflammation, a violation of calcium homeostasis, hormonal dysfunctions, immune system dysfunction, oxidative stress, violations of the cell cycle processes, etc. All of them are trying to explain the causes of cognitive impairment and neurodegenerative changes in Alzheimer's disease. Gradual and progressive loss of memory and the main functions of intelligence in patients usually begins to manifest itself around the age of 65 and continues for the rest of the patient's life.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У РАБОТНИКОВ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ

Бабаханов И.С.

Республиканский госпиталь медицинской службы Министерства

Внутренних Дел Азербайджанской Республики, г.Баку

Инсульт во всем мире является второй по значимости причиной смертности и третьей по частоте причиной длительной нетрудоспособности у взрослых. Это вызвало примерно 5,7 миллиона смертей в 2005 году, а общее число смертей, возрос до 6,5 миллионов в 2015 году, по прогнозам возрастет до 7,8 млн в 2030 г. Хотя некоторые исследования показали увеличение частоты развития инсульта у молодых людей, прогноз этих пациентов обычно считается благоприятным.

Целью исследования явилось изучение распространенности развития ишемического инсульта у работников правоохранительных органов

В нашей работе, для осуществления цели исследования, на основании разработанных клиничко-лабораторных критериев, за период с 2016 по 2020 год было обследовано 225 пациента, сотрудников правоохранительных органов, в возрасте от 40 до 65 лет (средний возраст $47,98 \pm 5,3$) с диагнозом ишемический инсульт (ИИ) По половому составу пациенты распределились следующим образом: мужчины 177 пациента ($78,7 \pm 2,7\%$), женщины 48 пациенток ($21,3 \pm 2,7\%$). Эти 225 пациентов составили основную группу обследованных с ИИ; дополнительно в качестве группы сравнения было взято 80 сопоставимых с ними по возрасту сотрудников, которые по результатам диспансерного обследования были признаны практически здоровыми. Все пациенты основной группы были разделены на 2 подгруппы. В первую подгруппу включены 119 ($52,8 \pm 3,3\%$) пациентов, которым при поступлении проводили тромболитическую терапию. Вторую подгруппу составили 106 ($47,2 \pm 3,3\%$) пациента, получающие по полной схеме стандартную терапию. Анализ половой структуры обследованных пациентов показал, что первую подгруппу составили 119 пациентов, из них 87 мужчин

(73,1±4,1%) и 32 женщины (26,9±4,1%). Возраст обследованных пациентов составил от 40 до 65 лет, средний возраст – 53[40; 65] лет. Во вторую подгруппу вошли 106 пациента с ИИ в возрасте от 40 до 65 лет, в среднем – 53 [40; 65] лет, из них 90 мужчины (84,9±3,5%) и 16 (15,1±3,5%) женщины.

Проведенными исследованиями установлено, что среди 225 обследованных встречается 81 (36,0±3,2%) случаев цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ), включая 64 (28,44±2,9%) установленных и 17 (7,56±3,6%) вероятных случаев ЦВЗ. Острые формы ЦВЗ зачастую встречались совместно с хроническими формами. У 6,98±3,2% больных 40-54 лет (n=129) и 17,70±3,9% больных 55-65 лет (n=96) наблюдалась дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ). У обследуемых пациентов в общем было выявлено 6 случаев транзиторных ишемических атак (ТИА) (2,67±1,4%), из которых 2 (0,89±1,2%) – «определенный», 4 (1,78±0,9%) «возможные». Общая распространенность выявленных случаев ТИА у пациентов оказалось равной 2,67±1,4%. Как оказалось наибольшая заболеваемость ИИ была отмечена в 2018 году (59 случаев- 26,2±2,9%) и в 2020 г. (58 случаев- 25,8±2,9%). Наименьшее количество случаев отмечалось в 2016 году (24 случая- 10,7±2,1%) и в 2017 году (37 случаев - 16,4±2,4%). Значительное снижение заболеваемости ИИ отмечалось в 2019 году (47 случаев - 20,9±2,7%), но сохраняется стабильно высокий уровень заболеваемости ИИ за все изученные годы.

Таким образом, проведение исследований с целью комплексного изучения характерных особенностей течения, развития, клиники, возможных осложнений ИИ создают условия для совершенствования новых подходов для решения важной научной проблемы – разработки тактики ведения больных с ИИ в разных периодах заболевания.

АНАЛИЗ ЭПИЗООТИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ НА ОСНОВАНИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЧИСЛЕННОСТИ НОСИТЕЛЕЙ И ПЕРНОСЧИКОВ ЧУМЫ НА ТЕРРИТОРИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО УЧАСТКА КЫЗЫЛКУМСКОГО ПРИРОДНОГО ОЧАГА ЧУМЫ В 2000-2021 г.г.

Дмитриев А. Н.

*«Учкудукская противочумная станция» ГУ «Фонд НГМК», Учкудук, Республика
Узбекистан*

Цель работы - оценка эпизоотологического состояния Центрального участка Кызылкумского природного очага чумы на современном этапе для аргументации дальнейшей деятельности по минимизации риска завоза и распространения чумы на курируемой ПЧС г.Учкудук территории.

Материалы и методы

Для анализа использованы архивные эпизоотологические и эпидемиологические данные противочумной станции ГУ «Фонд НГМК» г.Учкудук. Обследование подконтрольной ПЧС г.Учкудук территории проводилось на основании и в соответствии с ежегодными Планами работ станции, утвержденными главным

санитарный врачом НГМК и согласованными с директором республиканского центра профилактики чумы МЗ РУз.

Обследования Центрального участка Кызылкумов проведены с 2000 года по 2021 год вокруг объектов НГМК (Навоийского горно-металлургического комбината), приуроченным к г. Учкудук, г. Зарафшан, г. Зафарабад, г. Навои в весенне-летний и осенне-зимний сезоны, с 1 декады марта по 3 декаду июня и со 2 декады сентября по 2 декаду ноября. В совокупности, в течении 20 лет на территории Центральных Кызылкумов обследовано без учета повторов секторов первичных районов – 976, или, ежегодно, в среднем – 44 или 440 тыс. га, с учетом повторов - 106 секторов в среднем или 1060 тыс. га. По результатам произведенных работ исследовано всего 15725 представителя млекопитающих 16 видов, из них – большая песчанка 11047 экз., краснохвостая песчанка-2037 экз., полуденная песчанка-1562 экз., желтый суслик-656 экз., тонкопалый суслик-77 экз., домовая мышь-201 экз., тушканчиковых (Северцова, малый, гребнепалый, мохноногий) в совокупности-111 экз., ласка-10 экз., хорь-перевязка-12 экз., серый хомячок-21 экз., пегий пutorак-1 экз., еж ушастый-1 экз., слепушонка – 7 экз. Птиц было исследовано - саксаульной сойки 2 экз., каменки-плясуньи – 5 экз. Эктопаразитов за этот период было исследовано 87927 экз., а именно блох 78049 экз. 15 видов и 9878 экз. клещей 6 родов. Исследованию, в том, числе, подверглись вытяжки субстратов кормовых камер нор большой песчанки после предварительного паразитологического разбора. Так же, основываясь на литературных данных об информации о выделении жизнеспособных культур чумного микроба из непосредственно экскрементов блох, которые остаются на стеклах пробирок в ходе их сбора и содержания в стеклянной таре до момента начала исследования, в 2018-2019 г.г. лабораторией ПЧС г. Учкудук проводились исследования экскрементов эктопаразитов, с целью поиска в них жизнеспособных клеток чумного микроба.

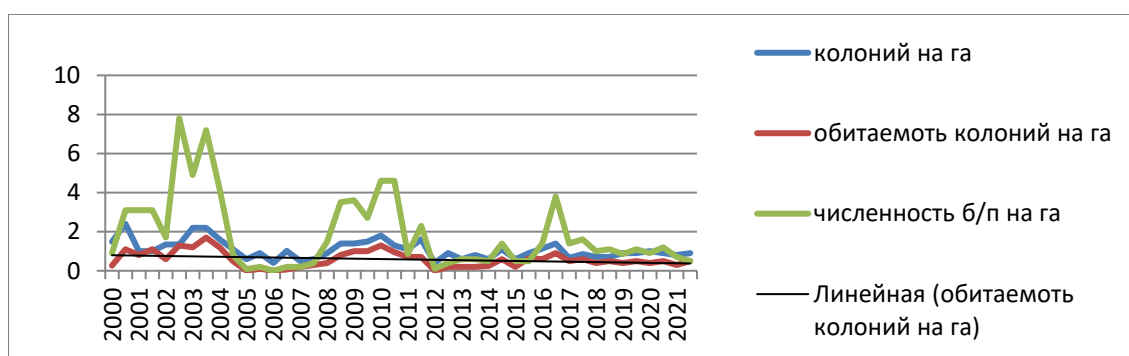
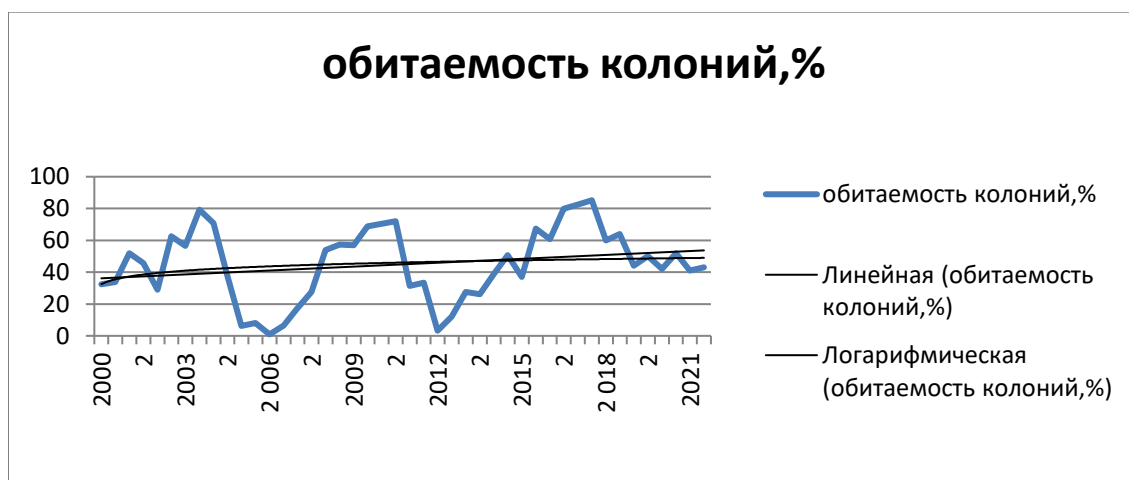
Лабораторные исследования на чуму производились на базе лаборатории особо-опасных инфекций противочумной станции г. Учкудук. Исследования материала проводилось в соответствии с общепринятыми в противочумной службе бактериологическим, микроскопическим, биологическим и серологическим методами.

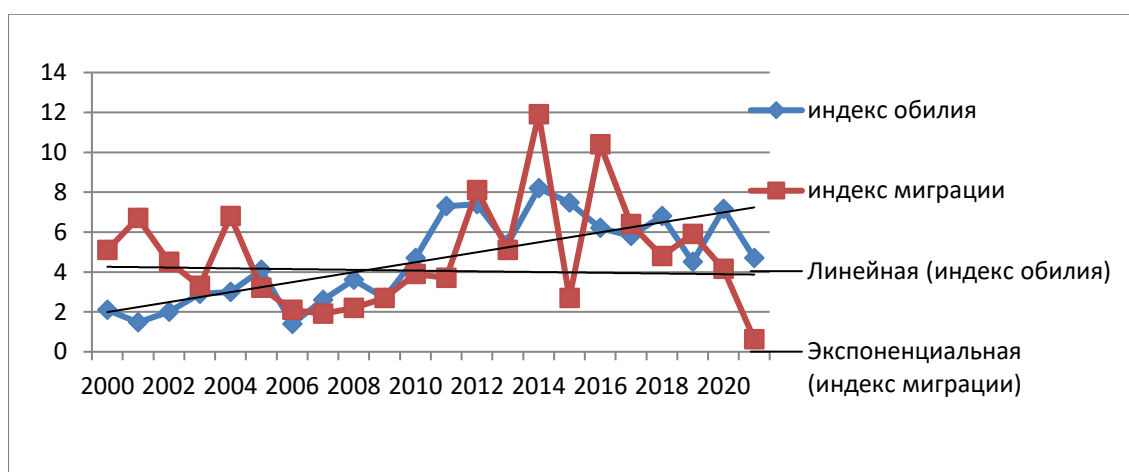
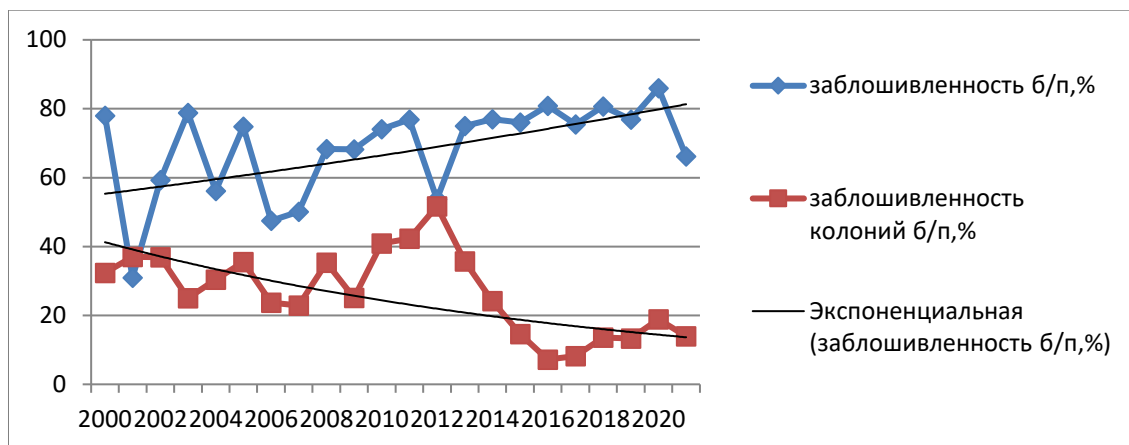
Результаты и обсуждение

В выловах доминировала большая песчанка в 70% случаях, примерные равные доли в пределах от 7% до 9% заняли краснохвостая, полуденная песчанки и желтый суслик. Погодовые средние показатели по гостальному виду и векторности представлены в виде следующих данных. За анализируемый период численность гостального вида - большой песчанки (б/п), на подавляющей части Центральнокызылкумского участка варьировала в пределах от 0,2 до 7,8 зверьков на 1 га, обитаемость колоний же варьировала в пределах от 3,2% до 85,2%. Показатель плотности колоний изменялся от 0,4 до 2,2 колоний на гектар. Блошинный пейзаж как в шерсти грызунов, так и в их норах, в основном, представлен в большинстве блохами рода *Xenopsylla*, менее – *Nosopsylla* и *Coptopsylla*, где соотношение родов в период наблюдений в средних значениях представлено в виде 75%, 17% и 8% соответственно. Доля выявляемости блох рода *Xenopsylla* становится менее выраженной в течении осенних периодов

наблюдений за счет роста численности блох родов *Nosopsylla* и *Coptopsylla*. Заблосивленность основного носителя в среднем за 20 лет колебалась от 31% до 86%, колоний – от 7,2% до 51,7%, индекс обилия в шерсти большой песчанки варьировал в пределах от 2% до 8,2%, индекс миграции составил коридор распределения от 1,9% до 11,9%. Клещи в сборах представлены в основном клещами рода *Hyalomma* - более 85%, менее *Ixodes*, а так же родами *Ornithodoros*, *Halmophsalis* и *Boophilus*.

Данные по динамике численности большой песчанки, колониальной активности грызунов, а так же по динамике численности блох представлены на нижеследующих диаграммах.





Анализируя выше представленные графические характеристики динамики численности популяции большой песчанки и блох, можно сделать следующие выводы: 1) отмечены 3 пика численности основного носителя чумного микроба с 2-х годичной длительностью-2003, 2004, далее 2009, 2010 и 2016, 2017 с интервалом в 6 лет; 2) наличие корреляции между показателями численности большой песчанки и ее эктопаразитов, где факторами снижения показателей являлись не только влияние основного биорегулятора численности грызунов в пустынных стациях – чумного микроба, но и проводимые дератизационные и дезинсекционные мероприятия профилактического и противэпидемического целеполагания; 3) в динамике налицо явление деградации численности основного носителя чумного микроба на фоне параллельно им следующим, но с менее выраженными признаками деградирования, показателями количества колоний и обитаемости колоний на гектар; 4) при, относительно, равномерно растянутых во времени, без негативных признаков, показателях численности эктопаразитов, на фоне сокращения численности грызунов, за счет активизирующихся факторов миграции, отмечается повышение заболеваемости зверьков при снижении заболеваемости же непосредственно мест поселений большой песчанки.

За время обследования вышеупомянутой части территории Кызылкумского очага чумы в эпизоотийном процессе, исходя из количества выделенных культур и серопозитивных находок, участвовали в большинстве большие песчанки, а так же краснохвостая и полуденная песчанки. Положительные результаты были получены и от желтых сусликов и домовых мышей, менее тушканчиковых. Культуры были

выделены и от блох, в нескольких случаях и от клещей, так же положительные серологические результаты были получены и при исследовании погадок.

Положительные результаты серологических исследований по поиску первой фракции чумного микроба представлены в реакциях РПГА и РНАт в титрах от 1:40 до 1:280, по поиску антител в реакции РПГА титры варьировали в значениях от 1:20 до 1:320, в РНАг в титрах от 1:40 до 1:640.

Следует отметить, что в виду отсутствия необходимых диагностикумов и ингредиентов к ним на ПЧС г.Учкудук в 2010-2014 г.г., серологическая диагностика не проводилась. Отсутствие полного серологического обследования затрудняет дать полную и объективную оценку эпизоотической ситуации на подконтрольной по чуме территории, в особенности в центральной части Кызылкумского природного автономного мезоочага чумы, наиболее значимого в эпидемическом отношении и активного очага чумы среди всех природных автономных очагов стран СНГ, где территория с эпидемическими проявлениями занимает 6700 км².

Тем не менее, основываясь на имеющихся результатах всего спектра исследований можно сделать следующие краткие выводы о динамике эпизоотийного процесса: 2000 год-предпосылки к локальной, малоинтенсивной эпизоотии; 2001 год-признаки локальной малоинтенсивной эпизоотии, недавно прошедшей; 2002 год-острая интенсивная эпизоотия в стадии затухания; 2003-отмечен «свежий» контакт с возбудителем, эпизоотия в начальной стадии; 2005 год-остаточные явления острой эпизоотии с вовлечением второстепенных носителей; 2006 год-прошедшая более двух месяцев назад локальная малоинтенсивная эпизоотия; 2007-свидетельства прошедшей в значительный промежуток времени эпизоотии; 2008 год-предполагаются единичные случаи заражения зверьков, фаза затухания вялой малоинтенсивной эпизоотии; 2009 год – локальная, с множеством очагов мелкого ранга, эпизоотия с единичными проявлениями заболеваний среди грызунов более 3-х видов; 2016 год-единичные случаи контакта с возбудителем, наличие локального очага мелкого ранга в стадии начала эпизоотии, малоинтенсивной по характеру; 2019 год-явления следов прошедшей эпизоотии.

По данным Ривкуса Ю.З. (1990г.) В Центральных и Южных Кызылумах эпизоотии чумы носят локальный характер. Численность большой песчанки варьирует от 1 до 20 зв./га. В срединной его части располагается ЛЭР «Центральные Кызылкумы» (индекс-27.11), площадью в 7,3 млн.га, индекс эпизоотичности - 0.24. Типы поселений основного носителя - островной, диффузный, численность основного носителя неустойчива, резко варьирует по годам, основной переносчик - блохи рода *Xenopsylla*, численность переносчика характеризуется как низкая, до 90-180 экз./га.[5].

Анализируя представленные данные последних лет, можно сделать вывод о том, что порог переживания депрессии грызунов, вызванной внутренними механизмами саморегуляции, был пройден в 2016-2017 г.г. Данные минувших 2018-2021 г.г. свидетельствуют о сокращении, в основной период наблюдений, численности как основных, так и второстепенных носителей чумы после появившейся в 2016-2017 г.г. позитивной динамики в отношении как размножения, так и численного состава грызунов. Данные результаты, учитывая имеющиеся универсальные показатели –

удовлетворительная кормовая база в начале года, отсутствие выявления каких-либо явных, имеющих подавляющий масштаб по вовлечению многих видов грызунов, эпизоотий, эпифитотий, связаны с влиянием, в основной своей части, с погодными условиями, а именно со малым количеством или отсутствием осадков в острозависимый период генерации и последующим продолжительным периодом экстремально-повышенных температур воздуха, что, в совокупности, отразилось на всем биогеоценозе с вытекающими негативными последствиями – малый запас свежих кормов, высыхание почвы, снижение численности грызунов и их генеративной составляющей. В 2019-2020 г.г., на фоне благоприятно сложившихся факторов в виде осадков и обильной растительности, вновь, по-видимому, под давлением уже рекордных температур в летний период, популяции, на примере грызунов, опять вовлеклись в период выживания путем регуляции численности и процессов генерации с негативной тенденцией на всей территории Центральных Кызылкумов. Об этом явно свидетельствует наблюдаемое повсеместное снижение и практически уже отсутствие поселений большой песчанки на участках южнее территорий, прилегающих к г.Зарафшан и г.Зафарабад.

В силу влияния именно вышеупомянутых факторов следует отметить и тот факт, что, несмотря на результаты лабораторных исследований, при оценке наиболее предсказуемых в отношении эпизоотий чумы территорий с колониями больших песчанок, явных признаков эпизоотий не отмечено, к примеру таких как «только покинутые колонии (норы)», отсутствие настороженности (здесь отметим, что в большинстве встречались песчанки, которые скрывались в норы без предварительного свистового предупреждения, однако ни макроскопического, бактериологического, ни серологического подтверждения заболевания не было). Если ранее встречались свежие раскопки хищников, то в последний период наблюдений они были единичны и то только в определенных локусах с ранее имеющейся оптимальной численностью – окрестности Мингбулак и г.Учкудук. Практически отсутствие норových блох отмечено в 2019-2021 г.г. повсеместно. Все, в совокупности говорит о том, что природные процессы генерации фауны переживают бескомпромиссный период адаптации к новым создавшимся условиям существования.

В последний период наблюдений численность основного носителя соответствует низкогопороговому значению «невысокой», при средней по значениям обитаемости колоний, с показателем плотности нор на обследованной территории соответствующий определению «низкий». В настоящий момент, с учетом наличия минимально возможной серологической прогностики, недостаточностью обследования большей части песчаных массивов, т.е. недостаточностью полного спектра данных по эпизоотичности ситуации в Центральных Кызылкумах, в т.ч. с учетом наличия ядер сохранения возбудителя чумы и стихийных, предполагающих к развитию эпизоотии среди грызунов, факторов, в совокупности с не непредсказуемыми антропофакторами и все большей антропогенной нагрузкой вторжения в «дикие» ареалы, появление локальных эпизоотий и спорадических эпидемических последствий остается актуальным. Соответственно, резюмируя вышеизложенное, Центрально-Кызылкумский участок в прогностическом отношении мы бы отнесли к ареалу со средним прогностическим потенциалом эпизоотичности по чуме.

Следует отметить, что учитывая спектр подконтрольных ПЧС г. Учкудук секторов обследования, возможен фактор субъективности при оценке подконтрольных территорий.

Кызылкумский природный мезоочаг чумы по данным 2020 года занимает площадь 385000 км², является наиболее значимым в эпидемическом отношении, территория с эпидемическими проявлениями занимает 6700 км²[6].

Установлено, что последние тридцать лет площади пустынных автономных очагов чумы Республики Казахстан увеличились по сравнению с 1990 г. на 79710 км², т.е. на 10 %. Наиболее значительные изменения границ имели место в Кызылкумском, Мойынкумском, Таукумском, Северо-Приаральском, Прибалхашском и Бетпакдалинском пустынных автономных очагах (от 0,07 до 50,0 %).

Отмечено, что увеличение площади Северо-Приаральского и Кызылкумского природных очагов чумы до 46500 км² и 140560 км² соответственно, проходило на фоне регрессии уровня Аральского моря и расширения ареала большой песчанки по мере формирования новой береговой линии[7]. Кроме того, такие эпидемиологические предпосылки, как рост промышленного освоения территорий, высокая интенсивность процессов миграции на Центральнокызылкумской территории, связанных с работой промышленного комплекса НГМК, торговлей, туризма, высокий непосредственный или опосредованный контакт местного и мигрирующего населения с представителями паразитарной системы природного очага чумы, дают реальные основания для возрастания рисков эпидемиологических осложнений и требует постоянного контроля за состоянием эпизоотической активности Центральнокызылкумской территории Республики Узбекистан путем подробного эпизоотологического обследования всей площади очага с применением всего современного спектра лабораторной диагностики.

Литература

1. Планы работы Противочумной станции НГМК г. Учкудук, утвержденными главным санитарным врачом НГМК и согласованными с директором республиканского центра профилактики чумы МЗ РУз.
2. Годовые отчеты работы Противочумной станции НГМК г. Учкудук, утвержденными главным санитарным врачом НГМК и согласованными с директором республиканского центра профилактики чумы МЗ РУз.
3. «Общая инструкция по службе учета и прогноза численности грызунов для Противочумных учреждений», Саратов, 1951 г.
4. «Методическим рекомендациям по фенологическим наблюдениям и фенологическому прогнозу основных переносчиков в Среднеазиатском пустынном очаге чумы», Алма-ата, 1987 г.
5. Ю.З. Ривкус. «Эпидемиология и профилактика чумы», Ашхабад, 1992 г.
6. Н.В. Попов, Г.А. Ерошенко, И.Г. Карнаухов, А.А. Кузнецов, А.Н. Матросов, А.В. Иванова, Е.Г. Оглодин, К.А. Никифоров, В.М. Корзун, Д.Б. Вержуцкий, Е.В. Чипанин, Т.З. Аязбаев, А.К. Джапарова, С.К. Бердиев, А.А. Лопатин, В.М. Дубянский, С.А. Щербакова, С.В. Балахонов, А.Н. Куличенко, В.В. Кутырев. Эпидемиологическая ситуация по чуме в 2020 г. Прогноз эпизоотической активности природных очагов чумы Российской Федерации и других стран СНГ на 2021 г. *Проблемы особо опасных инфекций*. 2021; 1:52–62.
7. З.Ж. Абдел, Т.К. Ерубаев, Г.Ж. Токмурзиева, Б.К. Аймаханов, Ж.С. Далибаев, Р.С. Мусагалиева, З.Б. Жумадилова, В.Г. Мека-меченко, Т.В. Мека-Меченко,

А.М. Матжанова, А.А. Абдрасилова, С.К. Умарова, А.К. Рысбекова, Д.Т. Есимсеит, Б.З. Абделиев, К.К. Коныратбаев, Б.Г. Искаков, Д.Г. Белый, М.К. Ескермесов, М.В. Кулемин, Ж.С. Аскар, Т.Е. Калдыбаев, Р.К. Мухтаров, С.Б. Давлетов, В.В. Сутягин, И.А. Лездиньш. Демаркация границ Центральноазиатского пустынного природного очага чумы Казахстана и мониторинг ареала основного носителя *Rhombomys opimus*. *Проблемы особо опасных инфекций*. 2021; 2:71–78.

COVID -19 – КАК СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

Джафарова Х. Г., Тагиева Ф. Ш.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра эпидемиологии,

khatira.cafarova@mail.ru

flora-tagiyeva@mail.ru

Социально значимые заболевания наносят колоссальный ущерб обществу, обусловленный временной и стойкой потерей трудоспособности, огромными затратами на профилактику, лечение и реабилитацию, преждевременной смертностью. Социально значимые заболевания («социальные болезни») - это болезни, основным признаком и одновременно ключевой проблемой, которых является способность к широкому распространению (массовость). Заболевания данной группы имеют огромное значение для общества, представляют угрозу большому количеству человек.

Стремительное развитие общества, изменение социальной структуры и динамика глобальных социальных процессов отражаются на структуре и динамике показателей заболеваемости и смертности населения.

В числе социально значимых заболеваний в настоящее время COVID-19 является актуальнейшей проблемой всего человечества. Вспышка коронавирусной инфекции COVID-19 (пневмония нового типа) началась в конце декабря 2019 года. У жителей города Ухань провинции Хубэй центрального Китая выявили первые случаи пневмонии неизвестного происхождения. Заболевание было связано с местным рынком животных и морепродуктов. 31 декабря 2019 года. Власти Китая сообщили о вспышке неизвестной пневмонии во Всемирную Организацию Здравоохранения (ВОЗ). 30 января ВОЗ признала вспышку нового коронавируса чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение. 11 февраля 2020 года заболевание получило название новой коронавирусной пневмонии - COVID-19 (официальное название SARS-CoV-2). 11 марта 2020 года считается днем начала пандемии COVID-2019.

Источником инфекции является больной человек, в том числе находящийся в инкубационном периоде заболевания и бессимптомный носитель SARS-CoV-2. Наибольшую опасность для окружающих представляет больной человек в последние два дня инкубационного периода и первые дни болезни.

РНК SARS-CoV-2 обнаруживалась в образцах фекалий больных COVID-19, однако риск инфицирования посредством фекально-орального механизма передачи является низким.

Установлена роль COVID-19 как инфекции, связанной с оказанием медицинской помощи. Медицинские работники подвергаются самому высокому риску инфицирования, поскольку в процессе выполнения профессиональных обязанностей имеют длительный аэрозольный контакт. Риск реализации воздушно-капельного, пылевого и контактно-бытового путей передачи возбудителя повышается в условиях несоблюдения требований санитарно-противоэпидемического режима, правил эпидемиологической безопасности, в том числе использования средств индивидуальной защиты.

В связи с этим одним из факторов риска является занятость в сфере здравоохранения. Кроме того, существует риск формирования эпидемических очагов COVID-19 в организованных коллективах и коллективах организаций закрытого типа при несоблюдении мер профилактики инфекции. Поэтому новая коронавирусная инфекция, вызванная SARS-CoV-2, включена в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, или социально значимым болезням.

Как известно, входные ворота возбудителя - эпителий верхних дыхательных путей и эпителиоциты желудка и кишечника. Передача инфекции осуществляется воздушно-капельным, воздушно-пылевым и контактно-бытовым путями. Ведущим путем передачи SARS-CoV-2 является воздушно-капельный, который реализуется при кашле, чихании и разговоре на близком (менее 2 метров) расстоянии. Возможен контактно-бытовой путь передачи, который реализуется во время рукопожатий и при других видах непосредственного контакта с инфицированным человеком, а также через поверхности и предметы, контаминированные вирусом.

Коронавирусная инфекция COVID-19 воздействует на различные группы людей в разной степени. У большинства инфицированных болезнь протекает в легкой или средней форме тяжести, и им не требуется госпитализации. Часто наблюдаемые симптомы: повышение температуры, кашель, утомляемость, потеря обоняния и вкусовых ощущений. У некоторых инфицированных могут также наблюдаться: боль в горле, головная боль, различные другие болевые ощущения, диарея, сыпь на коже или изменение цвета кожи на пальцах рук или ног, покраснение или раздражение глаз.

Симптомы тяжелой формы заболевания: затрудненное дыхание или одышка, нарушение речи или двигательных функций или спутанность сознания, боль в грудной клетке.

Мировое сообщество, в том числе богатые страны, оказалось не готово к таким темпам и масштабам распространения пандемии COVID-19. Она имела особенно тяжелые последствия для уязвимых групп населения и усугубила существующие проявления неравенства.

Пандемия новой коронавирусной инфекции началась еще в 2020 году, однако до сих пор не оставляет человечество в покое. Вирус распространяется волнами: это происходит из-за постоянных мутаций его структуры. Количество вариантов SARS-CoV-2 в настоящее время превышает 1000 различных генетических линий.

Среди многочисленных штаммов коронавируса в настоящее время широко распространяется штамм COVID-19 "омикрон". Штамм коронавируса COVID-19 "омикрон" был выявлен в ноябре 2021 года на юге Африки. Считается, что он вызывает заметно меньше тяжелых последствий при заражении, нежели его

"предшественники". В то же время, он превосходит их по скорости распространения. Омикрон-штамм не проникает в легкие и остается в верхних дыхательных путях. По этой причине он проявляется через осиплость голоса, насморк, высокую температуру, заложенность носа и повышение пульса. В ВОЗ ранее сообщали, что количество случаев "омикрона" в мире удваивается каждые 1,5-3 дня.

Пандемия COVID-19 уже унесла жизни 6 миллионов человек на планете и вирус продолжает активно циркулировать во всех регионах мира. Вакцины, одобренные ВОЗ (Pfizer–BioNTech (BNT162b2, Johnson&Johnson; AstraZeneca; Sinopharm; Covishield; Sinovac и др.) - самый важный инструмент, позволяющий положить конец пандемии, защитить жизнь и экономическое благополучие людей. В странах с высоким уровнем дохода количество введенных доз на душу населения в 61 раз выше, чем в странах с низким уровнем дохода. Чем дольше сохраняется несправедливый дисбаланс в обеспечении вакцинами, тем интенсивнее будет циркулировать и эволюционировать вирус и тем дольше будут длиться социальные и экономические потрясения.

Поэтому медицинская помощь, предоставляемая гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, включает медицинские услуги диагностики, лечения, динамического наблюдения за этими болезнями.

Литература:

1. Баянова Т. А., Ботвинкин А. Д., Куприянова Н. Ю. Социально значимые заболевания. Эпидемиология и профилактика инфекционных заболеваний: туберкулез, ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты В, С. Учебное пособие для студентов. Иркутск: ИГМУ, 2015.
2. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» 15-я версия от 02.02.2022, Россия.
3. Информационные бюллетени ВОЗ
4. [Koronavirus.info.az](https://www.koronavirus.info.az)

ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КИШЕЧНЫХ ПАРАЗИТОЗОВ СРЕДИ ДЕТЕЙ

Халафли Х. Н.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра Эпидемиология,
Азербайджан

Распространение кишечных паразитозов (КП) зависит от целого комплекса социальных и эпидемиологических факторов. Поэтому, выявление и достоверная оценка этих факторов играют исключительно важное значение не только в снижении заболеваемости КП и их профилактики, но и в организации целенаправленной и эффективной медицинской помощи детям. Наряду с клинико-организационными исследованиями очень важно и выявление

социально-эпидемиологических закономерностей распространения КП среди детей [1, 2, 3, 4].

Проведенные исследования позволили выявить важный фактор, создающий условия для развития КП – это поведенческие особенности детей. В частности, среди детей достаточно широко распространены разные вредные привычки, оказывающие негативное воздействие на детский организм, но их частота больше среди детей с КП, нежели среди детей без КП. Выявлены 8 наиболее часто встречающихся среди детей вредных привычек. По итоговым данным среди детей с КП превалируют такие вредные привычки, как жевание твердых предметов (кончиков карандашей и ручек и прочее) и покусывание ногтей, выявляемость которых составляет соответственно $30,6 \pm 1,6$ и $30,9 \pm 1,6\%$ ($t=0,13$; $p>0,05$). Выявляемость остальных вредных привычек, достоверно ниже ($t=4,84$; $p<0,001$) и варьирует в пределах от $16,6 \pm 1,3$ до $20,3 \pm 1,4\%$ ($t=1,94$; $p>0,05$). В таких же пределах, как среди детей с КП варьирует выявляемость вредных привычек среди детей без КП – от $9,3 \pm 1,2$ до $17,7 \pm 1,6\%$ ($t=4,20$; $p<0,001$). Т.е. этиологическая зависимость вредных привычек не столь велика, но их выявляемость среди детей, у которых в период проведения работы КП отсутствовали, могут привести к развитию этих КП в последующих периодах жизни. Проведение проспективного обследования детей позволило выявить этиологическую значимость ряда поведенческих факторов в развитии КП. Чем выше активность (интенсивность) выявленных поведенческих факторов, тем выше риск развития среди детей КП. В последние годы все чаще подчеркивается значимость поведенческих факторов в широкой распространенности КП среди детей, что нашло свое убедительное подтверждение в наших исследованиях. Комплексная оценка большого числа публикаций по КП позволяет их считать социально зависимой патологией детей, в основе распространенности которой лежат социально-эпидемиологические предпосылки. Проведение проспективного обследования детей позволило выявить ряд подобных предпосылок, представляющих научно-практический интерес как для эффективной организации квалифицированной помощи детям и их лечения, так и осуществления комплекса мер по профилактике КП.

Особенности среды обитания человека, выражающиеся многочисленными компонентами экологических, стрессовых, шумовых, пищевых и прочими негативными экзоферментами, оказывает воздействие на организм, служит пусковым механизмом развития разнообразных его патологических состояний. В последние годы г.Баку, превратился в интенсивно развивающийся мегаполис, который состоит из гиперурбанизированного центра и поселок городского и сельского типов. Поэтому изучение в подобных условиях влияния среды обитания на развитие КП ответило на ряд вопросов. С этой целью мы разделили г.Баку на 5 территориальных участков – центр, окружение центра, окраины, городские и сельские поселки и распредели наблюдаемых групп детей по этим участкам. Приуроченность уровня заболеваемости городских детей КП к различным территориям города оказалось сильно выраженной. По обобщенным данным, наиболее часто дети с КП проживают в центре и окружающих его участках – соответственно $34,1 \pm 1,7$ и $31,4 \pm 1,6\%$ случаев ($t=1,16$; $p>0,05$). Частота КП среди детей, проживающих по периметру города (окраины), снижается до

21,1±1,4% случаев ($t=4,84$; $p<0,001$). Наименьшая же частота КП приходится на детей, проживающих в городских – 7,7±0,9% ($t=8,07$; $p<0,001$) и сельских поселках – 5,8±0,8% случаев ($t=1,58$; $p>0,05$). В то же время, среди детей без КП какой-либо приуроченности по месту жительства не выявлено, их удельные веса на разных территориях города примерно одинаковые и варьируют в пределах от 16,3±1,5 до 22,4±1,7% случаев ($t=2,69$; $p<0,01$). Расширение исследований по КП выявляет все новые факты их социально-эпидемиологической обусловленности. Сообщается, что КП чаще выявляются среди бедных слоев населения и проживающих в неудовлетворительных жилищных условиях, в разных этнических группах, использующих не качественную питьевую воду и т.д. Вполне понятно, что материальное положение не может оказать прямого воздействия на распространенность КП, его воздействие осуществляется рядом известных факторов. Среди них можно отметить следующие. Недостаток материальных средств в семье приводит к обеднению рациона питания детей, калорийность пищи недостаточная, она бедна витаминами и минералами, а они основные структурные компоненты, необходимые для развития детского организма. В подобных семьях очень высока психо-эмоциональная напряженность, что также может стимулировать развитие КП. Видимо, сказанное является причиной того, что показатель неблагоприятного материального положения в семьях выше среди детей с КП, нежели среди детей без КП – соответственно 28,4±1,6 и 18,7±1,6% ($t=4,29$; $p<0,001$). Тогда как показатель благополучного материального положения в семьях ниже среди первых и выше среди вторых детей – 16,8±1,3 и 27,7±1,9% ($t=4,74$; $p<0,001$). Дети с КП более подвержены различной заболеваемости, нежели дети без КП. В частности, за последние 2 года, в общей сложности среди первых было зарегистрировано 78,2±1,5% случаев заболеваемости. Среди детей общая заболеваемость составляет в среднем 36,4±2,0% случаев ($t=16,72$; $p<0,001$). Суммарно, на каждого ребенка с КП пришлось в среднем 0,78±0,11 случаев заболеваемости, по поводу которой отмечено 2,82±0,07 случаев пропусков занятий в школе. Среди детей без КП эти показатели составили 0,36±0,07 ($t=3,23$; $p<0,01$) и 2,04±0,04 случаев ($t=9,63$; $p<0,001$).

Полученные результаты убеждают нас о наличии выраженной территориальной приуроченности КП среди детского населения г.Баку. Объяснить столь выраженную территориальную приуроченность КП среди городских детей можно следующим образом. Центр города и прилегающие к нему участки наиболее интенсивно заселены жителями и «напичканы» многочисленными детскими развлекательными центрами, торговыми предприятиями, детскими дошкольными учреждениями и прочими объектами городской инфраструктуры. Высокая интенсивность автомобильного движения, постоянные автомобильные «пробки», сильная загазованность атмосферного воздуха, круглосуточный сверхнормативный шум, затрудненное пешеходное движение и многое другое оказывают на здоровье детей отягщающее действие и прежде всего на психо-эмоциональное состояние. А, как известно, постоянные стрессовые нагрузки могут создать условия для снижения иммунорезистентности детского организма и, в конечном счете, развития КП. В общей сложности на этих участках проживают 522 из 797 детей с КП (65,5±1,7%) и всего 237 из 571 ребенка без КП (41,5±2,1%;

$t=8,89$; $p<0,001$). Периметр города и особенно поселки более разгружены от перечисленных проявлений процесса гиперурбанизации и, как следствие этого, проживающие на их территориях дети менее подвержены риску развития КП. Проведенные исследования убедительно показали, что неблагоприятное материальное положение семей, как правило, совпадает с неудовлетворительными их жилищными условиями. Поэтому эти два фактора оказывают комплексное негативное воздействие на компоненты здоровья. Не случайно, дети с КП чаще выявляются в семьях с неудовлетворительными жилищными условиями, чем дети без КП $35,9\pm1,7$ и $28,2\pm1,9\%$ ($t=3,02$; $p<0,01$). И наоборот, их число меньше, по сравнению со вторыми, в семьях, проживающих в благоприятных жилищных условиях - $14,2\pm1,2$ и $21,4\pm1,7\%$ ($t=3,46$; $p<0,001$).

ЛИТЕРАТУРА:

1. Давыдова И.В. Гельминтозы, регистрируемые на территории Российской Федерации: эпидемиологическая ситуация, особенности биологии паразитов, патогенез клиника, диагностика, этиотропная терапия // Consilium medicum. Гастроэнтерология, 2017.-N 8.- с.32-40
2. Шкарин В.В., Благоданова А.С., Саперкин Н.В. Особенности эпидемиологии протозоозов при сочетанности с инфекционными болезнями и гельминтозами // Инфекционные болезни. Новости. Лечение. Обучение, 2017.N 5.- с.39-49.
3. WHO . Eliminating soil-transmitted helminthiases as a public health problem in children: progress report 2001–2010 and strategic plan 2011–2020 // Geneva: WHO; 2012, p.88-94
4. Ayeh-Kumi P..F, Addo-Osafo K., Attah S.K. Malaria, helminths and malnutrition: a cross-sectional survey of school children in the South-Tongu district of Ghana // BMC Res Notes 2016; 9, p.242-246.

НЕИНФЕКЦИОННЫЕ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Джафарова Х. Г., Тагиева Ф. Ш., Векилов В. Н.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра эпидемиологии,

flora-tagiyeva@mail.ru

khatira.cafarova@mail.ru

Стремительное развитие общества, изменение социальной структуры и динамика глобальных социальных процессов отражаются на структуре и динамике показателей заболеваемости и смертности населения.

Заболевания, оказывающие наиболее существенное влияние на показатели заболеваемости и смертности населения и их ежегодный прирост, приводящие к стойкой или длительной утрате трудоспособности, объединены в группу, обозначаемую понятием «социально значимые заболевания».

К данной группе относят болезни разной этиологии - как неинфекционной, так и инфекционной. К группе социально значимых заболеваний относят следующие неинфекционные заболевания: болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, злокачественные новообразования, сахарный диабет, психические расстройства и расстройства поведения.

Согласно международной статистике на долю неинфекционных заболеваний пришлось 81% всех случаев смерти. Их ведущими причинами были хроническая обструктивная болезнь легких (450 000 умерших), среди сердечно-сосудистых заболеваний множество тех, что угрожают не только здоровью, но и жизни, такие как ишемическая болезнь сердца, инфаркт (350 000 умерших), гипертония, болезнь сосудов головного мозга - инсульт (400 000 умерших).

Гипертония - или повышенное кровяное давление серьезное патологическое состояние, значительно повышающее риск развития заболеваний сердечно-сосудистой системы, головного мозга, почек и других болезней. Согласно оценкам, гипертониками являются 1,28 миллиарда взрослых в возрасте 30–79 лет во всем мире, из них большинство (2/3) живет в странах с низким и средним уровнем дохода. 46% взрослых с гипертонией не подозревают о наличии у себя заболевания. Менее половины (42%) взрослых пациентов, страдающих гипертонией, диагностируются и проходят лечение. Примерно каждый пятый (21%) взрослый гипертоник контролирует заболевание.

Гипертония - одна из ведущих причин смертности во всем мире. ВОЗ оказывает странам поддержку в снижении распространенности гипертонии как проблемы общественного здравоохранения. Сокращение распространенности гипертонии на 33% в период с 2010 по 2030 г. входит в число глобальных целей в области борьбы с неинфекционными заболеваниями.

На развитие сердечно-сосудистых заболеваний оказывают влияние следующие факторы риска: биологические (генетическая - наследственная предрасположенность, сопутствующие заболевания -дислипидемия, артериальная гипертензия, гипергликемия и сахарный диабет, ожирение), психологические (стрессы, депрессии), социальные (уровень жизни, образ жизни, условия труда и быта), поведенческие (неправильное питание, гиподинамия, употребление табака и алкоголя). Ответственное отношение к своему здоровью поможет раннее выявление первых признаков заболевания. Здоровый образ жизни в сочетании с профилактическими мероприятиями позволят предотвратить развитие сердечно-сосудистых заболеваний.

Психические расстройства. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) вместо терминов «психическое заболевание», «психическая болезнь» употребляется термин «психическое расстройство». По данным ВОЗ каждый четвёртый-пятый человек в мире страдает тем или иным психическим или поведенческим расстройством. В целом для них характерно сочетание аномальных мыслей, представлений, эмоций, поведенческих реакций и отношений с окружающими.

К психическим расстройствам относят депрессию, биполярное аффективное расстройство, шизофрению и другие психозы, деменцию, умственную отсталость и расстройства развития, включая аутизм.

Мировое сообщество не справляется с проблемой деменции. По данным Доклада ВОЗ о состоянии мер общественного здравоохранения по борьбе с деменцией в мире, лишь четверть стран мира имеют национальную политику, стратегию или план по поддержке людей с деменцией и членов их семей. Половина из этих стран расположена в Европейском регионе ВОЗ, а остальные страны – в других регионах. ВОЗ отмечает рост числа людей, живущих с деменцией: по

оценкам ВОЗ во всем мире насчитывается около 50 миллионов людей с деменцией (8,1% женщин и 5,4% мужчин в возрасте старше 65 лет) и ежегодно происходит почти 10 миллионов новых случаев заболевания. Ожидается, что к 2030 г. этот показатель вырастет до 78 миллионов, а к 2050 г. – до 139 миллионов.

Деменция (лат. dementia - безумие) - одна из разновидностей слабоумия, наиболее часто возникающая у пожилых людей, может быть вызвана самыми различными заболеваниями и поражениями головного мозга, в частности болезнью Альцгеймера, которая является наиболее распространенной причиной деменции – на нее приходится 60-70% всех случаев или инсультом. Деменция – это заболевание, в процессе которого нарушаются когнитивные (способность мыслить) способности больного. Деменция вызывает постепенное ухудшение памяти, умственных способностей, ориентироваться во времени и в пространстве, а также способности узнавать людей и предметы. Деменция – одна из основных причин инвалидности и зависимости среди пожилых людей во всем мире.

Деменция оказывает физическое, психологическое, социальное и экономическое воздействие не только на страдающих ею людей, но и на людей, осуществляющих уход за ними, на семью и общество в целом. На расходы в связи с инвалидностью, вызванной деменцией, приходится существенная часть экономического бремени этого синдрома. В 2019 г. деменция, согласно расчетам, обошлась мировой экономике в 1,3 трлн. долл. США. К 2030 г. эта сумма, как ожидается, увеличится до 1,7 трлн. долл. США, а с поправкой на рост расходов на оказание помощи – до 2,8 трлн. долл. США.

Злокачественные новообразования или злокачественные опухоли. Рак - одна из ведущих причин смерти в мире, которая в 2020 г. унесла жизни почти 10 млн. человек. В 2020 г. наиболее распространенными видами рака были: рак молочной железы (2,26 млн. случаев); рак легких (2,21 млн. случаев); толстой и прямой кишки (1,93 млн. случаев); рак предстательной железы (1,41 млн. случаев); рак кожи (немеланомный) (1,20 млн. случаев); рак желудка (1,09 млн. случаев).

Наиболее распространенными причинами смерти от онкологических заболеваний в 2020 г. были: рак легких (1,8 млн. случаев смерти); рак толстой и прямой кишки (916 000 случаев смерти); рак печени (830 000 случаев смерти); рак желудка (769 000 случаев смерти); рак молочной железы (685 000 случаев смерти).

Ежегодно рак развивается примерно у 400 000 детей. Распространенность различных видов рака варьируется в зависимости от страны. Рак шейки матки является наиболее распространенным в 23 странах.

По прогнозам, к 2030 году число новых случаев онкологических заболеваний увеличится до 26,4 млн. в год, а число летальных исходов до 17 млн. Эпидемиологическая ситуация по онкологическим заболеваниям остается неблагоприятной во всем мире. Проведенный анализ заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований в различных странах показал, что для снижения смертности необходим скрининг и раннее выявление, а также своевременное и эффективное лечение. Проблема онкологической заболеваемости имеет огромное медико-социальное значение, т.к. именно онкологическую заболеваемость и смертность населения считают «индикатором» благополучия обстановки в городах. Это связано с экономическими потерями вследствие преждевременной смертности и инвалидизации трудоспособного населения,

низкой выявляемостью злокачественных образований на ранних стадиях, так как начальный процесс онкообразования протекает малосимптомно, высокая стоимость лечения и длительная трудная реабилитация также влечет за собой экономические потери.

Производственные травмы стали причиной 19% случаев смерти (360 000 умерших). Заболевания и травмы, связанные с трудовой деятельностью, создают нагрузку на системы здравоохранения, снижают производительность труда и могут иметь катастрофические последствия для экономического благополучия населения. Необходимо создание более здоровых, безопасных, стабильных и социально справедливых условий труда, прежде всего за счет укрепления здоровья на рабочем месте и развития служб охраны труда.

Таким образом, в настоящее время неинфекционные болезни являются наиболее распространенными социально значимыми болезнями. В связи с этим ВОЗ руководствуясь интересами благополучия всех людей и опираясь на достижения науки, направляет и поддерживает усилия мирового сообщества, призванные дать каждому человеку, где бы он ни находился, равные шансы на безопасную и здоровую жизнь.

Литература:

1. Информационные бюллетени ВОЗ.
2. Кнышова Л.П. Злокачественные новообразования как медико – социальная проблема // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 5-4. – С. 671-672;
3. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. Инфекционные болезни и эпидемиология: Учебник. 2-е изд. М.:ГЭОТАР-Мед, 2004, 816 с.
4. Резолюции ВОЗ.
5. Социальная проблема // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 5-4. – С. 671-672.

ЎЗБЕКИСТОНДА COVID-19 ГА ҚАРШИ ҚЎЛЛАНИЛАЁТГАН МАХСУС ПРОФИЛАКТИК ЧОРА-ТАДБИРЛАРИ

Ёдгоров Ў. А., Рахимбердиев Б. Э., Турсунова Д. А.

Ўзбекистон Республикаси Санитария-эпидемиологик осойишталик ва жамоат
саломатлиги хизмати бошқармаси
Зангиота юкумли касалликлар шифохонаси
Тошкент, Ўзбекистон

Калит сўзлар: коронавирус, SARS-CoV-2, COVID-19, пандемия, вакциналар, эмлаш, профилактика, касаллик.

Мақолада Ўзбекистон Республикасида қўлланилган вакциналардан кейинги COVID-19 билан касалланиш ҳолатлари Зангиота 1-2 юкумли касалликлар касалхонасида даволанган беморлар мисолида таҳлил қилинган.

Муаммонинг долзарблиги. Табиатда ва жамиятда янги-янги вирусларнинг пайдо бўлиши, одамлар орасида тарқалиши ва касаллик чақириши бу табиий ҳолатдир. COVID-19 инфекцияси пандемиясининг тарқалиши ҳам янги вирусларни

пайдо бўлиши билан боғлиқ бўлиб инсоният тарихида халқаро аҳамиятга эга бўлган ўта хавфли фавқуллодда вазият сифатида тан олинди.

COVID-19 касаллигини дори-дармонлар ёрдамида даволаш ҳам катта самара бермайди, шундай экан, унинг олдини олиш ва касалликдан сақланишнинг самарали усули бу вакцинация.

Тадқиқот мақсади. Ўзбекистонда Республикасида эмланган бўлишига қарамасдан COVID-19 билан касалланиш ҳолатлари ва касалликни кечишини ўрганиш.

Тадқиқотнинг объекти. Зангиота юқумли касалликлар шифохонасида 2021 йилнинг июн ойидан декабр ойига қадар етти ой давомида COVID-19 га қарши вакцина олганлар орасида коронавирус инфекцияси билан касалланиш 753 нафар шахсда қайд этилган.

Касалланганларнинг ойлар бўйича тахлили 2021 йил июн ойида 48 нафар, июл ойида 46 нафар, август ойида 83 нафар, сентябр ойида 164 нафар, октябр ойида 236 нафар, ноябр ойида 93 нафар, декабр ойида 83 нафарни, жами 753 нафарни ташкил этди.

Вакцина олганлар орасида касалланиш ҳолатларини ўрганишда 3 та турдаги (ZF-UZ-VAC 2001, AstraZeneca ва Moderna) вакциналар танлаб олинди. Шунингдек, Зангиота туманидаги юқумли касалликлар шифохонаси мисолида илмий тадқиқот ишлари ўтказилди.

Республикада вакцинациядан сўнг ҳам коронавирус инфекцияси билан касалланишни вакцина тури, касалланган вақти ва кечишига кўра қуйидагилар аниқланди.

Зангиота юқумли касалликлар шифохонасида 2021 йилнинг июн ойидан декабр ойига қадар етти ой давомида вакцина олганлар орасида коронавирус инфекцияси билан касалланиш ҳолатларининг қайд этилиши.

Жадвал 1

Вакцина номи	Касалланганлар сони	Касалланган вақти			Касалликнинг кечиши		
		1 дозадан сўнг	2 дозадан сўнг	3 дозадан сўнг (ZF-UZ-VAC 2001)	қоникарли	ўрта оғир	оғир
ZF-UZ-VAC 2001	653	274	174	127	12	567	72
AstraZeneca	29	14	15	0	2	26	4
Moderna	71	51	20	0	1	63	6
Жами	753	339	209	127	15	656	82

Улардан ZF-UZ-VAC 2001 вакцинаси билан 653 нафар (86,7%), AstraZeneca 29 нафар (6,5%), Moderna 71 нафар (6,8%), шахсда касалланиш кузатилган. Шундан 15 нафар шахснинг ахволи қоникарли, 656 нафарида ўртача оғирликда, 82 нафари оғир ахволда даволанган. Зангиота юқумли касалликлар шифохонасида беморлар асосан ўрта оғир ва оғир ҳолатларда ётқизилган.

Тадқиқот натижалари. COVID-19 га қарши вакцина олган шахсларни коронавирус инфекцияси билан касалланиб Зангиота юқумли касалликлар шифохонасида даволанган беморларнинг умумий сони 753 нафарини ташкил этган. Биринчи дозадан кейин 339 нафар, 2 дозадан кейин 209 нафар, ZF-UZ-VAC 2001 вакцинасининг учинчи дозасидан кейин 127 нафар беморлар даволанган. Касалланиш вақтига ва вакцина турига кўра биринчи дозадан кейин ZF-UZ-VAC 2001 – 274 нафар, AstraZeneca – 14 нафар, Moderna – 51 нафар бемор даволанган. Иккинчи дозадан кейин ZF-UZ-VAC 2001 - 174 нафар, AstraZeneca – 15 нафар, Moderna – 20 нафар бемор даволанган. ZF-UZ-VAC 2001 вакцинасининг учинчи дозасидан кейин 127 нафар бемор даволанган.

Вакцина олган шахсларда IgG микдорининг ўзгариши деярли бир хил кечганлиги сабабли касалликнинг кечиши деярли ҳамма вакциналарда қониқарли бўлган, ўртача оғирликда 656 нафар бемор, оғир ҳолатда 82 нафар бемор даволанган.

ХУЛОСА.

Республикада 2021 йилнинг июн ойидан декабр ойигача 7 ой давомида COVID-19га қарши олиб борилган эмлаш тадбирлари натижасида касаллик кўрсаткичини камайиши кузатилди.

Ўтказилган таҳлиллар натижалари шуни кўрсатадики вакцинация организмда стабил ҳолдаги иммунитетни сақлаб туради. Вакцина олган шахсларда касалликнинг кечиши деярли барча вакциналардан кейин енгил ва деярли ўртача оғирликда ҳолатда эканлиги қайд қилинди. Шу билан бирга, вакцина олган шахсларда касалликнинг асоратлари кам кузатилди. Касалликни кечишида вакцина олган беморларнинг аҳволи деярли 73,5 фоизи қониқарли, 23,0 фоизида ўртача оғир, 3,5 фоизида оғир даражада кечган. Илмий тадқиқот ишлари ва ўрганишлар давом эттирилмоқда.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ КОЛИЧЕСТВОМ ЭОЗИНОФИЛОВ И IgE К АСКАРИДАМ У ЛИЦ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ.

Ибрагимов Ш.Р.

Азербайджанский медицинский университет, кафедра
оториноларингологии, г. Баку,

Аллергический ринит (АР) представляет собой хроническое воспалительное заболевание, вызванное IgE-опосредованной реакцией и клинически идентифицированное по наличию ряда симптомов: выделения из носа, зуд, чихание и заложенность носа. АР – это повсеместно распространенное заболевание, которое поражает около 20% населения и может быть вызвано сезонными или многолетними аллергенами. Симптомы сезонного АР, появляющиеся весной, летом и ранней осенью, могут быть вызваны аллергической чувствительностью к пыльце травы, деревьев и сорняков или к спорам плесени. Многолетние больные АР круглогодично испытывают симптомы, вызываемые пылевыми клещами, шерстью или перхотью домашних животных, тараканами, плесенью. Патогенез АР включает в себя несколько типов эффекторных клеток, цитокинов и биоактивных

медиаторов, способствующих воспалительному процессу, что приводит к двухфазной воспалительной реакции, которая клинически характеризуется как симптомы немедленной (ранней) и поздней фазы. У пациентов, генетически предрасположенных к развитию АР, вырабатывается специфический иммуноглобулин Е (IgE) к аллергену (например, пыльце травы), который связывается с IgE-рецепторами на тучных клетках и базофилах.

Работа выполнялась в 2017–2019 гг. в рамках научной программы кафедры оториноларингологии Азербайджанского медицинского университета (АМУ; г. Баку, Азербайджан). Исследование было проведено с использованием проспективного метода на базе кафедры оториноларингологии АМУ и учебно-хирургического корпуса АМУ. Было проведено перекрестное исследование у 64 подростков в возрасте от 12 до 17 лет с АР.

У пациентов измеряли в крови общий сывороточный IgE, IgE к аскаридам и количество эозинофилов. Статистическую обработку результатов проводили с помощью методов вариационной статистики.

С целью выявления особенностей течения и исходов заболевания АР мы провели анализ заболеваемости у 64 пациентов с АР. Все лабораторные исследования проводили в динамике до и после проведенного лечения. Контрольную группу составили 25 практически здоровых детей (12 девочек $[48,0 \pm 9,8\%]$ и 13 мальчиков $[52,0 \pm 9,8\%]$) идентичных по возрасту пациентам основной группы. В основную (исследуемую) группу вошли 22 девочки $(34,4 \pm 5,9\%)$ и 42 мальчика $(65,6 \pm 5,9\%)$. Проведенными исследованиями установлено, что средний уровень IgE в крови составлял 660 $(243,5–1500)$ МЕ/мл, а количество эозинофилов соответствовало 510 $(284–811)$ кл/мм³. IgE к аскаридам был положительным у 48 $(75,0 \pm 5,4\%)$ подростков. Коэффициенты корреляции были следующими: 0,36 $(p=0,001)$ между общим уровнем IgE и количеством эозинофилов; 0,54 $(p<0,001)$ между общим уровнем IgE и IgE к аскаридам; 0,28 $(p=0,01)$ между количеством эозинофилов и IgE к аскаридам. Окончательная модель множественной линейной регрессии показала, что IgE к аскаридам способствовал повышению общего уровня сывороточного IgE с коэффициентом детерминации 0,25 $(F=12,35; p<0,001)$. Этот эффект возникал независимо от количества эозинофилов и наличия кишечных гельминтозных инвазий.

ХАРАКТЕР ИНФИЦИРОВАНИЯ ПАТОГЕННЫМИ ГРИБАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ГРИБКОВЫМ КОНЬЮНКТИВИТОМ ГЛАЗ

Искендерли В.Б.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра офтальмологии, Баку

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.

Грибковые конъюнктивиты являются большой группой микозов конъюнктивы, вызываемые множественными представителями патогенных грибов, обитающих в конъюнктивальном мешке, на веках, слезных путях или внедряющиеся извне в слизистую оболочку глаза. При глазной патологии в офтальмологии грибковыми конъюнктивитами часто встречаются совместно с кератитами и блефаритами грибковой этиологии.

Под нашим наблюдением в период 2015 -2017 годы находилось 74 пациента в возрасте от 5 лет до 55 лет с грибковыми конъюнктивитами глаз. Из них лиц мужского пола было 34 ($45,9 \pm 5,8\%$) человек и женского- 40 ($54,1 \pm 5,8\%$) человек. В контрольную группу были включены 50 человек офтальмологически и соматически здоровых, в возрастных группах аналогичными лицам с грибковыми конъюнктивитами глаз.

В исследование не включались: больные с заболеваниями нервной системы, хроническими заболеваниями внутренних органов, инфекциями урогенитального тракта, аллергодерматозами в стадии обострения, а также лица моложе 5 лет и старше 55 лет.

Анализ представленных данных 74 случаев грибковых конъюнктивитов глаз показал, что у пациентов при этой форме заболевания 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).

О РОЛИ ЛЯМБЛИОЗА В РЕПРОДУКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ У БЕРЕМЕННЫХ В Г.БАКУ

Гасимова Г. М.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра акушерства и

Наличие инвазии лямблиями у беременной зачастую приводит к замедленному развитию плода и имеет негативное влияние на постнатальное развитие в дальнейшем новорожденных. Отмечается, особенно в последние годы, тенденция к увеличению числа случаев лямблиоза в странах Африки, Азии, Латинской Америки. В этих странах отмечается ежегодное поражение лямблиозом около 200 млн человек.

На основании разработанных нами клинико-лабораторных данных, за период с 2015 по 2017 год было обследовано 137 беременных в возрастной группе от 18 до 45 лет (средний возраст $28,42 \pm 4,8$) инвазированных лямблиями, в сроке 16-40 недель беременности. В качестве группы контроля было взято 45 беременных женщин в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст $25,42 \pm 0,8$) без наличия протозойной инвазии и клинических проявлений в анамнезе. В зависимости от характера течения беременности при разных клинических формах лямблиоза беременные основной группы были разделены на следующие группы: 1-я основная группа – 56 женщин ($40,9 \pm 4,2\%$), беременность которых протекала на фоне первичной инвазии лямблиями (острый лямблиоз) и закончилась рождением живых детей; 2-я основная группа – 81 женщин ($59,1 \pm 4,2\%$), беременность которых осложнилась затяжным рецидивирующим течением (хронический лямблиоз) и закончилась рождением живых детей.

На основании данных паразитологического обследования и анкетирования женщин и данных анализа их амбулаторных карт в медицинских учреждениях установлено, что лямблиозу присуща своеобразная специфичная клиническая картина. Из патологических состояний превалировала угроза прерывания беременности (от $28,6 \pm 6,1\%$ до $32,1 \pm 5,2\%$), манифестировавшая в большинстве случаев болевым синдромом, кровянистыми выделениями из половых путей и локальным гипертонусом матки. Частота раннего гестоза была существенно выше при беременности, осложнившейся хронической формой инвазии ($38,3 \pm 5,4\%$, $p=0,01$), удельный вес анемии обнаруживал тенденцию к повышению в этой же группе ($p=0,01$). Острую респираторную вирусную инфекцию в первом триместре перенесли от $17,7 \pm 5,7\%$ до $39,3 \pm 6,5\%$ обследованных женщин, межгрупповых различий в зависимости от исхода беременности не выявлено.

Наиболее частым клиническим симптомом инвазии как среди беременных 1 основной группы, так и среди беременных 2 основной группы являются по нисходящей диарея – $76,9 \pm 5,6\%$, жидкий частый стул с неприятным запахом – $62,2 \pm 6,4\%$ ($t=4,52$; $p<0,001$), боль в животе – $59,4 \pm 6,6\%$ ($t=0,79$; $p>0,05$), аллергические явления (кожные высыпания, зуд, развитие аллергических ринитов, конъюнктивиты) – $41,8 \pm 6,6\%$ ($t=4,61$; $p<0,001$), метеоризм – $40,0 \pm 6,5\%$ ($t=0,47$; $p>0,05$), потеря веса – $34,8 \pm 6,4\%$ ($t=1,39$; $p>0,05$), повышенная утомляемость – $24,9 \pm 5,8\%$ ($t=2,80$; $p<0,01$). Регистрировалась и другая клиническая симптоматика, но ее частоты были очень редкой, а в среднем у $14,5 \pm 4,7\%$ инвазированных женщин какая-либо симптоматика отсутствовала и они никаких жалоб не предъявили. В аналогичных группах беременных с острой инвазией и женщин с хронической инвазией перечисленная симптоматика

регистрировались, но ее частота была в 4 раз была меньше, а разница в рядах показателей подтверждается достоверным значением критерия Ван-дер-Вардена ($X=4,62$; $P<0,01$).

По частоте и кратности клинической симптоматики, степени и продолжительности их выраженности клиническое течение лямблиоза можно подразделить на следующие формы: легкая- у 24 женщин ($17,5\pm3,3\%$; $t=0,74$; $p>0,05$), средняя- у 43 женщин ($31,4\pm3,9\%$; $t=4,22$; $p<0,001$), тяжелая- у 52 женщин ($37,9\pm4,1\%$; $t=4,31$; $p<0,001$) и бессимптомная у 18 женщин ($13,2\pm2,8\%$; $t=1,28$; $p>0,05$).

ГРИБКОВЫЙ НАРУЖНЫЙ ОТИТ: ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И РАЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Гасымов Д. Л.

Азербайджанский Медицинский Университет, Кафедра Оториноларингологии,
Азербайджан

Наружный отит — это поверхностная грибковая инфекция, которая может поражать среднее ухо, которое поражает более 10% всех случаев наружного отита. Бактериальные инфекции ушей обычно протекают остро, в то время как грибковые инфекции могут быть острыми или подострыми и вызывать воспаление и зуд. Тяжелые инфекции обычно вызываются бактериями и могут приводить к выделению гноя. Как хроническое заболевание уха наружного слухового прохода заболеваемость отомикозом наиболее высока в жаркое и влажное время года, а наименьшей - в холодное время года. Наиболее частыми патогенными бактериями, вызывающими отомикоз, являются *Candida*, *Aspergillus*, *Penicillium* и так далее, которые приводят к локальным гистопатологическим изменениям. Например, при аспергил-лезных инфекциях обычно не происходит инвазии костей или повреждения тканей. Ранняя стадия кандидозной инфекции в основном характеризуется экссудацией, а поздняя - гранулематозным воспалением. Инфекции *Blastomyces* и *Actinomyces* приводят к гнойным и гранулематозным проявлениям. Мукор проникает в кровеносные сосуды, вызывая тромбы, инфаркты тканей и лейкоцитарную инфильтрацию. Отомикоз может протекать бессимптомно, но грибы могут размножаться и накапливаться, образуя массы, которые могут блокировать наружный слуховой проход, вызывая ощущение обструкции. Больные склонны к ощущению влажности в наружном слуховом проходе из-за раздражения грибковыми массами, вызывающими небольшое количество секрета наружного слухового прохода. Блокада может ухудшиться и проникнуть в барабанную перепонку, что приведет к ухудшению слуха, шуму в ушах и даже головокружению. Если поражение увеличивается в размерах, может возникнуть локальная боль, а в тяжелых случаях может возникнуть паралич лицевого нерва.

Для пациентов и врачей отомикоз может быть очень разочаровывающим заболеванием, хотя это и не опасное для жизни заболевание. Хотя в большинстве случаев отомикоз не является серьезным заболеванием, нарушение иммунитета в результате отомикоза опасно для жизни пациентов. Заболевание легко развивается

у больных в теплой и влажной среде, и трудно получить хороший лечебный эффект при плохой приверженности больного к лечению. Поэтому для обеспечения приверженности к лечению следует выбирать местные препараты с простым применением. Можно использовать противогрибковые средства, такие как клотримазол или спрей гидрохлорида тербинафина, а также традиционные антисептические препараты, такие как повидон или спирт борной кислоты. В последние годы были достигнуты большие успехи в антимикробной терапии, хотя не было разработано общепризнанного местного средства для лечения отомикоза. Раннее выявление отомикоза и быстрое вмешательство важны для снижения негативного воздействия отомикоза на качество жизни. Противогрибковые препараты имели лучший общий терапевтический эффект при меньшем количестве осложнений; однако из-за очевидных осложнений боли в ухе большинство пациентов сочли лечение невыносимым. Традиционные антибактериальные препараты связаны с большим количеством осложнений, хотя лечение является относительно тщательным и недорогим. Диагноз наружного отита основывается на анамнезе пациента, отоскопическом исследовании под микроскопом и визуализирующих исследованиях.

ФАКТОРЫ И УСЛОВИЯ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАСПРОСТРАНЕНИЮ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ В УСЛОВИЯХ УРБАНИЗАЦИИ

Кулиева Э. М.

Азербайджанский Медицинский Университет. Кафедра эпидемиологии

Мир представляет собой глобальную экологическую систему, в которой все живые существа, в том числе и человек, подчиняется определенным биологическим законам, постоянно взаимодействуя с окружающей средой. Рост населения планеты в условиях современных технологий приводит к изменению её облика, причиняя ущерб биосфере, которая обладает буферной, уравнивающей способностью и может противостоять внешним изменениям, нарушающим существующие параметры (2, 11).

На протяжении многих тысячелетий в природе сохранялось биологическое равновесие, однако деятельность человека без необходимого экологического прогнозирования привела к краткосрочным успехам, нарушив экологические связи и причинив невосполнимый ущерб окружающей среде. В наши дни, особенно в течение последних десятилетий деятельность человека все больше отрицательно сказывается на экологическое равновесие (3)

Анализ современной литературы свидетельствует о сформировавшейся проблеме негативного влияния загрязнения окружающей среды города на здоровье населения (1, 8).

Американский ученый Б. Франклин определил человека как животное, производимое орудие труда (tool marking animal) (4).

Основной задачей современности является снижение уровня антропогенного загрязнения атмосферного воздуха, почвы, водной среды и конечном счете их оздоровления (13, 14).

Одним из наиболее противоречивых процессов в истории человечества считается урбанизация. Согласно теории урбанистики актуальными социальными последствиями урбанизации являются: высокая концентрация населения в городах их высокая плотность и скученность; рост миграции; влияние антропогенных факторов на популяции флоры и фауны; количественные и качественные трудности с водоснабжением; повышение стрессов и гиподинамия; интенсивное развитие промышленности и транспорта; рост преступности, наркомании, алкоголизма; увеличение расслоение общества и коэффициент Джини; увеличение городского шума; рост заболеваемости инфекционными и онкологическими болезнями (1,7).

Искусственная городская среда оказывает комплексное влияние на жителей городов, если не принять необходимые меры. В условиях урбанизации появился новый тип заболеваний человека, которых можно назвать «экологически обусловленными заболеваниями», «экологически зависимыми», «экологически связанными». Экологическими последствиями урбанизации является вредные влияние на биосферу. Вредными воздействиями урбанизации являются стресс-факторы, действующие на нервную систему, вызывающие гастриты, энтериты, язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, гиперфункции щитовидной железы и др. (9).

Основными фактором риска в условиях урбанизации является инфекционный агент, заболевания органов дыхания и онкологические заболевания.

Эпидемический процесс при инфекционных болезнях в условиях урбанизации характеризуется качественным преобразованием, воздействуя на три звена эпидемического процесса, в первую очередь на популяцию возбудителей инфекционных болезней, которые изменяются под воздействием химических, физических и биологических факторов, а также выделяются антибиотикоустойчивые штаммы возбудителей. Наряду с этим происходит активизация механизмов передачи под воздействием возбудителей инфекционных болезней, снижение естественной сопротивляемости организма (13). Для возбудителей инфекционных болезней при урбанизации создаются новые экологические ниши, новые места обитания в системе водоснабжения, конденционирования воздуха, централизация продуктов питания и т.д. (5).

Центр тяжести некоторых инфекционных болезней сместился из села в город, ряд болезней стали типичными болезнями города (легионеллез, туберкулез, сифилис, желтая лихорадка, зоонозный кожный лейшманиоз (13).

На эпидемический процесс инфекций дыхательных путей при урбанизации влияют активизация аспирационного механизма передачи, увеличение числа населения и его плотности и перемешивание, а также концентрация людей в организованных коллективах. Следует отметить, что в городах происходит изменение демографических процессов за счет сокращения рождаемости, сдвиг возрастной структуры на старшие возраста, т.е. «старение населения», которое обусловлено темпом естественного прироста населения и удлинением интервала между периодами подъема заболеваемости дыхательными инфекциями (8).

Очень часто возникают локальные вспышки в коллективах, приводящие к сокращению интервала между периодами подъема и спада заболеваемости, снижению неспецифической иммунной защиты городского населения. Росту заболеваемости инфекции дыхательных путей в организованных коллективах способствует интенсивный, частый и длительный контакт в закрытых коллективах.

Одним наиболее значимым и благоприятным социальным фактором урбанизации является влияние их на заболеваемость кишечными инфекциями; улучшение и повышение централизации водоснабжения и питания, активизация рекреационных процессов, повышение материального благосостояния, интенсификация жилищного строительства, демографические сдвиги (11).

В результате эволюции эпидемического процесса кишечных инфекций в городах происходит рост заболеваемости вирусными кишечными инфекциями и шигеллезами и снижение доли дизентерии Флекснера.

В условиях урбанизации увеличивается число сероваров сальмонелл (*S.typhimurium*, *S.newport*, *S.enteritidis*), адаптированные к организму человека, а также полиэтиологичность вспышек кишечных инфекций. Описаны крупные водные эпидемии в Индии, Венгрии одновременно всех кишечных инфекций (брюшной тиф, шигеллез, гепатит А, холера и др.) Что касается путей передачи, то возрастает роль пищевого пути, при снижении водного (6, 7).

Наиболее значимой эпидемиологической проблемой для профилактики кишечных инфекций является обеспечение населения качественными пищевыми продуктами и водой, а также охрана чистоты открытых водоемов.

Активизации эпидемического процесса кишечных инфекций способствуют нарушения санитарно-гигиенических правил при централизации производства, хранения и реализации продуктов питания. Урбанизация приводит к эволюции этиологической структуры заболеваний, вызванных условно-патогенными возбудителями, *Sh.Sonae*, расширение спектра циркуляции штаммов возбудителей кишечных инфекций (2,6).

Для кишечных инфекций в условиях урбанизации чаще свойственны пищевые эпидемии характеризующие территориальную разобщенность, взрывной тип нарастания заболеваний, эпидемический хвост заболеваний связанных с заражением в быту, быстрое исчезновение болезни при выявлении и обезвреживании источника инфекции, охват населения, употребивший инфицированный пищевой продукт, появление тяжелых и стертых форм болезни и носительства, возникновение болезни в любое время года, который чаще носит семейный характер (14,15).

Комплекс экологических, социальных и демографических факторов в городах способствуют распространению кровяных инфекций. Наибольшее эпидемиологическое значение имеет социальный фактор (строительство и расширение городского населения, привлечение горожан к сельскохозяйственным работам, глобализация торговли, рост международной торговли, стихийная урбанизация) (8,10).

Экологическими последствиями этих факторов являются изменения климата, оказывающий влияние на процесс передачи возбудителей болезней, адаптация грызунов и членистоногих к урбанизированной среде и формирование городской фауны, колебание температуры и осадков, расширение границ

соприкосновения населенных пунктов с природно-очаговыми территориями, учащение контакта городских жителей с природными очагами (12). Отсутствие утилизации в больших и малых городах оказывает влияние на численность и рост популяции переносчиков.

Таким образом, многочисленные факторы и условия урбанизации способствуют распространению многочисленных заболеваний, чаще инфекционных. Для восстановления нарушенного биологического равновесия между человеком и окружающей средой необходимы изменения некоторых производственных процессов в интересах природной среды, улучшение санитарных условий жизни населения в городах. Эффективная охрана окружающей среды является вопросом существования человеческой популяции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Антинин Н. А. Урбанизация и здоровье населения: экологические аспекты. // Журнал "Здоровье"- 2010.
2. Астафьев В. А. Заболеваемость острыми кишечными инфекциями и биологическая загрязненность окружающей среды в Сибири //Автореферат докторской диссертации.- 2007.
3. Бжезинский З. Выбор. Мировое господство или глобальное лидерства. // Москва.- Межд.отношения, 2007.-стр.16.
4. Гирусов Э. В. и др.Экология и экономика природопользования. // Изд."Юнита-Дана".- 2012.
5. Карпин В. А. Гигиенические проблемы урбанизированного Севера.// Журнал "Гигиена и санитария" 2001 №4, стр.7-9.
6. Кулиева Э. М. Сальмонеллезы в Азербайджане.// Баку, 1997.
7. Кулиева Э. М., Нифтуллаев М. З. Урбанизация и его воздействие на экологическое равновесие.// V. V. Axundovun anadan olmasının 100 illiyinə həsr olunmuş elmi əsərlər.- Bakı, 2017. Cild IX. Səh.228-231.
8. Ковалева Е. П. Урбанизация и проблемы эпидемиологии.// Москва, 1982.- стр.176
9. Мамонтова Ш. и др. Инфекционная агрессивность окружающей среды. Концепция мониторинга.// Наука, 2000.- стр.240
10. Николаева А. Г. Гигиенические аспекты микробного загрязнения.
11. Онищенко Г. Г. Окружающая среда и состояние здоровья. населения.// Журнал микробиологии.- 2001 №3.- стр.3-10
12. Павлов А. В. Биологическая загрязненность окружающей среды и здоровье человека. // Киев.-Здоровье, 1992.- стр.327
13. Покровский В. И. Человек и микроорганизмы. Здоровье и болезнь. Журнал "Вестник РАМН".- 2000 №11.- стр. 3-6
14. Weekly Epidemiological, 2003.- Vol.78
15. Weekly Epidemiological, 2016.

ГЕОГРАФИЧЕСКАЯ ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ И ИХ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ

За последние годы в мире произошли значительные изменения эпидемиологической ситуации. В борьбе с инфекционными заболеваниями получены существенные практические результаты, такие как полная ликвидация оспы или реализация программы ВОЗ по ликвидации полиомиелита. Наряду с этим за последние 30 лет открыто более 40 новых возбудителей вирусных инфекций человека (4, 9). Изменился и расширился ареал распространения инфекционных болезней (9, 8, 11).

Вместе с тем существует проблема географической обусловленности нозологических форм и этиологической структуры болезней, завозимых из различных регионов земного шара. В настоящее время установлено наличие географических вариантов возбудителей различных болезней, представляющих спектр типов, видов, подвидов и серологических вариантов возбудителей одноименно нозологически обусловленной формы. Следует упомянуть о морфологических и генетических отличиях завозимых штаммов возбудителей различных инфекционной инфективности их для местных переносчиков (насекомых, клещей) и о разной чувствительности к химиопрепаратам, дезинфектантам и т. п.

Географическая вариабельность, выявленная у возбудителей различных болезней, является результатом самостоятельного и эволюционного развития этих возбудителей, обусловленного этиологической, адаптацией к различным природно-географическим и социально-гигиеническим условиям. Так, подавляющее большинство заболеваний атипичной пневмонией и птичьим гриппом зарегистрированы в странах Юго-Восточной Азии (5, 6, 10).

В разных географических регионах циркулируют различные серологические варианты вирусов энцефаломиелитов лошадей, антигенные типы штаммов вирусов клещевого энцефалита, различные серологические типы вируса лихорадки Денге (8). Выделено несколько географических подвидов возбудителей туляремии, обладающие различной ферментативной активностью и степенью вирулентности.

Для различных частей света характерно географическое своеобразие пейзажа салмонелл: в странах Центральной Америки – *S. agona*, *S. kisangani*, *S. kentucky*, *S. nessziona*, Южной Америке – *S. babelsberg*, *S. caen*, *S. corvallis*, *S. durban*, Южной Азии – *S. shester*, *S. leoben*, *S. lexington*, *S. bovis morbicans*, *S. seftenberg*, в Азербайджане – *S. typtimurium*, *S. anatum*, *S. enteridis* (3).

Географическая обусловленность салмонелл связана также с наличием животных к организму которых приспособлены хозяин – адаптированные серовары: *S. chlorae suis* - к свиньям, *S. gallinarum pullorum* - к птицам. В последние десятилетия в республике выделены 36 сероваров салмонелл, чаще *S. typtimurium*, *S. heidelberg*, *S. enteridis*, *S. derby* (3). Следовательно, в подавляющем большинстве случаев при завозе из различных частей света обнаруживается своеобразный набор сероваров, отражающий местный сероварный пейзаж.

Шигеллезы также имеют глобальное распространение. В Азербайджане этиологическая структура шигеллезов обусловлена *Sh. Flexneri*, *Sh. Sonnei*, *Sh.boydii* и *Sh. dysenteriae*. Наибольший удельный вес составлял *Sh. Flexneri* (68,6 %).

В мире зарегистрированы многочисленные случаи завоза различных возбудителей кишечных инфекций и инвазий на территории ранее встречаемых. Появление экзотических патогенных штаммов дизентерийной амебы в странах умеренного климата носит исключительно завозной характер. Амебиазы эндемичны в странах жаркого климата, хотя носительство дизентерийной амебы встречается повсеместно. Это объясняется наличием 2-х рас *E. histolytica* – патогенной и непатогенной. Первая встречается только в странах жаркого климата, где амебиазом поражена до 40 % населения, вторая обуславливающая бессимптомное носительство у людей, чаще в Азербайджане (2).

Приобретает актуальность проблемы отдельных кишечных гельминтозов, завозимых из разных стран (шистосомоз).

Распространение разных видов малярийных паразитов на земном шаре неодинакова. Наиболее широкий ареал распространения у *P. vivax*, он обнаружен повсеместно, но в странах умеренного и субтропического климата он преобладает. В Северной Азии чаще встречаются штаммы, обуславливающие 3-х дневную малярию с длительной инкубацией, на юге – с короткой. *P.falciparum* является преобладающим видом в Африке, в странах тропического климата. Ареалом распространения *P. ovale* являются страны Тропической Африки. В связи с этим разные видовые формы малярии завозятся из различных зон с неодинаковой частотой.

Что касается нашей республики, отдельные виды инфекционных болезней в районах и городах Азербайджана встречаются с разной частотой. Максимальные величины частоты заболеваемости были отмечены: по брюшному тифу в Геранбойском районе, по сальмонеллезным инфекциям в г. Баку, по дизентерии в Ярдымлинском районе, по вирусному гепатиту в Сумгаите, по бруцеллезу в Огузском районе. Брюшной тиф выявлялся в 14 административно-территориальных единицах, только в Ленкоранском районе и в г. Гяндже отмечались ежегодные случаи брюшного тифа. Сальмонеллезная инфекция была выявлена в 26 районах и городах, из которых в 15 регионах отмечались ежегодные случаи инфекции. Бактериальная дизентерия также была диагностирована в 25 районах и городах, а ежегодные наблюдения имели место в 12 из них. Вирусный гепатит зарегистрирован в 30 районах и городах. Бруцеллез – в 22 административно – территориальных единицах, а ежегодные случаи в 18. Таким образом, районы и города республики друг от друга отличаются как по уровню инфекционной заболеваемости, так и по регулярности их выявления (1).

Распространению инфекционных болезней на тех или иных территориях способствует различные факторы: туризм, миграция, международная торговля, завоз зараженных продуктов питания и кормов из одной страны в другую. В этом случае основные эпидемиологические проблемы связаны с завозом возбудителей болезни человека, отсутствующих на данной территории, новых разновидностей возбудителей.

Возможность вторичного распространения болезней определяется природными и социальными предпосылками, степенью коллективного иммунитета населения, неудовлетворительным санитарно-гигиеническим условием, состоянием мер борьбы с болезнями. Вероятность укоренения инфекционной болезни определяется наличием природно – географических, природно – экологических и социальных предпосылок. Попытка завоза и предотвращения распространения инфекционных болезней осуществляется путем проведения мероприятий по санитарной охране территории, поведения карантина, наличия оперативной, максимально достоверной и постоянно уточняющейся эпидемиологической информации, а также эпидемиологического надзора.

ЛИТЕРАТУРА

1. Векилов В. Н. Организация сети санитарно-гигиенических и противо-эпидемических формирований в системе медицины катастроф. Баку, 2005.
2. Джафарова Х. Г. Распространение и эпидемиологическая характеристика амебиаза. Баку, 1997.- с.40
3. Кулиева Э. М. Сальмонеллезы в Азербайджане. Баку, 1998.- с.165
4. Львов Д. К. Вопросы вирусологии, 2000.- Т.45, № 4, с. 4-7
5. Орленко П. П. Атипичная пневмония (SARS). Диагностика и профилактика. Москва, 2003
6. Покровский В. И., Киселев О. П. Грипп птиц: происхождение инфекционных биокатастроф. Москва, 2005.- с. 256
7. Тагиева Ф. Ш. Эпидемиологическое районирование территории Апшеронского полуострова по шигеллезам. Дисс.канд.мед.наук. Баку, 2001
8. Черкасский Б. Л. SARS и птичий грипп: сравнительный эпидемиологический анализ. Эпидемиология и инфекционные болезни, 2007 № 2.- с. 4 – 7
9. Шевченко Ю. Л. Журнал микробиологии, 2000 № 6.- с. 3 – 6
10. WHO. Guidelines for global Surveillanse of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS). Updated Recommendations, October 2004. WHO. SCR/GIP/ 2005 №5.
11. Zedenberg Y. Emerg. Infect. Dis., 2007, Vol.3 № 4 , p. 407- 423

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Кулиева З.М.¹, Алиев М.Г.², Рустамова Л.И.³, Исаева М.М.⁴, Ибадова Т.И.¹,
Исрафилбекова И.Б.¹

Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей им.
А.Алиева¹, Баку, Азербайджан

Азербайджанский Медицинский Университет², Баку, Азербайджан

Научно-Исследовательский Институт Медицинской Профилактики им.
В.Ю.Ахундова³, Баку, Азербайджан

Университет «Одлар Юрду»⁴, Баку, Азербайджан

В рамках оценки Глобального бремени болезней среди 25 главных причин потерянных лет жизни острые кишечные инфекции (ОКИ) занимают 4-ю позицию [9, 13].

По официальным данным ВОЗ ежегодно в мире регистрируется около 70 миллионов случаев ОКИ и смертность от них составляет более 3-х миллионов (WHO, Diarrhoea, 2020). Результаты ряда исследований показали, что в последние годы наблюдается тенденция смены доминирующих возбудителей ОКИ и лидирующие позиции занимают кишечные вирусы [2, 3, 5, 6].

Вопросы интенсивной терапии ОКИ у детей сохраняют свою актуальность для педиатров и инфекционистов [8, 14]. В последнее десятилетие появилось большое число научных публикаций, клинических рекомендаций по использованию лекарственных препаратов самых разных групп, организации пищевого рациона больного ребенка, необходимости антибактериальной терапии и т.п. [7, 10-12] Но не всегда использование современных рекомендаций по ведению больных ОКИ позволяет достичь нужного клинического эффекта.

Цель настоящего исследования оценка применения антибактериальной терапии у детей при ОКИ различной этиологии.

Пациенты и методы.

Под наблюдением находилось 293 детей, больных ОКИ среднетяжелой формы в возрасте от 1 месяца до 14 лет. Из общего числа обследованных детей мальчики составляли 151(68,9±3,1%), девочки – 142(74,0±3,2%), госпитализированные в детскую инфекционную больницу № 7 г.Баку в 2019 году. Среди обследованных пациентов дети до 1 года составляли 81(2,7±2,6%), от 1 года до 3-х лет – 104(35,5±2,8%), 3-7 лет – 55(18,8±2,3%) и старше 7 лет – 53(18,1±2,2%).

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью методов вариационной статистики на компьютере с использованием лицензионных программ средств Microsoft Excel. Определяли процентное выражение ряда данных (%), среднюю арифметическую (М), стандартную ошибку (m). Для оценки различий между показателями использовали t – критерий Стьюдента и критерий χ^2 . Различия считались достоверными при $p<0,05$, недостоверными при $p>0,05$.

Результаты.

Стационарным больным с ОКИ были назначены антибиотики разных групп с определением чувствительности к ним. В группу назначенных антибиотиков входили: аминогликозиды, цефалоспорины, макролиды, полусинтетические и другие. Они назначались как в моно, так и в комбинированной форме и по необходимости повторно. При этом 3 антибиотика получали больные бактериальной и бактериально-вирусной кишечной инфекцией. Нами проведен индивидуальный анализ количества назначенных антибиотиков по группам детям с ОКИ разной этиологии.

Анализ антибактериальной терапии, проведенной до госпитализации в стационаре, показал, что дети, у которых часто и длительно наблюдалась диарея, неоднократно принимали антибиотики в сочетанной форме, цефалоспорины с аминогликозидами, что по-видимому сыграло немаловажную роль в развитии диареи и дисбиоза и повлияло на исход заболевания. С этой целью мы разделили назначенные антибиотики на группы: аминогликозиды, цефалоспорины, макролиды, полусинтетические препараты и редко применяемые антибиотики,

которые входили в другие группы.

Макролиды были назначены 9 больным. По частоте назначения лидирующее место отводится аминогликозидам. Однако, известно, что аминогликозиды вызывают наиболее неблагоприятное экологическое действие на организм ребенка и характеризуются рядом нежелательных побочных эффектов. Мы считаем, что препараты этой группы необходимо использовать лишь при тяжелых, септических формах ОКИ и только при установленной этиологии (граммотрицательные бактерии). Наиболее рекомендуемыми препаратами из группы аминогликозидов являются амикацин и нетромицин. Они характеризуются, незначительным количеством побочных эффектов и наименьшим развитием устойчивости бактерий к их действию. У 34 детей они назначались в моно форме, а в остальных случаях в комбинации с другими антибактериальными препаратами. Далее применялись цефалоспорины, полусинтетические препараты и другие.

Следует помнить, что повторное назначение антибиотиков, особенно в низких дозах, способствует возникновению устойчивых штаммов микроорганизмов. Говоря о современной антибиотикотерапии, следует отметить, что к настоящему времени большинство бактериальных возбудителей ОКИ приобрели устойчивость к антибиотикам, которые традиционно применялись для их лечения (ампициллин, полимиксин М, хлорамфеникол, тетрациклины). Учитывая это, всегда необходимо иметь резервные препараты [1, 4, 11, 15].

Согласно рекомендациям экспертов AAP, ESPGHAN, ESPID, WOG, WHO, пероральная регидратация при острых диарейных заболеваний основное (базовое) направление терапии [10, 12, 16]. С другой стороны, доказано, что необоснованное применение антибиотиков при вирусных диареях приводит к нежелательным исходам.

Таким образом, установлено, что длительные и повторные курсы антибактериальной терапии лишь способствовали прогрессированию дисбиоза кишечника и развитию эндогенной инфекции и активированию микрофлоры за счет роста представителей условно-патогенной микрофлоры, не чувствительных к данному антибиотику.

Литература

1. Бельмер С.В. Антибиотик-ассоциированный дисбактериоз кишечника // РМЖ2, 004, 12, 3, с. 148-151.
2. Литвинчук О.А., Коновалова Т.А., Подколзин А.Т. Нозокомиальные кишечные инфекции в инфекционных отделениях детских стационаров // Молекулярная диагностика, 2014, 2(12), с. 413-415
3. Лукьянова А.М., Бехтерева М.К., Птичникова Н.Н. Клинико-эпидемиологическая характеристика вирусных диарей у детей // Журнал инфектологии, 2014, 6(1), с. 60-66
4. Осадчук М.А., Свистунов А.А. Антибиотикоассоциированная диарея в клинической практике // Вопросы современной педиатрии, 2014, 13(1), с. 102-108.
5. Плоскирева А.А. Острые кишечные инфекции вирусной этиологии у

детей: клиника, диагностика и терапия: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 2016, 33 с.

6. Подколзин А.Т. Эпидемиологическая и клиническая характеристика острых кишечных инфекций вирусной этиологии в Российской Федерации: Автореф. дисс.... докт. мед. наук, М., 2015, 44 с.

7. Романцов М.Г., Смагина А.Н. Вирусные и бактериальные инфекции у детей. Санкт-Петербург, 2011; 137 с.

8. Усенко Д.В., Плоскирева А.А., Горелов А.В. Острые кишечные инфекции у детей в практике педиатра: возможности диагностики и лечения // Вопросы современной педиатрии, 2014, 13, с. 12-20

9. Global burden of disease. Health Metrics and Evaluation University of Washington, 2013.

10. Guarino A., Gedrel D. ESPGHAN Evidence-based Guidelines on the management of acute gastroenteritis in children in Europe, 2014.

11. Jirapinyo P., Densupsoontorn N., Thamonsiri N., Wongarn R. Prevention of antibiotic-associated diarrhea in infants by probiotics // J Med Assoc Thai. 2002, 85 (Suppl. 2), p. 739-42.

12. King C., Glass R., Brecee J., Duggan C. The Management of acute diarrhea in children. Oral rehydration. CDC MMWR, 2003.

13. Lanata C., Walker C., Olascoaga A. et al. Global causes of diarrheal disease mortality in children <5 years of age: a systematic review // PloS One, 2013, 8(9), p.72-78.

14. Tai J., Huang Y., Lien R. et al. Clinical manifestation of a cluster of rotavirus infection in young infants hospitalized in neonatal care units // J. Microbiol. Immunol. Infect., 2011, 9.

15. Turck D., Bernet J., Marx J. et al. Incidence and risk factors of oral antibiotic-associated diarrhea in an outpatient pediatric population // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr., 2003, 37(1), p. 22-26.

16. World Gastroenterology Organization Global Guidelines: Acute diarrhea in adults and children: a global perspective, 2012, February.

РОЛЬ КЛЕЩЕЙ В РАСПРОСТРАНЕНИИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОВ

Кулиева Э. М.

Азербайджанский Медицинский Университет. Кафедра эпидемиологии

Хранители сальмонелл в природе и источниками инфекции для человека являются многочисленные представители мира животных. Больные животные или здоровые носители выделяют сальмонелл в окружающую среду с фекалиями, мочой, слизью, слюной, представляя большую опасность для здоровья людей. Роль грызунов в эпидемиологии сальмонеллезозов приобретает особое значение в силу их

широкого распространения и тесного контакта с различными животными и человеком.

Для сальмонеллезов основным путем передачи является пищевой, а также контактно-бытовой путь. Болезнь может передаваться и водным путем. Описаны отдельные вспышки болезни в различных странах (США, Израиль, Новая Гвинея, Молдавия, Эстония) после употребления загрязненной питьевой воды.

Наблюдались вспышки сальмонеллезной инфекции у новорожденных в родильных домах в результате ингаляции зараженного воздуха.

Существует возможность передачи сальмонеллезной инфекции через конъюнктиву глаз. Экспериментально доказано заражение морских свинок через конъюнктиву глаз, которые вызывают не только местную реакцию (конъюнктивит), но и общую интоксикацию.

Высокая устойчивость сальмонелл к высушиванию и длительное сохранение их в пыли может привести к аэрогенному пути заражения сальмонеллезом.

Известно, что существует возможность участия клещей в циркуляции сальмонелл, как переносчиков и резервуаров инфекций, чаще обитающих на грызунах, коров и других больных животных. Патогенную микрофлору-сальмонелл выделяют у вшей, блох и конечно у иксодовых и гамазовых клещей. Экспериментально доказана возможность переноса сальмонелл вшами, а также клещами. Установлено возможность клещей передовать сальмонелл по ходу метаморфозы (трансфазово и трансовариально).

В процессе кровососания иксодовые клещи способны сохранять и передавать *S. Enteritidis* восприимчивым животным через 45 дней после кровососания, даже 353 дня (Ким 1979) и 647 дней (Глухов 1974). В организме клещей образуются биологически активные вещества (ферменты, гормоны и др.) влияющие на рост и на развитие микроорганизмов, в частности сальмонелл.

Целью нашей работы являлось установление роли клещей, как переносчиков сальмонеллезной инфекции. Нами было проведено исследование диких грызунов и обитающих на них членистоногих – клещей, на зараженность сальмонеллами на территории республики. Всего было обследовано 580 грызунов (домовые мыши, серые крысы, общественная полевка, краснохвостая песчанка), а также 340 экз. клещей (*Ixodes ricinus*, *R. bursa*, *H. pemube*, *B. calcaratus* и др.), 355 личинок и нимф иксодовых клещей, 155 экз. гамазовых клещей, собранных со скота, грызунов и природных биотоков, а также 86 экз. блох (*C. Consinicus*).

Материалом для исследования служили внутренние органы грызунов: печень, селезенка, кровь, сердце, лимфоузлы, кусочки тонкого и толстого кишечника с содержимым. Кроме того ставились биопробы со всех вскрытых грызунов, в среднем не более чем с 10-15 зверьками одного вида и одного места сбора и станции. Взвесь растертых внутренних органов заседалась на питательные среды.

Исследования клещей их личинок и нимф, а также блох проводилось путем изготовления взвеси из растертых клещей, посев их на среду обогащения, заражение белых мышей взвесью из растертых клещей. В последующем исследование проводилось по общепринятой методике.

Удельный вес пораженности сальмонеллезом грызунов составила

4,2 %. Были выделены следующие серовары: *S. typhimurium*, *S. enteribidis*, *S. derby*, *S. reading* и др.

Нам удалось впервые в республике выделить *S. enteribidis* от клещей и личинок в 7,8 % случаев. У всех выделенных штаммов были изучены морфологические, культурные и серологические свойства. Таким образом, можно предположить, что иксодовые клещи принимают участие в рассеивании сальмонеллезной инфекции среди различных животных, в том числе грызунов. Изложенные факты имеют важное эпидемиологическое значение, так как клещи являются связующим звеном между эпизоотическим процессом у грызунов и эпидемическим процессом. Таким образом, кровососущие членистоногие являются переносчиками различных возбудителей природноочаговых заболеваний вирусной, бактериальной и протозойной природы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балашов Ю. С. Организм иксодовых клещей как среда обитания трансмиссивных инфекций. Паразит. сборник.-1998 г.
2. Подборонов В. М. Журнал дезинфекционное дело.-2000 № 2.
3. Турцева М. А. Спонтанные микробиоценозы некоторых видов клещей и слепней. Москва, 2005.

ГЕН-МОДИФИКАЦИЯ ЛАНГАН СОЯНИНГ ТАЖРИБАДА ЙЎҒОН ИЧАК МИКРОФЛОРАСИГА ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ

Каримова М.А.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали, Ўзбекистон

Долзарблиги: Ташки мухитдан организмга тушадиган турли микроорганизмлар билан бир қаторда одам организмида у билан симбиоз ҳолатида яшовчи, одам меъриий микрофлорасини ташкил этувчи микроорганизмлар ҳам мавжуд. Улар турли биотопларда жойлашган бўлиб, организм фаолият юритиш учун муҳим аҳамиятга эга. Шундай биотоплардан бири йўғон ичак бўлиб, унинг индиген ва факультатив микроорганизмлардан иборат меъриий микрофлораси ҳаёт фаолияти учун муҳим аҳамият касб этади [5,6].

Маълумки, йўғон ичак микробиоценози 450 дан ортиқ микроорганизмлардан ташкил топиб, “хўжайин” организми метаболизмида ва ичакда колонизацион резистентликнинг шаклланишида иштирок этади. [6].

Турли ташки ва ички омиллар таъсирида йўғон ичак меъриий микрофлорасининг бузилиши ундаги индиген ва факультатив микрофлора вакиллари сифатий ва миқдорий жиҳатдан мувозанати бузилиши билан тавсифланади ҳамда ичак дисбиозини, деб номланади. Ичак дисбиозига олиб келувчи омилларга қўллаб физик, кимёвий ва биологик омилларни мисол қилиш мумкин.

ГМО - ўсимлик ёки ҳайвон организмлари бўлиб, улар генотипи организмга янги хусусиятларни бериш учун ген инженерияси ёрдамида табиат учун табиий бўлмаган усулда ўзгартирилган [8,10].

Бугунги кунда ГМ-маҳсулотларнинг одам организмига турлича таъсири борасида қўллаб илмий ишлар қилинган бўлиб, мутахассислар фикрлари бу борада ҳар хил бўлмоқда, одам организмига ушбу маҳсулотларнинг ҳеч қандай салбий

таъсири йўқ, деган фикрлар билан бир қаторда, организмга салбий таъсири исботлаб берилган ишлар ҳам талайгина [1,2,3,8,9,10].

Кўплаб илмий адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, ГМ-маҳсулотнинг одам биотоплари микробиоценозига, шу жумладан йўғон ичак микробиозига таъсир даражасини аниқловчи ишлар жуда кам бўлиб, борлари ҳам тарқоқдир.

Мақсад: Юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда тажрибамиздан мақсад ГМ-соянинг тажрибада оқ зотсиз каламушлар йўғон ичак микробиоценозига таъсир даражасини аниқлаш бўлди.

Материал ва усуллар: Бунинг учун жами эркак жинсига мансуб 90 та оқ зотсиз каламушлар тадқиқотга жалб қилинган бўлиб, улар 3 та гуруҳга бўлинган:

1-гуруҳ – стандарт виварий рациониди бўлган, ГМ-ли ёки ГМ-сиз соя билан боқилмаган интакт оқ зотсиз каламушлар (n=30);

2-гуруҳ – стандарт виварий рациониди бўлган, ГМ-сиз соя билан боқилган оқ зотсиз каламушлар (n=30);

3-гуруҳ – стандарт виварий рациониди бўлган ГМ соя билан боқилган оқ зотсиз каламушлар (n=30).

Каламушлар ушбу овқатланиш рациониди буйича 2 ой давомида боқилди. Озиқланишнинг ушбу давридан сўнг барча ҳайвонлар асептика ва антисептикларнинг барча қоидаларига риоя қилган ҳолда махсус манипуляция хонасида ёрилди, шундан сўнг корин бўшлиғи очилиб, махсус стерил бир марталик идишларга текшириш учун материал сифатида йўғон ичакдан нажас олинди. Йиғилган материаллар 2 соат ичида лабораторияга етказилди ва рўйхатга олинди.

Тадқиқотда лаборатория ҳайвонлари билан ишлашнинг этик тамойилларига ва биологик хавфсизлик қоидаларига қатъий амал қилинди [7].

Биз тажриба учун қуйидаги озук муҳитларидан фойдаландик: Блаурок ағари, *Na* азидли қонли ағар, МРС-4, шоколадли ағар, 5% қонли ағар, Тухум сариқ-тузли ағар, Эндо ағар, Шукевич ағари (қиялатиб экилган), Сабуро ағари;

Экмадан кейин барча экилган Петри идишлари ва пробиркалар 37°C ҳароратга 24-72 соатга термостатга жойлаштирилди. Инкубация муддати тугагандан сўнг, барча экмалар термостатдан олинди ва озиқ муҳитда ўсган колониялар таҳлил қилинди.

Текшириш натижалари: Барча олинган натижаларни умумлаштириш мақсадида ҳар учала гуруҳ кўрсаткичларини қиёсий тарзда қуйидагича бўлди.

ГМ-ли ва ГМ-сиз озиқ рациониди бўлган оқ зотсиз каламушлар йўғон ичак микрофлораси миқдорий ҳолати,

Ig (M±m) (КХҚБ/мл)

	Стандарт виварий рациониди лаборатория хайвонлари, n=30	Стандарт виварий рациониди + ГМ-сиз соя, n=30	Стандарт виварий рациониди + ГМ- ли соя, n=30
Микроорганизмлар			

Bifidobacterium spp	5,10±0,2	4,00±0,1	2,10±0,1*^↓
Lactobacillus spp	6,10±0,2	4,00±0,1	2,00±0,2*^↓
Escherichia coli (лактоза “+“)	5,15±0,2	5,00±0,2	0 ↓
Escherichia coli (лактоза “-“)	0	0	5,30±0,3*↑
Enterobacter spp	1,20±0,1	5,00±0,2	5,45±0,2*^↑
Proteus spp	0,80±0,1	5,00±0,2	3,00±0,1*^↑
Staphylococcus spp	4,10±0,1	5,00±0,2	6,15±0,2*^↑
Streptococcus spp	6,30±0,3	4,00±0,2	4,30±0,2*↓
Candida spp	3,60±0,1	7,00±0,1	7,00±0,4*↑

Эслатма: *-1- ва 3- гуруҳлар орасидаги ишонарли фарқ белгиси; ^ - 2-ва 3- гуруҳлар орасидаги ишонарли фарқ белгиси; ↑,↓ - ўзгаришлар йўналишлари; ↔ - ишонарли фарқ мавжуд эмас.

Ушбу жадвалда гуруҳлар орасидаги ишонарли фарқ яққол кўриниб турибди, таҳлил қилинган рақамлар шуни кўрсатадики, ГМ-сиз соя билан боқилмаган (интакт, назорат) лаборатория хайвонлари йўғон ичак меъёрий микрофлорасида амалий жиҳатдан ўзгаришлар йўқ, дисбиоз белгилари аниқланмади; ГМ-сиз соя истеъмол қилган лаборатория хайвонларида (2-гуруҳ) индиген ва факультатив микроорганизмлар орасидаги мувозанат қисман бузилган, дисбиоз аломатлари бор, аммо у шаклланмаган ва ривожланмаган; ГМ-соя билан боқилган хайвонларда (3-гуруҳ) бўлса, индиген ва факультатив микроорганизмларнинг бир-бирига нисбатан мувозанати бузилган, дисбиоз белгилари яққол кузатилган, унинг барча 5та элементи аниқланган, йўғон ичак тотал дисбиози ривожланган. Ушбу ҳолат оқ зотсиз каламушлар организмга ГМ-соя таъсирида, деб талқин этилди. ГМ-соянинг лаборатория хайвонлари йўғон ичак меъёрий микрофлорасига салбий таъсир этиб, тотал дисбиоз чақириши исботлаб берилди.

Йўғон ичак меъёрий микрофлораси ҳолатини, дисбиоз ривожланганлик даражаси, унинг чуқурлилик кўринишини белгилаш учун дисбиозни баҳолаш мезонларидан фойдаландик. Бу даражалар дисбактериоз индекси (ДИ) ёрдамида аниқланди.

Бизнинг тадқиқотларимиз давомида олинган натижалар қуйидагича бўлди:

1-гуруҳда – 0,31<0,1 (ДИ I); 0,37<0,5 (ДИ II);

2-гуруҳда – 0,38<0,1 (ДИ I); 0,77<0,5 (ДИ II);

3-гуруҳда – 1,29<0,1 (ДИ I); 3,56<0,5 (ДИ II).

Олинган натижалар юқорида айtilган фикрларни тўлиқ тасдиқлаб турибди, яъни интакт лаборатория хайвонларида (1-гуруҳ) дисбиоз белгилари йўқ, ГМ-сиз соя билан боқилганларда (2-гуруҳ) дисбиоз белгилари заиф ривожланган (дисбиознинг I-даражаси), ГМ-соя билан боқилган оқ зотсиз каламушларда дисбиоз белгилари яққол намоён бўлган (дисбиознинг II-даражаси).

Адабиётлар:

1. Бакижонов Д.В. Микробиологическая безопасность пищевых продуктов // Материалы Международного симпозиума «Микроорганизмы и биосфера. Microbios - 2015». - Ташкент, 2015. - С. 35-36.
2. Деревенщикова М.И., Сыромятников М.Ю. Использование молекулярно-генетических методов для микробиологического контроля пищевой продукции // Журнал «Техника и технология пищевых производств», 2018, № 4. – С. 87-113.
3. Ермакова И.В. Генетически модифицированные организмы. Опасность для здоровья человека и животных // Здравоохранение. Журнал для руководителя и главного бухгалтера. - Москва, 2010. - №3. - С.63-71.
4. Лабинская А.С. Микробиология с техникой микробиологических исследований. Учебник. Изд. 4-е, перераб. и доп. Россия «Медицина», 1978. – 394 с.
5. Мухаммедов И.М. Микроэкология важнейших биотопов тела человека // Монография. – Ташкент, 2007. – 461 с.
6. Мухаммедов И.М. ва хаммуал. Клиник микробиология // Ўқув қўлланма. –Тошкент, 2016. - 629 б.
7. Нуралиев Н.А., Бектимиров А.М-Т., Алимова М.Т., Сувонов К.Ж. Правила и методы работы с лабораторными животными при экспериментальных микробиологических и иммунологических исследованиях // Методическое пособие. - Ташкент, 2016. - 33 с.
8. Собирова Д.Р., Нуралиев Н.А., Дусчанов Б.А. Оценка влияния генно-модифицированного продукта на морфологические, биохимические и гематологические показатели экспериментальных животных // Вестник Ташкентской медицинской академии. – Ташкент, 2017. - №2. – С. 57-59.
9. Элинская О.Л., Нуралиев Н.А., Сагдуллаева Б.О. Озиқ-овқат қўшимчаларининг одам организмига хавфини баҳолашнинг ўзига хос хусусиятлари // Назарий ва клиник тиббиёт журнали. - Ташкент, 2015. - №3. - С.43-47.
10. Global Status of Commercialized Biotech/GM Crops in 2014, Pocket K N16, ISAAA, p. 5 [Электронный ресурс] <https://isaaa.org/resources/publications/pocketk/document/Doc-Pocket%20K16.pdf>.

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Калниязова И.Б., Рахманова Ж. А., Ниязова Г. Т.

Центра развитие профессиональной квалификации медицинских работников,
Узбекистан, Ташкент

Республиканский центр по борьбе со СПИДом МЗРК, Каракалпакистан,
Нукус

Актуальность: К настоящему времени ВИЧ-инфекция приобрела характер пандемии и является одним из самых прогрессирующих заболеваний, передающихся половым путем. По данным ВОЗ, в настоящее время насчитывают

около 42 млн больных, в число жертв заболевания за 20 лет его существования составило 20 млн. Пик заболеваемости СПИДом приходится на 20-40 лет. Частота передачи ВИЧ от матери ребёнку составляют от 15-25% в Европе и США до 25-40% в Африке и Азии. СПИД занимает 3-е место в мире по смертельным исходам также заболеваний сердечно-сосудистой системы и новообразований. В большинстве развивающихся стран СПИД является основной причиной смерти детей. Огромной проблемой являются и то, что большинство людей заражаются от носителей вируса, которые находятся в так называемом «серологическом окне», когда человек уже инфицирован, но анализы ещё отрицательные. Исключить последний фактор не удается до сих пор. Способы проникновения вируса от матери ребёнку известны: трансплацентарный (антенатально), контактный (контакт с материнской кровью и слизистой оболочкой влагалища), возникающий интранатально и посредством грудного вскармливания.

Цель исследования: Изучить эпидемическую ситуацию по ВИЧ-инфекции среди беременных женщин в Республике Узбекистан.

Материалы и методы: Официальные, статистические, отчетные данные центров по борьбе со СПИДом Республики Узбекистан за 2010-2019 г.г.

Результаты и обсуждение: Когда мы анализировали заболеваемость ВИЧ/СПИДом среди беременных женщин в стране в 2010-2019 г.г., в 2010 г.-12,2%, 2011г.-10,6%, 2012г.-8,9%, 2013 г.-7,4%, 2014г.-6,6%, 2015г.-6,3%, 2016г.-5,4%, 2017г.-4,2%, 2018г.-4,5%, 2019г. в результате профилактических мероприятий по обеспечению реализации государственной программы охраны здоровья матери и ребёнка отмечено снижение заболеваемости на 4,2%. По результатам анализа доли женщин с ВИЧ-инфекцией в Ташкенте в 2019 году по районам, в Яшнабадском районе-16,8%, Сергелийском районе-5,2%, Учтепинском районе-4,6%, Чиланзарском-4,3%, Мирзо Улугбек-4,1%, Алмазарский-4%, Юнусабадский-3,8%, Шайхантахурский и Мирабадский районы-3,5%, Бектемирский и Яккасарайский районы-1%. В 2019 г. по сравнительному анализу путей передачи ВИЧ-инфекции самый высокий показатель составил 72,4% при гетеросексуальных инфекциях, передающихся половым путем, 4,6% при немедикаментозной парентеральной передаче и 4,5% при медикаментозном лечении иглами, 4,5% через употребление наркотиков, 2,2% через гомосексуальные контакты, 1,0% через подкожную катетеризацию, 0,9% через хирургию, 0,9% через стоматологическую помощь, бытовая и вертикальная передача составила 0,4%, а неинфекционная передача составила 8,5%. Распространенность ВИЧ-инфекции среди беременных женщин в 2011-2020 годах самая высокая в Самаркандской, Ташкентской и Сурхандарьинской областях, Сергелийском районе в Ташкента. В Ташкенте доля женщин, инфицированных ВИЧ, составила 41%, а уровень инфекций, передающихся половым путем, -72%. Было замечено, что вес женщин в возрасте 30-34 лет был выше, чем у беременных.

Выводы: За последние годы Республика Узбекистан добилась больших успехов в борьбе с инфекционными заболеваниями. Но проблема заражения ВИЧ/СПИДом по-прежнему остается актуальной. По этой причине важно охватить беременных с ВИЧ перинатальной профилактикой и повысить качество медико-социальной помощи.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА

Микаилов У.С.

Кафедра судебной медицины Азербайджанского Медицинского
Университета, Азербайджан

Среди всех видов несчастных случаев, происшедших на производстве и в быту, спортивные и т.п., на долю автотранспортных происшествий приходится наибольшее количество смертельных исходов, и они наносят наиболее серьезные телесные повреждения. Ежегодно в мире на дорогах погибает около 300 тысяч человек и около 8 миллионов получают травмы. Ведущими причинами автомобильного травматизма являются: нетрезвое состояние водителей (от 25 до 50 %) и быстрая езда (30 %). Около 30% случаев причиной наездов автомашин на пешеходов являются нарушения, совершаемые непосредственно самими пешеходами. В связи с этим, назрела необходимость изучения медико-социальных причин дорожно-транспортных происшествий (ДТП) и их последствий для совершенствования мер оказания пострадавшим в ДТП первичной медицинской помощи.

Целью настоящей статьи является изучение основных тенденций и особенностей дорожно-транспортного травматизма, для разработки методических подходов совершенствования методов экспертной оценки ДТП.

В нашей работе, для осуществления цели исследования был исследован архивный судебно-медицинский материал 124 случаев ДТП лиц обоего пола различных возрастных групп. В структуре лиц, пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях достоверно ($p < 0,001$) чаще встречались мужчины, среди всех пострадавших 41 (33,1%) лица женского, 83 (66,9%) – мужского пола. Как оказалось, 79 погибших (63,9%) были лица трудоспособного возраста. Изучение сезонности в частоте ДТП указало на наличие некоторых закономерностей. Из изученных случаев 56 происшествий (45,2%) приходилось на летние месяцы. Из числа водителей транспортных средств (ТС), пострадавших в ДТП, 105 человек (84,7%) управляли автомобилями, из них 98,1% - легковыми.

В 53 случаях (42,7%) в момент ДТП пострадавшие находились в состоянии алкогольного опьянения. У 5 пострадавших (9,4%) отмечалось алкогольное опьянение легкой степени. В крови этиловый спирт был выявлен в концентрации от 0,5 до 1,5‰. У 7 пострадавших (13,2%) отмечалось опьянение средней степени (концентрация этилового спирта в крови 1,5-2,5‰) и у – что оценивается; у 41 пострадавшего (77,4%) отмечалась тяжелая степень алкогольного опьянения (концентрация этилового спирта в крови 2,5-3,0‰).

Судебно-медицинская оценка пострадавших является основным элементом при характеристике повреждений при ДТП. В связи с этим, необходимо осуществление проведения комплекса мер, для улучшения качества судебно-медицинских экспертиз: в обязательном порядке проведения обследования пострадавших при поступлении в стационар, на догоспитальном этапе их осмотр в амбулатории; применение протокола обследования пострадавших в ДТП в

лечебно-профилактических учреждениях; дополнительно тщательный осмотр одежды пострадавших и транспортных средств, экспертизы одежды, качественной фотосъемки при наличии телесных повреждений на коже и одежде пострадавших, изучение повреждений на транспортных средствах; осуществление генетических экспертиз биологических сред; рентгенологическое обследование пострадавших, ультразвуковое исследование, компьютерная и магниторезонансная томография, для выявления полостных кровоизлияний, разрывов сочленений костей, внутритканевых гематом, повреждений хрящей; проведение следственных экспериментов при необходимости с участием статиста, судебно-медицинского эксперта и транспортного средства.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ВАЗОДИЛАТАТОРОВ МАЛОГО КРУГА ПРИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Маматов Б.Ю., Камбаров З.Г.

Андижанский Государственный Медицинский Институт
Узбекистан, город Андижан

Актуальность. Легочная гипертензия (ЛГ), сопровождающая хроническую левожелудочковую сердечную недостаточность, в значительной степени утяжеляет течение основного заболевания. В частности, повышенное давление в легочной артерии (ДЛА) является независимым фактором риска развития периоперационных осложнений и летальности. Возможность контроля ДЛА в дооперационном периоде с помощью вазодилататоров малого круга ограничено Руководством по диагностике и лечению легочной гипертензии Европейского общества кардиологов (2019), согласно которому назначение этих препаратов не показано при недостаточности левого желудочка (класс рекомендаций III). Однако, изучение особенностей воздействия вазодилататоров малого круга на легочную и системную гемодинамику при дисфункции левого желудочка (ЛЖ) остается более чем актуальным. Решение этой задачи возможно при выполнении тестов на обратимость ЛГ, проводимых в обязательном порядке кандидатам на трансплантацию сердца (ТС).

Цель. Оценить влияние на гемодинамику оксида азота (NO) и ингаляционной формы илопроста при выполнении теста на обратимость легочной гипертензии (ТОЛГ) у кандидатов на ТС.

Материалы и методы. 72 процедуры ТОЛГ были выполнены у 28 кандидатов на ТС. У всех пациентов отмечалась сердечная недостаточность III – IV ФК по NYHA, связанная с ишемической или дилатационной кардиомиопатией. Во всех случаях отмечалась легочная гипертензия с легочным сосудистым сопротивлением (ЛСС) более 2,5 ед. Вуда. В 43 наблюдениях для ТОЛГ использовался NO в виде 20-ти мин ингаляции препарата с концентрацией 60 ppm. В 29 наблюдениях применялась ингаляция 5 мкг илопроста (Вентавис). Показатели гемодинамики оценивались исходно, через 20 мин ингаляции NO или через 15 мин после окончания ингаляции илопроста. Для статистического анализа использовали t – тест для связанных выборок и точный критерий Фишера. Данные представлены в виде $M \pm SD$

Результаты. Между группами не было обнаружено различий в возрасте, тяжести сердечной недостаточности, исходном ЛСС.

Оба вазодилататора вызвали достоверное снижение среднего давления в легочной артерии (ДЛАСр): в группе NO с $34,3 \pm 9,3$ мм рт. ст. до $31,9 \pm 10,5$ мм рт. ст. ($p=0,002$), в группе илопроста с $34,6 \pm 9,1$ мм рт. ст. до $29,2 \pm 9,1$ мм. рт. ст. ($p<0,0001$). Однако, снижение ДЛАСр более 20% было достигнуто в 16 случаях (55,2%) применения илопроста и лишь в 13 случаях (30,2%) использования NO ($p=0,03$). В обеих группах наблюдалось достоверное снижение ЛСС: в группе NO с $4,8 \pm 2$ ед. Вуда до $3,6 \pm 1,3$ ед. Вуда ($p<0,0001$), в группе илопроста с $4,5 \pm 1,6$ ед. Вуда до $2,9 \pm 1$ ед. Вуда ($p<0,0001$). Падение ЛСС более чем на 20% было отмечено в 24 случаях (55,8%) применения NO и в 24 случаях (82,8%) использования илопроста ($p=0,02$). Мы обнаружили различия в воздействии NO и ингаляционного илопроста на производительность левого желудочка (ЛЖ). Так, ДЗЛК увеличилось в 20 случаях (46,5 %) применения NO и только в 7 случаях (24,1 %) после ингаляции илопроста ($p < 0,05$). При проведении ТОЛГ с использованием NO не было обнаружено изменений в производительности ЛЖ: исходно индекс ударного объема (ИУО) составлял $24,5 \pm 8,7$ мл/м², после теста – $25,3 \pm 8,4$ мл/м² ($p=0,3$). Напротив, ингаляция илопроста достоверно увеличивала ИУО с $24,9 \pm 7,9$ мл/м² до $30,1 \pm 10,2$ мл/м² ($p<0,001$). Вероятной причиной повышения производительности ЛЖ было достоверное снижение постнагрузки в ответ на ингаляцию илопроста: исходно общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС) составляло 1905 ± 477 дин*сек*см⁻⁵, после ингаляции илопроста – 1505 ± 460 дин*сек*см⁻⁵ ($p<0,0001$). При проведении ТОЛГ с NO ОПСС достоверно не изменялось.

Выводы.

1. Вазодилататоры малого круга различаются по своему воздействию на гемодинамику пациентов с недостаточностью ЛЖ.
2. Применение как NO, так и ингаляционной формы илопроста у пациентов с тяжелой дисфункцией ЛЖ приводит к достоверному снижению ДЛАСр и ЛСС.
3. При назначении ингаляционной формы илопроста у пациентов с недостаточностью ЛЖ развиваются благоприятные изменения преднагрузки и постнагрузки, приводящие к увеличению производительности ЛЖ. Ингаляция NO не оказывает положительного влияния на производительность ЛЖ у данной категории пациентов.

ГИПЕРНАТРИЕМИЧЕСКИЙ ГИПЕРОСМОЛЯРНЫЙ СИНДРОМ В ДЕБЮТЕ ТЯЖЕЛОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА АССОЦИИРУЕТСЯ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ

Муминов Б.Э., Озодбеков Ю.Ш.

Андижанский Государственный Медицинский Институт
Узбекистан, город Андижан

Цель исследования. Изучить и выявить влияние уровней осмолярности и натрия плазмы крови в острейшем периоде ишемического инсульта (ИИ) на течение и исход заболевания.

Материал и методы. В исследование включено 92 больных в возрасте от 40 до 76 лет с тяжелым ишемическим инсультом атеротромботического и

кардиоэмболического подтипов в первые сутки заболевания. Во всех случаях диагноз ИИ был подтвержден данными компьютерной томографии. Лечение больных проводилось в условиях специализированного отделения интенсивной терапии в соответствии с рекомендациями Европейской Инсультной Организации, протоколом и стандартами Минздрава Узбекистана. Всем больным мониторировался уровень основных ионов плазмы крови и уровень осмолярности плазмы, а также ОЦК. В исследование не включались пациенты с неэлектролитными гиперосмолярными состояниями.

В результате изучена зависимость вероятности летального исхода от уровня натрия и осмолярности плазмы на 1,3,5 сутки заболевания. Использовался метод нелинейной регрессии. Различия между моделями определялись для фиксированных отрезков исходного показателя. Различия между группами признавались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Несмотря на очевидное негативное влияние гипернатриемии и гиперосмолярности на исходы ИИ, остается неясной роль данных параметров в зависимости от давности инсульта. Наличие достоверных прогностических различий может явиться основанием для изменения тактики ведения больного. Модели зависимости вероятной летальности от уровня натрия плазмы и осмолярности крови имеют общий логикоматематический вид и могут быть описаны модификациями уравнения Фон Бертоланфи. Было показано, что при значениях исходного показателя от 140 до 153 ммоль/л в первые и третьи сутки ИИ вероятная летальность значимо не отличалась. Критическим на первые сутки от начала заболевания является уровень натрия 164,2 ммоль/л, так как с этих значений наблюдается резкое увеличение вероятной летальности. А при превышении порога в 155 ммоль/л прогноз становится неблагоприятным. Для третьих суток критическим является уровень натрия 156,1 ммоль/л, а прогноз смещается в сторону неблагоприятного при превышении 161 ммоль/л. Начиная с уровня натрия 160,1 ммоль/л для первых суток и 165,1 ммоль/л для третьих суток вероятная летальность стремиться к 100%. Для диапазона гипернатриемии от 150 до 160 ммоль/л различия между кривыми были статистически достоверны ($p < 0,05$). При этом для всех отрезков тяжести прогноз был значимо хуже при сопутствующей гиповолемии ($p < 0,01$).

Таким образом, согласно полученной модели к третьим суткам отмечается меньшая чувствительность пациентов к гипернатриемии. Умеренное повышение уровня натрия плазмы крови уже не столь значимо влияет на течение и исход заболевания. При изучении зависимости вероятной летальности от уровня осмолярности плазмы были выявлены закономерности аналогичные описанным выше. До 300-305 мосмоль/л вероятная летальность значимо не нарастает в каждой из изучаемых временных точек острейшего периода ИИ. После 305 мосмоль/л кривая, описывающая процесс в первые сутки инсульта, демонстрирует худший прогноз в сравнении с более поздними временными периодами инсульта. В целом значимые различия сохраняются до 306-309 мосмоль/л. На отрезке от 301 до 306 мосмоль/л различия между моделями для первых суток и для более поздних временных отрезков носят статистически достоверный характер ($p < 0,05$). Для первых суток прогноз становится неблагоприятным при уровне осмолярности свыше 299 мосмоль/л, для третьих и пятых суток – при уровне свыше 309

мосмоль/л. Таким образом, гипернатриемическое гиперосмолярное состояние является проявлением синдрома несахарного диабета в условиях острой церебральной ишемии и ассоциируется с более высоким риском летального исхода. При этом наиболее значима эта тенденция в первые сутки инсульта.

Выводы 1. Гиповолемическая гипернатриемия как проявление гиперосмолярного синдрома в первые сутки тяжелого ишемического инсульта может рассматриваться как относительно самостоятельный предиктор развития летального исхода. 2. Для первых суток тяжелого ишемического инсульта прогноз смещается в сторону неблагоприятного при уровне осмолярности плазмы свыше 309 мосмоль/л и уровне натрия плазмы 155 ммоль/л. Для третьих и пятых суток ИИ типична большая устойчивость к гипернатриемии в сравнении с дебютом заболевания

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASIDA TURLI YO‘LLAR BILAN YUQUVCHI YUQUMLI KASALLIKLARNI OLDINI OLISH

Maxamatov U., Muxammadaliyev A.

Farg‘ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti. O‘zbekiston. Farg‘ona

O‘zbekiston Respublikasida kompleks profilaktik va epidemiyaga qarshi tadbirlarning maqsadli amalga oshirilishi natijasida yuqumli kasalliklarga qarshi kurashishda katta yutuqlarga erishildi. 1991-yildan boshlab qator yuqumli kasalliklar bilan kasallanish ko‘rsatkichlarining izchil kamayib borishi kuzatilmoqda, shu jumladan “A” virusli gepatit bilan kasallanish 4,5 baravar, o‘tkir ichak infeksiyalari bilan kasallanish 4,6 baravar, o‘tkir respirator kasalliklar bilan kasallanish 7,9 baravar kamaydi.

Yuqumli kasalliklarning oldini olish quyidagilar:

- binolarni muntazam ravishda tozalash;
- qo‘llarni yuvish;
- katta olomonning joylaridan qochish;
- shaxsiy himoya vositalarini qo‘llash;
- umumiy immunitetni oshirish.

Murakkab yuqumli kasalliklarning oldini olish va karantin o‘z ichiga oladi - sog‘lom odamlarning bemorlar bilan aloqasini cheklashga qaratilgan chora-tadbirlar majmui. Uning o‘lchovi va muddati kasallikning turiga, uning tarqalishiga qarab farqlanadi. Barcha xastaliklar uchun yagona umumiy qoidalar faqat oxirgi marta qayd etilgan bemorni tiklashdan so‘ng kasallikning maksimal inkubatsiya davri o‘tgandan keyin karantin hisoblanadi.

Infektsiyalarning favqulodda oldini olish

Bunday profilaktika chora-tadbirlari infeksiyaga qarshi amalga oshiriladigan tibbiy choralar kompleksidir. Yuqumli kasalliklarning favqulodda profilaktikasi organizmni organizmga kirib kelgandan keyin uni keyingi rivojlanishini ogohlantirish maqsadida sarflanadi. Bu shunday bo‘ladi:

- umumiy (nonspesifik);
- aniq.

U infeksiya turi aniqlangandan keyin amalga oshiriladi va uning dorilarga sezuvchanligi aniqlanadi. Maxsus dori-darmonlarga parallel ravishda bemorlar odatda antigistaminlar va immunomodulatorlarni buyuradilar.

Noma'lum favqulodda vaziyatlarning oldini olish uchun keng spektrli dorilar ishlatiladi, masalan:

Rifampitsin;
Tetratsiklin;
Doksisiklin;
Sulfaton.

Asosiy yuqumli kasalliklar va ularning oldini olish

O'tkazish yo'nalishlariga qarab, bunday infeksiyalar quyudagi guruhlariga ajratiladi:

og'iz orqali og'iz yo'li bilan uzatiladi;
havodagi tomchilar;
Vertkal;
kontaminatsiyalangan qon bilan aloqa orqali;
maishiy muloqot.

Asosiy yuqumli kasalliklar - ularning tasnifi va oldini olish - davlat darajasida nazorat qilinadi. Zarur bo'lganda, epidemiya holatlarida aholi uchun vaktsinalar beriladi, atrof muhitni muhofaza qilish va dezinfeksiya qilish ta'minlanadi. Ayniqsa og'ir holatlarda bemorlar nafaqat tibbiy, balki ijtimoiy, mehnat yoki psixologik yordam bilan ta'minlanishi mumkin.

Jinsiy infeksiyalarning oldini olish

Profilaktik choralar juda oddiy. OIV infeksiyasining oldini olish va boshqa jinsiy yo'l bilan o'tadigan kasalliklar quyidagi qoidalarga muvofiqdir:

1. Jinsiy aloqada, prezervativ doimo ishlatilishi kerak.
2. Jinsiy aloqalarni buzmaslik va jinsiy hayotda kamsitilishga harakat qilish kerak.
3. Har ikkala hamkor ham samimiy gigiena qoidalariga rioya qilishlari kerak.

VICH infeksiyasining oldini olish uchun favqulodda choralar va boshqa jinsiy xastaliklarning oldini olish uchun bevosita shoshilinch kondom bo'lmasdan yoki kontratseptivlar buzilgan holatda jinsiy aloqadan so'ng olinishi kerak. Eng samarali hisoblangan vositalar:

Betadin;
Miramistin;
Xlorgeksidin.

Ichak infeksiyalarining oldini olish

Vahti-vahti bilan aniqlangan bo'lsa, kasallikning og'ir oqibatlarini bartaraf etish mumkin, ammo kasalliklarning oldini olish juda oson.

O'tkir ichak infeksiyalarining oldini olish quyidagilar:

1. Oziq-ovqat tanlovi diqqat bilan ko'rib chiqilishi kerak. Shubhali joylarda oziq-ovqat sotib olmang.
2. Oziq-ovqat yaxshi pishirilgan bo'lishi kerak. Issiqlik bilan davolashni e'tiborsiz qoldirmang.
3. Barcha oziq-ovqat mahsulotlarini saqlash qoidalariga rioya qilish kerak.
4. Issiq idishlarni pishirgandan so'ng darhol iste'mol qilish kerak. Aks holda, sovutganda mikroblar faol ravishda ko'payadi.
5. Ovqatdan oldin, qo'lingizni yuvish kerak.
6. Ovqat tayyorlash uchun faqat toza suvdan foydalanish muhim ahamiyatga ega.

Enterovirus infektsiyasining oldini olish

Profilaktik tadbirlar ichak infektsiyalarining oldini olish bilan bir xildir. Rotavirus infektsiyasidan qanday qochish kerak:

1. Faqat toza yoki qaynatilgan suvni iching.
2. Sanitariya-epidemiologiya stantsiyasi tomonidan tasdiqlangan joylarda drenajlash kerak, lekin bu erda hatto suvni yutish ham muhim emas.
3. Oila a'zolari va kompaniyaning har bir a'zosining o'zlari uchun mo'ljallangan idishlarga ega bo'lishlari kerak.
4. Uyda dezinfektsiyalash vositasidan foydalangan holda muntazam ravishda nam tozalashni amalga oshirish kerak.
5. Epidemiyalarda siz odamlarning katta kontsentratsiyalashgan joylaridan qochishingiz kerak va agar sizda biron bir shikoyat bo'lsa darhol mutaxassisga murojaat qiling.

Havo tomchi infektsiyalarining oldini olish

Virusli infektsiyalarning eng samarali oldini olish - emlash.

Bundan tashqari, sog'lom turmush tarzini saqlab qolish, kun tartibini to'g'ri tashkil etish, immunitetni mustahkamlash, kasallar bilan aloqada bo'lish va epidemiyalarning paytida katta guruhlarining joylarini ko'zdan kechirish, shaxsiy gigiena qoidalariga rioya qilish orqali o'zingizni patogen mikroorganizmlardan himoya qilishingiz mumkin.

Adabiyotlar ro'yxati

1. Абрамсон Дж.Х., Абрамсон З.Х. Осмысление эпидемиологических данных. Руководство по интерпретации эпидемиологических данных (Перевод с английского) - М.: Медицина, 2001.
2. Власов В.В. Эпидемиология. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2006.
3. Коза Н.М., Фельдблюм И.В., Щекотов В.В. Основы клинической эпидемиологии. – Пермь, 2005.
4. Маматкулов Б.М., Ламорт В., Рахманова Н. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. Учебное пособие для магистрантов медицинских ВУЗов Ташкент, 2011.
5. Маматкулов Б.М., Авезова Г.С., Косимова Д.А. Болалар саломатлиги ва хавф омилларини урганишда далилларга асосланган тиббиёт усулларини куллаш. Илмий-услубий кулланма. - Тошкент, 2011.
6. Покровский В.И. и др. Инфекционные болезни и эпидемиология. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2008.
7. Покровский В.И., Брико Н. И. Руководство к практическим занятиям по эпидемиологии инфекционных болезней. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2005.

БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТА В ИНТЕРВЕНЦИОННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛИ

Маматов Б.Ю., Камбаров З.Г.

Андижанский Государственный Медицинский Институт
Узбекистан, город Андижан

В современной медицинской практике для лечения хронической боли применяется широкий спектр интервенционных процедур, которые доказали свою эффективность в быстром избавлении пациента от боли. В связи с тем, что основной целью этих пациентов является достижение высокого уровня качества жизни, особенное значение приобретает безопасность пациента на всех этапах лечения. Для удобства контроля целесообразно подразделение факторов, оказывающие непосредственное влияние на безопасность пациента, в зависимости от этапа лечения.

Так, до начала процедуры обязательно необходим подробный сбор анамнеза, информации об аллергических реакциях, особенностях сопутствующей патологии. Также обязательным является подробно документированный осмотр и письменное информирование пациента о предстоящей манипуляции. К желательным мероприятиям можно отнести формирование положительного настроения пациента, легкую премедикацию. Поскольку интервенционное лечение боли, по существу, представляет из себя нейроаксиальную или проводниковую анестезию, во время процедуры обязательными являются обеспечение непрерывного мониторинга ЭКГ, ЭхоЭКГ, НИАД, ЧД, пульсоксиметрии. К желательным каналам мониторинга можно отнести термометрию, которая, однако, может быть крайне полезна в случае вмешательства на уровне ганглиев симпатической нервной системы.

Базовым понятием безопасности во время процедуры, конечно, являются методы навигации и контроля распространения препаратов. Наиболее распространенными являются рентгенологический контроль (флюороскопия) и ультразвуковая навигация. Значительно реже применяются такие способы контроля как КТ-навигация и электростимуляционные техники. Способы навигации «по анатомическим ориентирам», «утраты сопротивления» и «ощущения проколов», несмотря на распространенность и простоту применения не могут служить надежным критерием безопасности процедуры и поэтому должны применяться только в исключительных случаях.

В практике врача интервенционной медицины отдельное место занимает наблюдение за пациентом непосредственно после интервенции. Время контрольного нахождения пациента под наблюдением может значительно варьироваться в зависимости от объема и уровня выполненного вмешательства, используемых препаратов и непреднамеренных технических нюансов во время выполнения манипуляции. Плотность контроля также быть различной, от врачебного осмотра до прохождения специальных тестов и развернутого лабораторно-инструментального обследования. Необходимо помнить, что нежелательные явления, в том числе представляющие угрозу здоровью пациента могут развиваться и в отдаленном периоде. В обязательном порядке необходимо тщательно документировать все этапы выполнения манипуляции с указанием типа доступа, объема и концентрации вводимых препаратов, осложнений в ходе процедуры или в период наблюдения. Для исключения двойного толкования или неточностей полезным может быть фиксирование основных этапов в фото- или видеоформате с указанием паспортных данных пациента.

Перед выполнением нейродеструктивных операций, таких как химический невротиз периферических нервов или сплетений, радиочастотные методы лечения необходимо выполнять диагностические, тестовые блокады раствором местного

анестетика. В значительной части случаев это позволяет избежать выполнения необоснованных операций и с известной долей точности прогнозировать развитие неблагоприятных событий, прогнозировать эффективность последующего лечения. Не вызывает сомнений, что интервенционные методы лечения должны применяться специально подготовленными специалистами, чей опыт в теоретическом и практическом отношении должен включать в себя не только методы обследования пациентов, технику выполнения манипуляции и контроль за состоянием пациента после лечения, но и немедленную и адекватную помощь в любой неблагоприятной ситуации по ходу вмешательства или после него.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАРИЕСА РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА, ФАКТОРЫ РИСКА И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА

Мусаева О.Т., Халилова Б.Р.

Самаркандский государственный медицинский институт.
Ферганский медицинский институт общественного здоровья.

Актуальность. Кариес раннего детского возраста (КРДВ) характеризуется кариозным поражением зубов у детей в раннего возраста. По данным ВОЗ, кариесом временных зубов страдает более 530 миллионов детей во всем мире. Однако поскольку с ростом ребенка временные зубы выпадают, до последнего времени КРДВ не считался серьезной проблемой. Между тем заболеваемость КРДВ влечет за собой серьезные последствия для отдельных пациентов, их семей и общества в целом. Это заболевание поражает как временные, так и постоянные зубы, и влияет на общее состояние здоровья и качество жизни на протяжении всей жизни человека.

Ключевые слова: Кариес детского возраста, эпидемиология детского факторы риска, лечебно-профилактические мероприятия.

Кариес в раннем детском возрасте является серьезной проблемой гигиены полости рта, в основном у социально незащищенных слоев населения. КРДВ поражает младенцев и детей дошкольного возраста во всем мире. Несмотря на то, что это в значительной степени предотвратимое состояние, КРДВ остается одним из наиболее распространенных детских заболеваний. Основными факторами, способствующими высокой распространенности КРДВ, являются неправильная практика кормления, семейное социально-экономическое положение, отсутствие образования родителей и отсутствие доступа к стоматологической помощи. Здоровье полости рта играет важную роль у детей в поддержании функций полости рта и необходимо для приема пищи, развития речи и положительного представления о себе. В обзоре основное внимание будет уделено распространенности, факторам риска, профилактическим стратегиям.

Кариес в раннем детском возрасте (КРДВ) растет во многих странах и стал серьезной проблемой для здоровья, особенно среди социально неблагополучных слоев населения. КРДВ определяется как наличие одной или нескольких разрушенных, отсутствующих или заполненных зубных поверхностей в любом молочном зубе у ребенка в возрасте 71 месяца или младше. Он имеет несколько уникальных клинических характеристик, таких как быстрое развитие кариеса,

который поражает ряд зубов вскоре после их появления в полости рта. Эти поражения затрагивают поверхности зубов, которые менее склонны к развитию кариеса. Для описания состояния использовалось несколько терминов, таких как бутылочный, кариес от кормления, необузданный кариес, синдром молочной бутылочки и длительный кариес привычки кормления грудью. КРДВ является многофакторным заболеванием, которое возникает в результате взаимодействия факторов, включающих кариесогенные микроорганизмы, воздействие ферментируемых углеводов из-за неправильного питания и ряда социальных переменных. КРДВ — это тяжелое состояние здоровья, встречающееся у детей, живущих в социально неблагополучных сообществах, в которых недоедание представляет собой социальное неравенство и неравенство в отношении здоровья. КРДВ связан с другими проблемами со здоровьем, начиная от локальной боли, инфекций, абсцессов, приводя к затруднениям при жевании, недоеданию, желудочно-кишечным расстройствам и проблемам со сном.

Этиология КРДВ многофакторная и в основном связана со специфичным во времени взаимодействием микроорганизмов с сахарами на поверхности зуба. Диета и методы кормления также играют важную роль в приобретении инфекции и развитии кариеса. Такие факторы, как высокое потребление сахара, отсутствие гигиены полости рта, отсутствие воздействия фтора и дефекты эмали, являются одними из основных факторов, ответственных за развитие КРДВ. КРДВ выше среди более социально неблагополучных и особенно среди детей, которые являются беженцами или мигрантами, или чьи родители являются беженцами или мигрантами из стран третьего мира. Это может быть связано с низким социально-экономическим статусом, социальной изоляцией и социокультурными различиями в убеждениях и практике гигиены полости рта.

Эпидемиология

Несмотря на снижение распространенности кариеса зубов у детей в западных странах, кариес у детей дошкольного возраста остается серьезной проблемой как в развитых, так и в развивающихся странах. Распространенность КРДВ также широко варьируется в зависимости от нескольких факторов, таких как раса, культура и этническая принадлежность; социально-экономического статуса, образа жизни, режима питания и практики гигиены полости рта, а также в зависимости от различных факторов от страны к стране и от региона к региону. Обзор литературы показывает, что в большинстве развитых стран уровень распространенности КРДВ составляет от 1 до 12%. Сообщается, что в менее развитых странах и среди неблагополучных групп в развитых странах распространенность достигает 70%. Было обнаружено, что КРДВ более распространен в группах с низким социально-экономическим статусом. Распространенность колебалась от 11,4% в Швеции до 7–19,0% в Италии. Сообщается о высокой распространенности КРДВ в некоторых странах Ближнего Востока, таких как Палестина (76%) и Объединенные Арабские Эмираты (83%). Национальные исследования в некоторых странах, таких как Греция (36%), Бразилия, Индия и Израиль, показали непостоянную распространенность КРДВ. В целом показатель распространенности раннего детского кариеса сильно варьирует: от 17 до 94%. В развитых странах (западная Европа, США) по разным оценкам показатель распространенности составляет от 1% до 12%, в

развивающихся - может достигать 99%. В США за последнее десятилетие данный показатель у детей 2-5 летнего возраста вырос на 15,2%, при этом 8,4% 2 - летних детей и почти 44% 5 - летних имеют как минимум один кариозный или запломбированный зуб

Среди бразильских детей поражено кариесом 26,8% 1,5 - летних и 46,8% 3-летних. В Иране в данных возрастных группах показатель распространенности составляет 19,5% и 44% соответственно. В Германии 6 - ти летние дети имеют почти в 2 раза больше пораженных кариесом зубов, чем 12 - летние [145]. В японском национальном обзоре, проведенном в 2007 году, кариесом поражено 2,8% 18-месячных и 25,9% -трехлетних детей .

В Российской Федерации показатель распространенности кариеса среди детей раннего и дошкольного возраста примерно в 2 раза выше по сравнению со странами Западной Европы и США . В различных регионах страны, несмотря на меры, направленные на снижение уровня данного заболевания, заключающиеся в его ранней профилактике и лечении, распространенность и тяжесть кариозного процесса у детей этой возрастной категории до сих пор остается на высоком уровне.

В периоде с 1998 года до 2008 (по результатам первого и второго национальных эпидемиологических стоматологических обследований населения РФ по унифицированным критериям ВОЗ) уровень интенсивности кариеса у детей в возрасте 6 лет временных зубов в среднем остался на прежнем уровне: 4,76 ($\kappa=3,47$, $\pi=1,15$, $y=0,14$) и 4,78 ($\kappa=2,94$, $\pi=1,48$, $y=0,36$) соответственно, однако распространенность кариеса молочных зубов у детей данной категории за 10-летний период увеличилось с 73% до 84%. В регионах, находящихся в территориальной близости к Пермскому краю, таких как, Челябинская и Свердловская области, республика Башкортостан показатели распространенности и интенсивности кариеса временных зубов в среднем составляют: 84,6% и 5,7; 83,0% и 5,0; 90,7% и 4,5 соответственно.

В Пермском крае данные показатели на 2008 год находятся еще на более высоком уровне по сравнению со среднестатистическими по России: распространенность в отдельных регионах достигает 96%, а интенсивность-8,21. В г. Пермь кариес временных зубов (в зависимости от района проживания) имеют от 84 до 88% шестилетних детей при кпу равном от 5,12 до 8,10.

Следует отметить тот факт, что с увеличением возраста ребенка показатели поражаемости кариесом молочных зубов неизменно растут. Распространенность кариеса увеличивается в 7 раз в сравнении шести- и однолетних детей. При этом наибольший скачок роста данного показателя наблюдается в возрасте от 1 года до 3 лет (в 5 раз). Аналогичная картина наблюдается при оценке интенсивности кариеса временных зубов: показатель увеличивается в 17 раз в сравнении шести- и однолетних детей. Наибольший рост также характерен в возрастной категории от одного года до трех лет .

Согласно исследованию, наибольшая распространенность КРДВ наблюдается в возрастной группе от 3 до 4 лет, причем мальчики в возрасте от 8 месяцев до 7 лет страдают значительно чаще, чем девочки . Эпидемиологические исследования, проведенные в Европе, показали, что значительный процент детей дошкольного возраста поражен КРДВ, что подтверждает широкое распространение

заболевания. КРДВ случайным образом рассредоточен среди населения, при этом заболевание непропорционально поражает неблагополучные семьи .

Этиология

Кариес зубов возникает в результате взаимодействия различных этиологических факторов, которые могут одновременно присутствовать, чтобы инициировать и прогрессировать заболевание. Факторами являются (1) кариесогенные микроорганизмы, (2) ферментируемые углеводы и (3) восприимчивая поверхность зуба/хозяина. Существует множество факторов риска, связанных с КРДВ. Эпидемиологические исследования также зафиксировали низкий социально-экономический статус, принадлежность к меньшинствам, низкий вес при рождении и передачу микробов от матери к ребенку. От одного до двенадцати процентов детей в возрасте до 6 лет в развитых странах мира испытывают неотложную помощь. Поведение ребенка по уходу за полостью рта, кормление и уборка связаны с КРДВ у детей; кормление из бутылочки в ночное время и частое употребление кариесогенной пищи; позднее начало чистки зубов ребенком и нерегулярные привычки чистки зубов .

Кариесогенные микроорганизмы

Streptococcus mutans (SM) и *Streptococcus sobrinus* являются наиболее распространенными микроорганизмами, связанными с КРДВ. Лактобациллы также участвуют в развитии кариеса и играют важную роль в прогрессировании поражения, но не в его инициации. SM метаболизирует сахара с образованием кислот, которые способствуют деминерализации структуры зубов . Эти бактерии могут передаваться от матери к ребенку. Дети дошкольного возраста с высоким уровнем SM в полости рта имели более высокую распространенность кариеса и больший риск развития новых поражений . Ученые обнаружили, что дети с высоким уровнем SM были в пять раз более склонны к кариесу зубов. Основным источником приобретения SM является мать в течение первых 12–24 месяцев. Плохая гигиена полости рта матери, частые перекусы и воздействие сахара повышают вероятность передачи инфекции ребенку. Исследования показали, что источником SM у детей в основном являются их матери посредством вертикальной передачи через слюну. Горизонтальная передача микробов может происходить между братьями и сестрами и опекунами. Младенцы, рожденные путем кесарева сечения, приобретают SM раньше, чем дети, рожденные естественным путем, поскольку эти роды более асептичны, а атипичная микробная среда увеличивает шансы колонизации SM. Виды *Actinomyces* и особенно *Actinomyces gerencseriae* также были связаны с возникновением кариеса , в то время как виды *Bifidobacterium* были связаны с глубокими поражениями кариеса . Несколько немутантных стрептококков, обладающих ацидогенными и ацидурическими свойствами, также были связаны с кариесом . Эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что *Candida albicans* также играет активную роль в патогенезе кариеса зубов . SM являются основными бактериями, которые тесно связаны с кариесом зубов, тогда как другие бактерии полости рта в зубном налете могут быть вовлечены в возникновение и прогрессирование кариеса.

Рацион питания

Диетическая практика также играет значительную роль в развитии КРДВ, особенно если она содержит высокий уровень ферментируемых углеводов; ребенок подвергается более высокому риску кариеса зубов. Неправильная практика кормления может продлить воздействие ферментируемых углеводов на зубы, что, в свою очередь, может усугубить вероятность развития КРДВ. Кормление из бутылочки перед сном или во время сна связано с возникновением и развитием кариеса у детей. *Streptococcus mutans* превращает ферментируемые углеводы в кислоты, которые могут деминерализовать эмаль и денти. Исследования показали, что коровье молоко имеет минимальную кариесогенность из-за содержания в нем минералов и низкого уровня лактозы йода и др. показали, что грудное вскармливание и его продолжительность были независимо связаны с повышенным риском развития КРДВ среди детей в возрасте от 2 до 5 лет. Систематический обзор показал, что грудное вскармливание в течение более года и в ночное время может быть связано с повышенной распространенностью кариеса зубов. Практика вскармливания младенцев, такая как частое воздействие сахара, частые перекусы, употребление подслащенных напитков перед сном, совместное использование продуктов со взрослыми, а также наличие у матери кариеса, гигиена полости рта и диетические привычки предрасполагают к ранней колонизации SM и установлению высоких показателей детского кариеса.

Экологические факторы

Отсутствие хорошей практики гигиены полости рта способствует развитию КРДВ. Дети должны получать уход за полостью рта после прорезывания первого молочного зуба. У детей с низким социально-экономическим статусом в два раза больше шансов заболеть кариесом, чем у детей из слоев с более высоким доходом. Социальный статус лиц, осуществляющих уход, бедность, этническая принадлежность, лишения, количество лет образования и покрытие стоматологической страховки — это другие факторы, влияющие на привычки гигиены полости рта у детей и тяжесть КРДВ.

Слюна играет защитную роль против развития кариеса, обеспечивая основную систему защиты. Скорость потока слюны, антимикробные свойства, буферная способность и выведение пищи из полости рта являются факторами, важными для снижения развития кариеса. Кормление пищей с высоким содержанием сахара в ночное время может увеличить риск кариеса у младенцев и детей ясельного возраста из-за низкой скорости слюноотделения. Исследования показали наличие гипопластических дефектов эмали при внутриутробных состояниях, таких как преждевременные роды и низкий вес при рождении, а также при недоедании и заболеваниях. В исследовании случай-контроль гипоплазия эмали была зарегистрирована у 67% детей с низкой массой тела при рождении по сравнению с 10% среди детей с нормальной массой тела при рождении. Хотя гипоплазия эмали была подтверждена как независимый фактор риска кариеса, причинно-следственная связь с кариесом зубов не установлена. Низкий социально-экономический статус, плохое образование родителей и факторы образа жизни оказывают значительное влияние на КРДВ сообщили о значительной взаимосвязи между привычкой родителей к курению и наличием у детей кариеса.

Лечение.

Поддержание молочных зубов в здоровом состоянии важно для благополучия ребенка. Молочные зубы необходимы для правильного жевания, эстетики, фонетики, поддержания пространства и предотвращения аберрантных привычек. Уменьшение образования зубного налета, изменение бактериального состава налета и модификация пищевых привычек необходимы для профилактики кариеса зубов. Предотвратить прогрессирование КРДВ можно с помощью восстановления, консультирования по диете, информирования родителей о способах питания, способствующих кариесу, поддержания хорошей гигиены полости рта и использования профилактических средств, таких как местные фториды. Лечение КРДВ является дорогостоящим, часто требует обширного восстановительного лечения и удаления зубов в раннем возрасте. Иногда может потребоваться общая анестезия или глубокая седация, поскольку маленькие дети не в состоянии справиться с обширными лечебными процедурами. Химиотерапевтические агенты, такие как повидон-йод и хлоргексидин, показали антимикробный эффект против наиболее кариесогенных SM. Для защиты поверхности зуба наносится хлоргексидиновый лак.

Кроме того, фториды очень эффективны для предотвращения кариеса зубов, включая фторсодержащие зубные пасты, фторирование воды, фторсодержащие ополаскиватели для рта и профессиональное местное применение фторидов, в первую очередь за счет замедления потери минералов из зуба. Зубная паста, содержащая фтор, показала сильный профилактический эффект в отношении молодых постоянных зубов. Профессиональное нанесение фторсодержащих лаков и контролируемое использование фторсодержащих ополаскивателей также показали снижение детского кариеса. Применение казеинового фосфорного пептида (КФП) может стабилизировать кальций и фосфат, тем самым сохраняя их в аморфной или растворимой форме, известной как аморфный фосфат кальция (АФК). Кальций и фосфат являются важными компонентами эмали и дентина и образуют труднорастворимые комплексы в присутствии КФП. Комплексы КФП-АФК могут предотвращать деминерализацию зубов, улучшать реминерализацию эмали и повышать активность фтора. Следовательно, применение соединений на основе КФП-АФК помогает предотвратить кариес зубов.

Профилактические меры

Стратегии профилактики кариеса в раннем детстве должны начинаться с пренатального обучения будущих родителей, продвигаться в течение перинатального периода и продолжаться с матерью и младенцем. Адекватное стоматологическое лечение и меры по гигиене полости рта во время беременности могут уменьшить или отсрочить КРДВ у младенцев. Родителям также следует рекомендовать поддерживать оптимальное здоровье зубов в дородовой и послеродовой периоды. Необходимо принять меры по просвещению родителей/опекунов об этиологии и профилактике КРДВ. Медсестры также могут проводить профилактические мероприятия для младенцев, детей ясельного возраста и их семей, а также могут предоставлять консультации и поддержку детям, страдающим от КРДВ.

Использование жевательных таблеток или добавок с пробиотиками также продемонстрировало некоторые доказательства контроля кариеса у детей. Тем не менее, его эффективность для предотвращения КРДВ все еще исследуется.

Заключение

КРДВ представляет собой хроническое инфекционное заболевание, поражающее детей раннего возраста и представляющее серьезную проблему для общественного здравоохранения. Это одно из наиболее распространенных предотвратимых заболеваний, и его число растет во всем мире. КРДВ является многофакторным заболеванием, возникающим в результате взаимодействия кариесогенных микроорганизмов, воздействия углеводов, неправильной практики питания и ряда социальных переменных. Это может повлиять на благополучие ребенка, способность к обучению и качество жизни. Эта вирулентная форма кариеса начинается вскоре после прорезывания зубов преимущественно на гладких поверхностях зубов и быстро прогрессирует. Это оказывает длительное пагубное воздействие на зубной ряд. Сопутствующая боль от кариеса зубов оказывает негативное влияние на эмоциональное состояние детей, режим сна и способность учиться или выполнять свои обычные действия. Широкий спектр факторов риска связан с КРДВ у детей из неблагополучных семей и с низким социально-экономическим статусом. Здоровье полости рта было признано важным компонентом общего состояния здоровья и качества жизни. Следовательно, как профилактика заболеваний полости рта, так и укрепление здоровья полости рта должны быть включены как неотъемлемая часть программ профилактики хронических заболеваний и общего укрепления здоровья.

Использованные литературы

1. Аминов З.З. и др. Социальные аспекты и роль питания в стоматологическом здоровье детей и подростков // Academy, 2019. № 10 (49).
2. Зоиров Т.Э. и др. Состояние гигиены и пародонта при лечении методом шинирования у больных с переломом челюсти // Вопросы науки и образования, 2019. № 23 (71).
3. Ризаев Ж.А., Мусаев У.Ю. Влияние условий внешней среды на степень пораженности населения стоматологическими заболеваниями // Врач-аспирант, 2009. № 10. С. 885-889.
4. Ризаев Ж.А., Шамсиев Р.А. Причины развития кариеса у детей с врожденными расщелинами губы и нёба (обзор литературы). // Вестник проблем биологии и медицины, 2018. Вип. 2 (144). С. 55-59.
5. Ризаев Ж.А., Мусаев У.Ю. Влияние условий внешней среды на степень пораженности населения стоматологическими заболеваниями // Врач-аспирант, 2009. № 10. С. 885-889.
6. Юсупалиева К.Б.К. Оптимизация мероприятий, направленных на профилактику кариеса у детей // Вопросы науки и образования, 2017. № 8 (9).
7. Де Грауве А., Апс Дж. К., Мартенс Л. С. Ранний детский кариес (РДК): что в названии? *Eur J Paediatr Dent* (2004) 5 (2): 62–70.
8. Фельденс К.А., Джуглиани Э.Р., Дункан Б.Б., Драхлер Мде Л., Витоло М.Р. Долгосрочная эффективность программы питания для снижения кариеса в раннем детстве: рандомизированное исследование. *Community Dent Oral Epidemiol* (2010) 38(4):324–32. doi:10.1111/j.1600-0528.2010.00540.x
9. Финлейсон Т.Л., Зиферт К., Исмаил А.И., Зон В. Психосоциальные факторы и кариес в раннем детстве среди малообеспеченных афроамериканских детей в

- Детройте. *Community Dent Oral Epidemiol* (2007) 35(6):439–48. doi:10.1111/j.1600-0528.2006.00352.x
10. Нанн М.Э., Браунштейн Н.С., Кралл Кэй Э.А., Дитрих Т., Гарсия Р.И., Хеншоу М.М. Индекс здорового питания является предиктором раннего детского кариеса. *Дж. Дент Рез* (2009) 88 (4): 361–6. doi: 10.1177/0022034509334043
11. Берковиц Р.Дж. Причины, лечение и профилактика раннего детского кариеса: микробиологическая перспектива. *J Can Dent Assoc* (2003) 69 (5): 304–7.
12. Палмер К.А., Кент Р. мл., Лу С.Ю., Хьюз К.В., Стутиус Э., Прадхан Н. и соавт. Диета и кариес-ассоциированные бактерии при тяжелом кариесе в раннем детстве. *Дж. Дент Рез* (2010) 89 (11): 1224–9. doi: 10.1177/0022034510376543
13. Харрис Р., Николл А.Д., Адэр П.М., Пайн К.М. Факторы риска кариеса зубов у детей раннего возраста: систематический обзор литературы. *Community Dent Health* (2004) 21 (1 Suppl): 71–85.
14. Урибе С. Ранний детский кариес – факторы риска. *Дент на базе Evid* (2009) 10 (2): 37–8. doi: 10.1038/sj.ebd.6400642
15. Milgrom P, Riedy CA, Weinstein P, Tanner AC, Manibusan L, Bruss J. Кариес зубов и его связь с бактериальной инфекцией, гипоплазией, диетой и гигиеной полости рта у детей в возрасте от 6 до 36 месяцев. *Community Dent Oral Epidemiol* (2000) 28(4):295–306. doi:10.1034/j.1600-0528.2000.280408.x
16. Уатт РГ. От обвинения жертвы к исходным действиям: устранение социальных детерминант неравенства в отношении здоровья полости рта. *Community Dent Oral Epidemiol* (2007) 35 (1): 1–11. doi:10.1111/j.1600-0528.2007.00348.x
17. Эдельштейн Б.Л. Пандемия кариеса зубов и проблема неравенства. *BMC Oral Health* (2006) 6 (Приложение 1): S2. doi: 10.1186/1472-6831-6-s1-s2
18. Эдельштейн Б.Л. Решение проблемы раннего детского кариеса: задача для всех нас. *Arch Pediatr Adolesc Med* (2009) 163 (7): 667–8. doi: 10.1001/archpediatrics.2009.107
19. Масумо Р., Бардсен А., Масото К., Астром А.Н. Распространенность и социально-поведенческое влияние кариеса в раннем детском возрасте, РДР и пищевых привычек среди детей в возрасте от 6 до 36 месяцев в Уганде и Танзании. *Здоровье полости рта BMC* (2012) 12:24. doi: 10.1186/1472-6831-12-24
20. Конгиу Г., Кампус Г., Лулье П.Ф. Распространенность раннего детского кариеса (ЕСС) и фоновые факторы: обзор. *Здоровье полости рта Prev Dent* (2014) 12(1):71–6. doi: 10.3290/j.ohpd.a31216

ЛЕЧЕНИЕ ИНВАЗИВНОГО МУКОМИКОЗА У БОЛЬНЫХ COVID-19

Мадаминов Ф. А.¹, Ёкубов М. М.²

¹ Ферганский медицинский институт общественного здоровья

В эпоху новой коронавирусной инфекции, к сожалению, количество больных тяжелыми микозами увеличилось. Это связано с несколькими обстоятельствами. Первое – сама тяжелая коронавирусная инфекция, при которой пациент нередко вынужден находиться в отделении реанимации и интенсивной терапии. Тяжелая коронавирусная инфекция характеризуется мощной иммуносупрессией, причем нарушением не только местных, но и системных

механизмов иммунной защиты. При этом могут возникнуть тяжелые угрожающие жизни инфекции, обусловленные необычными патогенами, в том числе микромицетами. Ситуацию усугубляет очень широкое применение системных глюкокортикостероидов и биологических иммуносупрессоров.

Имеются многочисленные публикации о случаях мукормикоза, который в прессе называют «индийская черная плесень». Эти статьи посвящены проблеме мукормикоза у больных COVID-19. Это реальная проблема, на которую многие обратили внимание. Специализированные медицинские сообщества, такие, как и Европейская конфедерация по медицинской микологии или Глобальный фонд по борьбе с микозами, выпустили огромное количество заявлений на эту тему.

О мукормикозе заговорили в мае 2021 года, когда несколько штатов Индии объявили о начале новой эпидемии «черной плесени». Причем рост заболеваемости наблюдается среди тех, кто перенес COVID-19: у 85,5% из 40 тыс. пациентов с мукормикозом была выявлена коронавирусная инфекция.

Возбудители мукормикоза – разнообразные роды грибов семейства Mucoraceae, включая Rhizopus, Rhizomucor и Mucor, обитающие в почве, навозе, сене, компосте, в виде плесени на хлебе и плодах. Основной фактор, провоцирующий развитие мукормикоза, – ослабленный иммунитет. У пациентов с COVID-19 с травмой, сахарным диабетом, приемом ГК, злокачественные новообразования (НМ), длительной нейтропенией, алло-ТГСК, СОР выше вероятность развития мукормикоза.

Рекомендации по лечению могут быть подкреплены глобальным руководством по диагностике и лечению мукормикоза от 2019 года Европейской конфедерацией медицинской микологии (ECMM) и Консорциумом по обучению и исследованиям микозов, согласно которому терапевтические и альтернативные лекарства от мукормикоза получили более подробное руководство (Cornely OA, Alastruey-Izquierdo A, Arenz D, Chen SCA, Dannaoui E, Hochhegger B, et al., 2019). Как правило, оно настоятельно поддерживает раннее полное хирургическое лечение мукормикоза, когда это возможно, в дополнение к системному противогрибковому лечению. Пациентам с нейтропенией, пациентам с реакцией «трансплантат против хозяина» или с высоким фактором риска может быть рекомендована первичная профилактика позаконазолом. Липидный комплекс амфотерицина В, липосомальный амфотерицин В и пероральная суспензия позаконазола рассматриваются как противогрибковая монотерапия первой линии, в то время как изавуконазол решительно поддерживается как лечебное средство. Нет убедительных данных для руководства по применению противогрибковой комбинированной терапии полиенов и азолов или полиенов с эхинокандинами.

BOLALARDA NEYROTSIRKULYATOR DISTONIYANI BARVAQT ANIQLASH VA ULAR ORGANIZMIDA UYQUNING AHAMIYATI

Muydinova Yo.G., Abduvaqqosova M.M., Xusanova SH.S.
Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot institute

Neyrotsirkulyator distoniya - hayotining dastlabki, yillarida ko'rsatiladigan g'amho'rlik va mehr- oqibat bolaning rivojlanishiga ko'maklashadi. Bola hamisha onasining yonida bo'lib, ko'ngli tusagan zahoti uning ko'krak sutini emsa, himoyalanganligini va mehr - muhabbatni teran his etadi. Bola onaning ko'krak sutidan bahramand bo'lar ekan, ham oziqlanadi ham halovatda bo'ladi. O'g'il va qiz bolalar ayni bir xil jismoniy va aqliy, hissiy hamda ijtimoiy ehtiyojlarga ega bo'ladilar. O'g'il bolalar ham qizlar ham alohida diqqat - e'tibor va ma'naviy madadga bir xil darajada muhtoj bo'ladilar. Kamqonlikka duchor bo'lgan, to'yimli ovqatlanmaydigan yoki tez-tez kasallanadigan, bolalar qo'proq, hadiksiraydigan bo'lib qolishlari mumkin. Ular sog'lom bolalarga nisbatan tez ranjiydilar. Bunday bolalar kam o'ynaydi, ularda bilim olish va boshqalar bilan munosabatda bo'lishga intilishi sust bo'ladi. Bolalar hissiyoti samimiy va jo'shqin xususiyatga ega. Bolalar biror narsani qila olmasalar yoki o'zlari xohlagan narsani qo'lga kirita olmasalar, xafa bo'lishlari mumkin. Bolaning biror javob xatti-harakati masxaralansa, jazolansa yoki e'tiborsiz qoldirilsa u xijolat bo'ladi va uyalganidan o'z his-tuyg'ularini bermalol izhor qilolmaydi. Bunday bo'lishiga sabab nima? Ba'zan ota-onalar bolalar rangparvar bo'lsa, holi qurisa, qo'llari kafti terlab tursa yoki oyoqlari sovqotsa parvo qilmaydilar, bolani shifokorga olib borishni xayollariga ham keltirmaydi. Xolbuki bu alomatlar nerv tizimining vegetativ bo'limi uyg'unligi, boshqacha aytganda muvozanati buzilganidan darak beradi. SHifokorlarning fikricha, bola maktabda o'qib yurgan davrida kasallikka davo qilinmasa, katta bo'lganida insult yoki miokard infarktga duchor bo'lishi, o'g'il bola bo'lsa, mijozining sust bo'lib qolishi, qiz bola bo'lsa, ulg'ayib turmushga chiqqanida, homiladorligi og'ir kechishi mumkin ekan. Birinchi sinfga qabul qilingan bolalarning ayrimlarida ishtahaning yo'qolishi, ichi ketib turish holatlari yoki qabziyat bo'lishi kuzatiladi. Ko'zlarining tagi ko'karadi, doim shamollab turadi. Bunday bolalarni albatta nevropatologga ko'rsatish lozim. CHunki, biz faqat terapevt shifokorga murojat qilib o'rganib qolganmiz. Natijada kasallikka tashxis qo'yish biroz kechikib qoladi. Agar bolani o'z vaqtida nevropatologga olib borilsa "Neyrotsirkulyator distoniya" bilan og'riganini zudlik bilan aniqlaydi va tegishli davoni buyuradi. Bu kasallikda bolani infeksiyalardan saqlash kerakligini, siqilishga yo'l qo'ymaslikni, og'ir qiyin yumushlarni qilmasligini shifokor tomonidan tushuntirib boriladi. Bola albatta kun tartibiga rioya qilishi kerakligi, ob-havo yaxshi bo'lgan kunlari ochiq havoda ko'proq sayr qilishi, havo o'zgargan kunlarida 50 mg dan askorbin kislotasi berib turishni, vitamin Ye 10 foizli eritmasini 5 tomchidan ichirib turishini, albatta nonushta qilishini va choy ichishi kerakligini tushintirib boradi. Ma'lumki 7-8 yashar bola tez o'sa boshlaydi, vegetativ disfunktsiya tufayli azob chekayotgan bolalar bu darddan juda qiynaladilar. Ko'pincha madori qurib, salga charchashadi va boshining og'rishidan noliydi. Vegetativ distoniya bolanishidan oldin kasallik belgilari kuzatila boshlaydi, bolaning holi quriydi, kechalari vahimaga tushadi, kechasi o'rniga siyib qo'yishi holatlari sodir bo'la boshlaydi. Agar bola ozroq ortiqcha harakat qilsa, bu alomatlar kuchayishi mumkin. Masalan, yozma ishni bajarganida, biror infeksiyon kasallikka chalinganida bu alomatlar zo'rayishi mumkin. 11-12 yoshda bola organizmida endokrin o'zgarishlar ro'y beradi, bola zo'r berib o'qiydi. SHu yoshdagi bola yuragida har-xil o'zgarishlar sodir bo'lib, yuragi zo'riqib uradi (ekstrasistola), tomiri tez uradi (taxikardiya) yoki tomiri sekin uradi (bradikardiya). Hatto infarktga o'xshash xis ham paydo bo'lib, bola titrab qaqshaydi, oyoq qo'llari muzdek bo'ladi, o'lib qolaman deb qo'rqib ketadi. Bu vaqtda ota-onalarning ham tashvishga tushishi sir emas. Farzandining yuragini kasal bo'lib

qolganidan havotirga tusha boshlashadi. Maktabda esa bolani fizkultura darslaridan ozod qilishadi, lekin o'rin ko'rpa qilib yotqizishmaydi. Aslini olganda bolaning yuragi sog'lom bo'ladi, yurakning meyoriy holatda ishlashiga vegetativ tizim halaqit berayotgan bo'ladi. SHunday holatlar sodir bo'lsa, validolni til tagiga tashlab turishi, yoki 20-25 valeriana damlamasini ichishi, valokardin yoki karvalolni ozroq qaynatib sovutilgan suv bilan ichishi kerak bo'ladi. Neyrotsirkulyator distoniyaning gipertonik, gipotonik va emotsional turlari ham borki, albatta nevropatolog bilan maslahatlashib davolash ishlarini olib borgan ma'qul. Kasallikni erta aniqlab, davolash ishlari to'g'ri olib borilsa, ko'zlangan maqsadda erishiladi.

Bolaning to'g'ri o'sib ulg'ayishida uyquning ham ahamiyati katta rol uynaydi. Insonlarning bosh miya faoliyati bilan uzviy bog'liq bo'lib, inson organizimi uchun ma'lum vaqt dam olish imkoniyatini yaratib beradi. Uyqu bosh miya yarim sharlari po'stloq qismidagi nerv markazlarining tormozlanishi natijasida yuzaga keluvchi fiziologik hodisadir. Insonlar hayoti mobaynida uyquning turli xillariga duch kelishlari mumkin. Bulardan tabiiy fiziologik uyqu, gipnotik uyqu, narkotik uyqu va uyqu kasalliklari kabi xillaridir.

Insonlar uchun eng zaruri va eng kerakligi bu tabiiy fiziologik uyqu hisoblanadi. Uyquning ahamiyati ovqatlanish va suv ichishdek muhimdir. Uyqu paytida yangi hujayra va to'qimalar hosil bo'ladi, ularning yangilanishi jadallashadi. Uyquda o'sish va ulg'ayish yaxshi kechadi. Yangi tug'ilgan bola sutkasiga 21 soat uxlasa, bir yashar bo'lganida 14 soat, 5 yoshga kirganida esa kamida 12 soat uxlashi kerak. CHunki bola qancha yosh bo'lsa uning tanasida o'sish va rivojlanish shuncha kuchli kechadi. Yosh ulg'ayib borishi bilan bu jarayonlar sekinlashib boradi. Katta odam bir kunda 7-8 soat uxlashi kerak. Kishi keksaygan sari qator fiziologik, biokimyoviy o'zgarishlar bois uyqu kamayadi. SHuni hisobga olish kerakki, odam kun bo'yi ishlar ekan tanasidagi barcha a'zolar va tizimlar faoliyati ustidan nazorat qilib turadigan asab tizimi charchab toliqadi, dam olishga ehtiyoj seziladi. Odam esa uxlash yo'li orqali ehtiyojini oladi. Uyqu fiziologik jihatdan asab markazlarining bedorlik holatidan tormozlanish holatiga o'tish demakdir. Lekin tormozlanish sust holat bo'lmasdan nerv hujayralari, tanadagi barcha a'zo va tizimlar ish qobiliyatining tiklanishi uchun zarur bo'lgan muhim neyrodinamik jarayon hisoblanadi. Uyquning yetarlicha chuqur bo'lishi uchun nima qilish kerak? Birinchidan, odam nasldan-naslga o'tadigan irsiy xususiyatlar holida shakllanganligi, bu tartib tegishli sutkalik bioritmlar bilan chambarchas bog'lik ekanligini unutmaslik kerak. Bioritmlarni o'zgartirib bo'lmaydi, chunki bioritmlar yer, quyosh harakati bilan qat'iy izchillikda sodir bo'lib turadi. SHuning uchun kunduzi uxlab, kechasi ishlash organizmni ancha qiynab qo'yadi.

Agar ushbu holatlar tinimsiz takrorlanib turishi oqibatida barcha hayotiy jarayonlar izdan chiqib ketadi va ko'ngilsiz holatlar yuz beradi. Kechasi uxlashning o'ziga xos xususiyatlaridan yana biri qorong'ida epifiz bezi (bosh miyada joylashgan mitti ichki sekretiya bezi) tomonidan melatonin gormoni ishlab chiqarilishidir. Kechasi qon tarkibida melatonin miqdori kunduziga qaraganda 4-6 marta ko'p bo'ladi. Bu gormon tinch osoyishta uxlashdan tashqari, organizmning immun tizimini ham kuchaytiradi. Masalan ayrim kasalliklarda ya'ni grippga chalinganda miriqib uxlasa, ertalab tiniqib, bardam bo'lib o'rnidan turadi. SHu narsa aniqlanganki, qonda melatonin gormoni doim yetarli bo'lsa, saroton kasalligiga chalinish ehtimoli shuncha kamayar ekan. Agar melatonin qondagi miqdori kamayib borsa, insoning uyqusini tez-tez buzilishi va

notinch hamda ertalablari lanj bo'lib turadi va qo'li ishga bormaydi. Melatonin bosh miyada ishlanib chiqadigan neyrogormon serotoninidan hosil bo'ladi. Organizmda har ikkala gormoning yetarlicha bo'lishi uchun triptofan aminokislotasining ishtirok etishi aniqlangan. SHuning uchun iste'mol qilinadigan oziq-ovqatlar tarkibida bu oqsil komponentlarining yetarli bo'lishi maqsadga muvofiq. U sut va sut mahsulotlarining tarkibida ko'p bo'ladi. SHu bois tezgina uyquga ketish va osoyishta uxlash uchun bir stakan ilitilgan sutni ozgina asal qo'shib ichish tavsiya qilinadi. Kingadir sut ichish to'g'ri kelmasa, qatiqqa ozgina shakar qo'shib ichish ham mumkin. Epifizdan melatoninga nisbatan aks xususiyatga ega bo'lgan oreksin gormoni ham qonga ajraladi. U yorug'lik ta'sirida, ya'ni kunduzlari sintezlanib, bedorlik holatini ta'minlaydi. Kechasi ishlab, kunduzi uxlaydiganlar qonida melatonin gormoni emas, aksincha oreksin gormoni ko'proq bo'ladi.

Uxlashdan oldin asal iste'mol qilish oreksinni bartaraf qilishga yordamlashadi. Uni ko'paytirmaslik uchun xonani qorong'ilashtirib uxlash tavsiya qilinadi. Yomon uxlashning sabablaridan biri asab tizimining charchashidir. Tinch uxlash uchun yotishdan 3 soat oldin ovqat iste'mol qilinishi, toza havoda sayr qilish, xona havosini yangilash, televizor va uyali aloqa vositalaridan iloji boricha kamroq foydalanish, kitobni kechasigacha o'qimaslik, faqat yaxshi o'y hayollarni o'ylash kerak bo'ladi.

Uyqu tana a'zolarining o'zidan keyingi faollashuvini ta'minlaydi. Uyqu insonlarning tanasi uchun ozuqadir.

Foydalanilgan adabiyotlar:

- 1.«Onalarga psixolog maslaxati», «Sog'lom avlod uchun», xalqaro xayriya jamg'armasi., T., 2002 yil.
- 2.Musurmanova U., Abduraximova F., "Mahalla qizlarining sog'lom turmush tarzi. - T. O'zbekiston, 2008. - 168 b.
3. SHaripova D. "Oilaning salomatlik sirlari" T. "O'qituvchi" 2006 yil.
- 4.Salomatlik entsiklopediyasi Toshkent-1985
- 5.Bolalar kasalliklari A.N. Buraya. Toshkent-1988
- 6.Sog'lom va kasal bola parvarishi A.N. Buraya. Toshkent-1989
- 7.Ismoilov M.I. "Bolalar va o'smirlar gigienasi", Toshkent, Ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti, 1994 yil.
- 8.SH.B. Irgashev, N.M. Mamatova "Ratsional ovqatlanishning valeologik tamoyillari" Toshkent 2011 yil.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У МУЖЧИН

Рзаев Р. С.

Госпиталь Аврация, Азербайджан

На сегодняшний день эректильная дисфункция (ЭД) является самой частой проблемой среди зрелых и стареющих мужчин. Во всем мире проведены различные исследования для установления уровня распространенности ЭД. Вариация распространенности ЭД по данным различных авторов колебалась от 12 до 71% в зависимости от методологии, целевой группы, размера выборки и

используемое определение ЭД. Связанные со здоровьем основные факторы риска развития ЭД включают: гипертензию, болезни сердца, дислипидемию, диабет и депрессию. Другие факторы связаны с поведением и образом жизни мужчин, со здоровьем, и включают физическую активность, потребление алкоголя и курение сигарет.

Цель настоящего исследования состояла в том, чтобы изучить эпидемиологические закономерности распространения эректильной дисфункции у мужчин.

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. Как оказалось, сосудистые нарушения, выявленные в результате проведенных исследований в системе кровообращения полового члена, были зарегистрированы у 117 пациентов ($70,9 \pm 3,5\%$ от всех обследованных). Обследованные группы больных имели возрастной диапазон 25-65 лет. На момент поступления для лечения в клинику «Аврация» семейное положение мужчин с ЭД было различным. У 54 больных ($32,7 \pm 3,6\%$ случаев) брак расторгнут на почве половых расстройств. Вновь удалось создать семью 23 пациентам ($13,9 \pm 2,7\%$). В первичном браке было зарегистрировано 88 больных ($54,3 \pm 3,9\%$). Анализ социального статуса пациентов, включенных в исследование показал, что 107 ($64,8 \pm 3,7\%$) обследованных мужчин в основной группе имели высшее образование, тогда как в контрольной группе только 14 ($28,0 \pm 6,3\%$) пациентов ($p < 0,05$). Анализ профессиональной деятельности мужчины с ЭД позволил распределить их следующим образом: экономисты и финансисты ($40,0 \pm 3,8\%$ случаев), инженерно – технический персонал ($21,8 \pm 3,2\%$ случаев) и работники культуры ($18,2 \pm 2,9\%$ случаев), рабочие ($16,4 \pm 2,8\%$ случаев), студенты ($3,6\%$ случаев). Анализ сексуальной активности, на момент исследования состоявших в браке показал довольно высокий уровень наличия внебрачных связей как в основной ($78,4 \pm 3,9\%$), так и в контрольной группе ($72,4 \pm 8,3\%$). У всех мужчин, не состоявших в браке, как в основной группе (47 человек; $42,3 \pm 4,7\%$), так и в группе сравнения (9 человек; $31,0 \pm 8,6\%$) с начала половой жизни отмечалось большое количество сексуальных партнеров.

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 ($20,0 \pm 5,6\%$) - хламидийная инфекция, у 7 ($14,0 \pm 4,9\%$) - микоплазменная инфекция и 16 ($32,0 \pm 6,6\%$) пациента не отмечали перенесенных ИППП. В результате эпидемиологического анализа

установлено, что за период наблюдения с 2016 по 2018 гг. распространенность ЭД у мужчин составил $36,3 \pm 3,4\%$.

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ В АЗЕРБАЙДЖАНЕ

Сафарова Р. И.

Азербайджанский Медицинский Университет, Онкологическая клиника

Высокая заболеваемость раком шейки матки (РШМ) и продолжающийся рост диктует постоянное изучение эпидемиологических данных, как в отдельных странах, так и во всем мире. В настоящее время злокачественные новообразования шейки матки представляют серьезную проблему в связи с ростом заболеваемости среди отдельных контингентов населения и женщин молодого возраста, что объясняется распространенностью папиллома-вирусной инфекции.

Целью исследования явилось изучение особенностей заболеваемости раком шейки матки в Азербайджане

Материалы и методы исследования. Исходя из того, что в Азербайджанской Республике РШМ представляет одну из важнейших как медицинских, так и социальных проблем, нами были проанализированы статистические формы отчетности №7 «Отчет о злокачественных новообразованиях» за период 2012-2016 гг. Статистический анализ данных осуществлялся с помощью программы электронных таблиц Microsoft Excel, которые были сформированы в соответствии с запросами проводимого исследования.

Результаты и их обсуждение.

Анализ заболеваемости населения Азербайджанской Республики за период 2012 - 2016 гг. выявил достаточно неблагоприятную ситуацию в отношении данной нозологии, что нашло отражение при расчете показателей оценки заболеваемости населения республики. В результате эпидемиологического анализа установлено, что за период наблюдения с 2012 по 2016 гг. в Азербайджане зарегистрировано 3031 случаев РШМ. Если в 2012 году в Азербайджане было зарегистрировано 533 случая (17,5%) РШМ, то в 2013 году было зарегистрировано 566 (18,5%) случаев по Азербайджану. В 2014 году число зарегистрированных случаев РШМ несколько возросло по сравнению с 2012 годом и составило 628 случаев (20,7%). В 2015 году число случаев остается примерно на уровне 2014 года и составило 622 случая (20,5%), в 2016 году отмечается значительный рост по сравнению с 2012 годом – 682 случая (22,8%). Так, интенсивный показатель заболеваемости РШМ за исследуемый период варьировал в пределах 11,5 - 15,1‰ с незначительными колебаниями. Однако, со стороны таких показателей заболеваемости как коэффициенты интенсивности и пораженности отмечается четкая тенденция к увеличению за период с 2012 по 2016 гг. Отмечается стабильная тенденция к увеличению коэффициентов интенсивности РШМ. Таким образом, значения коэффициентов интенсивности РШМ увеличивались на протяжении 5 лет, диапазон которых составил 11,5 - 14,1 0/0000 в случае интенсивности заболевания. В результате эпидемиологического анализа установлено, что за период наблюдения с 2012 по 2016 гг. в Азербайджане наибольшее число случаев

заболевания зарегистрировано в 2014 году и составило 628 случаев (20,7%) и в 2016 году – 682 случаев (22,8%).

В последние годы, в результате повсеместного роста заболеваемости вирусом папилломы человека, возрастания его социально-экономической значимости и успехов в профилактике этого заболевания, наблюдается интенсификация исследований для выработки системы мер по снижению риска заражения женщин этой инфекцией. Складывается мнение о приоритетности в этом отношении санитарной агитации, наиболее доступного, экономичного и в эпидемиологическом отношении целесообразного способа, так как, только при активности самого населения в осуществлении профилактических мер можно достичь желаемого результата. Проведенные исследования показывают важность правильной организации разъяснительной работы для организации и проведения обследования женщин на вирус папилломы человека.

BIFIDUMBACTERIN PL AND IMMUNOMODULIN AS BIO-IMMUNE CORRECTORS IN CHILDREN WITH DYSENTERY

Sadullaev O. K., Mamatqulova M.T.
Urgench Branch of Tashkent Medical Academy.

Abstract

In children with diarrheal diseases living in environmentally unfavorable conditions of the Southern Aral Sea region, a deep dysbiosis occurs, which is manifested by a sharp decrease in the indigenous microflora. Upon admission to the hospital, dysbiotic changes in the intestinal microflora practically did not differ in children under 7 years of age from patients with bacterial dysentery, salmonellosis, coli enteritis and diarrhea of another bacterial and unknown etiology in the conditions of the South Aral Sea region.

According to our observations, treatment of diarrheal diseases with generally accepted antidiarrheal therapeutic methods, although it leads to some improvement in the patient's general condition, does not have a noticeable effect on dysbiotic changes in the intestines of sick children, and apparently does not contribute to the restoration of intestinal microbiocenosis even to the level of the 2nd control group of local healthy children. Bio-immune correction of intestinal dysbiosis using Bifidumbacterin PL and Immunomodulin not only restored the gut microflora to the normal parameters of local healthy children (2nd control group), but also led to its normalization in accordance with the figures of healthy children from Tashkent (1st control group). Restoration of obligate intestinal microflora led to a marked decrease in the number of facultative opportunistic microorganisms compared with the initial indicators. Thus, application of Bifidumbacterin PL and Immunomodulin as bio-immune correctors represents a promising therapeutic strategy for treatment of diarrheal diseases in children.

Keywords: intestinal microbiocenosis, dysbiosis, Bifidumbacterin PL, Immunomodulin.

Introduction

The Aral Sea, once a great inland lake in the middle of Central Asia has been rapidly shrinking since 1960s as a result of unsustainable irrigational implementation. According to palaeolimnological data the variability in Aral Sea water level dates back to 11,700 BP

and have been associated with environmental, tectonic and human forces. Since early 20th century the demand for extensive water supply for local agriculture had risen. Subsequently inadequate allocation of water resources together with massive contamination of local environment have had detrimental consequences for the population inhabiting Aral Sea region

Especially sensitive to these changes are children and women of childbearing age living in the zone of ecological distress. Taking into account the negative impact of environmentally unfavorable factors on the population, especially children living in the southern Aral Sea region, the study of the quantitative and qualitative composition of the normal intestinal microflora and mechanisms of its regulation in this region is an urgent issue. The normal microflora of the gastrointestinal tract was formed in the process of evolution and performs the following important functions: provides colonization resistance, prevents the invasion of pathogenic microbes, produces enzymes, participates in the metabolism of proteins, lipids and carbohydrates, nucleic acids, participates in water-saline, bile acids, cholesterol metabolism, stimulates the immune system. At the same time, the gut microflora is a source of endogenous infection, a repository of microbial plasmid genes.

By the definition of A. Veselov, dysbiosis is a change in the microbiocenosis of the total number of microorganisms and (or) the ratio of their individual species. Dysbacteriosis is recorded in most human diseases and when exposed to the body of various adverse factors of a physical, chemical or biological nature. As a consequence of the disease, dysbiosis, as a rule, aggravates its course.

Currently, the laboratories of a number of infectious diseases hospitals are conducting a quantitative analysis that takes into account the total volume and percentage of both the main and conditionally pathogenic flora. If violations of the intestinal microflora are detected, it is competent to diagnose dysbiosis as a complication of intestinal infection caused by one or another pathogen (for example, Shigella, Salmonella, etc.) (1,2,5,8,12) In the present study we aimed to investigate the impact of traditional antidiarrheal therapy on gut microflora and conduct bio-immune correction of dysbiotic changes in children with dysentery.

Materials and methods

In this work, we examined 179 children under 7 years of age with diarrheal diseases, living ecologically unfavorable zone of the South Aral Sea-Khorezm region of Uzbekistan. All the examined children were divided into two groups by age-from 2 to 3 years old and from 3 to 7 years old and by gender- 95 boys and 84 girls representing 53% and 47%, respectively. All the sick children were hospitalized in the city children's infectious and city infectious hospitals of Urgench city, in the Urgench regional infectious diseases hospital and the infectious wards of the Khanka and Khiva regional hospitals of the Khorezm region. We did not include children with a pre-morbid background (varying degrees of anemia, varying degrees of hypotrophy etc.) in the composition of the examined patients, since these conditions alone can lead to a decrease in the activity of the immune system and impaired intestinal microbiocenosis. All the sick children treated in the hospital were divided into 2 groups: the 1st received traditional antidiarrheal treatment and the 2nd-complex treatment with bio-immune correction with Bifidumbacterin PL and Immunomodulin in combination with traditional antidiarrheal methods (table 3) (13). Traditional antidiarrheal therapy included antibiotic therapy, *pathogenetic* therapy, diet and protective regimen. Treatment was arranged taking into account the age of child, clinical form and severity of disease. The duration of treatment was determined individually. For bio-immune correction of gut microflora we

applied Bifidumbacterin PL, which was produced by the small enterprise "Orom" (Tashkent) and approved for medical use by the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan. This medication represents the microbial mass of lyophilized live Bifidobacterium of the species *B. longum* local strain which is isolated from the body of a healthy child. It has high adhesive and corrective properties. Peptide Immunomodulin, which boosts the activity of the immune system was obtained from the thymus of sheep's fetuses and newborns. It is available in the form of ampoules and tablets at the Research Institute of Vaccines and Serums(3,4,6,7)

Bifidumbacterin PL was prescribed at 5 doses 3 times a day 30 minutes before meals for 14 days, whereas Immunomodulin was administered intramuscularly at 0.5-1.0 ml once for 7 days. The figures of two groups of healthy children were used as control: 1st control group consisting of 25 practically healthy children living in relatively favorable conditions of Tashkent city, and 2nd control group consisting of 32 healthy children living in the same region as the sick. Microbiological studies were carried out on the basis of the bacteriological laboratory of the Department of Microbiology of Urgench branch of Tashkent medical academy. The materials for the study of intestinal microbiocenosis of children with diarrheal diseases were feces, which were delivered to the laboratory no later than 1-1.5 hours after infection. Feces were collected in a sterile vial, weighed and titrated to 10^{-10} of dilution. For this purpose, 0, 1% agarised reduced buffer was used, which gives a uniform distribution of microbial cells in suspension and prolongs the life of anaerobic bacteria. Thereafter, the required material was seeded on 1/3 of a Petri dish with a dense nutrient medium using Gold loop (2 mm). In order to cultivate Bifidobacterium and Lactobacilli anaerobic conditions were created by placing them in plastic bags filled with the main gas pipeline. Lactobacilli were grown in an atmosphere of carbon dioxide (CO₂) in a desiccator with a burning candle. All this was placed in the thermostat at 37 °C for 24-48 hours. Bifidobacterium, Lactobacilli, Lactose-positive intestinal cells were determined from obligate microorganisms in the feces of children. Assessment of the state of intestinal microbiocenosis of children was carried out according to generally accepted quantitative and qualitative indicators of the specified obligate, facultative microflora and opportunistic microorganisms (lactose-negative *E. coli*, staphylococci, streptococci and fungi of the genus *Candida*). Evaluation of the results of fecal seeding was carried out by counting the number of grown colonies of each species after dilution according to the formula: $K = A \times 200 \times P$ (CFU/gr), where K-is the number of colonies of particular species, A-is the number of colonies on a Petri dish in the last dilution, 200-is the coefficient of seeding in accordance with 1 ml, P-is the degree of dilution. Identification of isolated microorganisms to the genus and species was carried out in accordance with the determinant of microorganisms by Bergi.

The number of bacteria of each species was expressed in log CFU/g. Staphylococci and streptococci were isolated on 5% blood and milk-salt agar. The presence of hemolysis, characteristics of cultural and morphological properties in gram-stained smears were taken into account. Further identification was carried out in accordance with order #535 and according to the generally accepted method. Statistical processing was carried out by the method of variation statistics with the calculation of arithmetic mean (M), arithmetic mean (t), the significance of differences was determined according to the Fischer-Student criterion by calculating differences satisfying the condition $P < 0.05$, which were

considered reliable. All calculations were performed on a personal computer using the application software package(16).

Results and discussion

The etiological structure of the causative agents of diarrheal diseases in children is shown in table 1. Of the children examined, 43 patients (24%) were diagnosed with dysentery, 34 of them (19%)-coli enteritis, 30(16.3%)-salmonellosis, 23(13%)-diarrheal diseases of another bacterial etiology. In all cases, the diagnoses were confirmed bacteriologically with the establishment of the types of pathogens, and for coli enteritis of enteropathogenic *Escherichia coli* (E.coli) and its strains, 49 patients (27.3%) failed to confirm the diagnosis by bacteriological methods and they were assigned to diarrhea of unknown etiology. Among the causative agents of dysentery, *Shigella flexneri*, *Shigella sonnei* and *Shigella boydii* were identified in 79%, 16.3%, and 4.7% cases respectively, while children with coli enteritis accounted for 19% of total patients with diarrhea. As for strains of enteropathogenic *E. coli*, O55:K59 was isolated in 29.4% of patients, whereas O111:K58, O26:K60, O124:K72 were identified in 26.4, 11.7%, 8.9% cases accordingly. Surprisingly, O20:K84, O126:K71, O151 and O44:K74 strains of enteropathogenic *E. coli* were equally distributed among 5.9% of patients. In 23 children, diarrhea of another bacterial etiology was established, the causes of which were opportunistic Enterobacteria (17). When analyzing the incidence of certain infections in the age aspect, the predominance of coli enteritis in children of 2–3 years old, and dysentery and salmonellosis in older children, is noteworthy (table 2). A significant difference in the incidence of individual infections between boys and girls has not been established. Parents consider the causes of diarrheal diseases in children to be the consumption of poor-quality meat and meat products (56%), raw eggs (18%), milk and dairy products (2%), fish (4%) and fruits (20%). On the first day of the disease, 23 sick children (12.5%) were admitted to hospitals, on the second day - 60 children (32.6%), on the third and fourth days - 93 patients (50.8%), the remaining 7 children (3%) were hospitalized on the fifth day. In all the examined children, the disease proceeded from moderate to severe forms. Patients with mild forms of the disease rarely applied for medical help, and in cases of hospitalization they left hospitals before the end of treatment and discharge. As we have already noted, traditional antidiarrheal treatment basically includes etiotropic, pathogenetic therapy, as well as adherence to an appropriate diet and regimen. To comply with their conditions, children of all ages with moderate and severe forms of the disease were hospitalized.

Children of closed institutions (orphanages, boarding schools, etc.) are subject to hospitalization with any form of diarrhea, as well as with exacerbations, protracted and chronic forms of the disease. In order to assess the effectiveness of traditional therapy and investigate whether such a therapy leads to normalization of intestinal microflora, we compared the results of bacteriological studies obtained from children with dysentery before with the original data and the 2nd control group of practically healthy local children. The results of a study of the quantitative and qualitative composition of the intestinal microflora of children with dysentery before and after traditional treatment are shown in table 4.

Table 1. Etiological structure of diarrheal diseases in children of the southern Aral Sea region

Disease	Type of pathogen	Number of sick children	%	% of the total number of children examined
Dysentery	Shigella flexneri Shigella sonnei Shigella boydii Total:	34 7 2 43	79 16. 3 4.7	24
Salmonellosis	Salmonella typhimurium Total:	30 30		16.7
Coli enteritis	E.coli, including strains: E.coli O55: K59 E.coli O111: K58 E.coli O26: K60 E.coli O124: K72 E.coli O20: K84 E.coli O126: K71 E.coli O151 E.coli O44: K74 Total:	10 9 4 3 2 2 2 2 34	29, 4 26, 4 11, 7 8,9 5,9 5,9 5,9 5,9	19
Diarrhea of unknown etiology	Total:	49 49		27.3
Diarrheal diseases of other bacterial etiology:	Total:	23 23		13
	Total:	179		

Table 2. Distribution of children with diarrheal diseases by age and gender

Diagnosis	Total	from 2 to 3 years		from 3 to 7 years	
		Boys	Girls	Boys	Girls
Dysentery	43	12(27.9%)	7(16.2%)	19(44.1%)	5(11.6%)
Coli enteritis	34	9(26.4%)	13(38.2%)	5(14.7%)	7(20.5%)
Salmonellosis	30	6(20%)	10(33.3%)	8(26.6%)	6(20%)
Diarrhea of unknown etiology	49	15(30.6%)	11(22.4%)	9(18.3%)	14(28.5%)
Diarrhea of other bacterial etiology	23	7(30.4%)	6(26.08%)	5(21.7%)	5(21.7%)
Total	179	49(27.3%)	47(26.2%)	46(25.6%)	37(20.6%)

Table 3. Number of children with diarrheal diseases who received traditional therapy and immunological correction with bifidumbacterin PL and immunomodulin

Diagnosis	Total number of patients	Traditional therapy		Traditional method + Bifidumbacterin PL + Immunomodulin	
		Number of children	%	Number of children	%
Dysentery	43	32	74.4	11	25.5
Microorganism nd contr	34	19	55.8	15	44.1
Salmonellosis	30	18	60	12	40
Diarrhea of unknown etiology	49	26	53.06	23	46.9
Diarrheal diseases of another bacterial etiology	23	12	57.1	11	47.8
Total	179	107		72	

According to the data given in table 4, the number of obligate intestinal microflora in children with dysentery receiving a course of generally accepted antidiarrheal therapy remained unchanged or increased statistically insignificantly compared with the initial figures. In particular, the amount of

Bifidobacterium upon admission to the hospital before the initiation of therapy accounted for 3.96 ± 0.40 log CFU/g, while after the course of traditional treatment it slightly increased up to 4.81 ± 0.17 log CFU/g. The same tendency was observed for Lactobacilli: before conventional treatment the figure accounted for 4.95 ± 0.36 log CFU/g, whereas after treatment, their number increased statistically insignificantly up to 5.64 ± 0.29 log CFU/g. The amount of lactose-positive E.coli before and after the conventional therapy virtually remained unchanged, making up 5.96 ± 0.26 and 6.11 ± 0.22 log CFU/g before and after the treatment respectively ($P > 0.05$).

Table 4. Intestinal microbiocenosis of children with dysentery against the background of traditional antidiarrheal treatment, log CFU/g, $M \pm m$.

Microorganisms	2 nd control group of local healthy children n-32	The number of microorganisms in the intestines of children with dysentery	
		before treatment n-32	after traditional treatment n-32
Bifidobacterium	6.48 ± 0.33	3.96 ± 0.40	4.81 ± 0.17
Lactobacilli	5.10 ± 0.14	4.95 ± 0.36	5.64 ± 0.29
Lactose-positive E.coli	9.92 ± 0.66	5.96 ± 0.26	6.11 ± 0.22
Lactose-negative E. coli	4.67 ± 0.76	8.71 ± 0.35	$9.64 \pm 0.26^*$
Staphylococci	4.82 ± 0.38	5.84 ± 0.33	$6.90 \pm 0.15^*$
Enterococci	5.78 ± 0.12	8.92 ± 0.40	7.81 ± 0.87
Candida fungi	4.25 ± 0.41	6.83 ± 1.06	6.40 ± 1.14

n-is the number of children examined.

A p-value of less than 0.05 between groups before and after the treatment is judged significant and indicated.

* $p < 0.05$

The same can be stated for lactose-negative E. coli, the amount of which not only did not decrease, but showed a tendency to increase from 8.71 ± 0.35 log CFU/g before to 9.64 ± 0.26 log CFU/g after treatment ($P < 0.05$). Among other facultative microorganisms, a tendency toward reduction was observed only in fungi of the Candida genus, particularly their number declined from 6.83 ± 1.06 to 6.40 ± 1.14 log CFU/g before and after the therapy, respectively, which did not even lead to their restoration to indicators of the 2nd control group ($P > 0.05$). A mild reduction of Enterococci growth was detected after antidiarrheal therapy initiation. Indeed the figures comprised 8.92 ± 0.40 and 7.81 ± 0.87 log CFU/ before and after the treatment accordingly ($P > 0.05$). Surprisingly, the number of Staphylococci rose statistically significantly by almost 1 order of magnitude after the conventional treatment and made up around 6.90 ± 0.15 log CFU/g

($P < 0.05$). From this it can be concluded that the course of traditional antidiarrheal treatment had little or no effect on the restoration and normalization of gut microflora.

As known, the development of intestinal dysbiosis in children under 7 years of age living in the area of the ecological catastrophe of the South Aral Sea is affected both by environmental problems and pathological alterations in the intestine against the background of various diarrheal diseases, including dysentery. Moreover, as we have already indicated above, there is a decrease in the number of indigenous microflora – Bifidobacterium, Lactobacilli and lactose-positive E.coli, as a result of which some facultative microorganisms actively multiplied, including opportunistic pathogens(9,10,11,15,19,20,22,24,26,27). According to our observations, the treatment of diarrheal diseases with generally accepted antidiarrheal methods, although it leads to an improvement in the patient's general condition, has practically no positive effect on dysbiotic changes in the intestines of sick children, and apparently does not contribute to the restoration of intestinal microbiocenosis even to the level of the 2nd - control group of local healthy children and, therefore, does not lead to a complete recovery. Correction of intestinal microbiocenosis in children was carried out according to the scheme developed by us in combination with traditional antidiarrheal methods of treatment. As mentioned above, for bio-immune correction patients with dysenteric diarrheal diseases were prescribed Bifidumbacterin PL 5 doses 3 times a day 30 minutes before meals for 14 days and Immunomodulin 0.5-1.0 ml intramuscularly once a day for 7 day. Generally, the course of correction of intestinal microbiocenosis was carried out for children with dysenteric diarrheal diseases. We evaluated the effectiveness of bio-immune

We performed the analysis of the effectiveness of the correction of large intestine microflora by comparing the initial results (before treatment) with the figures of 1st control group of healthy children from Tashkent and 2nd control group of healthy local children (their indicators correspond to the generally accepted norms of the content of the microflora of the large intestine). In children with diarrheal diseases, intestinal microbiocenosis is even more disturbed and dysbacteriosis is even more pronounced with dysentery. The changes in the intestinal microbiocenosis of children with dysentery in the dynamics of bio-immunecorrection are shown in table 5. As can be seen from the figures presented in the table, the number of obligate bacteria in the large intestine before treatment is sharply reduced compared with the figures of 1st and 2nd control groups, namely Bifidobacterium is reduced by more than 6 and 2.5, Lactobacilli-more than 4 and 1.3 orders of magnitude, respectively, while lactose-positive E. coli-decreased almost by 3 orders of magnitude in children with dysentery.

Table 5. Intestinal microbiocenosis of children living in environmentally unfavorable region of Aral Sea and patients with dysentery against the background of bio- immune correction with Bifidumbacterin PL and Immunomoduline (log CFU/g, $M \pm m$.)

Microorganisms	1 st control group of healthy children of Tashkent city n-25	2 nd control group of healthy children n-32	Before treatment n- 11	After correction with Bifidumbacterin PL and Immunomodulin n- 11
Bifidobacterium	10.15 $\pm$ 0.35	6.48 $\pm$ 0.33	3.98 $\pm$ 0.21	7.11 $\pm$ 0.32 *
Lactobacilli	8.80 $\pm$ 0.56	5.10 $\pm$ 0.14	4.97 $\pm$ 0.31	7.05 $\pm$ 0.50 *
Lactose-positive E.coli	9.16 $\pm$ 0.33	9.92 $\pm$ 0.66	5.99 $\pm$ 0.78	7.64 $\pm$ 0.46 *

Lactose-negative E. coli	3.21 ± 0.33	4.67 ± 0.76	8.86 ± 0.65	3.73 ± 0.50 *
Staphylococci	4.03 ± 0.72	4.82 ± 0.38	5.92 ± 0.46	3.94 ± 0.38 *
Enterococci	5.11 ± 0.23	5.78 ± 0.12	8.84 ± 0.63	4.77 ± 0.68 *
Candida fungi	2.60 ± 1.76	4.25 ± 0.41	6.90 ± 1.40	2.51 ± 1.36

n-is the number of children examined;

A p-value of less than 0.05 between groups before and after the treatment is judged significant and indicated.

* p<0.05

Against this background, correction of intestinal microflora was carried out with Bifidumbacterin PL and Immunomodulin. The results showed not only the restoration of obligate gut microflora to the normal parameters of local healthy children (2nd control group), but also its normalization in accordance with the figures of healthy children from Tashkent (1st control group) with fluctuations within 1-1.5 order of magnitude (23,25).

Restoring the amount of normal intestinal microflora led to a marked decrease in the number of facultative opportunistic microorganisms compared with the initial indicators: lactose-negative E. coli declined by more than 5, Candida genus-by more than 3, Enterococci-by almost 3, Staphylococci by 2 order of magnitude (14,18,21).

Thus, the application of Bifidumbacterin PL and Immunomodulin as a bio-immune corrector contributed to normalization of all the studied parameters of obligate intestinal microflora.

In summary, application of Bifidumbacterin PL and Immunomodulin leads to restoration of indigenous intestinal microbiocenosis. In turn, normalization of intestinal microflora helps to reduce the number of opportunistic microorganisms to indicators of healthy children of the 1st control group. Children who were admitted to the hospital with a diagnosis of dysentery, after treatment with the drugs proposed in this study, were discharged with normal intestinal microflora, which corresponds to complete recovery.

References.

1. Berdimuratova A. Ecological crisis of the Aral Sea region and the problems of its solution. // Economics and statistics. -1997. N11-12: S.70-71.
2. Bondarenko V.M., Petrovskaya V.G. The early stages of the development of the infectious process and the dual role of normal microflora. // West.ROS.AMN. - 1997. - N3. - S.7-10.
3. Bondarenko A.B., Bondarenko V.I., Bondarenko V.M. Ways to improve the etiopathogenetic therapy of dysbiosis. Journal of microbiol., Epidemiol. and immunobiol. - 1998. - N 5 - S. 96-101. 12.3-11.
4. The effect of certain biological products on the state of intestinal microflora in diarrheal diseases. / Yusupov Sh.R., Nazarova L.A. // Medical Journal of Uzbekistan - 1992 -N11 -12. - S. 34-37.
5. Vorobyov A.A., Abramov I.A. Dysbacteriosis is an urgent problem of medicine. // Dysbacterioses and eubiotics: Abstract. Dokl. - Moscow. 1996. - P.

41.

6. Garib F.Yu., Garib V.F. Immunomodulin / T. ed. honey. lit. them. Ibn Sino. 2000.-240.p.
7. Gracheva N.M. Dysbacteriosis and superinfection, causes, diagnosis, treatment. //Therapist. -1999.-N1. -FROM. 18-21.
8. Gracheva N.M. Clinical features of various forms of dysbiosis. //Therapist. - 1999.N2.-3.-S. 17-21.
9. Gracie M. Diarrheal diseases. // Medical journal of Uzbekistan .- 1996.- N 1. P. 5 -9.
10. Intestinal dysbiosis. / Atabekov N.S., Abidov A.A., Bakhadyrova U.A. et al. // Sat. Scientific Labor - Tashkent -1991. S.55-65.
11. Dysbacteriosis is an urgent problem of medicine ./ Vorobyov A.A., Abramov N.A., Bondarenko V.M., et al. // Bulletin of the Russian Academy of Medical Sciences. 1997. -N3.-C.4-7.
12. Zlatkina A.R. Modern approaches and correction of intestinal dysbiosis. // Ros.zhurn.gastroenterol., Hepatol., Coloproctol.-1999.-N Z.-S. 64-67.
13. Zakirov Sh.Yu. Features of intestinal microbiocenosis disorders in children of the Southern Aral Sea region and their biocorrection with the use of bacterial preparations. // Abstract of the dissertation of the candidate of medical sciences T.-2000. 18 p.
14. The immune status and health status of children in the Aral Sea region./Dadambaev E.T., Dauranov I.G., Bekzhanova A.T. and others. // Health of Kazakhstan.-1992.-N Z.-S. 7-8.
15. Iskandarova Sh.T. Modern environmental and hygienic problems of protecting public health in the Aral region of the Republic of Uzbekistan. // Uzbekistan doctor ulymashibulletins.-1998.-N 2. - P. 41 - 43.
16. Iskandarov T.I., Mamatkulov B.M. S Method of Research of sanitary statistics and hygiene. Toshkent. 1994. -FROM. 43 - 62.
17. A brief determinant of Bergi bacteria. / Ed. Holeta. // Transl. From English. Ed. ..Zavarzina G.A.-Moscow. Publishing house "Mir". 1997. T. R. 429 p .; T. 2.799 s.
18. Treatment of severe forms of dysentery. / Shakhmardanov Z.M., Luchshev, V.I., Isaeva N.M., et al. // Clinical Medicine.-1996.-N 1.-C.5-9.
19. Mamatkulov I.Kh., Norbaev N.M.Characteristics of the Intestine. / Infection, immunity and pharmacology. - 1999.4.-C.64-66.
20. Makhmudov O.S., Akhmedov M.N. Prospects for a scientifically practical solution to the problem of acute intestinal infections in children in Uzbekistan. Honey. Journal of Uzbekistan. -1991.-N 1.-S.Z-4.
21. Microbiological diagnosis of intestinal dysbiosis and its correction using the bacterial preparations "Orom" and "Bifidumbacterin PL" / Garib F.Yu., Norbaeva I.E., Bektemirov A.M.-T. et al. // Met.recomendations/Tashkent.-1994.-14s.
22. Musabaev I.K., Shavakhabov Sh.Sh. The most important results of the study of infectious pathology, its prevention and tasks to reduce. // Medical Journal.Uzbekistan.-1995.-N 5.-C.3-5
23. Nuraliev N.A., Sadullaev O.K., Saidov B.O. A method of cultivating bifidobacteria for microbiological diagnosis of intestinal dysbiosis. // Rat proposal N10 dated 01.25.96 was issued by the Clinical Hospital. N 1.

- 24.Nuraliev N.A., Mirtazaev O.M. Microbiocenosis of the large intestine in healthy children of the Southern Aral Sea region. // Epidemiology and Infectious Diseases. 2000. No. 6.-P.42-44.
- 25.Nuraliev N.A The. Cadastral Indication of Children with Diarrhea Living in the Southern Coast of the Aral Sea Region. / Journal of theory and wedge. honey. T.2000.N2.-C. 106-108.
26. Nuruzova Z.A. Seasonal dynamics of intestinal microbiocenosis in practically healthy individuals and prevention of the formation of dysbiosis during the neonatal period. // Abstract. for the degree of candidate of medical sciences, Tashkent.-1995-20s.

GIJJA KASALLIKLARI PROFILAKTIKASI

Teshaboev U.A, U.Sh.Maxamatov

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti. O'zbekiston

Parazit qurtlar odamlarga qadim zamonlardan ma'lum bo'lgan. Gippokrat gelmintlarni bir necha kasalliklarning sababchisi deb ko'rsatgan. Tabobat ilmining olimlari, daholaridan biri bo'lgan Abu Ali ibn Sino xam o'z asarlarida gelmentlarni ta'riflab bergan.

Xozirgi kunda odamlar va hayvonlar organizmida yashovchi parazitlarning 250 dan ziyod turi borligi aniqlangan. Gelmintlar odam organizmining nafas olish, ovqat hazm qilish, muskul sistemasida, jigar, o't pufagi, taloq, qon, miya, ko'z va boshqa organlarida parazitlik qiladi. O'zbekistonda odamlar orasida asosan 6 xildan ko'prog'i uchraydi. Aksariyat ostritsa, askarida, pakana gijja, qilbosh gijja va hokazo.

Gijja - parazit ravishda hayot kechiradigan qurtlar bo'lib, odamlar va hayvonlar organizmida joylashadi. Ular hisobiga oziqlanadi. Ularni tibbiyotning aloxida soxasi - «Gelmintologiya» o'rganadi.

Gijjalarning xili, soni va qaysi organda parazitlik qilishiga qarab kasallik har xil kechadi. Parazitlar bilan zararlangan odamlarda vazn kamayadi, bosh aylanishi, ishtahaning pasayishi yoki aksincha, ko'p ovqat iste'mol qilish, jizzakilik, qaysarlik, xotiraning pasayishi, tish g'ijirlatish, uxlaganda so'lak oqishi, terida turli dog' paydo bo'lishi, kamqonlik kabi belgilar ham namoyon bo'ladi. Uzoq muddat shamollash alomatlarisiz davom etadigan quruq yo'tal, qorinda to'satdan og'riqlar kuzatilish ham tez-tez uchrab turadi. Gijja ichakda bo'lsa - ich qotadi yoki ich ketishi, ko'ngil aynishi, qayt qilish holatlari kuzatiladi. Jigarda bo'lsa-ko'z oqi va badan sarg'ayadi, shish paydo bo'ladi, badanga har xil dog'lar tushishi mumkin. O'pkada bo'lsa - isitma chiqishi va yo'tal paydo bo'lishi mumkin. SHuningdek, bolalarda rivojlanish orqada qoladi, yaxshi o'smaydi, xotira pasayadi, uyqusi notinch bo'ladi. Kattalarning ish qobiliyatini pasaytirishi va aqliy faoliyatini nochorlashtirishi isbotlangan. va hakoza.

Gelmintlar organizmda sensibilizatsiya qo'zg'atib, keyin allergik reaksiyalarni rivojlantiradi. Kishi organlari va to'qimalarini mexanik shikastlantiradi hamda ularning faoliyatini buzadi. Oziq - ovqat moddalari va vitaminlarning so'rilishini yomonlashtiradi. Kamqonlikning rivojlanishiga sabab bo'ladi. Boshqa kasalliklarning kechishini og'irlashtiradi. Ularga qarshi emlashning samaradorligini pasaytiradi.

Bolalar o'rtasida keng tarqalgan gijja kasalliklari - enterobioz va gimenolepidozdir. Enterobioz kasalligini ostritsa deb ataluvchi parazit keltirib chiqaradi.

Ostritsa - oq rangli mayda parazit bo'lib, uning uzunligi 0,5 - 1 sm keladi. U odam ingichka ichagining quyi bo'limlarida va yo'g'on ichakda yashaydi. Oldingi uchi bilan ular ichak devoriga yopishadi. Etilgan urg'ochilari aksari tunda orqa chiqaruv yo'lidan o'rmalab chiqadi. Bunda orqa chiqaruv sohani qichishiga sabab bo'ladi. Orqa chiqaruv burmalariga xar xil urg'ochi gijja 7 mingdan 17 mingtagacha tuxum qo'yadi. Bemor kishi anal teshigi atrofidagi terini qashishi natijasida ostritsa tuxumlari barmoqlarning tirnoqlari ostiga, ich kiyimlarga, choyshablarga so'ngra esa ovqatga, o'yinchoqlarga, idishlardan og'izga tushadi. Ostritsalarning odam organizmida yashash muddati 1-2 oy. Lekin doimo o'z-o'ziga yuqtirish natijasida bir necha oylar, hatto bir necha yillargacha parazitlik qilishi mumkin.

Gimenolepidoz kasalligini keltirib chiqaruvchi pakana gijja esa odamning ingichka ichagida, ko'pincha katta miqdorda parazitlik qiladi. Gijja tuxumlari tashqariga bemor odamning najasi bilan ajraladi. SHaxsiy gigiena qoidalarini buzilganda tuxumlar eshik dastalariga, tuvalarga, o'yinchoqlarga tushishi mumkin. Qo'lni ifloslantiradi, pashshalar orqali ovqatga tushadi.

Bu ikki kasallik bilan og'rikan bemorlarda ishtahaning pasayishi, qorinda xar - hil og'riq, ich buzilishi, ko'ngil aynishi kuzatiladi. Bolalar tabiatan injiq bo'lib qoladi. Aqliy va jismoniy rivojlanishdan kechikadi, darslarni yaxshi o'zlashtira olmaydi. Boshqa yuqumli kasalliklar bilan kasallanishga moyilligi ortadi. Agar bolalarda yuqoridagi belgilar kuzatilsa, zudlik bilan tibbiyot muassasalariga murojaat qilinishi va shifokor tavsiyasi bilan davolash muolajalari olib borilishi kerak.

Gijjalardan qutulish uchun xalq tabobatidan ham foydalaniladi:

- 3 bo'lak sarimsoqpiyozli 1 piyola qaynatilgan iliq suv nahorga 3kun ichiladi.
- Dastarbosh giyohi, bo'yimodaron, erman, qalampirmunchok aralashmasidan 1 osh qoshik olib, 1 litr qaynoq suvda damlaymiz. Har kuni ovqatdan oldin 3 mahal 1 piyoladan 3kun ichiladi .
- Oshqovok urug'ini maydalab 1 osh qoshiqdan kuniga 3 mahal 3kun iste'mol qilinadi.

Gijja kasalliklarini oldini - olish uchun asosan sanitariya-gigiena qoidalariga rioya qilish, bolalar o'z vaqtida tirnoqlarini olishi, alohida sochiq tutishi, ichki kiyim va ko'rpa-yostiqlari jildlari dazmollab turilishi kerak. SHuningdek, ovqatlanishdan oldin qo'llarni sovunlab yuvishi, go'sht va baliq mahsulotlarini yaxshilab pishirib iste'mol qilish, meva va sabzavotlarni qaynatilgan suvda chayish, suvni qaynatib ichish hojatxonalarni va xonalarni ozoda tutib, tez-tez dezinfektsiyalovchi moddalar bilan yuvib turish, uy hayvonlarini parvarish qilish qoidalariga amal qilish maqsadga muvofiq.

Kasallikdan davolanganda qaytalanmasligi uchun oilaning barcha a'zolari bir vaqtda davolanishi zarur. SHu bilan birga, qat'iy parhezga rioya qilish ham talab etiladi. SHirin, yog'li va sut mahsulotlari tavsiya etilmaydi.

Xar bir kasallik xar bir odamda individual tarzda kechadi, shuni xisobga olgan holda , qanday davolanish muolajasini olishdan oldin shifokoringiz bilan maslahat qilishni unutmang, sog' bo'ling.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЙОДОДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
В ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

Сайдуллаева К.М , Маматова М.А., Мухаммедова Н.О
Ферганский медицинский институт общественного здоровья

АННОТАЦИЯ. Несмотря на проводимые мероприятия, направленные на ликвидацию йодной недостаточности, Республика Узбекистан остается зоной высокой распространенности йододефицитных заболеваний (ЙДЗ). В результате проведенных эпидемиологических исследований выяснено, что распространенность эндемического зоба среди детей в стране составляла 71 % в 1998 г. и 63 % в 2004 г. Динамика снижения йодного дефицита была связана с активной работой по ликвидации йододефицитных заболеваний — это обеспечение йодирующими установками и йодатом калия соледобывающих и солеперерабатывающих предприятий, проведение широкомасштабных санитарно-просветительских мероприятий среди различных слоев населения, на государственных предприятиях и в частном секторе, проведение регулярного мониторинга содержания йода в соли и моче. В мае 2007 г. был принят Закон РУз «О профилактике йододефицитных заболеваний». В настоящей работе приводится анализ ЙДЗ в Ферганской области согласно рекомендациям ВОЗ. Выявлено, что распространенность эндемического зоба снизилась до 39,9 % в 2010 году. Таким образом, выяснено, что распространенность ЙДЗ в Ферганской области в динамике снижается, хотя и остается довольно высокой.

Ключевые слова: йододефицитные состояния, эндемический зоб, йодат калия, щитовидная железа.

По данным ВОЗ, из-за дефицита йода у 1,5 миллиарда жителей Земли существует риск развития йододефицитных заболеваний (ЙДЗ), у 740 миллионов выявлен эндемический зоб (ЭЗ), а у 11 миллионов имеется выраженная умственная отсталость с клиническими проявлениями эндемического кретинизма. За последние 19 лет в Республике Узбекистан (РУз) отмечен значительный рост заболеваний, связанных с недостаточным потреблением йода. Сотрудниками РСНПМЦЭ МЗ РУз дважды, в 1998 и 2004 гг., были проведены эпидемиологические исследования для оценки тяжести дефицита йода в РУз по методу случайной выборки, которые показали, что в Ферганской области имеется йодный дефицит тяжелой степени. В 1998 г. распространенность ЭЗ среди детей составляла 69,8 %. Через 5 лет, в 2004 году, по результатам эпидемиологических исследований установлено, что распространенность ЭЗ среди детей составила 59,8 %. Несмотря на проводимые мероприятия, направленные на ликвидацию йодной недостаточности в стране (обеспечение йодирующими установками и йодатом калия соледобывающих и солеперерабатывающих предприятий, проведение широкомасштабных санитарно-просветительских мероприятий среди различных слоев населения, на государственных предприятиях и в частном секторе, проведение регулярного мониторинга содержания йода в соли и моче и др.), РУз остается зоной высокой распространенности ЙДЗ.

Цель исследования — изучение распространенности ЙДЗ среди населения Ферганской области Республики Узбекистан.

Материалы и методы исследования

ВОЗ определила ряд параметров, по которым следует оценивать выраженность йодного дефицита. Это распространенность зоба в популяции (клинический показатель) и уровень выделения йода с мочой (биохимический показатель). Степень выраженности йодного дефицита определяется распространенностью увеличения щитовидной железы (ЩЖ) в популяции. Йодный дефицит присутствует в том случае, если частота ЭЗ в популяции детей младшего и среднего школьного возраста превышает 5 %.

С целью изучения распространенности ЙДЗ среди школьников Ферганской области было проведено эпидемиологическое исследование, которое предусматривало осмотр 6 школ (случайная выборка), из них 3 — в сельской местности, 3 — в городах области (Фергана, Маргилан, Коканд) Ферганском, Дангарском и в Ташлакском районах. Для проведения количественной оценки содержания йода было собрано 180 проб мочи (школьники 6–15 лет) и 180 проб соли, на уровне потребления, из региона (соответственно по 30 проб в каждой школе). Критериями оценки степени тяжести ЙДЗ были выбраны критерии, разработанные экспертами ВОЗ (табл. 1).

Общее количество обследованных детей составило 4504. Степень увеличения ЩЖ определяли по классификации ВОЗ при помощи пальпации: 0 — ЩЖ не увеличена, I степень и II степень увеличения. Полученные результаты по определению йодурии в области сгруппированы согласно концентрации йода в моче: < 20 мкг/л соответствует тяжелой степени йодного дефицита, 20–49,9 мкг/л соответствует средней степени тяжести, 50–99,9 мкг/л соответствует легкой степени тяжести, 100–300 мкг/л соответствует норме.

Данные содержания йода в пищевой соли, собраной по всей области, были распределены на 3 группы соответственно количеству йодата калия в соли, то есть соль, содержащая 0–4,9 мкг/г йодата калия (нейодированная соль), соль, содержащая 5–14,9 мкг/г йодата калия (недостаточно йодированная пищевая соль) и пищевая соль, содержащая 15,0–55 мкг/г йодата калия (нормально йодированная соль).

Для определения концентрации йода в моче применялась методика Nawschinek O. et al., усовершенствованная Б.П. Мищенко и др. Для измерения содержания йода в соли применялась методика, основанная на реакции диспропорционирования между йодидом и йодатом в кислой среде, в результате чего образуется свободный йод, и его титровании раствором тиосульфата натрия. Полученные данные были статистически обработаны с помощью пакета программ MS Excel.

Результаты исследования и их обсуждение

Эпидемиологические исследования распространенности ЭЗ в Ферганской области показали, что диффузный зоб I степени диагностирован у 36,6 % (1648 детей),

диффузный зоб II степени диагностирован у 3,3 % (149 детей) обследованных. Распространенность ЭЗ составляет 39,9 % (1797 детей) (табл. 2).

Результаты определения йодурии среди репрезентативной группы населения Ферганской области показали, что из 180 образцов мочи (100 %), собранных в 6 школах, в 4 образцах (2,2 %) концентрация йода была менее 20 мкг/л, в 8 образцах

(4,5 %) концентрация йода была в пределах 20–49,9 мкг/л, в 58 образцах (32,2 %) — 50–99,9 мкг/л и в 110 образцах (61,1 %) концентрация йода была в пределах нормы — более 100 мкг/л.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что у 38,9 % детей имеется дефицит йода легкой и средней степени тяжести.

Таблица 1. Критерии оценки степени тяжести ЙДЗ

Показатели	Популяция	Легкая	Средняя	Тяжелая
Зоб (%)	Школьники	5–19,9	20–29,9	30
Объем щитовидной железы (%)	Школьники	5–19,9	20–29,9	30
Уровень йода в моче (мкг/л)	Школьники	50–99	20–49	20

Таблица 2. Результаты определения йодурии по Ферганской области

№	Концентрация йода в моче (медиана, мкг/л)	Выраженность дефицита йода	Количество человек	соотношение Процентное
1	Менее 20	Тяжелый дефицит йода	4	2,2
2	20–49	Дефицит йода средней тяжести	8	4,5

Определение содержания йода в пищевой соли в Ферганской области оказало, что на стадии потребления в домохозяйствах из 180 исследованных образцов в 9 (5 %) йод не обнаружен. В 53 (29,4 %) образцах соль была недостаточно йодирована. В 118 образцах (65,6 %) соли содержание йода соответствовало стандартам ГОСТ (15–55 мкг/г) (табл. 4). Таким образом, в домохозяйствах 34,4 % пищевой соли не соответствовало стандартам ГОСТ.

Известно, что йод необходим для синтеза гормонов ЩЖ, без которых невозможен нормальный рост и развитие человеческого организма, в первую очередь формирование мозга, во внутриутробный и ранний постнатальный период. Даже умеренное снижение уровня тиреоидных гормонов в крови, вследствие недостаточного поступления йода, может приводить к необратимым нарушениям функции мозга ребенка, ведущим к более или менее выраженной умственной отсталости. В Республике Узбекистан в 1998 году были проведены эпидемиологические исследования по изучению распространенности ЙДЗ по всем регионам страны, в том числе и в Ферганской области. В общей сложности в 14 регионах обследовано свыше 36 368 человек. В Ферганской области — 3392 человека: детей — 1869, взрослых — 1523. В 2004 году — всего 4115, взрослых —

2010, детей — 2105. Отбор исследуемых лиц проводился согласно рекомендациям ВОЗ методом случайной выборки в 1998 и 2004 гг. В каждой области были выбраны северная, южная, восточная и западная зоны. Результаты исследования показали, что распространенность диффузного зоба I степени составила 63 %, диффузного зоба II степени — 8 %. Итого частота зоба I и II степени достигла 71 %. Содержание йода в моче составляло < 20 мкг/л у 96,1 % обследованных, у 3,9 % — 20–50 мкг/л. В 1998 году доля употребляемой нейодированной соли составила 91,7 %, и только в 8,3 % пищевой соли содержалось 0,1–42 мкг/г йода. Как видим, практически все население употребляло нейодированную соль. Степень тяжести ЙДЗ оценивалась как крайне высокая. В 2004 году сотрудниками РСНПМЦЭ были вновь проведены эпидемиологические исследования для мониторинга ЙДЗ. В Ферганской области всего обследовано 4115 лиц: взрослых — 2010, детей — 2105. Распространенность эндемического зоба среди детского населения составила 63%. В Ферганской области обследовано всего 165 образцов. На стадии потребления из 139 (100 %) не обнаружено образцов с достаточным уровнем йодирования. Недостаточный уровень йодирования определен в 92 образцах (66,2 %), недопустимый уровень — в 47 (33,8 %). Стадия реализации — нормальный уровень йодирования не определен ни в одном образце, недостаточный уровень — 15 (67,7 %), недопустимый уровень — 11 (42,3 %). При анализе йода в моче (n = 121) выяснено, что йодурия < 20 мкг/л была в 23,1 % проб, йодурия 20–49,9 мкг/л — в 12,4 %, йодурия 50–99,9 мкг/л — в 19 %, йодурия 100–300 мкг/л — в 45,5 % проб. В 2010 г. мониторинг ЙДЗ показал, что распространенность ЭЗ в Ферганской области составила 39,9 %, что говорит о динамичном снижении по сравнению с 1998 и 2004 гг., хотя степень тяжести ДЙ остается тяжелой. Анализ йодурии в 2010 г. показал, что оптимальное потребление йода обнаружено у 61,1 % исследуемых лиц, в противоположность, 1998 и 2004 г. 100 % недостаточное потребление и 45,5 % — оптимальное, соответственно. При исследовании содержания йода в пищевой соли на уровне потребления в Ферганской области в 2010 г. отсутствие йода выявлено в 5 % образцов, недостаточное содержание йода — в 29,4 % и в 65,5 % образцов содержание йода в соли было оптимальным. При сравнении с эпидемиологическими данными 1998 и 2004 гг. было выявлено, что население в 1998 г. потребляло нейодированную соль, а в 2004-м — в 66,2 % образцов соль была йодирована. Благодаря мерам, предпринятым правительством Республики Узбекистан, Министерством здравоохранения — принятию ГОСТа по производству пищевой йодированной соли, Государственной программы (2005–2009 гг.) и Закона РУз «О профилактике йододефицитных заболеваний» (4.05.2007 г.) при технической поддержке ЮНИСЕФ, а также серьезным усилиям предприятий соляной промышленности, получившим помощь от ЮНИСЕФ для реконструкции оборудования по обогащению соли йодом и контролю ее качества, производство качественной йодированной соли за последние 13 лет возросло. Однако это количество покрывает только половину потребности страны в йодированной соли. Согласно рекомендациям ВОЗ для полной ликвидации дефицита йода требуется йодирование не менее 90 % производимой соли. Таким образом, дефицит йода в Ферганской области уменьшился, однако степень тяжести остается высокой, поэтому необходимы дополнительные усилия для решения этой проблемы. Мы считаем, что для успешной ликвидации дефицита йода как в данном

регионе, так и в стране в целом принципиальное значение имеет создание и внедрение региональных программ по реализации Закона РУз «О профилактике йододефицитных заболеваний в РУз», который был принят в 2007 году. Необходимо строго регулировать и контролировать производство и реализацию пищевой йодированной соли в областях. Контрабандная или техническая соль не должна поступать на рынки и в магазины. Важное значение имеет также регулярное проведение мониторинга йодирования пищевой соли на трех уровнях совместно с работниками СЭС, обществами защиты прав потребителей, а также изучение распространенности ЙДЗ силами эндокринологов, врачей общей практики на местах. Большое значение имеет информационно-разъяснительная работа среди различных слоев населения.

Выводы

1. Отмечается уменьшение распространенности эндемического зоба в динамике с 71 % в 1998 году до 39,9 % в 2010 году.
2. Несмотря на проводимые органами здравоохранения, правительством активные мероприятия, степень тяжести ЙДЗ в Ферганской области остается высокой.
3. Причина тяжести йододефицитных состояний связана с наличием на рынке Узбекистана нейодированной пищевой соли, а также низким качеством производимой пищевой соли.
4. Необходимо усилить работу по ликвидации йододефицитных состояний, улучшить условия производства соли, наладить внутренний и внешний лабораторный контроль за качеством производимой пищевой йодированной соли, предотвратить поступление на рынок некачественной пищевой соли.

Список литературы

1. Prefell E.A., Dunn J.T. Iodine deficiency disorders in the Americas // The prevention and Control of iodine Deficiency Disorders / Ed. by B. Hetzer, J.T. Dunn and J.B. Stanbury. — Amsterdam; New-York; Oxford., 1987. — P. 237-247.
2. Pretell E.A., Dunn J.T. IDD in Latin America // Oxford University Press. — 1994. — P. 206-212.
3. Verster A. Iodine deficiency. What it is and how to prevent it. — WHO-Alexandria, Egypt, 1995.
4. Nauman J., Glinoe D. et al. The thyroid and iodine // European Thyroid Symposium. — Warsaw, 1996.
5. Delange F., Gutekunst R. Iodine deficiency disorders in eastern Europe // Report on behalf of ICC IDD.UNISEF, 1991. — V. 110.
6. Gutekunst R., Delange F. Iodine deficiency disorders in Europe // Oxford University Press. — 1994. — P. 199-205.
7. Dunn J.T. Iodine deficiency and thyroid function // The thyroid and iodine. Merck European Thyroid Symposium. — Warsaw, 1996. — P. 1-6.
8. Исмаилов С.И., Нугманова Л.Б., Расулов С.Ф., Ибрагимов Т.К. Йододефицитные состояния в Узбекистане и пути их ликвидации // Вестник врача общей практики. — 2001. — № 2 (18). — С. 6-10.

TERRITORIAL FEATURES OF WIDE SPREADING THE LEUKEMIA AMONG ADULT POPULATION OF ANDIZHAN PROVINCE

Saliev D.K., Saliev K.K., Soliev A.

Andijan State medical institute, Andijan City

The aim of investigation – To study the dynamic spreading growth of leukemia according to the results of double 5 years investigation all over Andijan Province regions, according to 2001-2010 in unsatisfactory conditions, as a result of intensively using pesticides in near past. Harmful new establishments of lymphatic and blood creating cells are the main, actual, medical-social problems of modern oncology, as more often than the other types of cancer is found among children and youth. The study of dynamic territorial spreading features of the given pathology, and it is nozological forms in the process of identical data base formation, lets to optimize the investigation upon the modern diagnostics and prophylactics, to prove the work of specialized aids, to have a planning on remedies to buy the drugs and materials on expenses. Wide usage of pesticides in former Soviet union sharpened the ecological condition in global sense of it. Uzbekistan was not an exception as well. In Republic of Uzbekistan 20 kilogram of pesticides were used per 1(ga), when in the USA it was only 1.2 kgs/ga (2,3,4).

Materials and Methods: the time- territorial wide spreading of leukemia, and it is nozological forms in Andizhan territory, during 10 years was investigated. There was verified the diagnose of leukemia and the level of illness according to common criteria .

The general database includes 482 people with leukemia, and 367 of them, are the population of the following 4 regions, 95 from – Andizhan, 9 Asaka, 11 Shaxri Khan. The following parameters were investigated: 1) The grade of the over years widespread ness point. 2) Subdivision of illness in various regions o the province. There, was held a comparative marking of the investigated point of illness in Andijan, and it is regions. Numeral years, the middle illness with leukemia in Andizhan province, in common (with men or women) showed $3.5 \pm 0.15\%$ degree, accordingly in regions of the province 2.71 ± 0.11 and $0.79 \pm 0.34\%$ degree. The highest point of disease was seen in 2008(4.99%), the years of increase 2004, 2007, 2008, 2009, 2010, the least illness degree in 2002 (0,10 %). Also draws an attention the cyclic character of it in 2-3 years. In general over years dynamics of illness with leukemia in province, is characterized with a growing tendency ($T_{np}=+1,17\%$). Diseases with leukemia is fully registrated among the regions of the province. Especially, in 6 regions of the province (Andizhan, Izboskan, Qurgantepa, Altinkol, Paxtaobod, Shaxri Khan) and in Andijon city the illness was in high point. If we look through the double 5 years, we can see that the disease raised two times in the second 5 years. In Most of this regions we found a quality in illness throughout the 1st 5 years. The most high level of illness was seen in 2nd 5years in Andizhan, Altinkol region, Shaxri Khan region, Paxtaobod region, Izboskan region and Qurgantepa region. In the structure of onco-haematological illness on the 1st place is standing chronic-Meyeloblastic leukemia with the weight of 49.6% to 399 ill people, on the second place is – sharp lymphoblastic leukemia- 28.8% to 232 patients. During the period investigation on the territory of Andizhan, were reiterated 338 high degree and 467 chronic illnesses

with leukemia. The number of the patients registered with ShLL is varied from 16 to 36, ShML from 6 to 25, HML from 25 to 56 and HLL from 3 to 11 events in year. The most high events (illness from 109-2007 and 119-2008) are in 2nd 5 years. HML inside the population occupies the greatest place among all illnesses with leukemia. According to degree population, it stands the 1st place, Showing the maximal results in 2008, 2009, 2010. The 2nd place is ShLL, which showed it is maximal in 2007, 2008, 2009. ShML and XLL gives a maximal group in 2007. That might be a depiction of manifestation of the genetico-populatives features of the citizens of Andizhan province, with a harmful results ecology conditions in last years. It is obvious, that the growth of illness with XML and OLL, can be the result of presence of the « heat places » with chromosomic modification in regions, realized with pathognomyc translocation, and weakening of elimination by mutative haemopoetic cells - of the precedents of lymphic cells of the province citizen in the following years. During the investigation of Andizhan Province diseases with lymphoma, we can predict, that among the Province population with high virus dependence with a recombination ability of genes. The chance of lessening the antivirus or anticancer immunity among adults in the province under the circumstances of worst becoming conditions of the nature factors, not contributing effective elimination of cells, modified by viruses, obviously comes to manifestation of genetic features of population and the illness according to ages of the patients with lymphoma. Thus, the above made analysis of the illness with XML and SHLL among adult population of Andijan in 2001-2010 lets us to make a conclusion, about a verifiable selective growth of illness with lymphoma in the province during 2007-2009.

YALLIG'LANISHLI ICHAK KASALLIGI BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA TISH IMPLANTATSIYASINING YETISHMASLIGI BO'YICHA MAVJUD BO'LGAN INSONIY KLINIK TADQIQOTLARNING TIZIMLI TAHLILI.

Safarov O. Sh.

Toshkent davlat stomatologiya instituti

orifjons697@gmail.com

Abstrakt

Ma'lumot va vazifalar: Maqsad inson klinik tadqiqotlarida tish implantatsiyasining osseointegratsiyasiga ichak yallig'lanish kasalliklarining (yarali kolit/Kron kasalligi) ta'siri bo'yicha joriy adabiyotlarni baholash edi. Materiallar va usullar: Ushbu tadqiqot tizimli ko'rib chiqish va meta-tahlil uchun afzal qilingan hisobot ob'ektlari bo'yicha o'tkazildi. Qo'llanilgan mezonlar ichak yallig'lanish kasalligi tashxisi qo'yilgan bemorlarda dental implant qo'llanilishi haqida ma'lum qilingan inson klinik tadqiqotlaridan iborat edi. Noto'g'rilik xavfi "Epidemiologiyada kuzatuv tadqiqotlari hisobotini kuchaytirish" mezoniga muvofiq baholandi. Natijalar: Ma'lumotlar bazalaridan jami 786 ta tadqiqot aniqlandi. Ulardan oltita tadqiqot ko'rib chiqishga kiritilgan va Kron kasalligi bo'lgan bemorlarda implantlardan foydalanish haqida xabar berilgan. Yarali kolit uchun maqolalar mavjud emas edi. Kiritilgan maqolalar Crohn kasalligi erta va kech implantatsiya etishmovchiligini aniqlashi mumkinligini ko'rsatdi. Kron kasalligidan tashqari, bir nechta bemorlarda implantatsiya etishmovchiligini aniqlaydigan bog'liq xavf omillari va tizimli kasalliklar mavjud. Xulosa: Implant terapiyasida IBD ning ta'siri

bo'yicha klinik tadqiqotlar mavjudligi past. IBD bemorlariga implant terapiyasini tavsiya qilishda multidisipliner jamoa nojo'ya ta'sirlardan xabardor bo'lishi kerak va bu jamoa a'zolari o'rtasida yaqin hamkorlik zarur. IBD ning implant terapiyasiga ta'sirini saqlab qolish uchun qo'shimcha ma'lumotlar kerak.

Kalit so'zlar: yallig'lanishli ichak kasalligi, Kron kasalligi, yarali kolit, dental implant, implant terapiyasi

Kirish Yallig'lanishli ichak kasalliklari (IBD) to'plamiga tegishli bo'lgan asosiy patologiyalar yarali kolit (UC) va Kron kasalligi (CD) sifatida belgilanadi. Patogenetik mexanizmlar atrof-muhit bilan bog'liq omillar va irsiy moyillikning sinergik ta'siridan kelib chiqqan mikroorganizmlar jamoasidagi nomutanosiblik bilan ifodalanadi. UC va CD immun javob vositachiligida, bakteriyalarni yo'q qilishda va ichak to'sigining funksiyasida namoyon bo'ladi. Natijada, IBD kontekstida bakterial va qo'ziqorin koloniyalarining g'ayritabiiy muvozanati shilliq qavatning o'tkazuvchanligi va epiteliyning noto'g'ri ishlashi bilan yuqori immunitet reaksiyasini keltirib chiqaradi. Bu ikki patologiya ichak, balki ichakdan tashqari ko'rinishlar bilan ham tavsiflanadi. Klinik yallig'lanish epizodlarining takrorlanadigan tomoni, ichak tutilishi, bo'shashgan axlat, shilliq qavat va / yoki qon oqishi, febril hodisalar hamda qorin og'rig'i bilan birga IBD simptomatologiyasining rasmini belgilaydi. IBD ning ichakdan tashqari ifodalari mushak tizimi, o'pka tizimi, buyrak va ko'zning namoyon bo'lishi va dermatologik oqibatlariga bog'liq.

Shifokorlarning kundalik amaliyotidagi qiyinchilik IBD ning og'zaki namoyon bo'lishini aniqlash bilan ifodalanadi. Patologiyaning og'zaki belgilari ortib borayotgan murakkablik va ifodaning xilma-xilligi bilan tavsiflanadi, bu ularni aniqlashda yuqori qiyinchilikni nazarda tutadi. Og'iz orqali ko'rinishlar kasallik uchun xarakterli bo'lishi mumkin, ammo so'rilish etishmovchiligi yoki qabul qilingan tibbiy davolanish natijasida ham paydo bo'lishi mumkin. Ular IBD ga ishonch hosil qilishdan oldin paydo bo'lishi mumkin yoki u bilan birga yashashi va tibbiy davolanish bilan o'zaro ta'sir qilishi mumkin. Yallig'lanishli stomatit ko'pincha UC bilan bog'liq bo'lsa, afta, og'iz bo'shlig'i shilliq qavati va shilliq qavatining yallig'lanishi va oshqozon yarasi CD kontekstida tez-tez namoyon bo'ladi. Pediatrik bemorlarda orofasiyal granulomatozni aniqlashga alohida e'tibor berilishi kerak. Ushbu kam uchraydigan patologiya yoshlarda CD ning muhim belgisini ko'rsatishi yoki hatto amaliyotchini boshqa muhim tizimli patologiyalarga yo'naltirishi mumkin. Boshqa og'iz ko'rinishlari bir nechta kariyoz jarayonlar yoki periodontal patologiyalar shaklida paydo bo'lishi mumkin.

Stomatologiya sohasida IBD ning mavjudligi tish implantlarini kiritish zarur bo'lgan hollarda davolash kursini o'zgartirishi mumkin. Shu nuqtai nazardan, osteoporoz va tizimli suyaklarning buzilishi kuzatilishi mumkin. Bu jihatlarning barchasi dental implantlarning osseointegratsiyasi jarayonida muhim ahamiyatga ega. Bundan tashqari, IBD bilan og'rigan odamlarda ovqatlanishning etishmasligi va organizmning turli qismlarida boshqa jarayonlar bilan bir qatorda suyak va implantatsiyaning birikish joyida otoimmün yallig'lanish jarayonlarining paydo bo'lishi implant atrofida etarli darajada suyak shakllanishiga olib kelishi mumkin. IBD bilan og'rigan bemorlarda muvaffaqiyatsizlik xavfi va implantatsiyaning yomon prognozi boshqa tizimli kasalliklar ham xuddi shunday istalmagan oqibatlariga olib kelishi mumkinligini bilish uchun

tibbiyot mutaxassislari tomonidan tan olinadi. E'tiborga olinishi kerak bo'lgan yana bir jihat - peri-implant suyakning yo'qolishi. Sinjari va hamkasblari o'zlarining klinik sinovlarida shifobaxsh tayanchni o'rnatish paytida suyak rezorbsiyasi paydo bo'lishi mumkinligini kuzatdilar. Ushbu sohada bakterial kolonizatsiya yallig'lanishni boshlaydi, agar davolanmasa, peri-implant suyak rezorbsiyasiga aylanishi mumkin. Boshqa bir tadqiqotda D'Ercole va uning hamkasblari mikrobial ifloslanish implantning barqarorligini buzishi mumkinligini ko'rsatdi. Bakterial emlash paytida, agar tegishli parvarish boshlanmasa, peri-implant to'qimalari buziladi.

IBD kontekstida og'zaki ko'rinishlarning yuqori ahamiyatini va ularni aniqlashning qiyinligini hisobga olgan holda, tibbiy mutaxassisliklar, shu jumladan stomatologlar o'rtasidagi yaqin hamkorlik juda katta ahamiyatga ega. Og'iz bo'shlig'i jarrohlari ushbu turdagi patologiyalarni e'tiborga olishlari va ularni davolashni osseointegratsiya va shifo jarayonining evolyutsiyasiga alohida e'tibor bilan olib borishlari kerak, bu turdagi hollarda yuzaga kelishi mumkin bo'lgan implantatsiya yetishmovchiligi belgilarini e'tiborsiz qoldirmasliklari kerak. Oxirgi bayonotga kelsak, ushbu sharhning maqsadi inson klinik tadqiqotlarida IBD (UC/CD) da dental implantatsiya etishmovchiligi bo'yicha joriy elektron adabiyotlarni muntazam ravishda baholash edi.

Munozara

Yillar davomida o'tkazilgan bir nechta tadqiqotlar IBD mavjudligi va dental implantlar prognozi o'rtasidagi bog'liqlik haqida xabar berdi. Ta'sir qilish mexanizmlari mikrobial nomutanosiblik nazariyasini tavsiflaydi, bunda ichak mikrobiotasida peptidlarning yuqori miqdori va polisaxaridlarning kamroq miqdori kuzatilgan. Bu og'iz va periodontal to'qimalarning buzilishi bilan anaerob, gramm-manfiy mikroorganizmlar foydasiga mikrobial konversiyaga olib keladi. Ikki patologiyaga nisbatan *Campylobacter rectus*, *Fusobacterium nucleatum* yoki *Campylobacter concisus* kabi bakteriyalar aniqlangan.

Boshqa tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, IBD kontekstida antigen bilan bog'langan antikorlarning mavjudligi osseointegratsiya jarayoniga va implantatsiya joyida shifo qobiliyatiga ta'sir qilishi mumkin. Bundan tashqari, yallig'lanish omillari (IL-6, TNF va IL-1b kabi) ta'siri tufayli surunkali yallig'lanish kasalliklarida suyak sinishi xavfi, osteoporoz va osteopeniyaning ortishi o'rganildi va tasdiqlandi. Bundan tashqari, dental implantlarning omon qolish darajasini baholashda noto'g'ri ovqatlanish, qon ketish yoki infektsiya kabi jihatlarni hisobga olish kerak.

E'tiborga olish kerak bo'lgan yana bir omil - chekish. U implantatsiya etishmovchiligini va og'iz bo'shlig'i infektsiyasining mavjudligini kuchaytirishi va og'iz saratonini boshlashi mumkinligi ta'kidlangan. Bir nechta maqolalarda CD bo'lgan bemorlarda asoratlar ko'proq bo'lishi va chekishni tashlash xavfni 65% gacha kamaytirishi mumkinligini ta'kidladi.

Ilmiy adabiyotlar nafaqat IBD ning dental implantlarning muvaffaqiyatiga ta'siriga, balki maxsus dori tomonidan ishlab chiqarilgan oqibatlariga ham qaratilgan. Kimerik monoklonal antikorlar yoki insonga moslashtirilgan monoklonal antikorlar kabi

biotexnologik mahsulotlar stomatologik jarrohlik natijalari jarayoniga ta'sir qilishi mumkin. Yallig'lanish patologiyalarini davolashda uchta asosiy toifa mavjud: B limfotsitlarining modulyatorlari, TNF-a ingibitorleri va interleykin ingibitorleri. Barcha mahsulotlar in'ektsiya shaklida qo'llaniladi, ammo ulardan foydalanish yo'nalishi administratsiya shaklidan (teri ostiga, mushak ichiga yoki tomir ichiga) aniq muddatlarga (oyda bir marta, oyda ikki marta, haftada ikki marta yoki haftada) farq qiladi. Individual sharoitlarga ko'ra. Terapevtik isbotlangan potentsialiga qaramay, bemorning monoklonal antikorlarga munosabati bemordan bemorga farq qiladi. Bundan tashqari, sub'ektlarda istalmagan immunitet reaksiyalari paydo bo'ladigan ko'p hollarda ular asta-sekin samarasiz bo'lib qolishi mumkin. Monoklonal antikorlarning nojo'ya ta'sirlari ham aniqlangan, ular turli xil saraton shakllari va yuqumli jarayonlardan sil kasalligini qayta tiklash epizodlarigacha bo'lgan. Og'iz bo'shlig'idagi eng og'ir salbiy ta'sir jag'ning osteonekrozining rivojlanishidan iborat. Bevacizumab, sunitinib va denosumab hozirda FDA tomonidan jag'ning osteonekroziga bevosita bog'liqlik sifatida qabul qilingan yagona mahsulotlardir. Shunga qaramay, tadqiqotlarda boshqa monoklonal antikorlar mavjudligida osteonekroz holatlari qayd etilgan. Bevacizumab qon tomir endotelial o'sishi bilan bog'liq o'sish omiliga qarshi qaratilgan antikor bo'lib, qon tomirlarining o'tkazuvchanligini kuchaytiruvchi, vaskulogenez va vazodilatatsiyani kamaytiradigan shifo jarayoni uchun ham javobgardir. Shuning uchun bunday holatlarda tish implantlarini o'rnatish xavfli hisoblanadi. . Sunitinibning ta'sir qilish mexanizmi shifo jarayoni va yangi qon tomirlarining paydo bo'lishiga qarshi ham bog'liq, denosumab RANKL sitokiniga biriktirilganda va uning antirezorptiv ta'siriga qaramay, osteonekrozni keltirib chiqarishi mumkin. Davolashdagi o'zgarishlar, masalan, dozalar orasidagi vaqt oralig'i yoki kumulativ ta'sir patologiyaning paydo bo'lishidagi omillarni ko'rsatishi mumkin.

2018 yilda o'tkazilgan tadqiqotda 55 yoshli ayolning jag'iga beshta implant o'rnatilgani haqida xabar berilgan, bu esa barcha beshta jarrohlik maydonchasida yuqumli jarayonlarni rivojlantiradi, bir vaqtning o'zida Adalimumab bilan davolashda UC uchun davolanadi. Tish implantlari va nekrotik qoldiqlarni olib tashlash yo'li bilan hal qilingan ushbu murakkab infektsiya holati TNF-a ingibitori bilan davolash bilan bog'liq edi. Boshqa bir ish hisobotida CD bilan og'rigan 49 yoshli ayolda jag'ning osteonekrozi Infliximab bilan davolash bilan bog'langan. Davolash nekrotik qoldiqlarni olib tashlash va ta'sirlangan suyakni rezektsiya qilish orqali amalga oshirildi, bir yil va to'rt oydan keyin integral tiklanish bilan yakunlandi.

TNF-a ingibitorlariga asoslangan tibbiy mahsulotlar tishlarni olib tashlash protseduralaridan keyin suyaklarni davolash qobiliyatini o'zgartirishi ma'lum. Ferreira-Junior va uning hamkasblari kalamushlar ustida olib borilgan eksperimental tadqiqotlarida TNF-a ingibitorlari tishlarni olib tashlashdan keyin suyaklarni tiklash qobiliyatini o'zgartirishga qodir ekanligini ko'rsatdi, asosan davolanishning dastlabki davrida edi. Bundan tashqari, Infliximabni qabul qilgan kalamushlarda TNF-a, RANKL va OPG ifodasi pastroq bo'lgan. Ushbu tadqiqotdan shuni aytish mumkinki, Infliximab o'sish va guruhlarini ingibitirlovchi mononuklear prekursorlar tufayli osteoklastlarning kamayishini aniqlay oladi. Bu bizning tadqiqotlarimizda ko'rilgan tish implantatsiyasining buzilishiga ham tarjima qilinishi mumkin.

Yana bir qiziqarli eksperimental tadqiqot Kuchler va uning hamkasblaridan. Mualliflar eksperimental kolitning tibia ichiga o'rnatilgan titanli mini vintlarga ta'sirini baholadilar. Ularning ta'kidlashicha, kalamush kolitida suyakning tiklanishining dastlabki bosqichida ichak yallig'lanishi implantatsiyadan oldin suyak almashinuviga katabolik ta'sir ko'rsatmaydi. Ta'kidlangan asosiy topilma shundan iboratki, eksperimental kolit implantlar atrofidagi suyaklarning tiklanishiga ta'sir qilmagan; mualliflar ushbu turdagi eksperimental kolitda remodeling va regeneratsiya davrida suyak shakllanishi mustaqil ravishda nazorat qilinishini taklif qildi.

Yillar davomida olib borilgan tadqiqotlar IBD va suyak etishmovchiligi o'rtasidagi bog'liqlikni ta'kidladi. Boshqa otoimmun patologiyalar (masalan, qizil yuguruk, ankilozan spondilit yoki revmatoid artrit) qatorida IBD suyak biologiyasining muvozanatiga tasiri bo'lishi mumkin. Bir omil osteoblastlar va osteotsitlar ishlab chiqarish va boshqa tomondan osteoklastlarning faolligi bilan ifodalanishi mumkin; Ushbu agentlar dinamik kompleks ekanligi ma'lum bo'lib, unda muvozanat suyak metabolizmining normal ishlashi uchun juda muhimdir. Bu muvozanat spirtli ichimliklarni iste'mol qilish va chekish, jismoniy faollikning etishmasligi, D vitamini va kaltsiyning past darajalari, giyohvand moddalarni iste'mol qilish (masalan, kortizon), ovqatlanishning etishmasligi yoki hatto jinsiy bezlar gormonlarining kam ishlab chiqarilishi bilan buzilishi mumkin.

IBD bilan og'rigan bemorlarda suyak metabolizmining o'zgarishida muhim rol proinflatuar sitokinlarni ishlab chiqarish orqali o'ynaydi. TGF, TNF-a, IL-1, IL-4 va IL-6 hozirda suyak hosil bo'lishini ingibit qilish va CD va UC da suyak rezorbsiyasini faollashtirish orqali suyak zichligiga xalaqit berishi ma'lum . Shunga qaramay, suyak faoliyatiga ta'siri bo'yicha UC bilan solishtirganda CD ning ichki mexanizmlari o'rtasida farq borgan o'xshaydi. Ardizzone va uning hamkasblari kortikosteroidlarni uzoq muddat qabul qilish UC suyaklari yo'qolishida eng muhim rol o'ynashini ko'rsatdi, CDda esa suyak yetishmovchiligi o'z-o'zidan patologiya bilan bog'liq. Bundan tashqari, Sylvester va uning hamkasblari IL-6 CD bemorlarida sarum qiymatlari qayta-qayta ko'tarilgan yagona sitokin ekanligini ta'kidladilar va birgalikda osteoporozli odamlarning qon aylanishida doimo mavjud bo'ladi.

Ushbu topilmalar alveolyar suyakning tuzilishida avtomatik ravishda sodir bo'ladigan o'zgarishlarni hisobga olgan holda, tish implantatsiyasini davolashni boshlash to'g'risida qaror qabul qilishda katta ahamiyatga ega. Qiao va uning hamkasblari sichqonlar ustida olib borilgan tadqiqotda alveolyar suyaklarning tez yo'qolishi IBD borligida aniqlanganligini va periodontal to'qimalarning yallig'lanishidan ko'ra ko'proq patologiyaning o'zi bilan bog'liqligini ko'rsatdi. Bundan tashqari, Vasovich va uning hamkasblari bu oqibatlar suyakning past shakllanishi va yuqori suyak almashinuvi bilan bog'liqligini ko'rsatdi; bu holatlar yuqori tezlikda implantatsiya etishmovchiligiga olib keladi.

Duttenxofer va uning hamkasblari immunitet tanqisligining tish implantatsiyasining omon qolishiga ta'sirini o'rganish uchun meta-tahlil nashr etishdi. Ularning tahlili to'rtta klinik tadqiqotlarni o'z ichiga oladi va IBD bemorlari va etishmayotgan ma'lumotlarga ega bo'lgan tish implantlari o'rtasida geterogenlik

mavjudligini ta'kidladi. Ular 95% CI (3.68, 17.92) bilan birlashtirilgan OR 8.12 ni ko'rsatdilar, bu esa CD bilan kasallangan bemorlarda implantatsiya etishmovchiligi mavjud degan xulosaga keldi (bu tahlil faqat ikkita tadqiqotni o'z ichiga olgan). Javed va Romanos tomonidan nashr etilgan kitob bobi, CD ning ozuqaviy immunitet nuqsonlari bilan bog'liqligi haqidagi gipotezadan boshlangan va bu omillar implantatsiyaning erta yetishmovchiligini kuchaytirishi mumkin. Ularga kiritilgan barcha tadqiqotlar CD bilan kasallangan bemorlarda tish implantatsiyasining prognozi haqida xabar berdi va tadqiqot populyatsiyasida implantatsiya yetishmovchiligining sababi bo'lishi mumkin bo'lgan qo'shimcha turli xil tizimli kasalliklar borligini ta'kidladi. Mualliflar "D" darajasidagi dalillarni keltirdilar va CD da dental implantlarning barqarorligini ta'minlash uchun yetarli dalillar yo'q degan xulosaga kelishdi. Guobis va hamkasblarining tizimli tekshiruvida ular implant terapiyasida turli xil tizimli kasalliklar va dori vositalarining ta'sirini baholashga harakat qilishdi. Faqat bitta tadqiqot kiritilgan ushbu sharhda; Guobis va boshqalar. CD uchun dalillar darajasi cheklanganligini va umuman, tizimli kasallik implant terapiyasida muvaffaqiyat qozonishi mumkinligini aytdi. Bornstein va uning hamkasblari tomonidan chop etilgan yana bir sharhda CD va implant terapiyasi bilan uchta tadqiqot kiritilgan. Mualliflar implant terapiyasini olgan CD bemorlarida kam adabiyotlarni eslatib o'tishdi va bu patologiya bo'yicha aniq xulosalar berilmagan.

Barcha xavflarni hisobga olgan holda, IBD (CD yoki UC) bilan og'rigan bemorlarga tegishli implant terapiyasini taklif qilish uchun harakat qilish kerak. Ushbu tasdiq bilan bog'liq holda, ba'zi tadqiqotchilar immunitet tanqisligi va to'yib ovqatlanmaslik ehtimoli tufayli CD bilan og'rigan bemorlarga tish implantatsiyasini tavsiya etmaydilar va shuning uchun implantatsiya yetishmovchiligi kuzatiladi. Biroq, boshqa tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, IBD bilan og'rigan bemorlarga implant terapiyasini taklif qilish uchun maxsus chora-tadbirlar amalga oshirilishi mumkin; bu tadqiqotlar faqat ish hisobotlaridan.

Bizning ko'rib chiqishimizning asosiy kuchli tomonlari ma'lumotlar bazalarini tizimli qidirish va kiritilgan tadqiqotlarni uslubiy baholash edi. Shunga qaramay, IBD va dental implantlar qo'llanilgan klinik tadqiqotlarning yo'qligi bu ma'lumotlarni tadqiqotimizning chekloviga aylantiradi. Boshqa cheklovlar IBD diagnostikasi, IBD davolash turlari, IBD bilan og'rigan bemorlarda qo'llaniladigan tish implantlari soni va turlari va implant terapiyasidan keyin kuzatuv yo'qligi haqida mavjud bo'lmagan ma'lumotlar bilan ifodalanadi. Biz ko'rib chiqishni meta-tahlil olish niyatida boshladik.

Xulosalar

Implant terapiyasida IBD ning ta'siri bo'yicha klinik tadqiqotlar mavjudligi cheklangan. CD tadqiqotlari shuni ko'rsatdiki, noto'g'ri ovqatlanish, chekish, klaustrofobiya yoki yomon suyak sifati implantatsiya yetishmovchiligiga sabab bo'lishi mumkin. UC uchun adabiyotda hech qanday tadqiqotlar mavjud emas. IBD bilan og'rigan bemorlarga implant terapiyasini tavsiya qilishda multidisipliner jamoa yon ta'sirlardan xabardor bo'lishi kerak va bemorning patologiyasiga qarab ehtiyot choralarini ko'rish kerak. IBD ning implant terapiyasiga ta'siri haqida aniq xulosa chiqarish uchun ko'proq istiqbolli klinik tadqiqotlar talab qilinadi.

Adabyotlar

1. Cosnes J., Gower-Rousseau C., Seksik P., Cortot A. Yallig'lanishli ichak kasalliklarining epidemiologiyasi va tabiiy tarixi. Gastroenterologiya. 2011;140 :1785–1794.doi: 10.1053/j.gastro.2011.01.055. [Abstrakt] [CrossRef] [Google Scholar]
2. Sartor RB Yallig'lanishli ichak kasalliklarida mikroba ta'siri. Gastroenterologiya. 2008;134:577–594.doi: 10.1053/j.gastro.2007.11.059. [Abstrakt] [CrossRef] [Google Scholar]
3. Torres J., Mehandru S., Kolombel J.-F., Peyrin-Biroulet L. Kron kasalligi. Lancet. 2017;389:1741–1755.doi: 10.1016/S0140-6736(16)31711-1. [Abstrakt] [CrossRef] [Google Scholar]
4. Levine JS, Burakoff R. Yallig'lanishli ichak kasalliklarining ichakdan tashqari ko'rinishlari. Gastroenterol. Hepatol. 2011;7:235–241. [Google Scholar]
5. Lauritano D., Boccalari E., Di Stasio D., Della Vella F., Carinci F., Lucchese A., Petrucci M. Og'iz bo'shlig'idagi lezyonlarning tarqalishi va yallig'lanishli ichak kasalligining ichak belgilari bilan bog'liqligi: tizimli ko'rib chiqish. Diagnostika. 2019;9:77.doi:10.3390/diagnostika9030077. [Avstrakt] [CrossRef] [Google Scholar]
6. Vasovich M., Gajovich N., Brajkovich D., Yovanovich M., Zdravkovaic N., Kanjevac T. Immunitet tizimi va yallig'lanishli ichak kasalliklarining og'iz orqali namoyon bo'lishi o'rtasidagi munosabat: Ko'rib chiqish.sent. J. Immunol. 2016;41 :302–310.doi: 10.5114/ceji.2016.63131. [CrossRef] [Google Scholar]
7. Peron C., Javed F., Romanos GE Crohn kasalligi va trabekulyar metall implantlari: ikkita holat bo'yicha hisobot va adabiyotlarni ko'rib chiqish. J. Osseointegratsiya. 2015;7:52–56. [Google Scholar]
8. Narita LE, Mester A., Onisor F., Bran S., Onicas MI, Voina-Tonea A. Diabetik sharoitlarda periodontal regeneratsiya bo'yicha emal matritsasi hosilasining natijalari. Tibbiyot. 2021;57:1071.doi: 10.3390/medicina57101071. [Avstrakt] [CrossRef] [Google Scholar]
9. Apostu D., Lucaciu O., Mester A., Oltean-Dan D., Baciut M., Baciut G., Bran S., Onisor F., Piciu A., Pasca RD va boshqalar. Osteoartritga ta'sir qiluvchi tizimli dorilar. Dori Metab. Rev. 2019;51:498–523.doi: 10.1080/03602532.2019.1687511. [Abstrakt] [CrossRef] [Google Scholar]
10. Sinjari B., D'Addazio G., De Tullio I., Traini T., Caputi S. Sog'ayish abutmentini joylashtirish paytida peri-implant suyak rezorbsiyasi: 0,20% xlorheksidin jeli va platsebo-a tasodifiy juft ko'rning ta'siri Boshqariladigan inson tadqiqotlari. Biomed Res. Int. 2018;2018:5326340.doi:10.1155/2018/5326340. [Avstrakt] [CrossRef] [Google Scholar]

THE SONGS ROLE IN THE CORRECT FORMATION OF A CHILD'S SPEECH

Siddikov B., Abdulxakimov A., Qodirxonov M.
Fergana Public Health Medical Institute

The child is very eager to talk around the age of 1.5 and spends most of his physiological energy on it. If a child under 1 year of age has a high level of physical development and is fast, in a child over 1 year of age, speech development, mental development is superior and faster than physical development.

Parents should provide all possible assistance to the child in language development. Because parenting is the key that opens the first door in a child's interaction with the outside world.

Of course, when speaking, you need to communicate a lot with the child, you need to name the things around you. Every move needs to be explained. For example, when you take a child out on the street, explain, "Now we're going out on the street, in the park, to play with the kids."

In addition, listening to a song has a very positive effect on a child's language performance. If you notice, a child likes to listen to a lot of songs after the age of 1. Especially at the age of 2, he encourages his parents to put on a song to hear him sing. It is wrong to play adult songs to a child. Special songs created for children, especially songs performed by children, should be released. A song heard from a child's tongue is better absorbed into a child's mind.

The lyrics of the songs will be literary and beautifully written, and in most of the songs, especially the children's songs, goodness, decency, and joy will be sung. The child gradually tries to repeat the words he has heard. Some children memorize quickly and sing hymns.

Listening to a song can have a positive effect on both speech and the ability to memorize.

Thus, Uzbek families living abroad should play Uzbek children's songs for their children. The adult song is incomprehensible to the child and does not enter the child's mind. A child who does not understand the meaning of a word can simply chant words without developing his speech.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Сайдуллаева К.М, Тешабоев У.А, Хожиматов Х.О, Маматова М.А.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Ферганский государственный университет

Аннотация

Изучали динамику заболеваемости детского населения Ферганской области в период с 2014 по 2019 гг. Выявили наиболее распространенные группы заболеваний и заболевания, по которым отмечаются максимальные изменения. К наиболее распространенным заболеваниям относятся болезни органов дыхания, болезни глаза и его придаточного аппарата, болезни органов пищеварения, болезни кожи и подкожной клетчатки. Ожирение, сахарный диабет, болезни крови демонстрируют максимальный прирост во всех возрастных категориях детского населения.

Ключевые слова: заболеваемость, детское население. К актуальным проблемам современного общественного здоровья и здравоохранения относится исследование возможности повышения уровня

здоровья детей и подростков. Сохранение и укрепление здоровья населения этой возрастной категории является одной из важнейших задач, так как уровень здоровья данных групп населения определяет здоровье нации в целом, возможность увеличения продолжительности активной жизни.

Здоровье детского населения определяется рядом факторов как социальных, так и биологических (уровень медицинского обслуживания, степень экологической неблагоприятности, давление социальной среды, наследственная отягощенность, протекание беременности и родов и т.п.).

В медицине и здравоохранении исследования статистических данных позволяют устанавливать закономерности патологических процессов, оценивать эффективность применяемых методов лечения. Исследование структуры заболеваемости позволяет выявить лидирующие патологии, динамику заболеваемости и сделать попытку выделить факторы, определяющие возникновение определенного заболевания.

Целью работы является изучение динамики заболеваемости детей и подростков Ферганской области в период с 2014 г. по 2019 г. по основным видам заболеваний. Для оценки динамики заболеваемости детей и подростков Ферганской области были использованы данные из статистических сборников общей заболеваемости детского населения Узбекистана в период с 2014 по 2019 гг.[1-3].

Нами была проанализирована динамика общей заболеваемости детского населения Ферганской области в двух возрастных категориях: от 0 до 14 лет и 15-17 лет в период с 2014 года по 2019 год. На основе расчета среднего прироста была проведена оценка изменения заболеваемости для 21 группы наиболее распространенных детских и подростковых общих заболеваний в регионе.

Наиболее распространенными в анализируемый период времени в возрастной категории от 0 до 14 лет были заболевания органов дыхания, болезни глаза и его придаточного аппарата, болезни органов пищеварения, болезни кожи и подкожной клетчатки, костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Наиболее распространенными в анализируемый период времени в возрастной категории от 15 до 17 лет были заболевания органов дыхания, болезни глаза и его придаточного аппарата, болезни органов пищеварения, болезни кожи и подкожной клетчатки и миопия.

Таким образом, в обеих возрастных категориях первые четыре самые распространенные группы заболеваний одинаковы.

Динамика общей первичной заболеваемости среди анализируемых возрастных групп населения Ферганской области за 6 лет неоднородна по различным группам заболеваемости.

По характеру динамики анализируемые группы заболеваний можно поделить на три категории: 1) с относительно стабильными флуктуациями (в пределах $\pm 5\%$ в среднем за 6 лет); 2) с выраженной положительной динамикой (в среднем за 6 лет более 5%); 3) с выраженной отрицательной динамикой (в среднем за 6 лет более -5%).

В подростковом возрасте к категории относительно стабильных заболеваний можно отнести некоторые инфекционные и паразитарные болезни (-3.2%), болезни эндокринной системы ($+0.7\%$), болезни нервной системы (-3.7%), болезни глаза (-2.5%), систем кровообращения (-3.6%) и дыхания (-4.5%), врожденные

аномалии (-1.7%). В детском возрасте (0-14 лет) – это болезни нервной системы (+3.4%), эпилепсия (+2%), миопия (+4.3%), болезни органов дыхания (-3.5%), костно-мышечной системы (-2.1%), мочеполовой системы (-0.7%), врожденные аномалии (+1.2%).

За период с 2014-2019 гг. наиболее выраженное снижение показателей заболеваемости детей от 0 до 14 лет отмечается по следующим классам болезней: болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ (-18.4%), болезни кожи и подкожной клетчатки (-14.2%), некоторые инфекционные и паразитарные болезни (-10.6%), болезни уха и сосцевидного отростка (-9.4%).

За анализируемый период времени наиболее выраженное снижение показателей заболеваемости детей от 15 до 17 лет отмечается по классам болезней: психические расстройства и расстройства поведения (-22.6%), болезни органов пищеварения (-19.4%), болезни кожи и подкожной клетчатки (-15.8%), болезни кожно-мышечной системы и соединительной ткани (-9.3%).

Наибольший темп прироста заболеваемости среди подростков за тот же период отмечается по следующим группам заболеваемости: ожирение (16.3%), сахарный диабет (15,7%), болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный ответ (11.2,0%) и новообразования (10.2%). Наиболее выраженный рост заболеваемости у детей от 0 до 14 лет отмечается по следующим классам: болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный ответ (29.4%), сахарный диабет (25.8%), ожирение (18.2%), детский церебральный паралич (12.7%).

Полученные данные могут отражать неблагоприятные воздействие экологических факторов среды и влияние образа жизни, системы питания современного детского населения.

Необходимо отметить снижение заболеваемости некоторыми инфекционными и паразитарными болезнями в обеих возрастных категориях в среднем на 3 и 10.6%, что может указывать на эффективность проводимой профилактической работы.

По результатам нашего исследования можно выделить и группу заболеваний детей и подростков, прямо или косвенно связанных с образовательной деятельностью обучающихся и образом жизни: миопия, заболевания костно-мышечной системы, заболевания нервной системы, болезни органов пищеварения, ожирение. Однако подавляющее большинство дошкольников, поступая в школу, уже имеют функциональные отклонения и хронические заболевания.

С точки зрения сохранения здоровья современных детей и подростков необходимо усиление профилактической деятельности как со стороны медицинских работников, так и со стороны родителей, воспитателей, педагогов, непрерывное наблюдение за детьми в возрасте от 0 до 17 лет, формирование у них позитивных ориентаций на здоровый образ жизни, своевременное выявление начальных симптомов заболевания, лечение рецидивов и предупреждение хронизации процесса.

Список литературы:

1. Статистический сборник 2017 год/ <https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2017-god>

2. Статистический сборник 2015 год/<https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2015-god>
3. Общая заболеваемость детского населения России (0-14 лет) в 2019 году статистические материалы. М., 2020, ФГБУ "ЦНИИОИЗ" МИНЗДРАВА Российской Федерации, 144 с.

ИНФЕКЦИОННЫЕ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИЕ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ

Джафарова Х. Г., Тагиева Ф. Ш., Джалилов В. Ч.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра эпидемиологии,

flora-tagiyeva@mail.ru

khatira.cafarova@mail.ru

Инфекционные социально значимые заболевания относятся к числу наиболее актуальных проблем современного здравоохранения и основных угроз для здоровья населения. Изучение состояния и динамики социально значимых заболеваний на современном этапе развития общества необходимо для формирования полноценной информации и для принятия управленческих решений по их сокращению.

К инфекционным социально значимым заболеваниям относятся: туберкулез, болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), гепатит С, гепатит В, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем (ИППП): сифилис, гонорея, трихомоноз, хламидиоз.

Из инфекционных болезней **туберкулез** остается одной из самых распространенных инфекций в мире, является социально-значимым заболеванием. Всемирной организацией здравоохранения в 1993 году туберкулез признан глобальной проблемой и 24 марта объявлен Всемирным Днем борьбы с туберкулезом. Туберкулез – хроническое инфекционное заболевание, при котором поражаются разные органы (кожа, почки, кишечник, глаза, костно-суставная система и др.), но чаще всего легкие, и продолжает оставаться достаточно распространенным заболеванием.

Возбудитель туберкулеза находится в организме трети населения земного шара, это означает, что 2 миллиарда людей планеты инфицированы туберкулезом. Защитные силы организма в большинстве случаев не дают туберкулезу развиваться. Вызывается высококонтагиозной бактерией - палочкой Коха, которая передается воздушно-капельным путем, устойчива во внешней среде. Поэтому в распространении и развитии заболевания могут играть роль такие факторы, как плотность населения и специфика физической среды. Не менее значимо влияние поведенческих факторов, связанных с образом жизни и индивидуальной культурой питания, укладом быта, соблюдением санитарных и гигиенических норм. Наиболее подвержены заболеванию люди с ослабленным иммунитетом. В свою очередь, причины снижения иммунитета могут быть медико-биологическими (СПИД, онкологическое заболевание, диабет, состояние на фоне иммуносупрессивной терапии после трансплантаций, поражение органов и тканей вследствие употребления табака, алкоголя, наркотиков).

Профилактика туберкулеза. Сегодня каждый должен знать - как можно уберечь себя и близких от этого коварного заболевания. В первую очередь, это прививки против туберкулеза вакциной БЦЖ (BCG) и флюорографическое обследование органов грудной клетки. Непривитые дети подвергаются большому риску заражения туберкулезом. Мероприятия, повышающие защитные силы организма (рациональный режим труда и отдыха, правильное полноценное питание, отказ от курения и употребления алкоголя, закаливание, занятия физкультурой и др.). Меры, оздоравливающие жилищную и производственную среду (снижение скученности и запыленности помещений, соблюдение режима проветривания).

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) - это группа заболеваний, которые передаются преимущественно во время полового контакта. ИППП чрезвычайно распространены во всем мире. Эксперты ВОЗ подсчитали: каждый шестой житель земного шара страдает какой-либо из болезней, передаваемых половым путем. В настоящее время известно более 30 ИППП. Наиболее часто встречающиеся из них: сифилис, гонорея, трихомониаз, хламидиоз, микоплазмоз, кандидоз, папилломовирусная инфекция, генитальный герпес, гепатит В, ВИЧ-инфекция и др.

Все ИППП вызываются болезнетворными микроорганизмами (бактериями, вирусами, простейшими, паразитами) и передаются преимущественно при половом контакте и через кровь (в основном через шприцы или инструменты). Но некоторые инфекции, например, сифилис, герпетическая, цитомегаловирусная и папилломавирусная инфекция могут передаваться посредством контакта («кожа к коже») и через поцелуи.

Вирусные ИППП, такие как ВИЧ-инфекция, гепатит, генитальный герпес и аногенитальные бородавки, вызываемые вирусом папилломы человека, полностью не излечиваются, и лишь в части случаев течение заболевания и его проявления удастся контролировать с помощью различных средств и методов. Излечиваемыми на сегодняшний день являются ИППП, вызываемые бактериями, простейшими и паразитами: сифилис, гонорея, хламидиоз, трихомониаз и некоторые другие. Однако, в любом случае раннее обращение к врачу и начало лечения не только послужит скорейшему выздоровлению, но и позволит снизить риск развития многочисленных осложнений. По оценкам, ежедневно один миллион человек заражается инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), включая вирус иммунодефицита человека (ВИЧ).

ВИЧ-инфекция медленно прогрессирующее заболевание. ВИЧ – это сокращенное название вируса иммунодефицита человека, т.е. вируса, поражающего иммунную систему. ВИЧ живет и размножается только в организме человека. Вирус постепенно разрушает иммунную систему (в течение 10-12 лет), снижается сопротивляемость организма к инфекциям. В определенный момент сопротивляемость организма становится настолько низкой, что у человека могут развиваться такие инфекционные болезни, которыми другие люди практически не болеют или болеют крайне редко. Эти болезни называются «оппортунистическими», от которых и погибают ВИЧ-инфицированные.

Одним из эффективных способов предохраниться от ИППП и ВИЧ-инфекции является постоянное и правильное использование презервативов. Оптимальный

способ обеспечить эффективное лечение, избежать осложнений и предотвратить дальнейшее распространение инфекций – скрининг пациентов с ИППП и их сексуальных партнеров с целью своевременной постановки диагноза. ВОЗ рекомендует, чтобы беременные женщины проходили тестирование на ВИЧ, сифилис и гепатит В (HBsAg) хотя бы один раз во время беременности. В проекте стратегии меры борьбы сектора здравоохранения с эпидемией инфекций, передаваемых половым путем, рассматриваются как важное условие достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения – одной из ключевых Целей в области устойчивого развития, связанных со здоровьем, которые определены в Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Вирусный гепатит представляет серьезную угрозу общественному здоровью международного масштаба, сопоставимую с другими инфекционными заболеваниями, такими как ВИЧ, туберкулез.

Вирусный гепатит В – широко распространенное заболевание человека, вызываемое вирусом гепатита В. Гепатит В – строго антропонозная инфекция. Острый гепатит В (ОГВ) в клинически выраженных случаях характеризуется симптомами острого поражения печени и интоксикацией (с желтухой или без нее), отличается многообразием клинических проявлений и исходов заболевания. Хронический гепатит В (ВГВ) – длительное воспалительное поражение печени, которое может переходить в более тяжелое заболевание – цирроз и первичный рак печени, оставаться без изменений или регрессировать под влиянием лечения или спонтанно.

Передача вируса чаще всего происходит перинатальным путем от матери ребенку, а также при контакте с кровью или другими биологическими жидкостями, в частности при половых контактах с инфицированным партнером, небезопасной практике выполнения инъекций, порезах колюще-режущим инструментом в медицинской практике и в бытовых условиях, а также среди лиц, использующих инъекционные наркотики.

По оценкам ВОЗ, в 2019 г. в мире насчитывалось 296 млн человек, живущих с хроническим гепатитом В (т.е. позитивных на поверхностный антиген гепатита В). От гепатита В в 2019 г. умерло 820 000 человек, главным образом в результате вызванных гепатитом цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы (первичного рака печени).

Профилактика ГВ. Существует рекомбинантная безопасная и эффективная вакцина, обеспечивающая защиту от гепатита В на 98–100%. Профилактика вирусного гепатита В позволяет предотвратить развитие таких осложнений, как хронический гепатит и рак печени. Благодаря вакцине доля детей младше пяти лет с хронической ВГВ-инфекцией в 2019 г. сократилась до уровня немногим менее 1%, тогда как в десятилетия, предшествовавшие внедрению вакцинации (т.е. с 1980-х до начала 2000-х гг.) Этот показатель составлял порядка 5%. Необходима профилактика и в отношении путей передачи инфекции. Цель ВОЗ: элиминация вирусного гепатита как серьезной угрозы здоровью населения к 2030 г.

Гепатит С – самая частая форма хронических заболеваний печени. По данным ВОЗ, в мире насчитывается не менее 170 млн. инфицированных. Гепатит С обуславливает приблизительно 40% случаев хронической патологии печени. Гепатит С протекает бессимптомно, диагностируется чаще случайно, когда человек

обследуется по поводу других заболеваний. Вирус гепатита С относится к гемотрансмиссивным вирусам. Наиболее распространенными путями передачи являются: повторное использование или недостаточная стерилизация медицинского оборудования, в частности шприцев и игл, в учреждениях здравоохранения; переливание не прошедших скрининг крови и продуктов крови; совместное использование инъекционного инструмента при употреблении инъекционных наркотиков. ВГС также может передаваться от инфицированной матери ребенку, а также при половых контактах, сопровождающихся контактом с кровью (например, у лиц с множеством половых партнеров или мужчин, вступающих в половые связи с мужчинами). Однако эти механизмы передачи инфекции являются менее распространенными. В настоящее время эффективной вакцины против гепатита С не существует, поэтому профилактика инфекции заключается в снижении риска заражения в медицинских учреждениях, а также группах повышенного риска, например среди потребителей инъекционных наркотиков и мужчин, вступающих в половые контакты с мужчинами, особенно ВИЧ-инфицированных или применяющих доконтактную профилактику ВИЧ-инфекции.

Учитывая широкое распространение инфекционных болезней, борьба и профилактика с ними имеет актуальное значение. В связи этим ВОЗ настоятельно призывает все страны мобилизовать достаточные финансовые ресурсы, а также политическую волю на повышение готовности к чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения во всем мире.

Литература:

1. Баянова Т. А., Ботвинкин А. Д., Куприянова Н. Ю. Социально значимые заболевания. Эпидемиология и профилактика инфекционных заболеваний: туберкулез, ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты В, С. Учебное пособие для студентов. Иркутск: ИГМУ, 2015.
2. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» 15-я версия от 02.02.2022, Россия.
3. Информационные бюллетени ВОЗ.
4. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. Инфекционные болезни и эпидемиология: Учебник. 2-е изд. М.:ГЭОТАР-Мед, 2004, 816 с.
5. Резолюции ВОЗ.
6. Социальная проблема // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 5-4. – С. 671-672;

СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Джафарова Х. Г., Тагиева Ф. Ш.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра эпидемиологии,
Баку, Азербайджан

khatira.cafarova@mail.ru

flora-tagiyeva@mail.ru

Доля инфекционных заболеваний снижается, а неинфекционных растет, одни уходят в прошлое, а другие появляются, однако неизменно существуют болезни, более других влияющие на показатели здоровья населения страны.

Социально значимые заболевания присущи населению всех стран, включая экономически развитые страны. Отличительной особенностью социально значимых заболеваний является также зависимость возникновения и распространения их от социально-экономических условий (плотности и условий проживания населения, полноценности питания, уровня качества жизни населения, доступности медицинских и социальных услуг, санитарно-эпидемиологической обстановки, организации профилактической работы, наличия стрессовых ситуаций и пр.).

Их рост ведет к повышению количества инвалидов, смертности населения, демографическому кризису, социальной дезадаптации населения, снижает продолжительность жизни людей, повышает затраты государства на профилактику, лечение и реабилитацию, и в конечном итоге, влияет на состояние общества и экономическую ситуацию в стране. В международной практике к данной группе относят болезни разной этиологии - как неинфекционной, так и инфекционной. Согласно международной статистике, первое место по степени наносимого ущерба здоровью населения среди неинфекционных болезней занимают сердечно-сосудистые заболевания, а среди инфекционных — туберкулез. В международной практике к группе социально значимых заболеваний относят следующие неинфекционные заболевания: болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, злокачественные новообразования, сахарный диабет, психические расстройства и расстройства поведения и инфекционные: туберкулез, болезнь, вызванную вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), гепатит С, гепатит В, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем (ИППП): сифилис, гонорея, трихомоноз, хламидиоз.

В настоящее время из социально значимых заболеваний COVID-19 является актуальнейшей проблемой всего человечества. Мировое сообщество, в том числе богатые страны, оказалось не готово к таким темпам и масштабам распространения пандемии COVID-19. Она имела особенно тяжелые последствия для уязвимых групп населения и усугубила существующие проявления неравенства. Пандемия COVID-19 уже унесла жизни 6 миллионов человек на планете, и вирус продолжает активно циркулировать во всех регионах мира.

Таким образом, учитывая выше сказанное для предотвращения развития социально значимых болезней важное значение имеет их профилактика. Профилактика социально значимых заболеваний проводится следующим образом:

Первичная профилактика - меры по устранению и снижению факторов риска развития болезни прежде каких-либо проявлений этой болезни.

Вторичная профилактика - меры по замедлению развития болезни. Третичная профилактика - мероприятия, направленные на предотвращение рецидивов болезни.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ОРГАНИЗАЦИЯ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В УЗБЕКИСТАНЕ.

Турдиев Ш.М. , Махмудова М.Х.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность работы: На пороге 21 века туберкулёз продолжает оставаться серьёзной медицинской и социальной проблемой в мире, в связи с различными факторами, влияющие на развитие этой болезни. По расчётным данным ВОЗ, если в целом ситуация по туберкулёзу и стабилизируется, то во всем мире нарастает частота лекарственно-устойчивых форм туберкулёза и сочетания ВИЧ и туберкулёза.

Цель нашего исследования: Проведение анализа в динамике уровня заболеваемости и смертности населения Республики Узбекистана за период с 2011 до 2020 года.

Материалы и методы: Проведено сплошное ретроспективное исследование динамики уровня заболеваемости населения в Республике Узбекистан за годы независимости методом статистического наблюдения (выкопировка из отчетных данным материалам Республиканского статистического управления.).

Результаты исследования: О недостатках диагностики туберкулеза свидетельствуют динамика основных эпидемиологических показателей и следующие факты: анализ случаев впервые выявленного туберкулеза легких показал, что 9,4% больных выявляются с запущенными формами туберкулеза, 14,3% умерших болели до 1 года, у 1/3 впервые выявленных определяется деструкции.

Наиболее пораженные регионы – Приаралье, Бухара, Сыр-Дарья, Самарканд. Так, на заседании штаба Минздрава РУз в 2020 году ситуация в РКК оценена как эпидемия: болезненность-212, заболеваемость-99,2, смертность-31,6.

Установлено, что у детей не имеющих кожных прививочных знаков инфицированность в 3 раза, а выявляемость туберкулеза в 6 раз превышает аналогичные показатели у лиц с кожными прививочными знаками.

У больных туберкулезом детей в 35- 40%, у больных туберкулезным менингитом детей 80-85% отмечено отсутствие поствакцинных рубчиков. Качественное проведение вакцинации и ревакцинации снижает заболеваемость туберкулезом у детей в 23 раза и предупреждает развитие тяжелых форм туберкулеза.

Выводы: В результате уменьшения профилактических флюорографических обследований и роста заболеваемости туберкулезом, увеличилось число впервые заболевших туберкулезом, обращающихся за медицинской помощью в первичное медицинское звено: ГВП, СВП. В связи с этим врачи общей практики должны в достаточной степени владеть методами диагностики и дифференциальной диагностики туберкулеза легких и других локализаций.

Причинами ухудшения эпидемиологической обстановки по туберкулезу являются:

1. Недостаточная укомплектованность кадрами фтизиатрических учреждений, связанная с миграцией русскоязычного населения и недостаточной подготовкой фтизиатрических кадров в Узбекистане в последние 30 лет. Укомплектованность кадрами фтизиатрических учреждений в 2011-2020 гг в целом по республике едва достигло 58%, а в отдельных областях-39-55%.
2. Недостаточно активное участие в борьбе с туберкулезом учреждений общей лечебной сети. Работа по активному выявлению и профилактике туберкулеза

немыслима без активного участия общей лечебной сети. Недостаточная фтизиатрическая настороженность терапевтов, недостаточное материально-техническое обеспечение флюорографической службы обусловили неэффективность профилактических обследований на туберкулез.

3. Уменьшение иммунной прослойки среди детского населения, связанное с низким охватом специфической профилактикой.

Это привело к росту заболеваемости туберкулезом среди детей. Так в 1997 году 20% впервые выявленных больных туберкулезом составили дети. Выросла заболеваемость среди контактных, увеличилось число случаев семейного туберкулеза. (2011-2020г.)

4. Разрыв устоявшихся экономических связей в новых экономических условиях обусловил недостаточную обеспеченность фтизиатрических учреждений противотуберкулезными препаратами.

5. Недостаточно сбалансированное питание определенных слоев населения. Эта причина особенно значима в районах экологических катастроф (ККК), где ухудшение эпидемиологической обстановки по туберкулезу особенно заметно, т.к. туберкулез проблема не только медико-биологическая, но и социальная.

6. Неблагополучная эпидемиологическая обстановка по туберкулезу в животноводстве. По данным 2020 г 3% поголовья скота поражено туберкулезом, что сказалось на эпидемиологии туберкулеза среди людей. В хлопководческих районах у 4-7%, в животноводческих - у 9-13% больных туберкулезом определяется бычий тип МБТ.

7. Рост иммунодефицитных состояний первичных и вторичных, а также заболеваний сопровождающихся нарушениями иммунной системы. Среди них следует отметить такие патологии: как сахарный диабет, язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки, наркоманию. Немаловажное значение для эпидемиологии туберкулеза имеют широкое применение в медицинской практике иммунодепрессантов, лучевой терапии, кортикостероидов.

В рамках этой программы совершенствование борьбы с туберкулезом требует участие врачей общего профиля, которые должны выполнять следующие задачи:

1. Раннее и своевременное выявление больных туберкулезом.
2. Формирование групп риска по туберкулезу, проведение мероприятий по профилактике и раннему выявлению туберкулеза у них.
3. Обеспечение полноценного охвата детей специфической профилактикой.
4. Своевременная диагностика туберкулеза у лиц, обратившихся за медицинской помощью и имеющих клинические проявления туберкулеза.
5. Анализ основных эпидемиологических показателей по туберкулезу, планирование противотуберкулезных мероприятий на основе анализа эпидемиологических показателей и полноценное выполнение их.
6. Проведение среди населения санитарно-просветительской работы по туберкулезу.
7. Тесное сотрудничество с противотуберкулезными диспансерами, полноценная осведомленность о больных туберкулезом и очагах туберкулезной инфекции.

8. Участие в разборах поздно выявленных случаев туберкулеза.

Основной задачей ВОП в санитарной профилактике является санитарно-просветительная работа, освещающая вопросы профилактики, раннего выявления туберкулеза и его диагностики.

Список использованной литературы:

1. Женщины и мужчины 2015. Госкомитет Республики Узбекистан по статистике. Ташкент, 2020, с.42.
2. Статистический ежегодник регионов Узбекистана. Ташкент, 2020, с. 26.
3. Чучалин А.Г. Белая книга: пульмонология. Пульмонология 2004;
4. Архипов В.В. Хроническая обструктивная болезнь легких: фармакоэкономические аспекты. Пульмонология 2010;
5. С.Н.Безносова, Ю. А. Березанцев, Д. В. Винаградов-Волжинский. эпидемиология, Ленинград «МЕДИЦИНА» 1973;

ОСОБЕННОСТИ СПЕЛЕОТЕРАПИИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Каримджанов И. А., Файзиева У.Р.

Ташкентская медицинская академия

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

Резюме

В данной статье изучается влияние спелеотерапии на внебольничную пневмонию у детей. Помимо базисной терапии изучены механизмы влияния спелеотерапии на количество цитокинов в сыворотке крови в период ремиссии заболевания.

Ключевые слова: дети, пневмония, цитокин, интерлейкин, интерферон, спелеотерапия.

Актуальность проблемы. Пневмония является одной из самых актуальных проблем современной медицины и состоит из целого ряда эпидемиологических, клинических, фармакологических и наконец, социальных аспектов. Одним из важнейших научно-практических направлений социальной педиатрии и организации здравоохранения является региональный подход к изучению состояния здоровья детей [1,2,3]. На его формирование оказывают влияние климатогеографические, экологические и экономические условия проживания, степень миграции населения, этнические и социо-культурные особенности, а также существенные различия в материально-технической базе лечебно-профилактических учреждений по регионам. Считается, что заболевание бронхо-легочной системы относится к болезням, распространенность которых в экологически неблагоприятных регионах стоит на одном из первых мест. Многогранность патогенетических механизмов повреждения дыхательной системы, тяжесть вызываемых метаболическими нарушениями последствий, таких как метаболический ацидоз и т.д., придают особую актуальность и значимость вопросам лечения этой категории больных.

Спелеотерапия (греч. speleon -пещера, therapia -лечение) – немедикаментозный способ лечения. Суть метода заключается в лечении длительным пребыванием в условиях своеобразного микроклимата пещер, соляных копей и т.др. Риск аллергических заболеваний органов дыхания у человека возрастает вследствие загрязнённости воздуха естественными и техногенными аллергенами и

поллютантами . Это обуславливает важность пребывания в более чистой среде как фактора успешности фармакологического и других видов лечения [4,5,6].

Показания к спелеотерапии.

- аллергия к пыльцы;
- хроническая пневмония;
- пневмония в период ремиссии
- аллергический риносинусит;
- хронический бронхит;

Противопоказания:

- дыхательная недостаточность;
- тяжелая форма БА;
- нарушения кровообращения 2 -3-степени;
- бронхоэктазия;
- пневмосклероз.

Цель работы: - изучить особенности влияние спелеотерапии при реабилитации внебольничной пневмонии у детей.

Задачи исследования. 1. Охарактеризовать клинические картины ВП у детей с учетом региональной особенности.

2. Проводить иммунологическое исследование до и после спелеотерапии.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилась в областной детской больнице г. Термеза с января 2018 года по декабря месяцев 2021г в отделение детской пульмонологии. В основу исследования положены данные обследования 50 детей больных с пневмонией, возраст детей составляло от 1 до 4-х лет. Диагноз устанавливался на основании жалоб больных, анамнеза жизни и заболевания, лабораторных данных и рентгенографии грудной клетки, пульсоксиметрии.

Иммунологическое исследование проводилось в лаборатории Научно-диагностическом центре при институте Иммунологии и геномика человека АН РУЗ. Исследовали содержание интерлейкин -1 (ИЛ-1), интерлейкин - 4 (ИЛ-4), интерферонового статус: -интерферон- α , интерферон β , интерферон γ в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа до и после спелеотерапии.



Рис.-1. Распределение больных детей по полу.

Результаты исследования. Всего обследовано 50 детей от 1 года 4-х лет. Из них – для очаговой пневмонии характерным являлось влажный кашель. Интоксикация выраженная, повышение температуры тела отмечалось до 38-38,5°С у 50(100%) больных, влажный кашель вялость и беспокойство, бледность кожных покровов, умеренный цианоз носогубного треугольника, учащение дыхания с втяжением межреберных промежутков и набуханием крыльев носа, смешанного генеза. При перкуссии грудной клетки выявляли укорочение легочного звука. Важным диагностическим признаком очаговой пневмонии является характерная клиническая картина в легких: на фоне жесткого дыхания выслушивалось стойкие локальные мелкопузырчатые хрипы и крепитация. Всем больным проводилось рентгенография грудной клетке, при этом выявлялось гомогенные инфильтративные тени, в виде очагов различной величины. В периферической крови при острой пневмонии определили гипохромная анемия, а также лейкоцитоз.

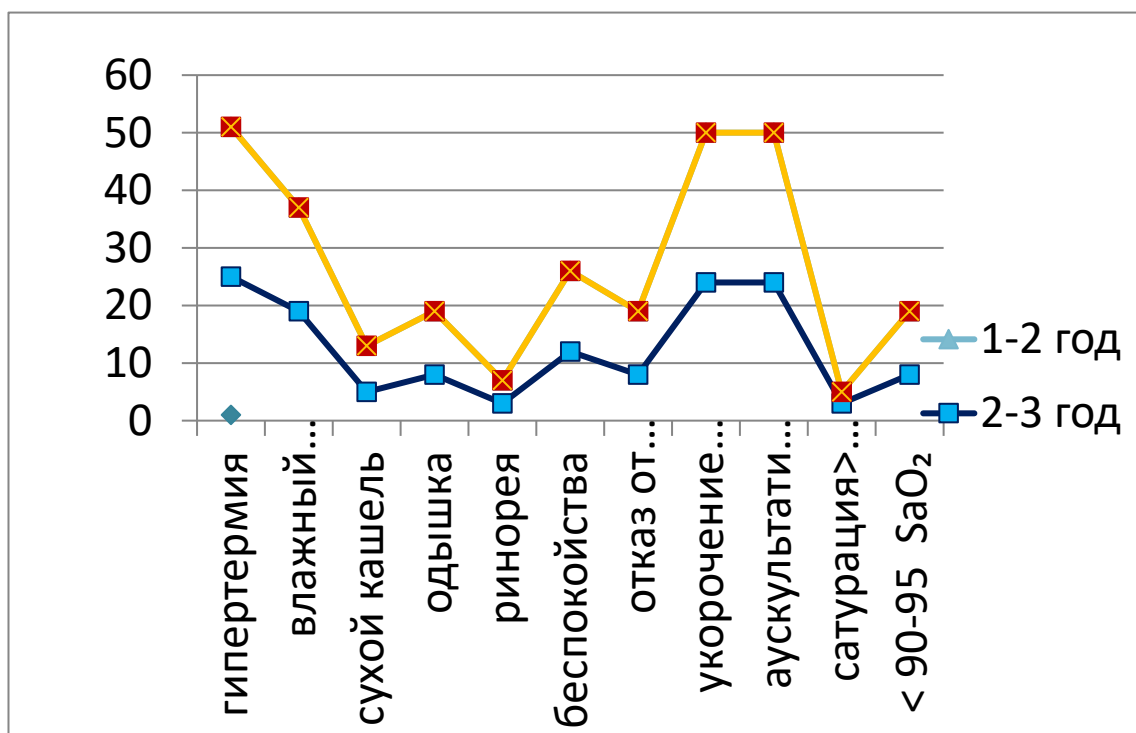


Рис.-2. Клинические симптомы ВП

При исследовании биохимического анализа крови определяли гипопроотеинемия (до 65г/л белка), ферменты алт, аст в норме. У многих детей в первые дни заболевания на фоне токсикоза и лихорадки отмечалось уменьшение диуреза.

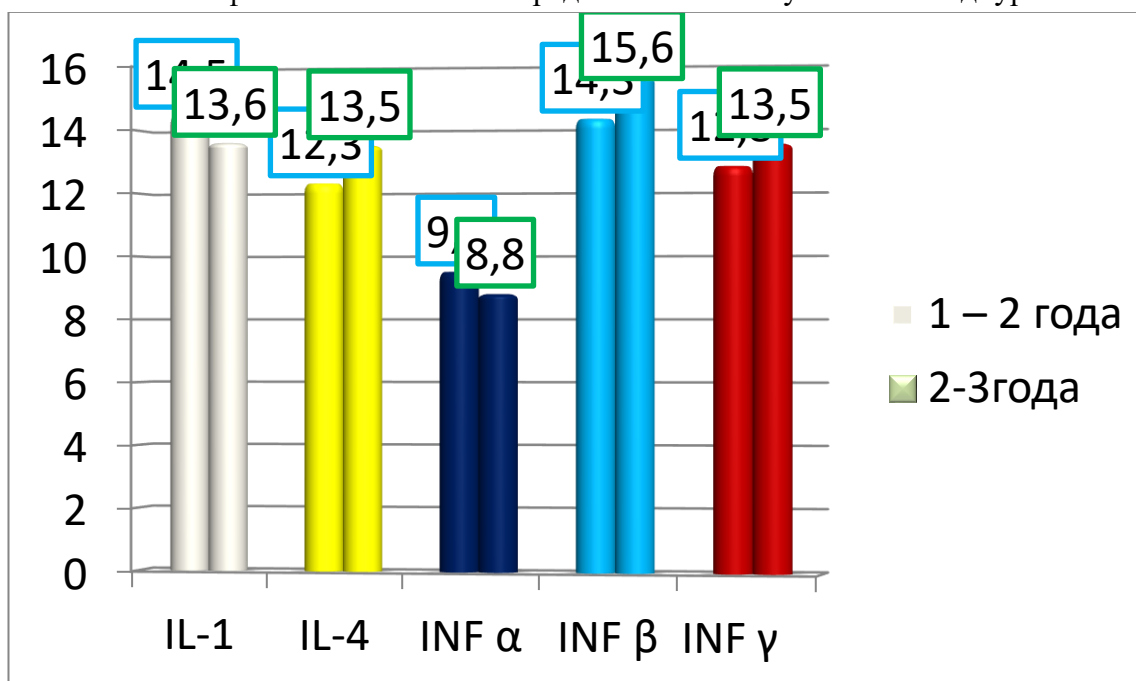


Рис.-3. Изменение показатели цитокинов до лечения спелеотерапии у детей с ВП (пг/мл).

Как видно из рисунка, наблюдается дисбаланс в продукции IFN –α,β,γ цитокинов при пневмонии у детей. Так уровни цитокинов IL -1, IFN –α, β и IFN – γ в сыворотки крови у больных детей повышены ($p < 0,05$), что позволяет считать их маркерами воспаления. В то же время у детей 1-2 года больных

внебольничной пневмонией в периоде начальных проявлений заболевания отмечается несколько снижение содержания IL-4 и IFN- γ в сыворотки крови по сравнению с контрольной группой ($p < 0,01$). Выявленные изменения содержания цитокинов были более выражены у детей из неблагоприятных условий проживания и при наличии вредных привычек у родителей, отягощенного анамнеза, преморбидного фона и влияние экологических факторов и при тяжелом течении внебольничной пневмонии.

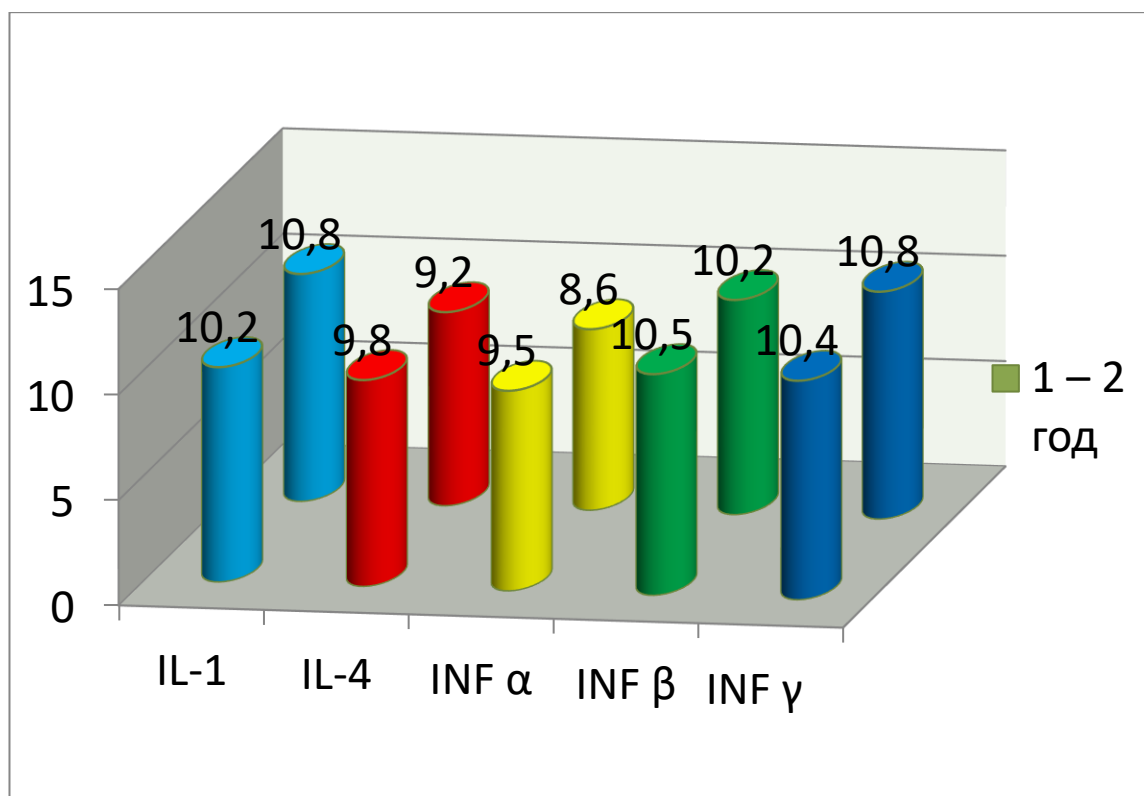


Рис.-4. Изменение показатели цитокинов после лечения спелеотерапии у детей с ВП (пг/мл) у детей.

После спелеотерапии содержание интерлейкинов 1 и 4, а также интерферонов α , β , γ приблизилось к норме, что свидетельствует об эффективности терапии. Спелеотерапия направлена на комплексное очищение дыхательной системы и повышение её защитных функций. Соляной аэрозоль обладает эффективным противоотечным, иммуномодулирующим и бактериостатическим воздействием. Аэрозоль разжижает и выводит мокроту, которая накопилась в органах дыхания. Посещать соляную пещеру можно курсами (1-2 курса в год) по 10 сеансов при отсутствии противопоказаний.

Статистическую обработку результатов исследование выполняли при помощи пакета программ statistica 10,0. Данные представлены в виде средних арифметических значений с ошибкой среднего. Разницу значений считали значимой при $p < 0,05$.

Выводы:

1. При постановки диагноза внебольничной пневмонии у детей уровень провоспалительных (ИЛ - 1 и интерферон - α и интерферон- γ и

противовоспалительного (ИЛ-4) цитокинов могут служить информативным показателем для прогнозирования дальнейшего течения пневмонии у детей.

2. Применение спелеотерапии при аллергических и бронхолегочной патологии приводит к более быстрому выздоровлению.
3. Лечение спелеотерапией разжижает мокроту, очищает дыхательные пути от мокроты.
4. В солевых пицерах нет аллергенов и патогенные микрофлоры.
5. Спелеотерапия обладает противовоспалительным, муколитическим, дренажным действием.
6. При катамнезе повторное заболеваемость не была.

Закключение: Таким образом, острая пневмония у детей протекает более тяжело, имеют полиморфизм клинической картине болезни. В заключение можно сказать, что дисбаланс в содержании провоспалительных и противовоспалительных цитокинов обуславливает неоднозначный специфический иммунный ответ у детей с внебольничной пневмонией. При своевременном диагностики и лечение пневмония у детей протекают без осложнение.

Литературы:

1. Таджиханова Д.П. «Болаларда шифохонага боғлиқ бўлмаган пневмонияларда яллиғланиш жараёни фаолиятини баҳолашда яллиғланишга қарши цитокинлар даражаси». Журнал биомедицина и практика.Ташкент. №3 2020й.35-39-бетлар.
2. Царькова С. А., П. В. Кузнецов, Н. Г. Купреева. Пневмонии у детей старые проблемы и новые возможности // Педиатрическая фармакология. — 2011. — Т. 8, № 1. — С. 12–16
3. Чучалин А. Г. Внебольничная пневмония у детей. /А.Г. Чучалина // Клинические рекомендации М. Оригинал-макет, 2015. -65 с.
4. Е.П. Зинина¹, С.В. Царенко², Д.Ю. Логунов³, Роль провоспалительных и противовоспалительных цитокинов при бактериальной пневмонии. Обзор литературы. //Вестник интенсивной терапии им. А.И. Салтанова. 2021;1:77–89. DOI: 10.21320/1818-474X-2021-1-77-89.
5. Невзоров А.Ю., Мухина М.Ю. Спелеотерапия как разновидность альтернативной медицины. Бюллетень медицинских интернетконференций. 2013; 3 (2): 177.
6. Shidakov Yu.Kh.M., Abdumalikova I.A., Zakharov G.A. Mechanisms of the health – improving effect of high-mountain speleotherapy for bronchial asthma and chronic obstructive pulmonary disease. Vestnik Kyrgyzsko-Rossiyskogo-slavyanskogo universiteta. 2014;1: 202—5. (in Russian)

POSTOPERATIVE COMPLICATIONS

Fattaxov N. H., Yuldasheva M.T., Abdulxakimov A. R., Siddikov B.T., Turgunboev F.
Fergana Medical Institute of Public Health, Fergana, Uzbekistan

According to the authors, operations for external abdominal hernias account for 15 to 25% of all surgical interventions, and most of them 75% are inguinal hernias. The incidence of postoperative ventral hernias after laparotomies is 11-20%. About 80% of women after elective operations and 75% of men after emergency operations suffer from

postoperative ventral hernia. Infection of the wound is one of the main factors leading to postoperative ventral hernias. Obesity, anemia, a tendency to constipation, smoking, diabetes mellitus are other factors that accelerate the appearance of a hernia. Moreover, 64% occur within a year after the previous operation. The effect of postoperative ventral hernia on health is not only a decrease in physical activity, but also in disorders of the gastrointestinal tract, changes in the shape of the abdomen, the selection of clothing. All this leads to changes in the social activity of these patients. And now synthetic prostheses in hernioplasty have become widespread, which has reduced the frequency of hernia recurrences. But, with long-term follow-up, the advantages of non-stretching hernioplasty are partially offset by complications associated with a mesh prosthesis. These are complications such as seromas, infection of the surgical intervention area, non-healing wound, chronic mesh infection, fistula formation, intestinal adhesive obstruction, decreased reproductive function in men with inguinal hernioplasty, persistent pain syndrome after surgery. These complications lead to a longer period of hospitalization, an increase in the cost of treating the patient and his long-term disability. The recommendations of the European Society of Herniologists of 2014 indicate the need for the use of mesh prostheses in the plastic of abdominal wall defects of more than 2 cm or recurrent hernias of any size. This is due to the fact that one of the main causes of hernia recurrence is a pronounced tension of the tissues of the anterior abdominal wall and high intra-abdominal pressure. The tension created in this way contributes to the penetration of seams. Therefore, sublay and onlay methods are not suitable for use with large hernial defects, since they are accompanied by tissue tension. The inlay technique is really not straining, however, it does not restore the anatomy and functionality of the anterior abdominal wall. To date, operations have been developed that allow forming a white abdominal line and increasing the volume of the abdominal cavity, which thus reduces intraabdominal hypertension. These are such techniques as Ramirez, Carbonell, Novitsky, etc., united by one name – "components separation technique" (CST) – a technique for separating the anatomical components of the abdominal wall. Thus, the analysis of the literature devoted to the problems of hernioplasty still indicates a high percentage of various complications of hernia treatment, indicating the low effectiveness of the proposed methods of their prevention and insufficient attention of surgeons to many of these complications.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ТЕНДЕНЦИИ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА И ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ

Халафли Х.Н.

Азербайджанский Медицинский университет, кафедра эпидемиологии,
Азербайджан

Ожирение среди детей, подростков и взрослых стало одной из самых серьезных проблем общественного здравоохранения в 21 веке. Распространенность детского ожирения во всем мире значительно увеличилась за последние 3 десятилетия. Растущая распространенность детского ожирения также привела к появлению связанных с ожирением коморбидных заболеваний в раннем возрасте. Ожирение у детей может неблагоприятно повлиять почти на все системы органов и часто вызывает серьезные последствия, включая гипертонию,

дислипидемию, резистентность к инсулину, дисгликемию, жировую болезнь печени и психосоциальные осложнения. Это также является одним из основных факторов увеличения расходов на здравоохранение. По всем этим причинам важно предотвратить детское ожирение, а также выявить детей с избыточным весом и ожирением на ранней стадии, чтобы они могли достичь и поддерживать здоровый вес.

В последние десятилетия распространенность избыточного веса и ожирения становится все более распространенным явлением, в настоящее время оно является основной проблемой питания во всем мире. Ожирение возникает, когда потребление энергии с пищей превышает потребление энергии и возникает во многих обществах, в которых снижается физическая активность, дети подвергаются нездоровому, энергетически насыщенному питанию. Считается, что нынешняя «эпидемия» ожирения возникла главным образом в результате снижения уровня физической активности в условиях урбанизации и преобладания сидячего образа жизни. Дополнительные риски для развития ожирения включают психологические проблемы и генетические факторы.

Ожирение — это сложное многофакторное состояние, на которое влияют генетические и негенетические факторы. У детей и подростков состояние избыточного веса обычно вызывается недостатком физической активности, нездоровым питанием, приводящим к избыточному потреблению энергии, или сочетанием этих двух факторов, приводящих к избытку энергии. Детское ожирение также является многофакторным состоянием, которое является результатом генетических и негенетических факторов и сложных взаимодействий между ними. Генетика и социальные факторы (социально-экономический статус, раса/этническая принадлежность, средства массовой информации и маркетинг, а также физическая среда) также влияют на потребление и расход энергии. Ожирение, по-видимому, является результатом сложного взаимодействия между окружающей средой и предрасположенностью организма к ожирению, основанной на генетике и эпигенетическом программировании. На сегодняшний день исследования не смогли изолировать влияние одного фактора из-за коллинеарности переменных, а также ограничений исследования.

В настоящее время возможности фармакотерапии для лечения ожирения у детей очень ограничены. Поэтому крайне важно разработать комплексную программу управления, в которой особое внимание уделяется правильному питанию, физическим упражнениям и модификации поведения.

Ожирение имеет серьезные культурные и социально-экономические предрасположенности. Тучность имеет много неблагоприятных последствий для здоровья, включая развитие резистентности к инсулину, сахарный диабет 2 типа (СД2) и метаболический синдром. Существуют также важные генетические факторы, влияющие на вероятность развития резистентности к инсулину. Энергия, затрачиваемая на физическую активность, у детей обычно составляет большую часть (20–30%) от общего ежедневного расхода энергии. Роль врача должна выходить за рамки клинических условий и охватывать сообщество, чтобы служить образцом для подражания и выступать за профилактику и раннее лечение ожирения.

КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У БЕРЕМЕННЫХ

Хасиева А. Б.

Республиканский Перинатальный Центр, Баку Азербайджан

Инфекционные осложнения беременности и родов остаются серьезной проблемой в акушерской, гинекологической и неонатологической практике. Основная их часть обусловлена анаэробными микроорганизмами, ассоциированными с бактериальным вагинозом, а также возбудителями, передающимися половым путем. Бактериальный вагиноз (БВ) является основной причиной дисбактериоза влагалища у женщин репродуктивного возраста. Это связано с разнообразием вызывающих его микроорганизмов и, следовательно, с трудностью его лечения. Бактериальный вагиноз, вероятно, является результатом колонизации влагалища сложными бактериальными сообществами, многие из которых некультивируемы и имеют взаимозависимый метаболизм, при этом анаэробные популяции, скорее всего, играют важную роль в его патогенезе.

Окрашивание по Граму является золотым стандартом для микробиологической диагностики БВ, но также может быть диагностировано с использованием клинических критериев Амзеля. Рецидивы являются основной проблемой медикаментозного лечения. Помимо БВ, существуют другие дисбактериозы, менее характерные, такие как аэробный вагинит.

С целью изучения распространенности БВ среди беременных женщин были обследованы 356 беременных. В результате проведенных исследований было выявлено 207 беременных с БВ. Приведенные данные показали, что заболеваемость бактериальным вагинозом среди изученных групп беременных составляет в среднем $58,1 \pm 2,6\%$. Для беременных с бактериальным вагинозом характерна тенденция возрастания с очень сильной положительной коррелятивной зависимостью по мере повышения возраста беременных частоты обсемененности их возбудителями БВ – с $32,3 \pm 4,8$ до $82,8 \pm 3,8\%$. В этиологической структуре доминирующим видом остается *Gardnerella vaginalis*, но ее удельный вес не носит подавляющего характера - $54,5 \pm 2,6\%$.

Преждевременные роды во время беременности (<37 недель гестации) являются ведущей причиной перинатальной смертности и заболеваемости. Лечение бактериального вагиноза во время беременности может уменьшить неблагоприятные исходы, такие как преждевременные роды. Систематический скрининг и последующее лечение бактериального вагиноза у женщин с беременностью низкого риска не показывает доказательств снижения риска позднего выкидыша или спонтанных очень преждевременных родов. Следует пересмотреть использование антибиотиков для предотвращения преждевременных родов у этой популяции пациенток.

THE ROLE OF DIET AND PREVENTIVE NUTRITION IN

DIABETES TYPE 2

Akunjonova Kh. A., Saydullayeva K. M., Khojimatov Kh. O., Teshaboyev U. A.,
Makhamatov U. Sh.

Ferghana Medical Institute of Public Health

Summary. Today, more than a century after the first treatments for type 2 diabetes mellitus (T2DM) were developed, this disease not only remains one of the world's biggest problems, but its epidemic is becoming more widespread and pandemic in nature. The paradox is obvious: on the one hand, states and major players in the pharmaceutical market spend billions of dollars annually waging a “war on diabetes”, on the other hand, this disease is only getting worse, younger and actively spreading around the world [H.C. Gerstein et.al, 2008]. Taking into account the traditional idea of DM as a progressive and incurable disease, it is easy to understand the degree of frustration of clinicians and laymen, from the point of view of which there is no “light at the end of the tunnel”. [Sh.Levit et.al, 2013]. The authors analyzed numerous scientific studies on the problem of type II diabetes mellitus, the extent of which causes concern among specialists around the world. The review is devoted to the analysis of the role of diet and preventive nutrition in type 2 diabetes.

Key words: type II diabetes mellitus, diet, prevention, nutrition.

Relevance. Diabetes mellitus (DM) is a group of metabolic (metabolic) diseases characterized by chronic hyperglycemia resulting from impaired insulin secretion, insulin action, or both. Chronic hyperglycemia in diabetes is accompanied by damage, dysfunction, and failure of various organs, especially the eyes, kidneys, nerves, heart, and blood vessels.

Type 2 diabetes mellitus (DM 2) is a disorder of carbohydrate metabolism caused by predominant insulin resistance and relative insulin deficiency or a predominant impairment of insulin secretion.

with or without insulin resistance [1–3]. The prevalence of DM is on the rise worldwide. According to the International Diabetes Federation, the number of patients with diabetes aged 20–79 years in the world as of January 1, 2018 exceeded 425 million [6].

Table 1. Classification of diabetes mellitus (World Health Organization, 1999, with additions)[1,2,8]

type 1 diabetes • Immune mediated • Idiopathic	• Destruction of pancreatic β-cells, usually resulting in absolute insulin deficiency
type 2 diabetes	• With predominant insulin resistance and relative insulin insufficiency or • With a predominant violation of insulin secretion

	with or without insulin resistance
Other specific types	• Genetic defects in β-cell function • Genetic defects in insulin action • Diseases of the exocrine pancreas • Endocrinopathy • Diabetes induced by drugs or chemicals • Infections • Unusual forms of immunologically mediated diabetes • Other genetic syndromes sometimes associated with DM
Gestational diabetes	• Occurs during pregnancy

Type 2 diabetes mellitus often develops in people over 40 years of age with overweight or obesity (especially its abdominal type), but it can also develop at a younger age and in people with normal body weight.

A feature of the disease is a long asymptomatic course. Identification most often occurs either by chance or during a dispensary examination of patients with diseases that are often combined with type 2 diabetes: obesity, coronary heart disease (CHD), arterial hypertension (AH), gout, polycystic ovaries. At

In the absence of screening, the diagnosis can be delayed by 7–9 years from the onset of the disease.

Risk factors for type 2 diabetes [3, 9]

- ✓ Age ≥ 45 years;
- ✓ Overweight and obesity (BMI ≥ 25 kg/m² for the Caucasian race (23 kg/m² for the Asian population));
- ✓ Family history of DM (parents or siblings with DM 2);
- ✓ Habitually low physical activity;
- ✓ Impaired fasting glycemia or impaired glucose tolerance in history;
- ✓ Gestational diabetes or the birth of a large fetus in history;
- ✓ Arterial hypertension ($\geq 140/90$ mm Hg or drug antihypertensive therapy);
- ✓ HDL cholesterol ≤ 0.9 mmol/l and/or triglyceride level ≥ 2.82 mmol/l;
- ✓ Polycystic ovary syndrome;
- ✓ Presence of cardiovascular disease (CVD).
- ✓ Abdominal obesity is the main risk factor for type 2 diabetes and is largely the cause of the observed insulin resistance. However, the clinical manifestation of DM 2 occurs when β -cell dysfunction is added to the existing insulin resistance. Autoantibodies to the β -cell are absent in DM 2. Insulin resistance in type 2 diabetes is manifested both in relation to endogenous and exogenous insulin.

Endogenous insulin is usually produced in normal or increased amounts. Usually this is enough to prevent diabetic ketoacidosis, and patients with type 2 diabetes are not susceptible to it, except in cases of acute conditions accompanied by an increased need for insulin (acute inflammatory conditions, surgical interventions, acute myocardial infarction (MI), stroke, etc.).

According to the International Type 2 Diabetes Federation, health care spending on diabetes control accounted for 10.8% of total health care spending in 2013 worldwide. The vast majority of countries have spent from 5% to 18% of total health care spending on diabetes control, including both health system costs and personal expenses of patients and their families. Overall, global health spending on diabetes care and prevention of complications across all countries amounted to about US\$548 billion, averaging US\$1,437 per person. However, it should be noted that the amount of spending varies considerably from country to country. The bulk of total global healthcare spending (36%) is in the United States. Thus, about \$6,000 is spent per patient with diabetes in the United States, while in low- and middle-income countries, where the majority of people with diabetes live (80%), an average of \$356 per year is spent, in Tajikistan - \$87. dollars, and in some African countries below 30 dollars per year per patient with type 2 diabetes. By 2035, the economic costs of treating diabetes are expected to exceed \$600 billion. Thus, the treatment of DM and its complications requires large economic costs both for the patients themselves and their families, and for the healthcare and social protection systems of each country. Thus, for example, the study of the problems “Program for Improving the Life of Patients with Diabetes Mellitus”¹⁰ contains data on the state of DM in Russia. The document indicates that 9-10 million Russians have diabetes, of which only 4 million have been diagnosed with the disease. The Program emphasizes that diabetes is a lifelong condition. 85% of patients with diabetes do not achieve the goals of therapy, only 8% live without complications. It is indicated that already at the time of diagnosis, up to 50% of patients have microvascular complications. The cost of treating diabetic patients in Russia as a whole amounted to 12.5 million US dollars in 2015, of which 91% of direct costs are associated with the treatment of complications of diabetes. Control of moderate blood glucose and lipids, blood pressure, foot care, screening for retinopathy, detection of early signs of kidney disease, elimination of nutritional risk factors save costs and are feasible. Diabetes surveillance, implemented by WHO in partnership with the International Diabetes Federation, aims to stimulate and support effective action to prevent diabetes and its complications. However, unfortunately, the norms and standards developed to date for combating DM, ensuring public awareness of the global epidemic, scientific guidelines for controlling DM are not able to fully reduce the scale of this problem. [M.W. Sharofova, 2019].

According to the EASD consensus, “Ideally, the treatment program should be tailored to each patient to ensure that insulin therapy is consistent with his (or her) dietary preferences and exercise habits, as well as the prevailing glycemic trends as measured by CGM; the expected hypoglycemic effect must be balanced in such a way as to remain comfortable for the patient. However, DM2 is largely the result of inadequate food preferences and an inactive lifestyle of the patient. Is it reasonable to subordinate the treatment program, including insulin therapy, to an unhealthy lifestyle? “Patient involvement in decision making can help guide the selection of the best treatment option,”

says the consensus. Unfortunately, the information provided by the patient is not always complete and is quite capable of misleading the attending physician [S. Garg et.al, 2010].

"DM2 is a chronic progressive disease characterized by hyperglycemia and progressively fading β -cell function." Surprisingly, this phrase is the only popular and widely known definition of T2DM. But what if you look for another point of view? We all know well the background against which DM2 develops: chronic overeating and low physical activity, sometimes bordering on complete immobility. Both make people fat. We also understand that the pathological changes characteristic of T2DM, namely, insulin resistance, hyperglycemia, glucosuria, and metabolic syndrome, are "aimed" at reducing body weight, or at least reducing the rate of obesity. From these pathophysiological positions, diabetes looks like nothing more than a natural reaction of the body to food overload. In other words, it is the way our body tries to protect itself from being "poisoned" by calories. Indeed, the most effective solution to the problem of weight gain "from the point of view of nature" is the formation of insulin resistance. [J.S. Yudkin et.al, 2010].

According to the recommendations of the World Health Organization, a diet for diabetes should follow measures when eating the following foods:

Foods that should be consumed in moderation: lean meat (lean beef, veal), lean fish (cod, pike perch, hake), milk and dairy products (low fat), cheeses less than 30% fat, cottage cheese less than 5% fat, potatoes, corn, mature grains of legumes (peas, beans, lentils), cereals, pasta, breads and baked goods (not rich), fruits, eggs ("Moderate" means half of your usual portion.)

Products that need to be excluded or limited as much as possible: butter, vegetable oil, lard, sour cream, cream, cheeses over 30% fat, cottage cheese over 5% fat, mayonnaise, fatty meat, smoked meats, sausages, semi-finished products (minced meat products, dumplings, frozen pizza, etc.), pies, fatty fish, poultry skin, canned meat, fish and vegetable products in oil, nuts, seeds, sugar, honey, jams, jams, dried fruits, sweets, chocolate, cakes, cakes, etc. confectionery, biscuits, pastry, ice cream, sugary drinks (lemonade, fruit juices), alcoholic beverages
cook food without adding fat.)

Simple, healthy lifestyle interventions are known to help prevent or delay type 2 diabetes. To improve your chances of preventing type 2 diabetes and its complications, you need to: achieve and maintain a healthy body weight; Maintain physical activity - at least 30 minutes of regular, moderate-intensity activity on most days additional activity is needed to control weight; Eat a healthy diet and reduce your intake of sugar and saturated fats. and do not use tobacco - smoking increases the risk of developing cardiovascular diseases.

References

1. World Health Organization, International Diabetes Federation. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycaemia. Report of a WHO/IDF consultation. Geneva; 2006;
2. World Health Organization. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications : report of a WHO consultation. Part 1, Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva; 1999;
3. Дедов ИИ, Шестакова МВ, Майоров АЮ, Викулова ОК, Галстян ГР, Кураева ТЛ, et al. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным

- сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В.Шестаковой, А.Ю. Майорова. – 9-й выпуск. Сахарный диабет [Internet]. 2019;22(1S).
4. Дедов ИИ, Шестакова МВ. Сахарный диабет типа 2: от теории к практике. МИА; 2016; 576 p.
 5. Schwartz SS, Epstein S, Corkey BE, Grant SFA, Gavin JR, Aguilar RB. The Time Is Right for a New Classification System for Diabetes: Rationale and Implications of the β -Cell–Centric Classification Schema. *Diabetes Care*. 2016; 39(2):179–186.
 6. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas*. 8th ed. Brussels: IDF; 2017; 148 p.
 7. Дедов ИИ, Шестакова МВ, Галстян ГР. Распространенность сахарного диабета 2 типа у взрослого населения России (исследование NATION). Сахарный диабет [Internet]. 2016;19(2):104–112.
 8. World Health Organization. *Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy*. Geneva; 2013;
 9. American Diabetes Association. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2019. *Diabetes Care*. 2019; 42 (Supplement 1):S13–S28.
 10. World Health Organization, International Diabetes Federation. *Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycemia* [Internet]. Geneva; 2006; 50 p.
 11. World Health Organization. *Use of glycated haemoglobin (HbA1c) in diagnosis of diabetes mellitus: abbreviated report of a WHO consultation*. Geneva; 2011;
 12. Дедов ИИ, Шестакова МВ. Сахарный диабет: диагностика, лечение, профилактика. Москва: МИА; 2011; 808 p.
 13. Umpierrez G, Korytkowski M. Diabetic emergencies — ketoacidosis, hyperglycaemic hyperosmolar state and hypoglycaemia. *Nat Rev Endocrinol*. 2016;12(4):222–232. doi: 10.1038/nrendo.2016.15
 14. American Diabetes Association. 4. Comprehensive Medical Evaluation and Assessment of Comorbidities: Standards of Medical Care in Diabetes—2019. *Diabetes Care*. 2019;42(Supplement 1):S34–S45.
 15. National Kidney Foundation. *KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease*. *Kidney Int Suppl* [Internet]. 2013;3(1):1–150.

BOLALAR ORASIDA OVQATDAN ZAHARLANISH BELGILARI VA O‘ZIGA HOS ALOMATLARI

Xojimatov X. O.

Farg‘ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

Ovqatdan zaharlanish mikroblar bilan zararlangan oziq-ovqat mahsulotlari iste'mol qilinganda vujudga keladigan kasallik. Aksariyat hollarda bir vaqtning o'zida ko'pchilik kasallanadi, lekin bemorlardan sog'lom odamga yuqmaydi. Asosiy qo'zg'atuvchilari stafilokokklar, enterokokklar, ayrim ichak tayoqchalari, protey, sitrobakter, iyersiniya, klostridiya va boshqa mikroblar sabab bo'lishi mumkin. Ovqatdan zaharlanish uchun mikroblar tushib ko'paygan ovqat mahsulotlarini iste'mol qilinishi yoki bemor organizmiga mikroblarning o'zi va uning toksini ta'siri natijasida yuzaga kelishi mumkin. Ovqatdan zaharlanish yoz mavsumida ko'proq uchraydi. Kattalarga nisbatan bolalar, ayniqsa, 3 oylikdan 2 yoshgacha bo'lgan bolalar ko'p kasallanadi. Inson urinib qolgan go'sht va uning mahsulotlari, sut mahsulotlari, baliq, tovuq go'shtini iste'mol qilganda zaharlanishi mumkin. Stafilokokklar sabab bo'lgan hollarda infeksiya manbai odam hisoblanadi. Angina yoki turli yiringli kasalliklari bo'lgan kishilardan tayyor mahsulotga o'tib, tez ko'payadi va uni iste'mol qilgan kishi darhol zaharlanadi.

Kasallikning yashirin davri 2—3 soatdan 3 kungacha davom etadi. Kasallik to'satdan ko'ngil aynishi va qusish bilan boshlanadi, ich ketish, qorinda og'riq yuzaga keladi. Qisqa vaqt ichida bemor organizmi suvsizlanib, holdan toyadi. Yurak qon tomir sistemasi faoliyati buziladi.

Klostridiyalar sababli ro'y beradigan zaharlanish og'ir kechadi. Kasallik katashhis qo'yish uchun bemorning qusuq massasi, me'dani chayilgan suvi sterillangan bankaga yig'ilib laboratoriyaga yuboriladi. Zaharlanishga sababchi deb gumon qilingan ovqat mahsulotlari ham laboratoriyada tekshiriladi. Oziq-ovqat tayyorlash korxonalari xizmatchilari ish jarayonida shaxsiy gigiyenaga qat'iy rioya qilishlari, emizikli onalar go'dakni emizishdan oldin qo'li va ko'kragini sovunlab yuvishi kerak. Yoz kunlari go'daklar uchun ovqat faqat bir marta iste'mol qilishga yetarli qilib tayyorlanishi lozim. Ovqatga ishlatiladigan idishlar avval yuvilib, so'ngra qaynatilishi, ustiga toza doka yopib qo'yilishi lozim. Ro'zg'orda ishlatiladigan tez buziladigan mahsulotlar sovutkichda saqlanishi shart. Oshpazlar Aholini sanitariy epidemiologik osoyishtaligi xodimlari tomonidan belgilangan muddatlarda tibbiy ko'rik va laboratoriya tekshiruvidan o'tib turishlari kerak.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА У ЖИТЕЛЕЙ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Чартакова Х. Х.

Андижанский Государственный медицинский институт

Аннотация: В данной работе приведены некоторые причины йододефицитного баланса, статистические данные по распространению эндемического зоба по Андижанской области, а так же его профилактические мероприятия.

Недостаточность йода приводит к тяжёлым последствиям на всех этапах развития человеческого организма. Обусловленный недостаточностью йода дефицит тиреоидных гормонов у плода и в раннем детском возрасте может привести к необратимому снижению умственного развития, вплоть до критинизма. От дефицита йода страдает не только мозг ребенка, но и его слух, зрительная память, а так же речь. Необходимо отметить, что в регионах связанных с

йододефицитом у женщин нарушается репродуктивная функция, увеличивается количество выкидышей и мертворожденных.

Недостаток йода может сказаться на работе жизненно важных органов и привести к задержке физического развития. В регионах связанных с йододефицитом повышается также перинатальная и детская смертность. Таким образом, существует целый ряд заболеваний, которые представляют серьёзную опасность для потенциала здоровья миллионов людей, проживающих в йододефицитных регионах. Начиная с 1981 года ранее указанный термин «зоб» был заменен понятием «йододефицитные заболевания» [1].

Актуальность темы: Важность данной проблемы возрастает с годами в связи с тем, что из ранее проведённых исследований известно, что Ферганская долина не столь богата такими как: селеном, йодом, фосфором, кобальтом, медью, серой, бором и другими жизненно важными элементами, дефицит которых вызывает нарушение обмена веществ у животных и человека.

Йододефицитные заболевания связаны с природной нехваткой йода в почве и вследствие этого с дефицитом йода в производимых на месте продуктах питания. Дефицит йода оказывает негативный эффект на умственное и физическое развитие детей, вызывая их недоразвитие, снижает интеллектуальные способности, вызывает глухонмоту, кретинизм, тиреотоксикозы и зоб. Эти йододефицитные заболевания представляют собой очень серьёзную и актуальную социально-экономическую проблему в связи с неблагоприятными последствиями, состоящими в существенной потере интеллектуального, образовательного и профессионального потенциала всего населения республики.

Цель работы: изучение экологии йодной обеспеченности и распространение эндемического зоба у жителей Андижанской области.

Основным резервуаром йода в природе является Мировой океан. В процессе эволюции Земли большое количество йода было смыто с поверхности почвы ледниками, снегом, дождём и унесено ветром и реками в моря и океаны. Из океана соединения йода, растворенные в каплях морской воды, попадали в атмосферу и переносились ветрами обратно на Землю.

Однако возвращение йода в почвы и пресные воды происходило медленно и в относительно малом по сравнению с потерей количестве. Местности, удаленные от океана или отгороженные от морских ветров горами, обеднялись йодом. Однако дефицит йода наблюдается и в областях, расположенных ниже уровня моря. Тип и структура почвы также влияют на содержание в ней йода. Почвы так же являются важным звеном в биогеохимической цепи: атмосфера-почва-растение-животное-человек. Концентрация йода в местной питьевой воде отражает концентрацию йода в почве. Обычно в йододефицитных регионах концентрация йода в воде составляет менее 2 мкг/л. Вода, как правило, не является серьёзным источником поступления йода в организм человека. Так как в питьевой воде содержится мало йода, основное количество этого микроэлемента мы потребляем с пищей.

Наиболее высокая концентрация йода присутствует в морепродуктах приблизительно 800-1000 мкг/кг, особенно богаты йодом морские водоросли; много йода в рыбьем жире. Люди, которые живут за счёт натурального и полунатурального хозяйства, будут постоянно испытывать дефицит йода и страдать от заболеваний им обусловленных. Жители городов питаются иначе.

Помимо продуктов местного производства, они употребляют продукты, поступившие из разных мест, в том числе обогащенные йодом и, даже проживая в йододефицитной местности, в отдельных случаях могут не испытывать недостаток йода. В условиях дефицита йода снижается синтез и секреция гормонов щитовидной железы - тироксина (Т₄) и трийодтионина (Т₃), для которых йод является необходимым субстратом, что по принципу обратной связи приводит к активации секреции тиреотропного гормона гипофиза (ТТГ). Под влиянием стимуляции ТТГ в щитовидной железе происходит адаптация механизмов поглощения йода и других этапов его метаболизма. Путём ТТГ-зависимого увеличения поглощения йода щитовидная железа захватывает из крови всё большее количество экзогенного (поступающего в организм с пищей и водой) йода и увеличивает повторное использование эндогенного (содержащегося в организме) йода, что повышает эффективность биосинтеза тиреоидных гормонов. Под влиянием ТТГ происходит как гипертрофия (увеличение в размерах), так и гиперплазия (увеличение количества) фолликулярных клеток щитовидной железы. В результате железа увеличивается в размере и объёме, таким образом формируется зоб.

Формирование зоба является компенсаторной реакцией, направленной на поддержание постоянной концентрации тиреоидных гормонов в организме. Вместе с тем, при сохранении тяжёлого йодного дефицита компенсаторные возможности организма истощаются, происходит снижение биосинтеза Т₄ и формируется явный или субклинический гипотиреоз, который может привести к нарушениям развития мозга у плода и новорожденного. В 1971 году Фароа и Хетцель показали, что йодный дефицит оказывает негативный эффект на развитие мозга плода вследствие как фетального (плодного) гипотиреоза, так и гипотиреоза самой матери.

В самом начале беременности до того момента, когда начинает функционировать собственная щитовидная железа плода, тироксин, вырабатываемый щитовидной железой матери, имеет принципиальное значение для развития мозга эмбриона. В течение беременности происходят изменения тиреоидного статуса материнского организма. Под влиянием женских половых гормонов (эстрогенов) возрастает концентрация в крови основного транспортного белка тироксина – тироксин связывающего глобулина (ТСГ), что приводит к увеличению концентрации общего (связанного с белком) Т₄ и относительному уменьшению свободной фракции гормона. Этот гормональный сдвиг активирует секрецию ТТГ гипофизом. Кроме того, в начале беременности щитовидная железа стимулируется хорионическим гонадотропином, и происходит повышенная потеря йода с мочой.

Проведённые исследования в Бельгии, Деланжем и Глиноэром, показали, что даже умеренное снижение поступления йода (50-75 мкг в сутки при норме не менее 150 мкг) у беременных женщин приводит к прогрессивному снижению концентрации свободного Т₄ в крови и увеличению секреции ТТГ. В результате чего формируется хроническая гиперстимуляция щитовидной железы, увеличивается концентрация тиреоглобулина в крови и примерно 10% женщин формируется зоб.

Рассматривая проявления йододефицитных заболеваний то его диапазон весьма широк и зависит от периода жизни, на котором эти заболевания

проявляются. Очевидно, что наиболее неблагоприятные последствия возникают на ранних этапах становления организма - от внутриутробного периода до возраста полового созревания.

Проведённые статистические данные по заболеваемости зобом по Андижанской области, нами изучены и проведены статистические данные по заболеваемости зобом. Разработка новых методов исследования существенно изменила подход к эпидемиологическому анализу заболеваний, связанных с дефицитом йода. Ранее дефицит йода оценивался по уровню его содержания в объектах окружающей среды, без учёта потребления этого элемента населением. В настоящее время вместо измерения содержания йода в почве и воде рекомендуется измерять уровень экскреции йода с мочой. Через почки выводится более 80% йода, поэтому концентрация йода в моче адекватно отражает его потребление с пищей (3 WHO, 1992).

Распространённость зоба в популяции является косвенным показателем выраженности йодного дефицита. Распространённость зоба отражает прежнюю, а не существующую в данный момент обеспеченность населения йодом. Необходимо отметить, что распространённость зоба не всегда соответствует уровню йодного дефицита в регионе, так как оценка содержания йода в моче при проведении эпидемиологических исследований позволяет оценить ситуации в конкретном месте и в конкретное время. Кроме того, на распространённость зоба, помимо дефицита йода, могут влиять и другие зобогенные факторы (например, пищевые), а также продукты техногенного происхождения. Поэтому концентрация йода в моче рассматривается в настоящее время как основной критерий оценки степени тяжести йодного дефицита.

Вывод: Результаты исследования свидетельствуют об истинной распространённости йододефицитных заболеваний среди жителей Андижанской области.

Литература

1. WHO, UNICEF, ICCIDD. Assessment of the Iodine Deficiency Disorders and monitoring their elimination. – Geneva: WHO, WHO/Euro/NUT. –2001. – P. 1–107.
2. WHO// Global Database on Iodine Deficiency. –Geneva, 2004.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ОСНОВНЫХ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Чартаков Д. К.

Андижанский Государственный медицинский институт

Аннотация: Актуальность основных хронических неинфекционных заболеваний (ОХНЗ) определяется исключительно быстрым ростом «конечных

точек» и неоднозначностью данных, полученных в эпидемиологических исследованиях соотносительно тенденции распространенности и смертности от этих патологий (Каюмов У.К. и др., 2001; Саипова М.Л., 2002; Camposa H. et al., 2000; Ducimetiere P. et al., 2000).

Появившуюся тенденцию к снижению показателя смертности от ОХНЗ в некоторых странах (Франция, Канада, Финляндия) связывают не только успехами в лечении, но и результатами эффективного контроля за «главными» факторами риска на популяционном уровне (Andres T., 2000; Brophy J.M., 1997; Staessen J.A. et al., 2000).

Ключевые слова: скрининг, профилактика, факторы риска, автомобилестроение, хронические неинфекционные заболевания.

Summary: The specific share of OCHNZ, which include diseases of the cardiovascular system, chronic non-specific diseases of the respiratory system, non-specific diseases of the gastrointestinal tract, kidneys, etc., is the main among the reasons for visiting general practitioners. Key words: screening, prevention, risk factors, chronic nonspecific diseases of internal organs, automobile manufacturing enterprise.

Актуальность: Проблема повышения эффективности профилактики основных хронических неспецифических заболеваний (ОХНЗ) является актуальной для практической медицины и имеет социальную значимость. Выявление численности лиц нуждающихся в профилактических мероприятиях, зачастую определялось после подсчета частоты обращения в медицинские учреждения, расчета количества и длительности частичной утраты трудоспособности, а также сроков стационарного лечения. Известно, что увеличение заболеваемости приводит к увеличению затрат на социальные нужды в предприятиях. Разработка новых сочетанных подходов профилактики, направленных на снижение заболеваемости, уменьшение числа и продолжительности временной утраты трудоспособности, является проблемой медицинской и в определенной доле социальной. Работы, использовавшие опыт превентивной медицины в рамках одной комплексной программы в области выявления и профилактики факторов риска ОХНЗ среди популяции, в сочетании с факторами риска производства, в нашей стране не проводились.

Цель работы: Снизить частоту ОХНЗ до нормального уровня и стабильно поддерживать его на этом уровне путём изучения эпидемиологии и особенностей клинического течения основных неинфекционных заболеваний и условия их развития среди промышленных рабочих, подвергающихся воздействиям производственных риск – факторов.

Практическая значимость. Данные эпидемиологии ОХНЗ среди популяции автомобиле – производителей представляют непосредственный интерес для практической ориентации профилактирования и коррекции производственных риск-факторов в промышленных предприятиях страны и при проведении динамической диспансеризации для проведения в дальнейшем на этой основе модификации программ первичной профилактики ОХНЗ.

Разработанная концепция и практическая методология медико-кибернетической системы поэтапного выявления ОХНЗ и факторов их риска

служат ориентиром и информационной базой для планирования Государственных профилактических программ среди населения, подвергающихся воздействиям производственных риск-факторов. Предложенная нами методика изучения экономического ущерба от ОХНЗ и определения отношения риск/польза первичной, вторичной и третичной профилактики в условиях производственного стресса является эффективной и может быть широко использована органами здравоохранения.

Материалы и методы исследования: В основу исследования легли данные проспективного популяционно-клинического исследования основных неинфекционных заболеваний среди организованного населения Андигана, основанных на применении стандартизованных и унифицированных методов диагностики (опросные, биохимические, инструментальные) ОХНЗ, соответствующих критериям ВОЗ.

Для первичного скрининга была сформирована сплошная репрезентативная выборка рабочих автомобиле – производителей 20-49 лет среди лиц, прошедших первичный скрининг исследование всех изучаемых факторов риска (ФР) и ПРФ в полном объеме было проведено у 363 рабочих автомобиле – производителей (100 %), которые принимали участие в сборке, сварке и покраске автомобильных сидений. Основной контингент составили рабочие и служащие металлообработывающих, термообработывающих, сварочных, сборочных, красочных цехов; штамповщики, поставщики, станочники, а также инженерно-технические работники.

Выбранный нами контингент 363 человека прошли полное обследование по предусмотренной программе: медицинское обследование с проведением необходимого объема лабораторных и инструментальных обследований, до обследования нуждающихся с использованием всех современных методов клинической диагностики, индивидуальная оценка состояния здоровья, разработка и реализация комплекса медицинских специальных мероприятий по охране здоровья рабочих.

Медико-экономическую эффективность лечебно-профилактических мероприятий изучали у работающих, которых наблюдали в течение всего срока проспективного наблюдения.

По схеме иерархии ФР выделены первичные (производственные) и вторичные (эпидемиологические) ФР, анализированы совместные действия этих факторов в развитии конечного результата – ОХНЗ у рабочих. Оценка «базисного» уровня заболеваемости с ВУТ осуществлялась по 9 параметрам.

Результаты исследования

Изучение динамики заболеваемости с ВУТ хроническими неинфекционными заболеваниями и экономический ущерб от них проводилось среди 363 рабочих прошедших как первичный скрининг, так и ежегодное обследование в течение трехлетнего проспективного наблюдения.

По нашим данным, самой большой оказалась группа с низким уровнем физического здоровья – 164 (45,7%) человека; группа лиц с уровнем физического здоровья ниже среднего составила 40 (11,1%) человек; средний уровень физического здоровья выявлен у 77 (21,3%) рабочих.

Группу лиц с уровнем физического здоровья выше среднего и высоким составили 79 (21,9%) человек.

В результате активной работы с популяцией рабочих общее число дней ВУТ на 100 человек из-за ОХНЗ снизилось по частоте случаев на протяжении трех лет в 1,4 раза ($P<0,01$), по случаям ВУТ в 1,5 раза ($P<0,01$), по средней длительности случая в 2,3 раза ($P<0,01$), по показателям числа невыходов на работу по ОХНЗ за каждый день в 1,9 раза ($P<0,01$), по процентам нетрудоспособности в 1,1 раза ($P<0,05$), численность инвалидов и число потерянных месяцев по инвалидности в расчете на 100 работающих снизилась до нуля, т.е. динамическое диспансерное наблюдение и постоянная работа «скрининг бригады» способствовали достижению благоприятных сдвигов в состоянии здоровья, с полученной «отдачей» в виде экономически выраженного предотвращения ущерба.

Надо отметить, что проведение лечебно-профилактических мероприятий и диспансерных наблюдений с использованием санатория-профилактория способствует снижению временной нетрудоспособности на 100 работающих в 5,5 раза, в днях в 9,9 раза.

Проведение таких работ только в поликлинике без использования санатория-профилактория приводит к снижению ВУТ от ОХНЗ в 2,2 раза, а в днях – в 2,9 раза.

Кроме того, форма организации диспансерных и профилактических работ способствует предупреждению формирования патологического процесса у лиц с угрозой развития ОХНЗ в 89% случаев, ведет к ликвидации клинических проявлений у 72% популяции с возможной ОХНЗ, дает дополнительный эффект практически у всех больных ОХНЗ, приведет к снижению ВУТ на 100 работающих в год в случаях в 5,8 раза, в днях 11,1 раза. Одной из задач популяционных исследований, является определение энтропии распределения и информационную меру расхождения у популяции, т.е. оценка изменений в распространенности различных форм ОХНЗ и ФР в популяции, которые произошли между двумя обследованиями.

ВЫВОДЫ

1. Проведение скрининг обследований позволило выявить группы с факторами риска ОХНЗ у работников автомобилестроителей и планировать профилактические мероприятия для конкретных групп лиц.
2. Сочетание скрининг исследований и целенаправленного выявления групп лиц с факторами риска развития ОХНЗ, позволило значительно снизить число и продолжительность временной утраты трудоспособности, на примере завода автомобилестроителей.
3. Экономическая эффективность сочетанного скрининг исследований и профилактических мероприятий, проводимая для конкретно выявленных лиц с факторами риска ОХНЗ, заключается в значительном снижении возможного ущерба.

Использованные источники:

1. Асланова С.Н. Поражение нервной системы при некоторых ревматических заболеваниях (клиника, иммунология, нейрофизиология и терапия) // Автореф. дисс. докт. мед. наук. Ташкент. 2005. 36 с.

2. Атаханов А.М. Эпидемиология, особенности клинического течения и хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки среди населения подросткового и юношеского возраста г. Андижана // Автореф. дисс. канд. мед. наук. - Андижан. - 2000. -16 с.
3. Аканов А.А. и др. Эпидемиология хронических неинфекционных заболеваний в Казахстане. Алма-Аты. 2000. стр. 46-51.
4. Артыкова М.А. Неврологическая семиотика при анемиях. // Неврология. 2005. №1.стр. 65-68.
5. Рахматуллаева К.С. Функциональное состояние нервной системы у родильниц с анемией I, II степени.// Мед. журнал Узбекистана. 1988. №1. стр. 44-45. 6. Салимова Н.Р. «Депрессия - пути её преодоления». // Восточные вести. - 2002. №2. стр. 12-13.

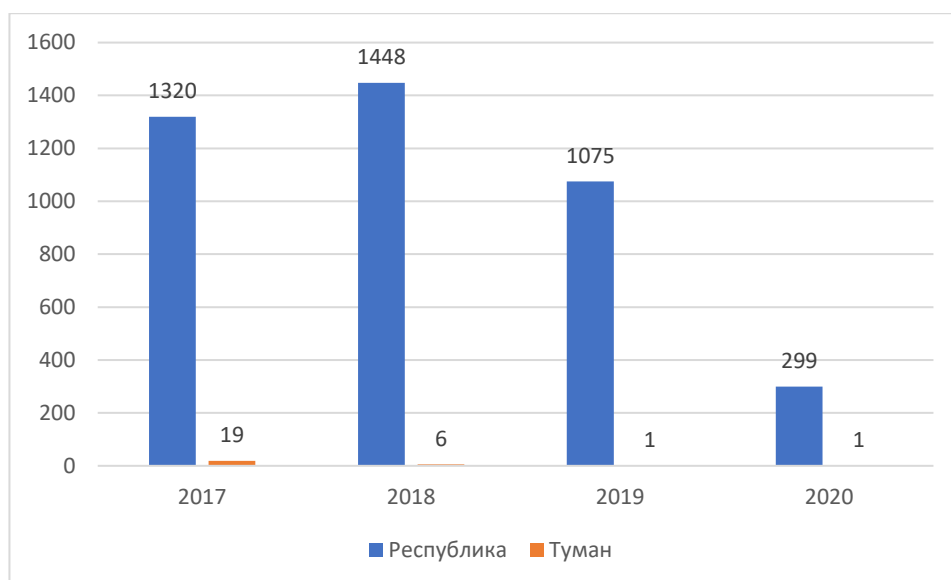
ИЧИМЛИК СУВИГА БОҒЛИҚ ГЕПАТИТ КАСАЛЛИКЛАР ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Шерқўзиева Г.Ф.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент

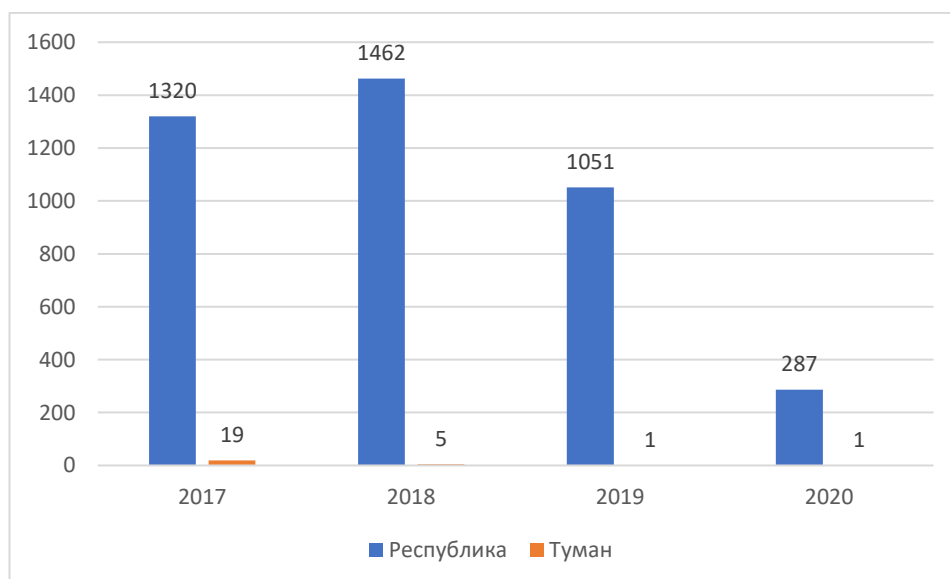
Вируслар кўзгатадиган гепатитлар ер юзиди жуда кенг тарқалган. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотиға кўра ҳар йили ер юзиди фақатгина гепатит В билан 50 миллион одам касалланади. Вирусли гепатитлар тиббиёт фани ва соғлиқни сақлаш ташкилотлари олдидаги жуда муҳим муаммодир. Гепатитлар ўртасида гепатит А (юқумли сариқ касаллиги) ҳам қадим замонлардан бери маълум. Ҳар бир бола вирусли гепатит А га эмлангандан сўнг 15 йилгача иммунитет сақланиб қолади. Вирусли гепатит А га эмлаш самарадорлиги 95-98 % ни ташкил қилади. Аҳоли етарли водопровод суви билан таъминланмаган бўлса ва шунингдек аҳоли яшайдиган жойларда канализация тармоқлари ўтказилмаган бўлса, касаллик осонгина тарқалиб кетади. Бунинг устига аҳолининг санитария маданияти паст бўлса, оддий санитария ва гигиена қоидаларига риоя қилинмаса гепатитлар янада тез тарқалади.

Юқордагилардан келиб чиққан ҳолда биз аҳоли ўртасида умумий вирусли гепатитлар ва вирусли гепатит А нинг тарқалиш ҳолатини таҳлил қилдик ва қуйидаги натижаларни олдик: 2017-2020 йилларда туман бўйича умумий вирусли гепатитларнинг тарқалиши: 2017 йил — 19 та (республика бўйича — 1320 та) ҳолат, 2018 йил — 6 та (республика бўйича — 1448 та), 2019 йил — 1 та (республика бўйича — 1075 та), 2020 йил эса 1 та ҳолат республика бўйича 298 та ҳолат аниқланди.



1-расм. Аҳолининг гепатит билан касалланиш ҳолати

Аҳоли ўртасида умумий вирусли гепатилар ичида вирусли гепати А нинг тарқалишини тахлил натижалари эса қуйидагича: 2017 йил — 19 та (республика бўйича — 1320 та) ҳолат, 2018 йил — 5 та (республика бўйича — 1462 та), 2019 йил — 1 та (республика бўйича — 1051 та), 2020 йил эса 1 та ҳолат республика бўйича 287 та ҳолат. сақланди.



1-расм. Аҳолининг гепатитА билан касалланиш ҳолати

Юқоридагилардан шуни хулоса қилиш мумкин: 2017 йил туман аҳолиси ўтрасида ушбу касаллик энг кўп қайд этилган бўлса 2019-2020 йилларда энг кам аниқланган. Шу сабабли ушбу касалликнинг олдини олишда қуйидагиларга риоя қилиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади: овқатланишдан олдин ва ҳожатдан сўнг қўлларни совунлаб ювиш, мева ва сабзавотларни ювиб истеъмол қилиш, фақат қайнатилган сувни ичишга одатланиш, ҳожатхоналарни ошхона ва умумий

хоналардан камида 25 метр узокликда куриш, ҳожатхоналар тешигининг қопқоқли бўлишига аҳамият бериш ва хлорли оҳак билан доимо зарарсизлантириб туриш, пашшалар кўпайишига йўл қўймаслик, озиқ-овқат маҳсулотлари ва истеъмол қилинадиган сувни очиқ қолдирмаслик лозим. Туман аҳолиси касалланиш кўрсаткичлари ичимлик суви сифати билан корреляцион алоқага эга.

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ И КАЧЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВ ПРИ УРОИНФЕКЦИЯХ У БЕРЕМЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Эшонхужаев О.О., Тургунов М.А.

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Предостережения в инструкции по применению антибактериальных средств (АБС) в большинстве случаев предлагают использовать препарат в период беременности только в том случае, если «польза превышает риск», хотя оценить это соотношение, не зная вероятности нежелательного действия АБС на плод, не всегда легко. Кроме того, назначая АБС беременным, врачи часто забывают о том, что физиологические изменения, происходящие в организме женщины, могут приводить к изменениям фармакокинетики АБС и, следовательно, изменению их эффективности и безопасности, что чревато последствиями не только для плода, но и для матери.

Цель исследований – оценка частоты и качества использования антибактериальных средств (АБС), при уроинфекциях у беременных.

Методы: Работа является неэкспериментальным, описательным, ретроспективным, фармакоэпидемиологическим исследованием.

Результаты: Проведен ретроспективный анализ 48 историй болезни беременных женщин с уроинфекцией и получивших антибактериальную терапию в 2015 г. При анализе структуры заболеваемости установлено, что хронический пиелонефрит отмечался у 32 (65,8%), острый пиелонефрит – у 16 (34,2%) беременной. Наиболее часто уроинфекции регистрировались в III (78,4% от всех случаев) и в II (19,6%) триместрах беременности. При анализе структуры назначений АБС беременным при уроинфекциях установлено, что самым часто применявшимся препаратом был бензилпенициллин натриевая соль, который применялся в 37 (72,5%) случаях. Разовые и суточные дозы бензилпенициллина были в 100% случаях по 500000 ЕД 4 раза в сутки со средней продолжительностью АБТ – 4,6 дней. Вторым часто назначенным антибиотиком был ампициллин, который применялся в 13 (25,5%) случаях и в 100% случаях по 0,5 г 4 раза в сутки со средней продолжительностью АБТ – 5,5 дней. Нитроксолин применялся в 9 (17,6%) случаях по 0,05 г 3 раза в сутки с продолжительностью АБТ – 4,2 дней. Фурудонин и метронидазол назначались у 8 (15,6%) беременных, первый по 0,05 г 3 раза в сутки с продолжительностью АБТ – 5,3 дней и второй по 0,25 г 2 раза в сутки с продолжительностью АБТ – 1,8 дней.

Выводы: АБТ уроинфекций у беременных проводился необоснованно и нерационально. Выбор АБС проводился без бактериологического анализа, без учета спектра действия и резистентности вероятного возбудителя инфекций в отношении выбранного препарата. При проведении АБТ не соблюдены принципы рациональной химиотерапии.

ИЧИМЛИК СУВИГА БОҒЛИҚ ЭНДЕМИК КАСАЛЛАНИШ ХОЛАТИ

Шеркўзиева Г.Ф., Бобоева И.У., Оразбоева Ш.Э.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент

Аҳолини тоза ичимлик суви билан таъминлашда уни сув орқали тарқаладиган турли ноюкумли касалликлардан асраш ва сувнинг кимёвий таркибини ўзгаришидан келиб чиқадиган заҳарланишни олдини олиш кўзда тутилиши керак, чунки сувнинг инсон организмга таъсири бевосита бўлиши мумкин, бунга юкумли касалликлар, инвазиялар, заҳарланишлар, эндемик ноюкумли касалликлар киради. Сувнинг кимёвий таркибига боғлиқ эндемик касалликлар ҳозирги даврнинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда, хусусан бизнинг республикамизда сийдик тош касаллиги худудий патология ҳисобланади. Маълумотларга кўра, буйрак-тош касаллиги – нефролитиазга чалинувчилар сони кундан-кунга ошиб бормоқда. Хасталикка доир кўрсаткич эркак ва аёлларда деярли бир хил. **ЖССТ берган** маълумотларга кўра ер юзининг 3 млрд аҳолиси сифатсиз сувни истеъмол қилмоқда. Ер юзи аҳолисида учраган касалликларининг 2 минг дан ортиқ тури айнан сифатсиз сув истеъмоли билан боғлиқдир. Дунёнинг 25% аҳолиси сифатсиз сув истеъмоли сабабли турли касалликларга учрайди, ер юзи аҳолисининг ҳар ўнинчиси касалланади, ҳар йили деярли 4 миллион болалар ва 18 миллион катталар айнан сифатсиз сув истеъмоли сабабли турли касалликлардан вафот этадилар. Сувни ва бошқа чанқов босди ичимликларни хаддан зиёд кўп истемол қилиш зарарлидир чунки бундай ҳолатда юрак ишининг ва ажратиш аъзоларининг (тери, буйрак) фаолиятининг ошишига олиб келади. Бундай ҳолларда организмнинг тери сатҳидан кўп миқдорда суюқлик ажралиши натижасида шу билан бир қаторда тери билан организмда сувда эрийдиган витаминлар ош тузи ва минерал тузлар ҳам чиқиб кетади.

Одам бир кеча кундуз мобайнида ёшига қараб 100мл -3000мл атрофида сув истемол қилади, жумладан 1200-300мл (48%) сувни суюқлик кўринишида 1000-1200 сувни овқат таркибида истеъмол қилади. Озиқа моддаларнинг эндоген оксидланиши натижасида организмда 300 мл атрофида сув ҳосил бўлади. Организмдаги сув доимо янгиланиб туради: катта ёшли одамда 15кун мобайнида болаларда эса 35 кун ичида барча сув молекулалари янгиланиб туради. Инсон организмнинг буйрак, ўпка, меъда- ичак йўли, тери сув алмашинувида фаол иштирок этади.

Ичимлик сувининг қаттиқлиги ҳам муҳим аҳамиятга эга, чунки қаттиқлик меъёрдан юқори бўлса аҳоли ўртасида буйрак тош касалликлари кўпайишга сабаб бўлади. Мутахассислар, буйрак хасталиклари билан боғлиқ ирсий мойиллик 1-2 фоиз эканлигини таъкидлашади. Баъзан оила аъзоларида сийдик-тош касаллиги

ёҳуд поликистоз аниқланган бўлса, унинг кейинги авлодларида мазкур хасталикларнинг бирортаси ҳам кузатилмаслиги мумкин. Кўпчилик буйракда тош пайдо бўлишига фақатгина организмда модда алмашинувининг бузилиши, тузли овқатларни меъёридан ортиқ истеъмол қилиш, деб ўйлайди. Ушбу касалликка чалинишнинг ичимлик сувининг сифати хусусан қаттиқлигидан ташқари бошқа бир қатор омиллари ҳам мавжуд. Етарли миқдорда суюқлик қабул қилмаслик, сийдик йўлларидаги инфекциялар, пешоб ҳажми камайиши ёки таркибида тош ҳосил қилувчи моддалар кўпайишидан ҳам буйракда тош йиғилиши мумкин. Иқлим омили бунда инсон иссиқ иқлим шароитида яшаса, кўп терлайди. Натижада танадаги баъзи тузларнинг концентрацияси ошади ва тошлар пайдо бўлишни бошлаши мумкин. Географик омил ҳам ушбу касалликнинг пайдо бўлишида муҳим ҳисобланади. Бунда сувнинг таркиби муҳим роль ўйнайди (таркибида кальций тузлари кўп бўлган қаттиқ сув уролитиаз юзага келишига имкон яратади), озиқ-овқат (аччиқ ва нордон овқат сийдикнинг кислоталилигини оширади, бунинг оқибатида тошлар осонроқ ҳосил бўлади). Озиқ-овқатларда витаминларнинг ва ультрабинафша нурларининг доимий етишмаслиги тош ҳосил бўлишига ёрдам беради.

Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда биз аҳоли истеъмол қилаётган водопровод ва қудуқ сувларининг умумий қаттиқлик кўрсаткичларини ва унга боғлиқ равшда аҳоли ўртасида буйрак тош касаллигининг тарқалишини ретоспектив таҳлил қилишни мақсад қилдик. Текшириш объекти бўлиб аҳоли яшаш жойларида водопровод ва қудуқ сувларининг умумий қаттиқлик кўрсаткичлари. Ишни бажаришда қонуний меъёрий ҳужжат ДавСТ950-2011 “Ичимлик суви” дан фойдаланилди. 2017 йил водопровод сувдан олинган умумий намуналар сони 640 та бўлиб, улардан 48 (7,5%) ида, қудуқ сувида эса барча олинган намуналарда умумий қаттиқлик меъёрдан юқори эканлиги аниқланди. 2018 йилда водопровод сувдан олинган умумий намуналар сони 709 та, улардан 75 (10,5%) ида, қудуқ сувида эса барча олинган намуналарда умумий қаттиқлик меъёрдан юқори эканлиги қайд этилди. 2019 йил водопровод сувдан олинган умумий намуналар сони 983 та бўлиб, улардан 68 (6,9%) ида, қудуқ сувида эса барча олинган намуналарда умумий қаттиқлик бўйича гигиеник талабларга жавоб бермаган. Ушбу йилларда биз аҳоли ўртасида буйрак тош касаллигининг тарқалишини таҳлил қилганимизда 2017 йил сийдик таносил тизими касалликлари жаъми -2034 та ҳолат қайд этилган бўлиб, улардан 10 та (0,5%) ҳолат бевосита сийдик тош касаллиги бўлиб, улардан 6 та ҳолат аёлларда қайд этилган ва 2 та ҳолат диспансер назоратга олинган. 2018 йил сийдик таносил тизими касалликлари жаъми -1673 та ҳолат қайд этилган бўлиб, улардан 10 та (0,6%) ҳолат бевосита сийдик тош касаллиги бўлиб, улардан 6 та ҳолат аёлларда қайд этилган ва 4 та ҳолат диспансер назоратга олинган. 2019 йил сийдик таносил тизими касалликлари жаъми -1815 та ҳолат қайд этилган бўлиб, улардан 10 та (0,6%) ҳолат бевосита сийдик тош касаллиги бўлиб, улардан 6 та ҳолат аёлларда қайд этилган ва 4 та ҳолат диспансер назоратга олинган.

Кузатув йилларининг барчасида қудуқ сувининг қаттиқлик даражаси гигиеник талабларга мос келмади. Сийдик тош касаллиги эркакларга нисбатан аёлларда кўп қайд этилганлиги аниқланди. Аҳоли ўртасида сувнинг умумий қаттиқлигига

боғлиқ касалликлар профилактикасида ичимлик сувининг умумий қаттиқлигини доимий назорат қилиб туриш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

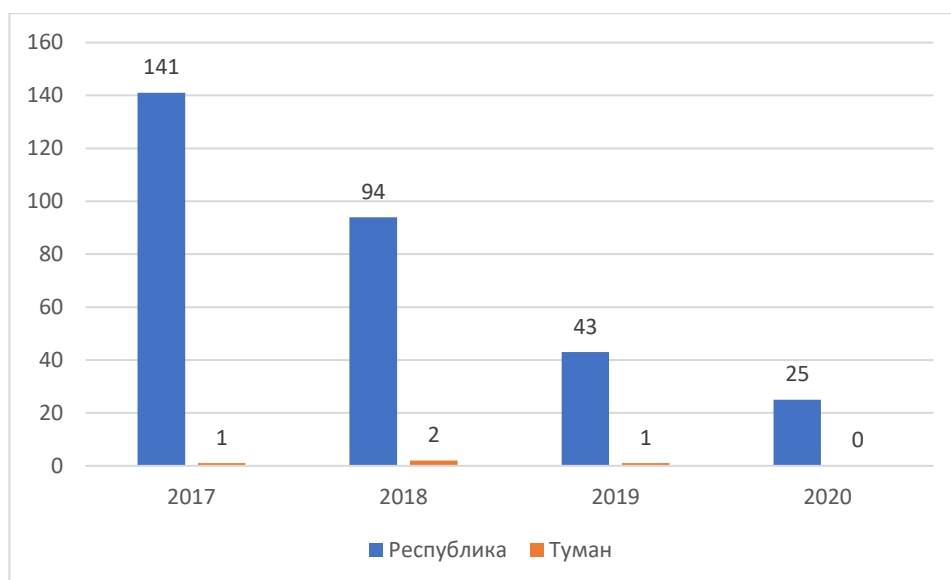
ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР ТАРҚАЛИШИДА ИЧИМЛИК СУВИНИНГ АҲАМИЯТИ

Шерқўзиева Г.Ф.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент

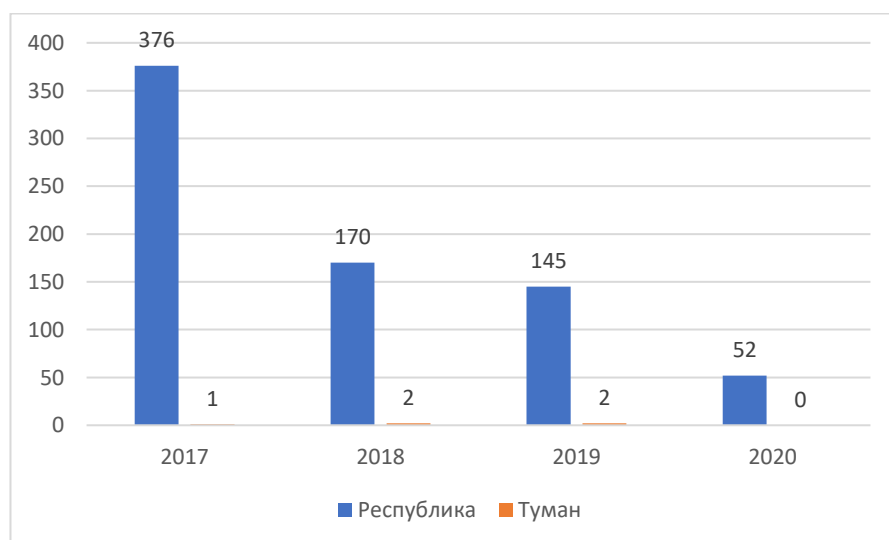
Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилотининг экспертлари дунёдаги барча касалликларнинг 80 фоизи ифлосланган сув орқали юқишини аниқладилар. Сувнинг касаллик тарқатувчи микроорганизмлар билан зарарланиши қорин тифи, дизентерия, вабо, вирусли гепатитнинг А тури каби бир қатор юқумли касалликларнинг тарқалишига сабаб бўлиши мумкин. Қорин тифи сув орқали тарқалиши асосан очиқ марказлаштирилмаган ва марказлаштирилган сув тармоқларини бактериал ифлосланиши билан боғлиқ. Аҳоли ўртасида турли юқумли ва эндемик касалликларни олдини олиш ва экологик барқарорликни таъминлаш мақсадида, ҳамда аҳолини сифатли ва етарли миқдорда тоза ичимлик суви билан таъминлаш соҳасида кучли қонунчилик яратилган. Хусусан “Аҳолининг санитария – эпидемиологик осойишталиги тўғрисида”ги Ўзбекистон Республикасининг қонунида 4 боб 26 моддасида ҳам “Хўжалик ва ичимлик суви билан таъминлашга доир талабларда : Хўжалик ва ичимлик суви билан таъминлаш соҳасида фаолиятни амалга оширувчи юридик шахсларга етказиб берилаётган сувнинг сифати санитария қоидалари, нормалари ва гигиена нормативларга, шунингдек, давлат стандартларига мувофиқлигини таъминлаш шарт” деб белгилаб қўйилган. Аҳоли томонидан сарфланадиган сувнинг кундалик миқдори жойнинг иқлим шароитига, аҳолининг маданий-маиший шароитларига, турар жойларнинг ободонлаштирилганлик даражасига, канализация ва водопровод тармоқларининг ривожланганлик даражасига боғлиқдир.

Аҳолининг ичимлик сувига боғлиқ юқумли касалланиш ҳолати ўрганилганда биз қуйидаги натижаларни олдик: туман бўйича сальмонелез касаллиги 2017 йил 1 та (республика бўйича — 141та) ҳолат, 2018 йил — 2 та(республика бўйича — 94 та), 2019 йил — 1 та (республика бўйича — 43 та), 2020 йил эса туманда қайд этилмади, аммо республика бўйича 25 та ҳолат аниқланди. Барча кузатув йилларига нисбатан 2020 йилда ҳолат яхши бўлди(1 расм).



Расм-1. Аҳолининг сальмоналёз касаллиги билан касалланиш ҳолати

Ичимлик суви орқали аҳоли ўртасида кенг тарқалган юқумли касалликлардан бири дизентерия ҳисобланади. Дизентерия ёки ичбуруғ – йўғон ичакнинг ва организмнинг заҳарланиши билан кечадиган ўткир инфекцион касаллик. Ушбу касалликнинг биз йиллар динамикасида ретроспектив таҳлил қилганимизда қуйидаги натижаларни олдик: 2017 йил — 1 та (республика бўйича — 376 та) ҳолат, 2018 йил — 2 та (республика бўйича — 170 та), 2019 йил — 2 та (республика бўйича — 145 та), 2020 йил эса республика бўйича 52 та ҳолат аниқланди. Ўткир ичак касалликлари бўйича қуйидагилар аниқланди: 2017 йил 24 та (республика бўйича — 3788 та) ҳолат, 2018 йил — 43 та (республика бўйича — 2660 та), 2019 йил — 14 та (республика бўйича 2598 та), 2020 йил эса — 18 та (республика бўйича — 1657 та) ҳолат аниқланди. Олинган натижалардан шуни хулоса қилишимиз мумкин 2018-2019 йилларда кузатув туманида бошқа кузатув йилларига нисбатан юқумли касалликлар кўп қайд этилган.



2-расм. Дизентерия касаллигининг қайд этилиш ҳолати.

Шу сабабли касалликнинг олдини олиш учун аҳоли яшайдиган жойларни тоза тутиш, озиқ-овқат корхоналари, сув тармоқлари устидан санитария назоратини кучайтириш, пашшани йўқотиш, шахсий гигиена қоидаларига жиддий риоя қилиш, мева-сабзавотни тоза сувга обдан ювиб ёйиш керак. Аҳолини айниқса қишлоқ жойларида, тоза ичимлик сув билан таъминлаш нафақат дизентерияда, балки барча ўткир ичак касалликларининг олдини олишда муҳим ижтимоий тадбир ҳисобланади.

Аҳоли ўртасида сув билан боғлиқ бўлган касалланиш ҳолати асосан ичак инфекциялари касалликлари билан кучсиз корреляцион алоқага эгадир.

КИЧИК ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА КЕЧГАН ЎТКИР ЗОТИЛЖАМ КАСАЛЛИГИДА ТАБИЙ ВА СИНТЕТИК ПЕНИЦИЛЛИНЛАРНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Эшонхўжаев О.О.

Андижон давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Ўткир зотилжам билан касалланган кичик ёшдаги болаларда бензилпенициллин натрийли тузини ва ампициллин натрийли тузини таъсир доираси, самарадорлиги, сезувчанликнинг ўзгариб боришини баҳолаш.

Материаллар ва усуллар. Текширув манбаи бўлиб, Андижон вилояти туманларидан бирининг марказий шифохонаси болалар бўлимидаги 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган 2016 йилда ётиб даволанган беморларнинг архивдаги касаллик тарихлари хизмат қилди. Текширув фармакоэпидемиологиянинг ретроспектив усулида, ёзма тарзда олиб борилди

Жами 38 та беморларда текширувлар олиб борилди. Шулардан 18 таси ўғил бола, 20 таси қиз бола. Бунда 1 ёшгача бўлган беморлар - 14та, 2 ёш - 13та, 3 ёш - 11тани ташкил қилди. Беморларда бензилпенициллин натрийли тузи, ампициллин натрийли тузи самарадорлигини баҳолаш учун ушбу антибактериал дори воситалар (индивидуал миқдорда суткасига 4 маҳал м/о) тавсия этилган касаллик тарихлари сараланиб олинди.

Текширув натижалари. Илмий изланишларимиз шуни кўрсатдики, ўткир зотилжам бор беморларнинг 25 тасига бензилпенициллинни натрийли тузи, 13 тасига ампициллинни натрийли тузи терапевтик миқдорда танланиб мускул орасига юборилган. Бензилпенициллинни натрийли тузи юборилганда ўртача 7 кунда самарадорликка эришилди. Ампициллинни натрийли тузида эса 6 кунда беморларнинг аҳоли яхшиланганлиги кузатилди. Бензилпенициллин натрий тузини бошлашдан олдин ва муолажадан кейинги тана ҳарорати кўрсаткичлари: 36,5-36,7; 36,6-36,7; 37,6-36,5; 38,0-36,7; 36,6-36,5; 36,6-36,7; 38,5-36,7; 38,7-36,7; 39,3-36,7; 36,4-36,5; 38,7-36,5; 37,8-36,6; 39,5-36,6; 36,6-36,2; 38,5-36,5; 39,0-36,8; 36,6-36,8; 38,6-36,7; 37,0-36,5; 36,8-36,7; 36,4-36,5; 38,5-36,5; 37,4-36,7; 36,6-36,2; 36,8-36,5; 36,7-36,8; 36,5-36,4; 38,5-36,5; 36,6-36,6. Ампициллин натрий тузини

бошлашдан олдин ва муолажадан кейинги тана харорати кўрсаткичлари: 39,1-36,5; 37,5-36,5; 37,7-36,5; 38,7-36,7; 36,9-36,5; 37,8-36,6; 36,6-36,5; 39,6-36,7; 37,7-36,3; 38,6-36,5. Бензилпенициллин натрийли тузида тана хароратини тушиши ўртача 1,0 даражада пасайганлиги аниқланди. Ампициллин натрий тузида эса 1,5 даражага пасайганлиги кузатилди.

Хулоса. Бизнинг текширувларимиз шуни кўрсатдики, ўткир зотилжам билан касалланган беморларни ампициллинни натрийли тузи билан даволаганимизда самарадорлик бензилпенициллинни натрийли тузига нисбатан юқори. Демак, ҳозирги кунда ҳам ўткир зотилжамда ампициллинни натрийли тузига сезувчанлик бензилпенициллин натрийли тузига нисбатан юқори сақланган.

ҚОРАОҚСОҚ ПРОФИЛАКТИКАСИДА ТИББИЙ САНИТАРИЯ ЧОРА-ТАДБИРЛАРНИНГ МУҲИМ РОЛИ

Эрматова Г.А.

Фарғона вилояти СЭО ва ЖСБ ЎХЮК лабораторияси врач-бактериологи

Қораоқсоқ (бруцеллёз) – турли хил юқиш механизмига эга бўлган, узоқ вақт давомида ҳарорат кўтарилиши, таянч-ҳаракат, асаб, урогенитал, юрак-қон-томир ва бошқа тизимларнинг шикастланиши билан кечадиган, кўпинча касалликнинг қайталаниши ва авж олишига мойил бўлган беморларда ногиронликни келтириб чиқарадиган, кенг тарқалган зооантропоноз ўта хавфли юқумли касалликдир.

Қораоқсоқни одамларга аэрозоль йўли билан юқиш хусусияти мавжудлиги туфайли, ҳамда генетик ўзгаришлар ёрдамида бруцеллаларнинг вирулентлигининг кескин ошириш имконияти борлиги учун, бруцеллёзни биологик қурол ишлаб чиқариш учун ҳам қўллаш мумкин. Жаҳон миқёсида инсонларда ташхисланган бруцеллез билан амалда мавжуд касалланиш тафовути 1:26. Уйда қишлоқ хўжалиги ҳайвонларини сакловчи ва уларни парваришловчи кишилар қораоқсоқ билан кўпроқ касалланадилар (85%).

Ўзбекистон ҳудудида *B.melitensis*, *B.abortus*, *B.suis* ва *B.ovis* турлари циркуляция қилади. *B. melitensis*, *B. abortus* турларининг эпизоотологик ва эпидемиологик аҳамияти катта. *B.melitensis* энг юқумли ҳисобланиб, одам ва ҳайвонларда касаллик келтириб чиқариши учун қўзғатувчининг 1-10 та, *B.abortus*да эса қўзғатувчининг 1 000 000 таси етарлидир.

Одамларга қораоқсоқ қўзғатувчиси мулоқот, алиментар, кам ҳолларда аэроген йўллар билан юқади. Касалланиш касалланган ҳайвонлар билан мулоқотда бўладиган кишиларда (чўпонлар, ферма ишчилари, зоомутахассислар, сут соғувчилар) юқори даражада учрайди. Ҳайвонлар туғаетганда ва ҳомила ташлаганда ёрдамлашганда ва қўл билан йўлдошни ажратиш ҳолларида юқиш хавфи юқори бўлади.

Қораоқсоқ билан касалланган ҳайвонларнинг гўштини, ҳайвонлар териси, жунини қайта ишлаганда (гўшти қайта ишлаш корхоналари, тери-қўнчилик заводлари ишчилари) касаллик юқади. Мулоқот йўли билан юқишида бруцеллаларнинг кўз, бурун, оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати орқали кириши кузатилади. Бруцеллалар алиментар йўл билан зарарланган ҳайвоннинг гўшти

(шашлик-кабоб, хом қийма-фарш в.б.), сутидан (бринза, қаймоқ, сметана, қатик, қимиз в.б.) тайёрланган маҳсулотларни истеъмол қилинганда юқади.

Одатда, бир нечта аъзо ва тизимларнинг биргаликда зарарланиши, аммо кўпроқ таянч-ҳаракат ва асаб тизимининг шикастланиши кузатилади. 100 нафар қораоқсоқ билан оғриган хомиладорлар ўрганилганда уларнинг 13% да I - триместрда бола тушиш хавфи, 14% да - муддатдан олдин туғиш, 8,1%да - она қорнида боланинг нобуд бўлиши кузатилган. Қораоқсоқ касаллигининг асоратлари: орхо-эпидидимиты (эркакларда 5-20%), простатит, пиелонефрит, цистит; аёлларда - эндометрит, бепуштлиқ, аборт, ўлик туғилиш, боланинг «*тузма бруцеллэз*» бўлиб туғилиши; нерв системасида - энцефалит ва менингит «Франка»; ногиронлик (орка миянинг зарарланиши оқибатида); эндокардит (2-3% беморларда).

Қораоқсоқнинг профилактикасида тиббий санитария чора-тадбирлари қуйидагилардан иборат:

- чорвадорларнинг шахсий ҳимоя воситаси билан таъминлаш;
- профессионал контингентларни профилактик диспансер кўриқдан ўтказиш мобайнида серологик текширувини ташкиллаштириш;
- сутни пастеризация қилиш режимида риоя этиш;
- шубҳа қилинган хайвонларни ветеринария кўригидан ўтказиш;
- аҳоли орасида санитария-тарғибот ишларини олиб бориш.

Қораоқсоқ касаллигига клиник ва эпидемиологик маълумотлар асосида ташхис қўйиш қийин, ташхис фақат лабораторияда серологик ва бактериологик текширувлари асосида қўйилади.

ИЗУЧЕНИЕ ПОВЫШЕНИЯ АНТИМИКРОБНОЙ АКТИВНОСТИ ГИПОХЛОРИДА НАТРИЯ ПРИ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ ЛАЗЕРОМ

Юсупалиходжаева С. Х., Шомуродова Г. Х., Патхиддинова М. Ш.

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан,
Ташкент

Воспалительно деструктивные формы сочетанных поражений пародонта являются очагами одонтогенной инфекции [1,3,4,13,15]. Распространенность сочетанных воспалительно деструктивных поражений пародонта с периапикальными деструктивными процессами в кости превышает 79,4 % и может достигать 100% [2,4,10,12]. По литературным данным авторов, отмечается тенденция повышения роста частоты периодонтитов у молодого возраста. Пациенты обратившихся за стоматологической помощью составило 31% молодого и среднего возраста с хроническим деструктивным периодонтитом [3,5,10,11,14].

Основной причиной апикального периодонтита является наличие микроорганизмов в системе корневого канала зуба [2,4,6,7,8,10]. Успех эндодонтического лечения связан с ликвидацией микроорганизмов и

предотвращением проникновения бактерий в системы корневых каналов во время эндодонтического лечения [1,7,9,13,16].

Цель исследования. Изучить чувствительность микроорганизмов полости рта и активность гипохлорита натрия в различных концентрациях.

Материал и методы. Проведен серии экспериментов в наборах чашек Петри с питательными средами всех испытуемых культур микробов (методом «газона»). После чего, взяли диски и пропитали их в растворах различных концентрации хлорида натрия (0,5-3-5 %), наложили их на посевы в чашках. Чашки закрыли и поместили в термостат при 37° на 24 часа. По истечении срока экспозиции чашки вынули из термостата и провели анализ полученных результатов.

Проведённый анализ показал, что на большинство микробов гипохлорид натрия оказала антибактериальное действие в концентрации 3%. После этого, нами проведен 3 серия эксперимента, при котором набор чашек Петри с питательными средами, проведён посевы используемых культур микробов (методом „газона”, затем взяты чистые диски и пропитанны в 3% концентрации гипохлорита натрия) после чего эти диски наложили на поверхность посевов в чашках Петри. И в условиях бокса провели обработку этих дисков лазером в экспозициях 1-3-5 минут.

После чего чашки закрыли и поместили в термостат при 37° на 24 часа. По окончании экспозиции, чашки вынули из термостата и проводили анализ полученных результатов. Обработка дисков пропитанных гипохлоридом натрия и обработанных лазером в течение 1 минут, дала усиление антибактериальной активности только на культуру *Staph. aureus* в размере $13,0 \pm 0,2$ мм, да и она недостоверна.

В то же время, обработка дисков насыщенных гипохлоридом натрия лазером в течение 3 минут дала впечатляющие результаты, эти результаты коснулись, таких микробов как: *Staph. aureus* ($18,0 \pm 0,3$) *Klebsiellae* ($15,0 \pm 0,2$) и *Lactobacterii* ($15,0 \pm 0,2$) мм. Тогда как по отношению остальных микробов мы имеем отрицательный результат

Однако, обработка дисков насыщенных гипохлоридом натрия лазером в течение 5 мин имела некоторую активность, только по отношению к культуре *Klebsiellae*, да и она недостоверна.

Анализ полученных результатов, показал что обработка дисков насыщенных гипохлоридом натрия лазером в течение 1-3-5 мин имеет положительную картину по усилению антибактериальной активности на культуру *Staph. epidermidis* ($14,0 \pm 0,1$ $18,0 \pm 0,2$ $12,0 \pm 0,1$) мм соответственно.

В то же время по отношению других микробных культур, нами выявлен, что диски насыщенные гипохлоридом натрия и обработанные лазером, только в течение 5 минут проявили некоторые усиление антибактериальной активности по отношению: *Staph. epidermidis* ($12,0 \pm 0,1$) Энтерококка ($14,0 \pm 0,2$) Эшерихии ($13,0 \pm 0,1$) мм.

Выводы. Таким образом, при воздействии на посевы микробов взятых в эксперимент (12 штаммов) в чашках Петри и обработки их только лазером при экспозиции 1-3-5 мин, нет позитивного влияния, т.е. рост микробов не задерживается. При воздействии на посевы микробов в чашках Петри и внесении на их поверхность диски насыщенные гипохлоридом натрия в концентрациях 0,5-

3-5%, выявлено, что лучшей концентрацией оказывающей антибактериальное влияние оказалось 3 % растворы.

Список литературы

1. Атрушкевич В. Г. Особенности микробиоценоза зубного налета у пациентов с агрессивным и хроническим генерализованным пародонтитом / В. Г. Атрушкевич, Е. А. Тихомирова, И. В. Зудина // Кремлевская медицина. Клинический вестник. - 2018. - № 2. - С. 88-97.
2. Бекжанова О. Е., Юсупалиходжаева С. Х. Микробиоценоз полости рта при инвазивной кандидозной инфекции слизистой оболочки полости рта и пародонта //АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА И ОРТОДОНТИИ. – 2017. – С. 13-16.
3. Бекжанова О. Е. и др. ПРОТИВОГРИБКОВАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ //АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА. – 2016. – С. 21-23.
4. Бекжанова О. Е., Юсупалиходжаева С. Х. КОМПЛЕКСНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА ПОЛОСТИ РТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОБИОТИКА //АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА И ОРТОДОНТИИ. – 2017. – С. 11-13.
5. Быкова Н. И. Качественное определение состава микробных ассоциаций при обострении хронического периодонтита и субпериодонтальном абсцессе / Н. И. Быкова // Научный альманах. - 2016. - № 12. - С. 235-241.
6. Галеева З. Р. Тубулярный путь микробной инвазии у пациентов с эндопародонтальными очагами инфекции / З. Р. Галеева, Л. Р. Мухамеджанова, Н. М. Грубер // Практическая медицина. - 2012. - № 8. - С. 31-33
7. Дежурко-Король В. А. Клинико-лабораторное обоснование оптимизации протокола медикаментозной обработки корневых каналов при лечении хронического апикального периодонтита: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.21 / В. А. Дежурко-Король // - М., 2019. - 18 с
8. Ишниязова Г. Б., Юсупалиходжаева С. Х., Мавжудов Ф. Б. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ПОЛОСТИ РТА //Стоматология-наука и практика, перспективы развития. – 2018. – С. 126-127.
9. Лукиных Л. М. Чувствительность к антимикробным препаратам микроорганизмов, ассоциированных с биопленками корневых каналов / Л. М. Лукиных, А. С. Кокунова, Н. В. Тиунова // Эндодонтия Today. - 2013. - № 1. - С. 67-70.
10. С. Самохина В. И. Сравнительная характеристика микробной колонизации апикальной части корня зуба, находящегося в состоянии хронического воспаления / В. И. Самохина, О. В. Мацкиева, В. Д. Ландинова // Эндодонтия Today. - 2015. - № 4. - С. 47-50.
11. Царев В.Н. Микробный пейзаж содержимого пародонтальных карманов и корневых каналов у пациентов с эндодонто-пародонтальными поражениями IV класса / В. Н. Царев, В. Г. Атрушкевич, Д. Т. Галиева // Пародонтология. - 2016. - № 1. - С. 13-17.

12. Pourhajibagher, M. The evaluation of cultivable microbiota profile in patients with secondary endodontic infection before and after photo-activated disinfection / M. Pourhajibagher, R. Ghorbanzadeh, S. Parker // Photodiagnosis Photodyn. Ther. - 2017. - N 18. - P. 198-203.
13. Hamidullaevna Y. S., Esenovna B. O. Pathogenetic aspects of treatment of periodontitis associated with candida infection in patients with diabetes mellitus //European science review. – 2016. – №. 1-2. – С. 134-135.
14. Hamidullaevna Y. S., Esenovna B. O., O'Gli P. J. S. Background diseases at patients with candidiasis of oral cavity mucosa //European science review. – 2018. – №. 3-4. – С. 215-219.
15. Yusupalikhodjaeva S. K., Davurov A. M., Qosimova G. I. NOSOLOGICAL FORMS OF CANDIDAL STOMATITIS OCCURRING IN PATIENTS WITH DISEASES OF THE ORAL MUCOSA //5th International Conference on Innovations and Development Patterns in Technical and Natural Sciences. – 2018. – С. 47-50.
16. Zhou X.C., Li Y.L., Liu D.X., Cao Y.G., Lu X.P. Bactericidal effect of plasma jet with helium flowing through 3% hydrogen peroxide against Enterococcus faecalis // Exp Ther Med. - 2016. - Vol.12 (5). - P.3073-3077.

МЕЖСИСТЕМНЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ИММУНОЙ И ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ : МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТИМУСА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ

Юлдашева М.Т.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

В процессе эволюционного развития организма возникают новые координационные механизмы, приводящие к образованию структурных и функциональных взаимосвязей. Эти взаимосвязи обеспечивают интеграцию деятельности различных органов и систем. Тесная взаимосвязь между иммунной и эндокринной системами показана в ряде работ [1,6]. Установлено, что различные поражения эндокринных органов сопровождаются определенными иммунными сдвигами в организме, и в свою очередь, те или иные иммунные расстройства приводят к нарушениям эндокринных функций организма [3]. В этом плане взаимосвязь щитовидной железы с иммунной системой заслуживает особого внимания. Клинические наблюдения свидетельствуют, что при поражениях щитовидной железы в организме больных развиваются различные иммунные нарушения, степень выраженности которых зависит от уровня тиреоидных гормонов [4,5,8]. Вместе с тем, морфологические аспекты иммунных нарушений при гипо- или гипертиреоидных состояниях остаются недостаточно выясненными.

Целью настоящей работы было выяснение морфологических и морфометрических особенностей тимуса при экспериментальном гипотиреозе, вызванном при предпубертатном периоде у крыс.

Материал и методы.

Опыты были проведены на крысах - самцах массой тела 70-80 г, что соответствовало предпубертатному подростковому периоду развития. Крысята были разделены на три группы. Две группы опытных животных получали вместе с пищей мерказолил в дозе 0,5 мг на 100 г массы тела в течение 14 суток, далее получали в течении месяца поддерживающую дозу мерказолила 0,25 мг на 100 г массы тела. В дальнейшем, опытные группы животных были подразделены на две подгруппы. Первая подгруппа продолжала получать мерказолил в той же дозе до половой зрелости (стабильный или длительный гипотиреоз). Другой подгруппе животных на 40 сутки опытов прекращали давать мерказолил (преходящий или транзиторный гипотиреоз). Эта подгруппа служила для исследования естественного обратного развития гипотиреоидизма в ювенильном периоде. Контролем служили животные с аналогичной массой тела, получившие стерильный физиологический раствор. По окончании экспериментов как контрольные, так и опытные животные забивались декапитацией под эфирным наркозом. Определяли массу тимуса и ее отношения к массе тела. На срезах тимуса морфометрически изучали среднюю площадь долек и их корковых и мозговых зон, подсчитывали число митотически делящихся и деструктивных тимоцитов. Все цифровые данные обрабатывали методом вариационной статистики. Для электронно-микроскопических исследований кусочки тимуса фиксировали в 2,5% глутаральдегиде и дофиксировали в 1% растворе четырехоксида осмия. После обезвоживания кусочки заливали в аралдит. Ультратонкие срезы просматривали под электронным микроскопом JEM-100S.

Результаты исследования

Выявлено, что морфологические изменения тимуса при экспериментальном гипотиреозе находятся в прямой зависимости от длительности подавления функции щитовидной железы. Масса, а также индекс массы тимуса в обеих группах опытных животных достоверно снижались по сравнению с контролем. При этом наибольшее уменьшение массы тимуса отмечено в группе крысят со стабильным гипотиреозом. Результаты морфометрических исследований площади различных зон тимуса приведены в таблице 1. Из таблицы видно, что гипотиреоз приводит к достоверному снижению средней площади дольки. При этом у животных с длительным гипотиреозом этот показатель уменьшается на 14% от контроля. При раздельном исследовании площади различных зон выявлено, что гипотиреоз существенно уменьшает площадь корковой зоны на 22-30% от контроля. И, напротив, площадь мозговой зоны при гипотиреозе увеличивается на 30-32% от контроля. Как транзиторный, так и стабильный гипотиреоз приводит к уменьшению средней плотности расположения клеток в зонах дольки тимуса (таблица 2). При этом плотность клеток в корковой зоне, в зависимости от длительности гипотиреоза, уменьшается на 7,0-13,7%, а в мозговой зоне - на 8,3-11,4% от контроля. Гипотиреоз в зависимости от длительности способствует уменьшению пролиферации клеток тимуса и увеличению степени их деструкции (таблица 3). Как видно из таблицы 3, наибольшее уменьшение митотической активности клеток тимуса наблюдается при стабильном гипотиреозе. Число

митозов у этих животных в корковой и мозговых зонах соответственно составляет всего 41 и 53% от контроля. При транзиторном гипотиреозе уменьшение числа митозов не столь выражено и оно составляет 82-87% от контроля. Уменьшение числа митозов при гипотиреозе сопровождается увеличением количества деструктивных клеток в зонах тимуса. Из таблицы 3 видно, что наибольшее повышение степени деструкции наблюдается в корковой зоне, которая при транзиторном гипотиреозе в 1,77, а при стабильном гипотиреозе - в 2,9 раза превышает показатели контроля. Аналогичным образом, но в несколько меньшей степени, повышается степень деструкции и в мозговой зоне. Гипотиреоз, и особенно, стабильная ее форма сопровождается определенными ультраструктурными изменениями тимоцитов и клеток тимического микроокружения. Часто выявляются тимоциты с лизисом цитоплазмы и пикнозом ядер. Макрофаги тимуса увеличиваются в размерах, цитоплазма их содержит многочисленные фагоцитированные деструктивные тимоциты.

Обсуждение результатов.

Проведенные исследования показали прямую взаимосвязь постнатального роста тимуса с состоянием щитовидной железы. Нами выявлено, что чем больше продолжительность гипотиреоидного состояния, тем глубже проявляются морфометрические изменения в тимусе. Состояние тимуса в условиях нарушения функции щитовидной железы изучено крайне недостаточно [5,7]. Иммунологические исследования, проведенные у больных с гипотиреозом, свидетельствуют о различных нарушениях в Т-системе иммунитета [2,8]. Из наших данных видно, что как транзиторный, так и стабильный гипотироз приводит к уменьшению пролиферативной активности тимоцитов, а степень их деструкции внутри тимуса значительно возрастает. Это, в свою очередь, способствует гипоплазии тимуса в виде уменьшения его массы и показателей различных зон долек тимуса. Следовательно, для обеспечения естественного постнатального становления и функционирования тимуса необходимо наличие нормального уровня гормонов щитовидной железы. Профилактика гипофункции щитовидной железы в детском и подростковом периоде является одним из важных условий для нормального функционирования иммунной системы во взрослом организме.

Выводы:

1. Гипотиреоз в предпубертатном периоде приводит к гипоплазии тимуса, степень которой зависит от длительности гипотиреоидного состояния.
2. Блокада деятельности щитовидной железы снижает пролиферативные процессы в тимусе и усиливает деструкцию тимоцитов, что влечет за собой нарушение Т-лимфоцитопоза в организме.

Литература:

1. Акмаев И.Г. Современные представления о взаимодействиях регулирующих систем: нервной, эндокринной и иммунной. // Усп. физиол. наук. -1996. -Т.27. - №1 - С.3-20.

2. Болотская Л.А., Марсова Т.П. Клинико-иммунологическая характеристика больных аутоиммунным тиреоидитом. // Иммунология. -2002. -Т.23. -№3. -С.175-177.
3. Гладкова А.И., Золотухина В.Н. Роль гормонального статуса в опосредовании влияния андрогенов на тимус. // Эндокринология. Киев. -1990.-Т.20. -С.114-119.
4. Епишин А.В., Грыцив В.Е. Изменения в иммунном статусе при первичном гипотиреозе. // Проб.эндокринологии. -1989. -№4. -С.30-32.
5. Левченко И.А., Фадеев В.В. Субклинический гипотиреоз. // Проб. эндокринологии. -2002. -Т.48. -№2. -С.13-21.
6. Тухтаев К.Р., Абдурахманов М., Тухтаев Н.К. Влияние иммуномодулина на структурно-функциональное состояние органов иммунной и эндокринной систем в условиях хронического токсического гепатита. // Экспериментальная и клиническая фармакология. -1999. -№6. -С.66-68.
7. Шарова Н.И., Ярилин А.А., Кочергина Н.И. Выработка гормонов эпителиальными клетками тимуса человека in vitro. // Иммунология. -1996. -№4. -С.13-15.
8. Ferdella C., Poggi H., Gloder S. High prevalence of subclinical thyroidal disease among individuals attended in health control. // Rev Mtd. chil. -2001. -V.129. -P.155-160.

БОТУЛИЗМ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Ашурова М.Д. ¹, Сайдуллаева К.М. ², Маматова М.А. ³

¹Ферганский медицинский институт общественного здоровья

³Ферганский государственный университет

АННОТАЦИЯ

В статье предоставлен обзор литературных данных по особенностям клинической картины, современным методам диагностики и тактике лечения ботулизма.

Ключевые слова: ботулизм, симптомы, диагностика, лечение. Ботулизм – редкое, но потенциально смертельное инфекционное заболевание, вызываемое ботулиническим нейротоксином бактерии *Clostridium botulinum* [1]. В среднем каждый год регистрируется около 200 случаев данного заболевания. В I полугодии 2020 г. от ботулизма пострадало 60 человек, из них 6 со смертельным исходом (10%) [2]. Пищевой ботулизм выявляется в 99% случаев, и лишь 1% приходится на детскую и раневую форму [3].

Своевременная постановка диагноза на основании клинических симптомов имеет решающее значение для предотвращения летального исхода, поскольку лабораторное подтверждение ботулизма занимает несколько дней, а антитоксическая противоботулиническая сыворотка, как специфическая терапия ботулизма, должна вводиться пациентам как можно быстрее [4].

Неврологические симптомы одинаковы независимо от способа проникновения бактерий в организм [5]. Классически заболевание начинается с паралича черепных нервов, который прогрессирует до симметричной нисходящей слабости мышц шеи,

туловища и конечностей. У пациентов обычно отсутствуют чувствительные расстройства. Типичные ранние симптомы ботулизма включают диплопию, дисфагию, дисфонию и дизартрию, что отражает высокую восприимчивость токсина к пресинаптическим окончаниям холинергических синапсов. Затем происходит угнетение функции дыхательных мышц, развивается дыхательная недостаточность. Паралич гладкой мускулатуры вызывает запор и задержку мочи. Пищевой ботулизм часто сопровождается появлением боли в животе, тошноты и рвоты, которые начинаются через 12-72 часа после приема зараженных продуктов [6].

При госпитализации примерно у 93% пациентов наблюдается поражение как минимум одного черепно-мозгового нерва. В 7% случаев регистрируются симптомы поражения желудочно-кишечного тракта, слабость и дыхательные расстройства при отсутствии паралича черепно-мозговых нервов. Паралич появляется в последующие 1-3 дня у 2/3 из этих пациентов. Включая все случаи ботулизма, около 46% пациентов нуждаются в искусственной вентиляции легких [7].

Для подтверждения диагноза решающее значение имеют выявление и идентификация токсина ботулизма в сыворотке крови, рвотных массах, промывных водах желудка и испражнениях больного, а также в подозрительных продуктах питания, при употреблении которых могло произойти отравление. В случае раневой формы ботулизма исследуют отделяемое из раны, кусочки отторгающейся омертвевшей ткани, тампоны из раны [6].

«Золотым стандартом» в постановке диагноза является биологическая проба на мышцах - выявление ботулотоксина и определение его типа с помощью реакции нейтрализации антитоксическими сыворотками [1,7].

Также к обязательным, но неспецифическим диагностическим обследованиям относятся общий анализ крови, мочи, биохимический анализ (общий белок, АлТ, АсТ, ЛДГ-1,2) крови, ЭКГ. [1].

Все пациенты с подозрением на ботулизм подлежат экстренной госпитализации, так как возможно быстрое развитие острой дыхательной недостаточности [8].

В первую очередь, еще на догоспитальном этапе, необходимо ввести назогастральный зонд и промыть желудок 5% раствором натрия гидрокарбоната с целью выведения не всосавшегося токсина, возможно применение сифонных клизм.

При декомпенсированной острой дыхательной недостаточности

Следующий этап лечения проводится на стационарном уровне. Он включает введение в кратчайшие сроки антитоксической противоботулинической сыворотки для нейтрализации токсина, циркулирующего в крови, с предварительной пробой по Безредко сывороткой с разведением 1:100. Во избежание возможных аллергических проявлений перед этим пациенту струйно вводят 60-90 мг преднизолона. При неизвестном типе ботулотоксина показано введение смеси моновалентных сывороток или поливалентную сыворотку с содержанием анатоксина типов А и Е 10 тыс. МЕ и типа В 5 тыс. МЕ). При известном типе токсина применяют моновалентную сыворотку [1,4,8].

Совместно со специфической терапией проводят патогенетическое лечение. К нему относятся инфузионно-дезинтоксикационная терапия кристаллоидами,

декстранами, растворами глюкозы, применение сорбентов внутрь или через зонд. Также показано применение препаратов, снижающих кислотность желудочного сока и улучшающих моторную функцию ЖКТ, антибактериальной терапии при развитии бактериальных осложнений, миокардиальных цитопротекторов при поражении сердечно-сосудистой системы и др. [1,7].

Повышенная утомляемость пациента при дыхании, даже минимальное ощущение нехватки воздуха, повышение $pCO_2 \geq 53$ мм.рт.ст. являются прямым показанием к переводу на вспомогательную вентиляцию [1,5].

В качестве профилактической меры при установлении факта употребления продуктов питания, содержащих ботулинический токсин, проводится специфическая профилактика: введение внутримышечно противоботулинической сыворотки однократно по 1000-2000 МЕ каждого типа сыворотки (А, В, Е) [1,8].

Вывод: Ботулизм – достаточно редкое, но очень опасное для жизни заболевание, которое нередко приводит к смертельному исходу. Диагностика, в первую очередь, базируется на клинической симптоматике, т.к. лабораторные методы исследования требуют большего времени, которого при данном заболевании недостаточно. При первом подозрении на ботулизм необходимо экстренное специфическое лечение антитоксической противоботулинической сывороткой, а также соответствующая патогенетическая и симптоматическая терапия.

Список литературы:

1. МЗРК Клинические рекомендации. Ботулизм. 2015. [Электронный ресурс] URL: <https://diseases.medelement.com/disease/ботулизм/14160> (Дата обращения: 04.11.2021)
2. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. О профилактике ботулизма. [Электронный ресурс] URL: https://www.rospotrebnadzor.ru/about/info/news/news_details.php?ELEMENT_ID=18248 (Дата обращения: 05.11.2021)
3. Митина Я.Ю. Особенности диагностики ботулизма. // БМИК. - 2017. №6. С. 1006-1006.
4. Rao A.K., Sobel J., Chatham-Stephens K., Luquez C. Clinical Guidelines for Diagnosis and Treatment of Botulism 2021. // MMWR Recomm Rep. - 2021. №2 (70). P.1-30.
5. Chatham-Stephens K., Fleck-Derderian S., Johnson SD., Sobel J., Rao A.K., Meaney-Delman D. Clinical features of foodborne and wound botulism: a systematic review of the literature, 1932–2015. // Clin Infect Dis. - 2017. №66. P.11-16.
6. Jeffery I.A., Karim S. Botulism. // Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. – 2021. №1. P.7-10.
7. Lonati D., Schicchi A., Crevani M., Buscaglia E., Scaravaggi G., Maida F., Cirronis M., Petrolini V.M., Locatelli C.A. Foodborne Botulism: Clinical Diagnosis and Medical Treatment. // Toxins. – 2020. №18. P.509.
8. Никифоров В.В., Томилин Ю.Н., Чернобровкина Т.Я., Янковская Я.Д., Бурова С.В. Трудности ранней диагностики и лечения ботулизма. // Архив внутренней медицины. - 2019. №4. P.253-259.

Abdulxakimov A. R., Fattaxov N. H.
Ferghana Medical Institute of Public Health, Fergana, Uzbekistan

Relevance: An attentive attitude to the stories of patients is of exceptional importance when making a diagnosis and prescribing adequate treatment.

The ability to listen forms relationships. Otherwise, the patient begins to feel his insignificance, and then it is useless to consult a doctor. Listening to the patient, the doctor can learn more than in the process of palpation. It's terrible when the doctor doesn't listen to you. After all, this is the only way to when he can say with confidence what is happening to the patient.

Rita Sharron has written a wonderful book called "Conversational Medicine" (2006, Oxford Press), where she describes the benefits of this process. "Patients find that they are sent from one specialist to another, numerous studies are conducted, while they receive technically adequate treatment, but they are left alone with the consequences of treatment and fear of the disease. Scientifically based medicine alone cannot help a patient cope with the loss of health and find the meaning of illness and death." The stories told by patients may seem monotonous and unrelated, but they contain an actual description of an infinite number of life relationships that affect their state of health.

Thus, the conducted studies show the importance of communication between the doctor and patients, that it is better to listen to the patient than to carry out a lot of unnecessary, and sometimes harmful diagnostic manipulations.

МАТЕРИАЛЫ К ОБОСНОВАНИЮ ГИГИЕНИЧЕСКИХ НОРМАТИВОВ НОВОГО ИНСЕКТИЦИДА СЕЛЛЕР В ОБЪЕКТАХ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

Жумаева А. А., Саидов А. А.
Бухарский Государственной Медицинский институт

Актуальность

Постоянное увеличение ассортимента и количества применяемых пестицидов расширение сферы их использования в различных отраслях сельского хозяйства, обуславливает увеличения возможность загрязнения атмосферного воздуха, воды водоемов и продукты питания. Пестициды могут проникать в объекты окружающей среды (атмосферный воздух, воздух рабочей зоны, воде водоемов, продукты питания) при непосредственной обработками растений, почвы.

Поэтому возникает настоятельная необходимость разработки гигиенически обоснованной нормы пестицидов в атмосферный воздух, воздух рабочей зоны, воды водоемов а также в продуктах растениеводства. В нашей Республики синтезирован новый, перспективный инсектицид Селлер для борьбы с вредителями пшеницы. Согласно санитарному законодательству не одно химическое вещество не может быть допущено к использованию в народном хозяйстве без научно- обоснованной нормативы и регламентов их применения.

Цель исследования. Научно – обосновать гигиенические нормы нового инсектицида Селлер в атмосферный воздух, воздух рабочей зоны, в воды водоемов, и продуктах

питания растительного происхождения и ориентировочной допустимой уровне(ОДУ) в почве .

Материалы и методы исследований. Объектом исследования явился новый, перспективный инсектицид Селлер 20%. производство ООО «EvroTeam»; Узбекистан-Германия. Действующее вещества: альфа –циперметрин. Агрегатное состояние: Мелкокристаллический порошок со слабым химическим запахом. Сфера применения – на пшенице против вредной черепашки, пиявицы.

Предельно допустимой концентрации (ПДК) Селлер 20% к.с. в атмосферной воздух, в воде водоемов, ОДУ в почве проводились расчетным методом.

Определения остаточных количеств препарата Селлер 20% в продуктах питания в атмосферном воздухе, воздухе рабочей зоны и в почвы проводились в соответствии с методическими указаниями по определению новой группы синтетических пиретроидов в растениях утвержденной МЗР Уз 25 декабря 1997г за №4344-87.

При разработки максимально допустимая уровень (МДУ) препарата в пищевых продуктах основывались на данных о стабильности препарата, параметрах её токсичности.

Результаты исследования. На основании методических подходов к нормирований вредных веществ в воздухе, с учетом токсикологических параметров и его физико-химических свойств, расчетным путем обоснованы и рекомендованы предельно допустимая концентрация препарата в атмосферном воздухе и воздухе рабочей зоны – 0,24мг/м³.

Разработка ориентировочной допустимой концентрации препарата осуществлялись расчетным методом. При этом ориентировочной допустимой концентрации (ОДК) в почве установлено на уровне 0,2 мг/кг.

При разработки максимальной допустимой уровни(МДУ) основывались на данных о стабильности препарата и параметрах токсикометрии. Руководствуясь общепринятыми в гигиенической практике подходы к нормированию пестицидов в пищевых продуктах, установлены МДУ препарата: в пшенице – 0,18 мг/кг. Однако с учетом минимальных норм расхода препарата – 0,05 л/га остаточных количеств инсектицида Селлер в пшенице не допускается.

Выводы.

1.Новый инсектицид Селлер в объектах окружающей среды является не устойчивым.

2.Действие препарата на вредителей проявляется в течении первого часа.

3.Период защитного действия на растение – один польный сезон.

4.Опрыскивание – в период вегетации, срок последней обработки до сбора урожая составляет 15 дней.

5.Лица, работающие инсектицидом Селлер должны быть обеспечены индивидуальными средствами защиты.

6.Все лица привлекаемых для обработки пшеницы инсектицидом Селлер перед сезоном должны проходит медицинский осмотр согласно приказа МЗ РУз № 2387 от 2012 года .

Список литературы:

1.Методические указания по определению новой группы синтетических пиретроидов в растениях, утвержденным МЗ РУз 25 декабря 1987г за №4344

2. Санитарные правила и нормы (СанПин) Ташкент, 2015, № 0321-15
3. Искандарова Г.Т. Методические указания по комплексной гигиенической оценке новых пестицидов. -Ташкент: Фан, 1993. -132 с.
4. Лабынцев А.В., Гринько А.В., Горячев В.П. Влияние применения гербицидов на засорённость посевов и урожайность // Известия Оренбургского государственного аграрного университета. 2013. № 5 (43). С. 67-70.
5. СанПин № 032-15 «Гигиеническая классификация пестицидов по токсичности и опасности»
6. Белан С.Р. Основные пестициды. М., 2001
7. «Методология комплексного ускоренного нормирования пестицидов в объектах окружающей среды». Ташкент. 1995

DIFFICULTIES IN DIAGNOSING ACUTE APPENDICITIS IN CHILDREN

Abdulkhakimov A. R., Fattakhov N. H.

Ferghana Medical Institute of Public Health, Fergana, Uzbekistan

Throughout the entire period of studying acute appendicitis, clinicians were interested in the correspondence between clinical data and pathoanatomic findings in acute appendicitis. There are well-known observations when, with an obvious clinical picture of the disease, very minor changes are found in the vermiform process during surgery, and in some cases, neither visually nor microscopically, pathological signs are found in it at all.

For a long time, new experience has been accumulated in the treatment of appendicitis and its complications in childhood. Nevertheless, the results of treatment of acute appendicitis in children do not have a significant tendency to improve [Dronov A. F. et al. 1989]. There are still two problems: firstly, a fairly large number of unjustified appendectomies, which is associated with overdiagnosis of acute appendicitis, and, secondly, a significant percentage of appendicular peritonitis, especially its suppressed forms, the results of treatment of which are still unsatisfactory. The mortality rate in acute appendicitis in children remains within 0.2-0.3%, but with regard to appendicular peritonitis, these figures reach 11.2%, and with suppressed peritonitis they are even higher.

Thus, there is a need to find reliable and reliable methods for diagnosing acute appendicitis in children.

BOLA UYQUDA KO'P TERLASH SABABLARI, TASHXISLASH VA DAVOLASH USULLARI

Babadjanova X.M.

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot institute

Bolalarining tunda ko'p terlash juda ko'p uchraydi, ammo ter ajralishi har qanday yoshdagi inson uchun normal holat ekanligi va organizm shu yo'l bilan tana haroratini me'yorda saqlab turishi normal holatdir. Pediatrlar bu holatni quyidagicha izohlaydilar: bolalarning kunduzgi vaqtda terlashi tez bug'lanadi, bolalar aynan kun davomida

o'zlarining asosiy energiyalarini sarflaydilar. Tungi vaqtda ham ter bezlari faol ishlab turadi ammo bola o'zining energiyasini faol sarflamaydi, shu sababli ajralgan ter bug'lanmaydi, aksincha organizmda to'planib qoladi. Shu bilan birga bolalarda ter bezlari funksiyasining to'liq ishlamasligi va termoregulyatsiya markazining yaxshi rivojlanmaganligi bois uyqu vaqtida ko'p terlash holati tez-tez uchray turadi. Ter bezlarining faol vazifa bajarishi bola hayotining 3-haftasidan boshlanadi. Ammo, to'liq shakllanishi 5-6 yoshlarda ro'y beradi. Odatda tungi uyqu vaqtida ko'p ter ajralishi 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda kuzatiladi. Bola 4 yoshdan oshgach bunday holat kamdan kam qayd etiladi. Ter bezlarining vazifasi faqatgina organizmni sovutish emas, balki organizmda to'plangan zaharli moddalar, toksinlarni ham ajratib tashlash kabi funksiyasi ham mavjud va bu jarayon nerv tizimi bilan birgalikda amalga oshiriladi. Mutaxassislar fikricha bolalarning ko'p terlashiga quyidagilar sabab bo'ladi:

- Xona haroratining yuqori bo'lishi yoki ob havoning issiq bo'lishi natijasida bolaning terlashi;
- Kun davomida bola emotsional holati, qo'zg'aluvchanligi, nerv tizimining ta'sirlanishi tungi vaqtda ko'p terlashga sabab bo'ladi;
- Shamollash kabi holatlarda;
- Nasliy moyillik.

Ko'p ter ajralishi ayrim kasalliklar natijasida ham ro'y beradi, ular quyidagilar bo'lishi mumkin:

- Vitamin D yetishmovchiligi va raxit;
- Apnoe;
- Qalqonsimon bez funksiyasida kamchiliklar;
- Jigar va oshqozon ichak tizimidagi muammolar;
- Yurak-qon tomir kasalliklari;
- Immun tizimidagi o'zgarishlar;
- Bolaning qizib ketishi;

Bola dunyoga kelgach hayotining 3-haftasidan boshlab tashqi muhit haroratiga ta'sirlanishni boshlaydi. Issiq havo bola termoregulyatsiya markazini faollashtiradi. Bola 5-6 yoshgacha bo'lgan davrda issiq havoga juda sezuvchan bo'ladi va organizm bunday vaziyatda kuchli qo'zg'alishi, ter ajralishi ko'payishi mumkin.

Bolakaylarning qizib ketishi va ko'p terlamasliklari uchun quyidagilarga rioya etish lozim:

- Bolalar xonasida optimal harorat 18-21 gradusni tashkil etishi, namlik miqdori esa 50-60 % bo'lishi maqsadga muvofiq. Quruq havo ham ter bezlari ishini faollashtirib yuboradi.
- Bolakay uxlaydigan xonani tez tez shamollatib turish zarur: kun davomida 10-20 daqiqadan 3-4 marotaba.
- Bolakaylarni xona haroratiga mos holatda kiyintirish kerak. Kiyim matolari tabiiy bo'lishi va havo o'tkazishi tavsiya etiladi.

Nerv tizimining kuchli qo'zg'alishi

Bola hayotining 1 yilida nerv tizimi juda qo'zg'aluvchan bo'ladi. Kun davomida bolakay atrof olamga moslashadi, juda ko'plab emotsiyalar, ko'plab ta'surotlar oladi, yangi yangi qobiliyatlarni o'rganadi, shu sababli nerv tizimi juda kuchli ishlaydi. Hatto, bolakay tunda

uxlayotganda ham uning nerv tizimi faol ishlab turishi mumkin. Bu esa uyqu vaqtida ter ajralishining ko'payishiga sabab bo'ladi.

Bola nerv tizimi zo'riqishini kamaytirish va ter ajralishini kamaytirishning bir necha usullari mavjud, ular quyidagilar:

- Kechki vaqtda faol o'yinlarni va televizor tomosha qilishni kamaytirish, ular o'rniga kitob o'qish yoki yengil o'yinlar o'ynash kerak;
- Uyqu oldidan toza havoda bolakay bilan biroz sayr qilishga harakat qiling;
- Bolakayni yengilgina massaj qilish ham bolani tinchlantiradi va uyqusida bezovta bo'lmasligini ta'minlaydi;
- Uyqu oldidan tinchlantiruvchi xususiyatga ega bo'lgan o'simliklar solingan iliq suvda bolakayni cho'miltiring;

Bola nerv tizimining faol o'sishi natijasida ham uyqu vaqtida ter ajralishi ko'payadi, bu normal fiziologik holat hisoblanadi.

Shamollash kabi kasalliklar

Bolakay optimal sharoitda uxlasa ham uyqu vaqtida ko'p terlasa, bun organizmda qandaydir patologik jarayon ketayotganidan darak beradi, ko'pincha shamollash xarakteridagi kasalliklarda shunday holat kuzatiladi.

Ko'p ter ajralishi bola organizmining keraksiz moddalar, toksinlardan tozalashga harakat qilayotganini bildiradi. Bundan tashqari shamollash jarayoni yuqori tana harorati, yo'tal, nafas olish qiyinligi, holsizlik bilan namoyon bo'lishi yoki yashirin kechishi ham mumkin – bunda onalar bolalarida faqatgina ko'p ter ajralishi sezadilar xolos.

Agar siz bolangiz uyqu vaqtida ko'p terlashining sababini biror bir kasallik bilan bog'lasangiz yoki shunga shubha qilsangiz darhol shifokorga murojaat eting.

Holatni yengillashtirish uchun shunchaki bolakayga ko'proq suyuqlik ichiring.

Ko'p ter ajralishida nasliy omilning o'rni

Organizmning ko'p ter ajratishi nasldan naslga juda kam holatlarda beriladi. Agar bolakayda ko'p ter ajralishi sababi genetik darajada belgilangan bo'lsa, bolada kunning har qanday qismida ko'p terlash kuzatilishi mumkin, faqatgina uyqu vaqtida emas. Bunday vaziyatda holatni yengillashtirish uchun ter ajralishini ko'paytiruvchi omillarni bartaraf etish zarur:

- Bolakay bilan faol harakat talab etmaydigan o'yinlar o'ynash;
- Bolani stress holatlarga tushmasligini ta'minlash;
- Dorivor o'tlar solingan suvda bolani cho'miltirish (romashka, kalendula, qirqbo'g'im va boshqalar).

Uyquda ko'p terlash: jiddiy kasalliklar sababli

Kam holatlarda ammo shunday bo'lsada, uchrab turadigan vaziyat – bola uyquda ko'p terlashiga sabab jiddiy kasalliklar bo'lishi mumkin. Patologiyani faqatgina shifokor aniqlay oladi, bunda ko'p ter ajralishidan tashqari boshqa simptomlar ham yuzaga chiqadi.

Vitamin D yetishmovchiligi va raxit kasalligi sababli bolaning ko'p terlashi bilan birga quyidagi belgilar ham yuzaga chiqadi:

- Ajralgan ter quyuq va o'ziga xos hidga ega bo'ladi;
- Bola ensa sohasida soch to'kilishi kuzatiladi ("taqa bosh");
- Bolakay doimo notinch va qo'zg'aluvchan bo'ladi;
- Bola uyqu vaqtida tez-tez uyg'onib ketadi.

Bolada ko'p terlash bilan birgalikda yuqorida sanab o'tilgan belgilar ham kuzatilayotgan bo'lsa darhol shifokorga murojaat eting, davo muolajalari o'z vaqtida boshlanmasa bolakay nogiron bo'lib qolishi ham mumkin.

Apnoe kabi patologik holat bola hayotiga xavf soladi. Bunday vaziyatda bolada quyidagi belgilar ham namoyon bo'ladi:

- Bolakay uyqu vaqtida qaltirab ketadi;
 - Bola uyqu vaqtida kuchli nafas oladi va xurrak otadi;
 - Uyquning buzilishi va har xil tushlar ko'rishi;
 - Kun davomida bolaning holsiz bo'lishi, bola e'tiborini bir joyga jamlay olmasligi;
- Yurak-qon tomir tizimi bilan bog'liq kasalliklar quyidagi belgilar bilan namoyon bo'ladi:
- Sovuq ter ajralishi;
 - Hansirash;
 - Qo'llarning sovuq bo'lishi.

Ba'zida ko'p ter ajralishi qalqonsimon bez faoliyatining buzilishidan darak beradi va quyidagi belgilar kuzatiladi:

- Ishtahaning pasayishi;
- Yurak urishining tezlashishi;
- Tez charchab qolish va holsizlik;
- Bola kayfiyatining o'zgaruvchanligi;
- Tungi vaqtda tez-tez siyib qo'yish;
- Qovoqlar pirillashi.

Bolakayda uyqu vaqtida ter ajralishining ko'payishi va qo'shimcha belgilarning namoyon bo'lishi shifokorga murojaat etish uchun yetarlicha sabab bo'la oladi.

Bolakay salomatligi va hayoti muhim ahamiyatga ega bo'lgan vaziyatda hech qachon mustaqil ravishda uy sharoitida davo muolajalarini o'tkazish kerak emas.

SOG'LOM TURMUSH TARZIGA RIOYA QILISH-AHOLI SALOMATLIGINING ASOSIDIR

Babajanova S. Y., Samandarova B.S.

Urganch davlat universiteti

Tjshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Mamlakatimizda turli kasalliklarning oldini olish, davolash va nazorat qilish, aholi orasida barvaqt o'lim xamda kasalliklarni sonini kamaytirish yuzasidan bir qancha chora tadbirlar amalga oshirilmoqda. Umumxalq mulki bo'lmish sixat salomatlikka nisbatan ongli va ma'suliyat bilan yondashish jamiyat va uning barcha a'zolarining turmush, ahloq normasi bo'lmog'i zarur. Inson hayoti, sog'ligi-eng katta ijtimoiy boylik hisoblanadi.

Sog'lom turmush tarziga rioya qilish uchun baxtli bo'lish sirlarini o'rganmoq zarur. Buning uchun ko'proq kitob o'qish xamda quyidagilarga rioya qilish kifoya. O'tgan kunlaringizni esdan chiqarib, barcha diqqatingizni bugungi kunga qaratmog'ingiz kerak. O'z hayotingiz uchun ma'suliyatni his qilishni o'rganib erkin bo'ling. Insonlar uchun

yaxshi yoki yomon hayot berilmaydi. Insoniyat va boshqa tirik jonzotlarga xayot beriladi. Xar bir inson o'z xayotini yaxshi yoki yomon qilishi uning o'ziga bog'liq bo'ladi. Shuning uchun xam o'zaro munosabatlarni yo'lga qo'ying. Mehr muhabbat xamisha birinchi o'rinda bo'lishi kerak. Yaratuvchanlik qiling, xamisha qatiyat bilan oldinga intiling. O'zligingizni unutmang, birovni amri bilan ish tutmang. Xamisha oldingizga maqsad qo'yib yashang. Baxtli bo'lish uchun hayotda o'z maqsadlaringiz bo'lishi kerak. O'zingizda nimaiki bo'lsa qadriga yeting, xamisha ijobiy fikrlang. Aytishadiku yaxshi niyat yarim mol deb. O'zingizda bor narsalardan foydalaning. Axmoq odam baxtni tog'lar ortidan, aqlli inson esa baxtni oyoqlari ostidan izlaydi deyishadiku mashoyixlarimiz. O'zgaring, baxt xamisha unib o'sadigan, rivojlanadigan, o'qib-izlanadigan kishiga keladi. O'zingiz ustingizda shunchalik qattiq ishlangi birovlarini g'iybat qilishga umuman bo'sh vaqt qolmasin. Baxtli bo'lishingiz uchun esa siz sog'lom bo'lishingiz kerak. Sog'lom bo'lishingiz uchun siz sog'lom turmush tarziga rioya qilib yashashni bilishingiz zarur. Sog'lom turmush tarzining dasturiga amal qilib yashashni o'rganing. Dasturga amal qilishni bugundan boshlang. Buning uchun o'zingizga faol xarakatli kun tartibini tuzing. Unga birinchidan ertalabki badantarbiyani kiriting va kamida xar kuni 5-daqiqadan boshlab 20 daqiqagacha barcha bo'g'inlaringizni xarakatini ta'minlaydigan mashqlarni bajarishga odatlaning. Ikkinchidan sog'lom va ratsional ovqatlanishni tashkil qilish kerak. Asosan ovqat ratsioningizga o'simlik mahsulotlarini iste'mol qilishni kiriting. Ayniqsa don dukkakli o'simliklardan sulii yormasi, mosh, loviya, no'hat kabilardan tayorlangan masalliklarni iste'mol qilishga harakat qiling. Ko'katlar va sabzavotlar istemolini kanda qilmang. Xar kungi ovqat ratsioningizga xo'l va quruq mevalarni xam kiriting. Bir kunda 2 ta olma, bitta nok, 2 ta yong'oq, 2 ta bodom, 23 ta mayiz istemol qilishga xam xarakat qiling. Xar xaftada bir marta tushlik paytida baliq taom istemol qilishga odatlaning. Quyuq va kaloriyasi kuchli ovqatlarni tushlikda suyuq va kaloriyasi past ovqatlarni asosan kechqurungi ovqatlanish paytida iste'mol qilishga odatlanish kerak. Muntazam ravishda shaxsiy va umumiy gigiyena qoidalariga rioya qilinsa inson organizmiga tashqaridan kiradigan mikroorganizmlarning oldi olinadi, bu esa xavfli va yuqumli kasalliklarga chalinishni oldini oladi. Xalqimizda kasallikni davolagandan ko'ra uni oldini olgan ma'qul degan ibora bor, bu juda to'g'ri va o'rinni aytilgan ibora hisoblanadi. Jismoniy tarbiya va sport bilan shug'ullangan, vaqtida normal va to'laqonli uyquga odatlangan, doimo o'z organizmini turli shikastlanish va baxtsiz hodisalardan saqlagan kishilarning umr yo'llari uzun bo'ladi. Bundan tashqari turli zararli odatlardan voz kechishga xam odatlanishimiz kerak. Aksariyat hollarda zararli odatlarga spirtli ichimliklarni ichish, tamaki mahsulotlarini iste'mol qilish, notog'ri jinjiy hayotni kiritamiz. Bular xam zararli odatlarga kiradi lekin xozirgi paytda inson organizmi uchun zarar keltiradigan boshqa holatlar ham zararli odatlarga misol bo'la oladi. Masalan odam organizmidagi organlardan biri bo'lgan jigar faoliyatini ishdan chiqaradigan zararli odatlarga quyidagilarni kiritishimiz mumkin.

1. Juda kech uxlash va kech uyg'onish. 2. Peshobni o'z vaqtida chiqarmaslik. 3. Juda ko'p ovqat iste'mol qilish. 4. Muntazam ravishda nonushta qilmaslik. 5. Muntazam ravishda yog'li va chala pishirilgan ovqatlarni iste'mol qilish. 6. Muntazam ravishda rangli ichimliklarni va spirtli ichimliklarni ichish kabi zararli odatlardan voz kechishni bilishimiz zarur, aks holda organizm asta sekinlik bilan yemirila boshlaydi. Afsuski, ba'zi bir kimsalar oddiy - ilmiy asoslangan «sog'lom turmush tarzi»ga amal qilmaydilar, uning chuqur mazmuniga ahamiyat bermaydilar.

Xar bir shaxs - inson uchun eng birinchi mezon «sogʻliq» boʻlishi, soʻngra odam oʻz imkoniyatiga qarab oldiga qoʻygan ichki va tashqi masalalarni toʻgʻri tahlil qilib hamda ularni bajarish mumkin ekanligini aniqlagan holda shaxsiy dasturiga ega boʻlmogʻi lozim. Sogʻlom turmush tarzini shakllantirish kelajak avlod va bugunimiz kafolatidir.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Arziqulov R.U. Sogʻlom turmush tarzi asoslari. T.2005.
2. N.R.Ochilova “Valeologiya asoslari” oʻquv moduli.2014y.
3. Safarova D. va boshq. Valeologiya. T.2006.

PROSPECTS FOR THE TREATMENT OF ADHESIVE DISEASE

Abdulxakimov A. R., Fattaxov N. H.

Ferghana Medical Institute of Public Health, Fergana, Uzbekistan

For more than 125 years, surgeons around the world have been fighting the formation of adhesions in the abdominal cavity, but this problem remains far from being resolved. Analyzing the literature data, it should be noted that currently there are no reliable methods for preventing adhesive complications during primary operations on the abdominal organs. Relapses of adhesive intestinal obstruction after surgical treatment are observed in about 20-71% of patients. There are still unresolved questions about the need to completely eliminate adhesions in the abdominal cavity during surgery, since there is a threat of developing a relapse of adhesive intestinal obstruction due to the remaining adhesions. However, it is known that the traumatic nature of the total separation of adhesions can lead to repeated adhesions. It was found that intestinal obstruction after surgical interventions in the first 6-14 days after surgery is associated with inflammatory processes in the abdominal cavity (peritonitis, anastomositis). The obstruction that develops later than three weeks after surgery is associated with the transformation of young connective tissue into fibrous scar tissue. Currently, acute adhesive intestinal obstruction accounts for 60-70% of all forms of intestinal obstruction, and postoperative mortality ranges from 13-60%. An important feature noted recently is the redistribution in frequency of individual forms of intestinal obstruction. Thus, such forms as nodulation, intussusception, and inversions began to occur much less frequently, but the frequency of obturator obstruction caused by a colon tumor increased. As before, the most common form is adhesive intestinal obstruction.

Conclusion: The search for modern methods of treatment and diagnosis of adhesive disease always remains in demand in modern abdominal surgery, and the knowledge and application of the latest methods of treatment allows you to get out of a difficult intraoperative situation, which in the future will lead to the restoration of patency of the small intestine.

TOKSOPLAZMOZ KASALLIGINI KELIB CHIQISH SABABLARI, DIAGNOSTIKASI, ULARNI DAVOLASH USULLARI VA PROFILAKTIKASI

Kadirova X.A, Obidjonov Z.

Annotatsiya: Maqolada toksoplazma protoozoasini morfologiyasi, ko'payish usullari, toksoplazmoz kasalligi qanday kelib chiqish sabablari, odam organizmiga yuqishi, profilaktikasi, diagnostika usullari va uni davolash haqida ma'lumot berilgan.

Kalit so'zlar: Toxoplasma gondii, oraliq xo'jayin, kasallikni tarqatuvchilar, virulent shtamm, toksoplazmoz turlari, diagnostikasi, davolash usullari, profilaktikasi

Toksoplazmoz – ichki a'zo va tizimlar faoliyatini izdan chiqaradigan parazit kasallik; bir hujayrali sodda hayvon – toksoplazmalar qo'zg'atadi. Mushuk ichagi *Toxoplasma gondii* ning yashash makonidir. Ushbu o'ta kichik organizm birhujayrali hisoblanadi, biroq hayvonlar olamiga mansub. Bakteriyaga nisbatan genetik material unda ancha murakkabroq joylashtirilgan. Bundan tashqari, toksoplazma ancha "mazmunga boy" va qiziqarli hayot kechiradi.

Toksoplazma mushuklarning ichagida ko'payadi. Mushuk toksoplazmaning xo'jayini hisoblanadi, qolgan barcha hayvonlar esa unga tomon harakatlanishda taksi rolini o'ynaydigan oraliq xo'jayini hisoblanadi. Itlar, mushuklar va toksoplazmoz bilan og'rigan bemorlar kasallikni tarqatuvchilar hisoblanadi. Ular o'zlarining so'lagi, siydigi, najasi, sudi, burun shilimshig'i orqali tashqi muhitga ko'plab kasallik qo'zg'atuvchisini tarqatadi.

Mushuk toksoplazmozni hayotida bir marotaba yuqtirishi mumkin va shu davrda u biz uchun ayniqsa xavfli hisoblanadi. Katta mushuk, odatda, toksoplazmozni boshdan kechirib bo'lgan bo'ladi hamda u uchun kasallikni qayta boshdan kechirish xavfi yo'q. Agar so'nggi xo'jayinni uchratish imkoniyati bo'lmasa-yu, mushuk axlatini sutemizuvchi hisoblanmish uning xo'jayini tozalasa, toksoplazma bunday variantga ham rozi bo'ladi. Toksoplazmalar yangi xo'jayinni kutib mushuk axlatida o'z faolligini besh yilgacha saqlashi mumkin. Bu, albatta, mushukning egasi yoki bir tasodifiy mushuk bo'lishi shart emas, bog', egat oralab izg'ib yurgan boshqa hayvonlar ham to'g'ri kelaveradi. Toksoplazmani orttirib olishning asosiy "imkoniyati" – xom mahsulotlarni iste'mol qilish.

Toksoplazma yuqtirib olishning uch usuli mavjud: Yuvmagan meva va sabzavotlarni, shuningdek yetarli darajada termik ishlov berilmagan go'shtni iste'mol qilish. Go'sht kombinati xodimlarining qoni, qon quyish yoki organlarni ko'chirib o'tkazish orqali yuqtirish. Ayniqsa, bu yuqori virulent shtamlarga (odam uchun eng xavfli bo'lgan qo'zg'atuvchi turlari) taalluqlidir.

Homiladorlik davrida toksoplazmaning yo'ldosh orqali kirishi hisobiga homilaning birlamchi infeksiyalanishi kuzatiladi.

Toksoplazmoz bilan zararlanish ehtimoli yuqori. Aholining taxminan uchdan biri qismi toksoplazma tashuvchisi hisoblanadi. Toxoplasma gondii parazit hisoblanadi, sababi u kichik yer bo'lagida yashamaydi hamda o'simliklar va suvga zarar keltirmaydi, balki yashash uchun boshqa tirik mavjudotlardan foydalanadi. Biz, insonlar, ko'rsatilgan xizmatlar evaziga hech narsa berishni istamaydiganlarni, bundan tashqari, ziyon keltirish qobiliyatiga ega bo'lganlarni parazit deb ataymiz. (Masalan, atrof-muhit va ekologiya resurslaridan foydalanish jarayonida unga talafot yetkazuvchi zamonaviy inson.)

Katta sog'lom insonlarga toksoplazma kuchli zarar yetkazishga qodir emas. Kimdir gripp yoki ORVI alomatlarini sezadi, kimdirda hech qanday belgilar kuzatilmaydi. O'tkir faza tugaganidan keyin toksoplazmalar to'qimalarimizga joylashib olib uyquga ketadilar. Endi

ular biz bilan bir umrga qolishadi, lekin, odatda, ular tinch xonadon ijarachilaridir. Bu holat toki ularni qayta yuqtirib olmagunimizgacha davom etadi, allaqachon yuqtirganligimizga qaramay.

Toksoplazmoz bilan homilador ayol kasallansa, vaziyat jiddiylashadi. Qo'zg'atuvchi qon oqimi bo'ylab homilaga yetib borishi mumkin. Immun tizimi u bilan hali tanish emas va shu bois tezkor ta'sir choralarini ko'ra olmaydi. Bu kamdan-kam sodir bo'ladi, ammo sodir bo'lsa, homiladorlik asoratlar bilan kechishi va hatto homila tushib qolishi bilan tugashi mumkin. Agar infeksiya uning erta bosqichlarida aniqlansa, ehtimol, dori-darmonlar yordam beradi. Odatda, toksoplazmozga antitana uchun tekshiruv (TORCH-infeksiyalarga tahlil) homiladorlikning 1–10 haftalarida topshiriladi. Agar akusher-ginekolog: "Sizda mushuk bormi?", degan g'alati savol bersa, – buni ma'nosiz suhbat sifatida qabul qilmang. Shifokoringiz haqiqatan juda muhim narsalarni aniqlashtiryapti. Toksoplazmaning mavjudligi – har kuni mushuklar hojatxonasi gigiyenasi bilan shug'ullanishga qo'shimcha sababdir.

Xom go'shtni kesib ajratish ham homiladorlik davrida tavsiya etilmaydi, sabzavot va mevalarni esa yaxshilab yuvish kerak. Toksoplazmani tashib yuruvchi boshqa odamlar inson uchun zararli hisoblanmaydi. Faqat yangi infeksiyalangan mushuk ichagidagi namunalar xavf tug'diradi. Toksoplazmalar atrofimizdagi buyumlarda va hatto hayvon egasining qo'llarida ham bo'lishi mumkin.

Kasallik turlari. Tibbiyotda tug'ma va orttirilgan toksoplazmoz farq qilinadi. Statistika bo'yicha 15 yoshdan 45 yoshgacha bo'lgan ayollarning 15-25 % i *Toxoplasma gondii* bilan zararlanganlar. Tug'ma toksoplazmoz bilan har 10 000 yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 1 dan 10 tasigacha kasallanishi mumkin, shularning orasidan 3-10 % ida og'ir tug'ma anomaliyalar ham kuzatiladi. *Tug'ma toksoplazmozda* kasallik ona organizmidan qon orqali homilaga o'tadi. Toksoplazmoz homilaga dastlabki oylarda yuqsa, bola tushadi yoki o'lik, yoxud majruh bo'lib tug'iladi. *Orttirilgan toksoplazmoz* o'tkir va surunkali kechadi. O'tkir toksoplazmozda bemor isimalaydi, boshi, mushaklari og'riydi; limfa bezlari, ko'z, teri, miya qobiqlari va ichki a'zolariga putur etadi. Surunkali toksoplazmoz yillab cho'zilishi mumkin. Bunda bemorning harorati yuqori bo'ladi, boshi og'riydi; quvvatsizlik, asabiylashish kuzatiladi; ko'rish, xotira va ish qobiliyati pasayadi; jigar, taloq va limfa bezlari shishadi; gepatit, miokardit, zotiljam yuzaga kelishi mumkin. Diagnostik usullari. Toksoplazmoz diagnostikasida eng asosiy tekshiruv usullari bu serologik test, UTT (UZI) va amniotik parda punksiyasi hisoblanadi. Laborator tekshiruv diagnostikaning birinchi "qadami" bo'lib, unda immunoferment analiz (IFA) o'tkaziladi yoki maxsus test-tizim o'tkaziladi. Bu tekshiruvda immunoglobulin M (IgM) va G (IgG) qonda aniqlanadi. Agar analiz natijalari manfiy bo'lsa, toksoplazmoz kasalligi ham bo'lmaydi. IgM ko'p miqdorda aniqlanishi *T.gondii* ning inson organizmiga birinchi marotaba kirganligidan darak beradi. So'ngra titr ko'rsatkich sekin-asta oshib boradi va parazit invaziyasidan 5-20 kun o'tib maksimum darajaga yetadi.

Toksoplazmoz bilan zararlangan ayol qonida IgG miqdori parazit kirganidan so'ng 7-14 ichida aniqlanadi va 3-6 oy ichida maksimum darajaga yetadi. Ko'p holatlarda IgG miqdorining oshishi toksoplazmozning latent kechayotganligidan dalolat beradi. Musbat natija aniqlanganda tekshiruv 3-4 marotaba qayta o'tkaziladi.

Homilador ayollarda UTT (UZI) tekshiruvi homilaning holatini aniqlash uchun kerak bo'ladi. Ko'pincha tug'ma toksoplazmoz belgilari yaqqol aniqlanmaydi yoki tashxisni tasdiqlash uchun yetarlicha bo'lmaydi.

Kasallikni davolash. O'tkir (faol) infektsiyani davolash uchun shifokorlar infektsiyani tozalash va kasallikning rivojlanishining oldini olish uchun antibiotiklarni va boshqa preparatlarni buyuradilar. Eng ko'p buyurilgan dorilar quyidagilarni o'z ichiga oladi:

O'tkir to'qimalar infektsiyasini davolashda eng samarali vosita deb hisoblangan antimalarial preparat – *pirimetamin*. Pirimetamin bilan birgalikda ishlatiladigan antibiotik preparati bo'lgan - *sulfadiazine*. *Clindamisin*, muqobil antibiotik, pirimetamin bilan birga ishlatiladi. Trombotsitopeniya (past trombotsitlar) xavfini kamaytirish uchun qo'shimcha sifatida ishlatiladigan *foli kislota*.

Olti haftalik terapiya kunlik dozasida pirimetamin, tanlangan antibiotikning to'rt kunlik dozasi va kunlik foli kislota dozasini o'z ichiga oladi. Nüksni oldini olish uchun antibiotik preparati trimetoprim va sulfametoksazol (TMP-SMX) to'rt hafta davomida har kuni bir marta olinadi.

Homiladorlikda toksoplazmoz davosi o'tkir shaklida va klinik belgilar bilan namoyon bo'lgandagina olib boriladi. Agar kasallik klinik simptomlarsiz kechadigan bo'lsa, patologiya o'z-o'zidan o'tib ketadi. Homilaning zararlanishiga asoslanib davo muolajalari ikki xil yo'l bilan olib boriladi. Homila zararlanmagan bo'lsa (PZR ga asoslangan holda) makrolid guruhiga kiruvchi antibiotiklar qo'llaniladi (Spiramitsin). Bu kabi preparatlar homila to'qimalarida to'planadi va parazitning vertikal yo'l orqali yuqishiga to'sqinlik qiladi.

Profilaktikasi. Kasallikning oldini olish uchun kasal uy hayvonlarini aniqlash va ularni ajratib qo'yish; bolalarni it, mushuk bilan o'ynashlariga yo'l qo'ymaslik lozim. Iste'mol qilinadigan go'sht, sut mahsulotlarini, albatta, yaxshilab pishirish yoki qaynatish kerak.

Foydalanilgan adabiyotlar va saytlar:

1. Biologiya: Tibbiyot institutlarining talabalari uchun darslik .Toshkent 2015y. 120-128b
3. Tibbiy biologiya va genetika. Toshkent 2005y.241-248b
2. ikid.uz
3. avitsenna.uz

KAMQONLIK BOSHQA KASALLIKLARGA HAM YO'L OCHISHI BILAN XAVFLIDIR.

Teshaboev U.A, U.Sh.Maxamatov, X.O.Xojimatov
Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti. O'zbekiston

Butun jaxon sog'liqni saqlash tashkilotining ma'lumotiga ko'ra umumiy er axolisini 24.8% inson kamqonlik bilan xastalangan. Kasallikka chalinganlardan 75 foizi temir tanqisligi, zaruriy elementlarga boy mahsulotlarni iste'mol qilmaslik oqibatida yuzaga kelmoqda.

Har bir katta yoshli odamning tanasida taxminan 5 litr qon mavjud. Agar siz o'z tanangizda qancha qon borligini bilmoqchi bo'lsangiz, unda eslab qoling - bu tana

vaznining 7 foizini tashkil qiladi. Kamqonlik (anemiya) – qonda eritrotsitlar soni va gemoglobin miqdorining kamayishi, sifatining o'zgarishi bilan kechadigan kasallikdir.

Kasallikni birmuncha keng tarqalgan xili temir va V₁₂ vitamini etishmasligi oqibatida kelib chiqadigan kamqonlikdir. Oz-ozdan uzoq vaqt qon ketib turganda, masalan, bavsir yoki me'da va o'n ikki barmoq ichak yarasi kasalligida ham, ko'pincha, anemiya kuzatiladi. Hayz qoni uzoq va ko'p ketadigan ayollarda ham temir etishmasligidan kelib chiqadigan anemiya tez-tez uchrab turadi.

Temir tanqislik kamqonlikni belgisi turli tuman bo'ladi. Temir moddasi etishmasligi odam tanasida sog'lom qizil qon tanachalari (eritrotsitlar) rivojlanmasligiga olib keladi. Bu qizil qon tanalari o'zida temir-oqsil birikmali modda (gemoglobini) tutib, ushbu modda o'pkadan kislorodni olib to'qimalarga olib boradi. Temir etishmasligiga aloqador anemiyaning oldini olish va davolashda qon yo'qotish ehtimoli bo'lgan manbalarni o'z vaqtida aniqlash va ularni bartaraf etish, homilador bo'lish va tutishni ma'lum darajada rejalashtirishga erishish, bekamu ko'st ovqatlanishga rioya qilish lozim.

V₁₂ vitamini yoki folat kislota etishmasligi oqibatida kelib chiqadigan anemiya ancha kam uchraydi. Anemiyaning bu xilida o'ziga xos alomatlar: til achishishi, kasallik o'tkazib yuborilganda nerv tizimining zararlanish (funikulyar mieloza) belgilari kuzatiladi. Bu xil anemiyaning oldini olish uchun me'da-ichak yo'lining surunkali kasalliklari, ayniqsa, ich ketishi bilan o'tadigan kasalliklarni o'z vaqtida aniqlab davolash juda muhim. Gijja tarqalgan joylarda ulardan zararlanishning oldini olish choralarini ko'rish zarur, kasallik paydo bo'lganda esa o'z vaqtida davolash lozim.

Eritrotsitlarning ko'plab emirilishi bilan bog'lik gemolitik anemiya xillari ko'p. Ular irsiy yoki orttirilgan bo'lishi mumkin, odatda, teri hamda shilliq qavatning sarg'ayishi, eritrotsitlar soni va gemoglobin miqdorining kamayishi bilan kechadi.

Bolalarda uchraydigan kamqonlik bola organizmida temir moddasining etishmovchiligi oqibatida yuzaga keladigan kamqonlik boshqa kasalliklarga ham yo'l ochishi bilan xavflidir. Sababi anemiyadan shikoyat qilayotgan bemorlarning boshqa infeksiyon xastaliklarga chalinish ehtimoli ham yuqori bo'ladi. Bolalardagi anemiyani pediatr, qiyin holatlarda esa gematolog davolaydi. Bolalar anemiyasi butun dunyo pediatriklarining muammosi sanaladi. Qon tarkibidagi gemoglobin miqdorining pasayib ketishi kamqonlik kasalligiga sabab bo'ladi. Miyaga kislorod etkazib berish esa aynan qondagi gemoglobinning asosiy vazifasidir. Bu kasallik bilan og'rigan va immuniteti past bemorlarda turli infeksiyon xastaliklarga chalinish xavfi yuqori bo'ladi. Kislorod organlar va to'qimalarga gemoglobin – temir tarkibidagi maxsus oqsil orqali etkaziladi. O'rtacha gemoglobin darajasini quyidagi raqamlarda ko'rishingiz mumkin:

- yangi tug'ilgan chaqaloqlarda – 180 - 240 g/l gacha;
- 1 oydan 5 yoshgacha - 110 - 115 g/l gacha;
- 5 yoshdan 12 yoshgacha - 110 - 120 g/l gacha;
- 12 yoshdan 15 yoshgacha – 120 - 140 g/l gacha.

Ushbu me'yorlarning buzilishi kamqonlik xastaligining kelib chiqishiga sabab bo'ladi.

Kamqonlik xastaligining belgilarini bilish xamma uchun foydali deb o'ylaymiz. Kamqonlikning asosiy belgisi - doimiy charchoq hissi, tez charchab qolish (ammo, agar siz charchagan bo'lsangiz, sizda anemiya bor deb qat'iy aytib bo'lmaydi - charchashning boshqa sabablari ham bo'lishi mumkin), teri va shilliq qavatlar rangi oqishligi (anemiya kuchaygani sayin terining rangi oqarib ketadi hamda qo'llar va oyoqlar sovuq bo'lib, doimiy muzlaydi), ko'zning pastki qovog'i ostidagi shilliq qavati oqargan, rangpar xolda

bo'lsa sizda anemiya boshlangan bo'lishi mumkin. Uyquvchanlik, bosh og'riq, miya faoliyatini susayishi, asabiylik, tirnoqlar sinuvchanligi, qo'l va oyoqda uyushish, lablarga yoriq tushishi, soch to'kilishi, qisqa nafas, yurak o'ynashi, vaxima (agar sizda vaximaga tushish uchun boshqa sabab bo'lmasa, demak kamqonlikniki bo'lishi mumkin), turli qiziqishlar (temir tanqislik kamqonlikda muz eyish, qum eyish, qog'oz eyish, kesak yoki loy egisi kelishi, turli neft maxsulotlari, benzin yoki kraska xidlash yoqishi kabi qiziqishlar va odatlar) paydo bo'ladi. Ayollarda oy kunlarini buzilishi, hayz qoni uzoq va ko'p ketadigan ayollarda ham temir etishmasligidan kelib chiqadigan anemiya tez-tez uchrab turadi. Temir etishmasligiga aloqador anemiyaga bot-bot homilador bo'lish, uzoq vaqt bola emizish sabab bo'ladi, chunki homiladorlik va emiziklik davrida ona organizmidagi temir zaxirasining bir qismi bolaga o'tadi. xomiladorlikdagi kamqonlik xavfli bo'lishi (xomilani yaxshi rivojlanmasligiga va vaqtdan ilgari tug'ruqqa sabab bo'lishi) mumkin. Ushbu alomatlar mavjudligi faqatgina anemiyadan shubhalanishga yordam beradi, ammo ularning yordami bilan tashxis qo'yish mumkin emas.

Kamqonlikni davolashning to'liq jarayoni shifokor nazorati ostida o'tishi kerak. O'zingizni doimo kamqonlikdan asrang!

БЕРЕМЕННОСТЬ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 РИСКИ И ВЛИЯНИЯ НА БУДУЩЕГО РЕБЕНКА

Маматкулова М. Т.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

maxbuba61@mail.ru

Аннотация

Беременность - это особое время, полное волнений и ожиданий в жизни каждой женщине. Но для будущих мам страх, беспокойство и неопределённость омрачают это счастливое время в связи с существующей в настоящее время ситуацией по COVID-19.

Беременные с Covid-19 значительно хуже переносят как саму беременность, так и коронавирусную инфекцию. Взаимно осложняя друг друга, они на порядок повышают риск материнской смертности.

Тем не менее при заражении беременной женщины Covid-19 риск тяжелого течения инфекции действительно возрастает. Не в последнюю очередь потому, что во время беременности в организме будущей матери происходят физиологические

изменения, подавляющие иммунный ответ - чтобы предотвратить отторжение плода, который "всё же наполовину чужеродный имплант".

Ключевые слова: Беременность, COVID-19, пандемия, профилактические меры защиты, ультразвуковое обследование, биохимическое обследование крови. Актуальность:

Беременность - это особое время, полное волнений и ожиданий в жизни каждой женщине. Но для будущих мам страх, беспокойство и неопределённость омрачают это счастливое время в связи с существующей в настоящее время ситуацией по COVID-19.

В условиях, когда страны принимают более жесткие меры, чтобы сдержать распространение коронавирусной инфекции COVID-19, в нашей стране тоже были приняты ряд нормативно-правовых акты.

Распоряжением Президента Узбекистана от 29 января 2020 года, в целях обеспечения благополучной санитарно-эпидемиологической обстановки и предупреждения завоза и распространения нового типа коронавирусной инфекции 2019-nCoV (далее - COVID-19) на территории Узбекистана была образована Специальная Республиканская Комиссия.

Помимо решений, принятых Республиканской комиссией, на сегодняшний день, для предотвращения распространения COVID-19 были приняты следующие нормативно-правовые акты:

- Указ Президента Республики Узбекистан № 5969 от 19 марта 2020 года «О первоочередных мерах по смягчению негативного воздействия на отрасли экономики коронавирусной пандемии и глобальных кризисных явлений» ;
- Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан № 176 от 23 марта 2020 года «О дополнительных мерах против распространения коронавирусной инфекции» (ПКМ-176);
- Указ Президента Республики Узбекистан № 5978 от 3 апреля 2020 года «О дополнительных мерах поддержки населения, отраслей экономики и субъектов предпринимательства в период коронавирусной пандемии». (УП-5978).

Цели и задачи работы:

Более 2 года наш мир живет с COVID-19. За этот период накопилось достаточно данных об особенностях течения новой коронавирусной инфекции у беременных женщин, рисках и влиянии на будущего ребенка.

Ученые Оксфордского университета организовали международное исследование которое проводилось в 18 странах мира. Международное исследование показало, что Covid-19 при беременности связан со значительно более высоким риском тяжелых осложнений у матери и ребенка, чем считалось ранее.

Методы исследования:

Беременные женщины с Ковидом как и здоровые беременные, проходит 3-х кратное ультразвуковое скрининг обследование:

- 10-14 недель
- 20-24 недели
- 30-32 недели

При исследовании в 10-14 недель можно увидеть грубые пороки развития и / или признаки генетических аномалий, которые потенциально могут потребовать прерывания беременности. В этом сроке беременности на УЗИ диагностике важно

измерить копчико-теменной размер плода (КТР), величина шейной складки (NT), визуализация носовой кости (NB) и конечно же ТВП плода. У каждого плода существует незначительное количество жидкости в районе воротниковой зоны. Диаметр пространства этой жидкости измеряют на УЗИ. Также на этом сроке проводится комбинированный скрининг (биохимическое обследование крови на РАРР-А тест), с помощью которого врачи рассчитывают риски хромосомных аномалий и замедления роста у плода, а также риск развития преэклампсии у самой беременной. Доказано, что РАРР-А тест более специфичен для оценки рисков по хромосомной патологии, в том числе и синдрому Дауна. Анализ выявляет свыше 80% зародышей с синдромом Дауна. Для определения более точного уровня риска в расчет берутся результаты РАРР-А тест анализа, возраст матери и ТВП плода. Большое количество жидкости (ТВП) означает повышенный риск синдрома Дауна и других дефектов (в основном дефектов сердца). Проверка ТВП особенно важна при многоплодной беременности, так как она является выборочной проверкой из всех существующих видов скрининга, для расчета потенциального риска синдрома Дауна у каждого из зародышей. После 16-й недели беременности проводится тройной анализ – который проверяется в крови матери уровень свободного эстриола, АФП (альфа-фетопротеин) и ХГЧ. Этот анализ выявляет свыше 65% зародышей с синдромом Дауна, и помогает выявить другие серьезные патологии, особенно дефект нервной трубки.

В 20-24 недели на УЗИ оценивается строение внутренних органов плода, выявляются аномалии развития и своевременно диагностируются возможные инвалидизирующие заболевания. УЗИ на этом сроке беременности позволяет диагностировать или исключить до 80-90% патологий у плода. По результатам обследования первого и второго скрининговых сроков врач акушер-гинеколог совместно с беременной принимает решение о дальнейшей тактике ведения беременности.

На этапе 30-32 недели можно определить темпы роста плода и его предлежание, размеры и предполагаемый вес, исключить пороки развития, которые проявляются только на поздних сроках, оценить состояние плаценты и количество околоплодных вод, уточнить, не нарушено ли кровоснабжение у плода. По результатам этого обследования дальше принимается решение о способе родоразрешения – возможны ли естественные роды или необходимо кесарево сечение.

В одном из крупнейших на сегодняшний день исследований, посвященном изучению исходов Covid-19 при беременности, были представлены данные о более чем 2100 беременных из 18 стран мира. Беременные с Covid-19 значительно хуже переносят как саму беременность, так и коронавирусную инфекцию. Взаимно осложняя друг друга, они на порядок повышают риск материнской смертности. Тем не менее при заражении беременной женщины Covid-19 риск тяжелого течения инфекции действительно возрастает. Не в последнюю очередь потому, что во время беременности в организме будущей матери происходят физиологические изменения, подавляющие иммунный ответ - чтобы предотвратить отторжение плода, который "всё же наполовину чужеродный имплант".

Во второй половине беременности, когда размеры плода увеличиваются, возрастает давление матки на диафрагму, из-за чего дыхание матери становится

более поверхностным. Риск нехватки кислорода резко возрастает, если на этот естественный процесс накладывается еще и вирусное поражение легких.

Результаты исследования, начавшегося в марте прошлого года, значительно отличаются от представлений ученых годичной и даже полугодовой давности.

Поначалу эксперты ВОЗ считали, что новый коронавирус не представляет особой опасности для беременных - "в отличие от свиного гриппа", ставшего причиной пандемии 2009 года. Однако вывод этот был сделан, когда число подтвержденных случаев Covid-19 едва перевалило за 50 тысяч, почти все - в материковом Китае.

К лету, когда вспышка нового заболевания превратилась в полномасштабную пандемию, счет инфицированных коронавирусом беременных пошел на десятки тысяч. Тогда-то и стало понятно, что пациентки, ожидающие ребенка, попадают в реанимацию по меньшей мере в полтора раза чаще, чем женщины того же возраста, не находящиеся в положении. Оказалось, что к аппарату ИВЛ будущих матерей приходится подключать и того чаще.

В Узбекистане зарегистрировано 234 случая заражения беременных женщин коронавирусом, 120 из этих пациенток выздоровели и выписаны из медучреждений. Всего под наблюдением на карантине находятся свыше 2500 беременных женщин. А показатель смертности среди беременных составляет 2,9% (7 человек). (данные на июль 2020г)

Смертельные случаи наблюдались у тех беременных, у которых были сопутствующие заболевания. Это ожирение II и III степени, сердечно-сосудистая недостаточность, заболевания дыхательной системы, почек. Но на практике, а также согласно исследованиям Всемирной организации здравоохранения, у беременных женщин только с коронавирусом случаев смерти не наблюдалось.

Однако известно, что поскольку во время беременности происходят изменения в организме, в том числе в иммунной системе, некоторые респираторные инфекции могут представлять серьезную угрозу для беременных, сообщила ВОЗ.

Поэтому важно, чтобы беременные принимали профилактические меры защиты от COVID-19 и сообщали лечащему врачу о возможных симптомах (в частности, таких как повышенная температура тела, кашель, затрудненное дыхание).

Исследование выполнено при соблюдении высочайших научных стандартов и выводы его выглядят более убедительно и заслуживают куда большего доверия.

Во-первых, каждую его участницу наблюдали на протяжении всего срока: от постановки диагноза - до самых родов и какое-то время после них.

Во-вторых, каждой из таких пациенток фактически подбирали индивидуальную контрольную группу для сравнения - двух беременных женщин, максимально похожих на нее по возрасту и состоянию здоровья, но без коронавирусного диагноза.

При этом нужно отметить, что тяжелая форма Covid-19 развивалась далеко не у всех инфицированных беременных.

Вирус COVID-19 не был обнаружен во влагалищной жидкости, в пуповинной крови или в грудном молоке», - говорит Каде, хотя данные пока ещё собираются. До настоящего времени COVID-19 также не был обнаружен в амниотической жидкости или плаценте.

При этом ученые выяснили, что через материнское молоко вирус ребенку не передается - зато передаются защитные антитела. Правда, обеспечить безопасное расстояние при кормлении грудью невозможно, но риск передачи инфекции между матерью и ребенком можно свести практически к нулю, если сцеживать молоко и кормить детей "дистанционно".

Профилактика:

Лучшее, что мы можем сделать, - это принять все необходимые меры предосторожности, чтобы не заразиться COVID-19.

Выполнять простые упражнения для релаксации дома, «например, на растяжку, дыхательные упражнения и, если необходимо, поговорить с акушеркой. Заботьтесь о себе как можно больше. Хорошо питайтесь, употребляйте жидкость в достаточном количестве, положите руки на живот и наслаждайтесь беременностью.

Дополнительные меры защиты включают в себя частое мытьё рук водой с мылом, регулярную уборку и дезинфекцию поверхностей, к которым часто прикасаются дома, самонаблюдение за любыми признаками или симптомами, имеющими отношение к COVID-19, и незамедлительное обращение при наличии последних за медицинской помощью.

Если вы подозреваете, что у вас может быть COVID-19, важно незамедлительно обратиться за медицинской помощью и следовать инструкциям своего врача. Матери, которые достаточно хорошо себя чувствуют, должны перед кормлением ребёнка принимать меры предосторожности, в том числе носить маску, мыть руки до и после контакта с ребёнком, а также чистить/дезинфицировать поверхности. Если вы себя плохо чувствуете, сцеживайте молоко и кормите им ребёнка, используя чистую чашку и/или ложку, соблюдая те же меры предосторожности.

Выводы:

Беременные с Covid-19 значительно хуже переносят как саму беременность, так и коронавирусную инфекцию. Взаимно осложняя друг друга, они на порядок повышают риск материнской смертности.

Тем не менее при заражении беременной женщины Covid-19 риск тяжелого течения инфекции действительно возрастает. Не в последнюю очередь потому, что во время беременности в организме будущей матери происходят физиологические изменения, подавляющие иммунный ответ - чтобы предотвратить отторжение плода, который "всё же наполовину чужеродный имплант".

Но мы призываем по этому поводу не паниковать, не делать далеко идущих выводов и не принимать поспешных решений. Например, не откладывать запланированную беременность, и уж тем более не прерывать уже начавшуюся.

Мы хотели бы отдельно подчеркнуть: беременность на фоне пандемии - еще не повод для паники, у подавляющего большинства женщин беременность закончится нормальными, здоровыми родами - вне зависимости от того, были они инфицированы коронавирусом или нет.

Литература:

1. COVID-19 Юридический справочник по Узбекистану 05.05.2020г

2. Минздрав РУз №40-А «Положение о порядке предотвращения рождения детей с врожденными дефектами, препятствующими здоровью и выживанию плода».
3. С.Т. Инамова, А.Х. Каримов, С.А. Фазылова, М.М. Расулова, Х.К. Насритдинов, Ш.М. Камалидинова. Технология ультразвукового исследования в акушерстве. Т.: Фан, 2012.
4. Ромеро Р., Пилу Дж., Дженти Ф. и др. Пренатальная диагностика врожденных пороков развития плода. Пер. с англ. М.: Медицина, 1994.
5. Медведев М.В. Пренатальная диагностика врожденных пороков развития в ранние сроки беременности. 2005.
6. Медведев М.В. Основы ультразвукового скрининга в 18-21 неделю беременности: практическое пособие для врачей. М.: Реал Тайм, 2013.
7. А.Абухамад, Р.Шауи. Ультразвуковая диагностика аномалий развития плода в первом триместре беременности. Пер. С англ. Е.В. Юдиной. Р.: Видар-М, 2019.

САЛЬМОНЕЛЛЁЗ КАСАЛЛИГИНИ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАХЛИЛИ ВА ЭПИДЕМИЯГА ҚАРШИ ЧОРА ТАДБИРЛАР ТИЗИМИ

М.Т.Маматқулова.

Фаргона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

Аннотация.

Дунё миқёсидаги иктисодий, ижтимоий ҳамда сиёсий жараёнларнинг ривожланиш жадаллиги кескин суръат билан ўсиб бориши бараварида ичак инфекцияларини ҳам сезиларли даражада ўсиб бориши кузатилмоқда.

Калит сўзлар: госпиталь, бактерия ташувчанлик, манба, транзитор.

Мавзунинг долзарблиги: Сальмонеллёз касаллигини озиқ овқат маҳсулотлари орқали тарқалишини, бактерия ташувчанликни ва госпиталь инфекция тарзида учрашини олдини олиш.

Сальмонеллёзлар ичак инфекциялари гуруҳига мансуб касаллик бўлиб улар спорадик ва ёппасига авж оладиган касалликлар тарзида учрайди. Ҳозирги вақтда аҳоли ўртасида тиббий маданиятни кенг тарғиб қилиш натижасида кўпгина ичак инфекцияларини камайишига эришилди. Охирги йилларда дунёнинг барча мамлакатларида сальмонеллёз касаллигини учраши қайд қилинмоқда. Республикамизда сальмонеллёзларга қарши чора-тадбирларни қўллашимиз натижасида касалликни катталар ва болалар ўртасида учраш фоизи камайган. Сальмонеллалар ташқи муҳитда узок вақт яшай олиши, антибиотикларга сезгир,

аммо кейинги пайтларда уларнинг антибиотикларга сезгир бўлмаган, яъни чидамли штампларининг пайдо бўлиши, хайвонлар асосан қорамоллар, парандалар, озиқ-овқат маҳсулотлари табиатда сальмонеллэзларнинг асосий манбаи сифатида намоён бўлиши билан ажралиб туради. Одамлар сальмонеллэз инфекциясини тарқатишда иштирок этишини биринчи навбатда бактерия ташувчиликнинг мавжудлиги ва касалликнинг турли даврларида сальмонеллэзларнинг организмдан ажралиб чиқиши белгилаб беради. Сальмонеллэзнинг ўткир ва енгил тури билан касалланган беморлар, шунингдек озиқ-овқат корхонасида ишловчи бактерия ташувчиларнинг ўрни ниҳоятда муҳим аҳамиятга эга. Сальмонеллэз тарқалишида тиббиёт ходимлари инфекция манбаи бўлиб хизмат қилганлиги аниқланган. Сальмонеллэздан соғайгандан кейин одам кўпинча узоқ мудатгача бактерия ташувчи бўлиб қолади. Сальмонеллэз билан касалланганлар ва бактерия ташувчилар аниқса бир ёшгача бўлган болалар учун эпидемиологик жиҳатдан хавфлидир. Бактерия ташувчилар нажаси билан кўплаб сальмонеллэзларташки муҳитга ажралиб чиқади. Сальмонеллэзлар асосан озиқ-овқат орқали тарқалаши касалликни кўпайишида муҳим аҳамият касб этади. Сальмонеллалар озиқ-овқат маҳсулотларидан ташқари сувда йилнинг ҳар хил мавсумларида учрайди. Шифохоналарда сальмонеллэзларнинг тарқалишида оналар ва ходимларнинг сальмонелла юққан қўллари, рўзгор буюмлари, сочик, ич кийим, йўргаклаш курсилари, манеж, гилам, тувак ва бошқалар сальмонеллаларни маиший-мулоқот йўли билан юктиришда муҳим ўрин тутаяди.

Текширувдан мақсад: Сальмонеллэз касаллигини тарқалишида бактерия ташувчиларнинг ўрни ва касалхона ичи инфекцияси тарзида учрашини олдини олиш.

Текшириш усуллари: Фарғона шаҳар ҳудудида ўткир ичак инфекцияларидан сальмонеллэз касаллигини 2019-2021 йилар учун 12 ойлик солиштирама ахбороти. Эпидемиологик ва бактериологик усуллар.

2019 йиллар давомида ичак инфекцияларидан сальмонеллэз касалиги абсолют кўрсаткичда 18, интенсив кўрсаткичда 5,9%, шундан болалар абсолют кўрсаткичда 17, интенсив кўрсаткичда 20,4 %, жами 2020 йилда абсолют кўрсаткичда 12, интенсив кўрсаткичда 3,8%, шундан болалар абсолют кўрсаткичда 10, интенсив кўрсаткичда 11,0%, 2021 йилда абсолют кўрсаткичда 7 интенсив кўрсаткичда 2,2%, шундан болалар абсолют кўрсаткичда 6, интенсив кўрсаткичда 6,2% ташкил этмоқда. Эпидемиологик таҳлил ва бактериологик усуллар натижасига кўра сальмонеллэз касаллиги 2019-2020 йилларда жами -35,5% га шундан болалар - 44,1% га касалланиш ҳолати камайган, 2020-2021 йилларда эса жами касалланиш -42,1%га, шундан болалар -43,6% камайганлиги курилиб турибди.

Хулоса. Юқоридаги солиштирама ахборотдан кўрилиб турибдики сальмонеллэз касаллигини йиллар бўйича таққослаганда сезиларли равишда камайганини кўришимиз мумкин. Сальмонеллэзларнинг олдини олиш чоратадбирларини тўғри ташкил этиш ва амалиётга жорий қилиш соғлиқни сақдаш ходимлари, ветеринария хизмати, гўшт ва сут ишлаб чиқариш корхоналари, озиқ-овқатларни тайёрлаш ва тарқатиш билан боғлиқ корхоналар ходимлари билан бирга амалга оширилади. Сальмонеллэзлар 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 юкумли касаллик манбаини аниқлаш ва касаллик тарқалишини ўз вақтида тўхтатишга қаратилган бўлиши керак. Сальмонеллелар билан касалланиш кўрсаткичи ёш болаларда юқори эканлигини ҳисобга олиб, санитария эпидемиология хизмати ходимлари болалар учун сут, сут маҳсулотлари, болалар овқатларини, даволаш ва ичириш учун ишлатиладиган суюқликлар тайёрлайдиган ошхоналар, озиқ-овқат цехлари ва дорихоналар ишларини доимо назорат қилиши керак. Кемирувчларни йўқотиш сальмонеллеларга қарши курашда энг муҳим чора-тадбирлардан ҳисобланади, чунки каламуш ва сичқонлар ҳайвонлар сўйиладиган жойларни, турли озиқ-овқат объектларини сальмонеллалар билан зарарлантириб, чорвачилик ва паррандачилик фермаларида инфекцияни тез тарқалиб кетишига сабаб бўладилар. Қишлоқ хўжалик ҳайвонлари орасида сальмонеллелар бактерия ташувчилигини аниқлаш ва улар билан курашиш, ҳайвонларни ҳовлида сўйишни тартибга солиш, ҳайвонларни сўйишдан олдин ветеринария кўригидан ўтказиш, сўйилгандан кейин улар гўштини қайта ишлайдиган жойларда ветеринария санитария режимини нормаллаштириш, озиқ-овқат маҳсулотларини доимо ветеринария санитария кўригидан ўтказиш лозим. Бактерия ташувчиликка қарши курашиш энг муҳим профилактик чоралардан бири ҳисобланади. Сальмонеллелар билан оғриган беморлар ва бактерия ташувчилар клиник ва эпидемиологик кўрсатмалар асосида шифохонага ётқизилади. Бактерия ташувчи мактабгача тарбия ёшидаги болалар, озиқ-овқат корхоналари, болалар ва даволаш профилактика муассасаларининг ходимлари албатта шифохонага ётқизилади. Шифохоналарда сальмонеллелар бўйича эпидемиологик назорат санитария эпидемиология хизмати ходимлари эпидемиологлар, санитария врачлари, овқатланиш ва коммунал гигиенистлар, бактериологлар томонидан ҳамкорликда олиб борилади, бунда эпидемиологлар асосий роль ўйнайди. Шунингдек эпидемиологик анализни йўлга қўйиш, тиббиёт ва ветеринария мутахассисларини малакасини ошириш касалликка қарши курашиш йўл-йўриқлари мавзуси бўйича семинарлар ташкил қилиш ҳам касалликни олдини олишда муҳим чора тадбирлардан бири ҳисобланади.

Адабиётлар:

- 1.Зуева Л.П., Яфаев Р.Х. Эпидемиология. Санкт-Петербург. Дарслик. 2006г.
- 2.Усманов М.К. Эпидемиология. Тошкент Дарслик. 1995г.
- 3.Миртазаев О.М. Эпидемиологиядан амалий машғулотлар учун қўлланма Т. 2003 й.
- 4.Ўзбекистон Республикасининг «Фуқаролар соғлигини сақлаш» тўғрисидаги Қонуни. 1996й. 29.08.
5. Амалдаги қонуний ва меъёрий ҳужжатлар: Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш Вазирлигининг юкумли ва паразитар касалликлар эпидемиологияси, профилактикаси бўйича буйруқлар, услубий қўлланмалар, санитария норма ва меъёрлари.

6.Тиббий-профилактика факультети талабалари учун эпидемиологиядан услубий кўлланмалар ва методик тавсияномалар.

ОЦЕНКА ВОЗДЕЙСТВИЯ АВТОТРАНСПОРТА НА ОКРУЖАЮЩУЮ СРЕДУ(на примере г.Фергана)

Турдиев Ш.М. , Алимжанова М.Ш.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья
Узбекистан. Город Фергана

Актуальность. Одной из важнейших задач географической науки является изучение процессов взаимодействия природы и общества в целях научного обоснования и рационального использования природных ресурсов и сохранения благоприятных условий для жизни человека.

Загрязнение воздуха - наиболее серьезная геоэкологическая проблема, ассоциированная с транспортом. В странах Организации экономического и социального развития (ОЕСД) эмиссия в воздух от автомобилей увеличилась за период 2011 - 2020 г. на 20 - 75%. В развивающихся странах этот показатель выше. В Ферганской области эмиссия выхлопных газов автомобилей составляет не менее 70% от всего загрязнения воздуха, от 40 до 70 % оксида азота, от 70 до 90 % оксида углерода и не менее 20% свинца в атмосфере вызваны выхлопами автомобилей. Последствия загрязнения воздуха становятся важнейшей глобальной геоэкологической проблемой.

Загрязнители воздуха, непосредственно продуцируемых автомобилями, такие как окись углерода, оксиды углерода, оксиды азота, углеводороды и свинец, главным образом накапливаются по соседству с источниками загрязнения, т.е. вдоль шоссе, дорог, улиц, в тоннелях, на перекрестках и т.д. Таким образом создаются локальные геоэкологические воздействия автотранспорта.

Часть загрязнителей транспортируется на большие расстояния от места эмиссии, трансформируется в процессе переноса и вызывает муниципальные геоэкологические воздействия в виде наиболее распространенных процессах этой категории - асидификации экосферы и кислотных осадков.

Методические подходы к анализу состояния здоровья населения с учетом экологического состояния окружающей среды связаны с применением общей теории систем и оценочными экологическими исследованиями в гигиене, эпидемиологии. При этом в качестве основного системообразующего фактора признается заболеваемость населения, а все остальные условия, в том: числе и: показатели деятельности сети здравоохранения, рассматриваются как параметры, воздействующие на здоровье населения.

Методы исследования. Проведенный геоэкологический мониторинг приземного слоя г. Фергане (в частности медико-экологического мониторинга здоровья населения на муниципальном уровне) позволил, во-первых, четко определить методику получения репрезентативных данных (контингенты обследуемого населения, экологические факторы среды, подбор факторов риска, выбор пространственных и временных единиц для анализа); во-вторых, формализовать и стандартизировать базу исходных параметров, а так же применить наиболее адекватные методы обработки данных, позволяющие однозначно

интерпретировать результаты. В настоящее время уже очевидно, что количественные методы анализа не только предпочтительнее традиционных описательных, но и необходимы для получения информативных и объективных результатов.

Объектом исследования. Является состояние приземного слоя атмосферы и состояние здоровья населения в Ферганской области.

Предмет исследования. Заболеваемость населения и связь его с загрязнением атмосферного воздуха в Ферганской области.

Исходный материал. В качестве исходного материала используются материалы наблюдений за уровнем загрязнения атмосферного воздуха в

г. Фергане и материалов наблюдений за состоянием здоровья детского и взрослого населения муниципальных образований г. Фергане.

Достоверность полученных материалов обеспечена реализацией задач с помощью современных методов анализа и обработки материалов, полученного на государственной сети наблюдений с использованием многократно апробированных методов.

Цель и задачи исследования. Основной целью диссертации является разработка научно-методологических основ организации и проведения геоэкологического мониторинга приземного слоя атмосферы г. Ферганы на муниципальном уровне и проведения комплексных ландшафтно-экологических наблюдений за состоянием здоровья населения в целях экологической безопасности и устойчивости развития региона.

Исследована динамика ее изменения и установлена связь степени и характера загрязненности приземного слоя атмосферы с экологическими и санитарно-гигиеническими показателями. Определена доля каждого загрязнителя в деградации природных экосистем. Показана преобладающая роль автотранспорта в загрязнении по сравнению с промышленными источниками. Разработана комплексная методика оценки состояния воздушной среды. Установлена корреляция между загрязнением окружающей среды и заболеваниями детского населения (по данным детских поликлиник города). Проведено экологическое зонирование городской территории в зависимости от характера и степени загрязнения окружающей среды.

Методика оценки состояния воздушной среды может быть использована при составлении, планировании и практической реализации комплексных программ по оздоровлению окружающей природной среды.

1. Основные принципы создания системы контроля загрязнения приземного слоя атмосферы крупного промышленного центра;

2. Перечень наиболее опасных для здоровья человека загрязнителей в приземном слое атмосферы г. Фергана.

3. Устанавливается зависимость между загрязнением атмосферы и состоянием здоровья населения, произведено районирование города на благополучные, условно благополучные и неблагоприятные зоны для проживания населения.

4. Система природоохранных, организационно-технических, профилактических и управленческих мероприятий обеспечивающих контроль состояния среды обитания и здоровья населения.

YOSH BOLALARDA BURUN BO'SHLIG'I FAOLIYATINI ICHAK BILAN BOG'LIQLIGI

Tilyaxodjaeva G.B.

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

Burun inson organizmida juda muhim vazifalarni bajaradi. Bular jumlasiga nafas olish, himoya va rezanatorlik vazifalari ham kiradi. Burun bo'shlig'ida havo chang zarralaridan va mikroorganizmlardan tozalanadi, ilitiladi va namlanadi. Burun orqali nafas olish va chiqarish davrida barcha havo o'tadi. Yuqoridagi sanab o'tilgan vazifalarni buzilishi o'sayotgan organizmga salbiy ta'sir qiladi. Buning oqibatida surunkali bronxit, miya faoliyatini buzilishi, aqliy rivojlanishdan orqada qolish, eshituv faoliyatini buzilishi, jag' suyaklarini rivojlanishini o'zgarishi, nutq faoliyatini buzilishi kabi oqibatlarga olib keladi.

Burun bo'shlig'i shilliq qavati ko'p qatorli prizmatik kiprikli epiteliy bilan qoplangan. Bo'shliqni yon devoldarida uchta chig'anoq va ular ostida uchta burun yo'llari bor. Shu chig'anoqlarni qoplagan shilliq qavat ostida qon tomirlarga boy g'ovak biriktiruvchi to'qima joylashgan va bu to'qima qon tomirlariga tez kon to'planadi va burun shilliq qavatini shishib nafas olishni kiyinlanishiga olib keladi. Kiprikli epiteliylar orasida joylashgan qadoqsimon xujayralar shilliq ajratib, shilliq qavatni va havoni namlab turadi. Yuqorigi chig'anoqlarda joylashgan xidlov retseptorlari xidni nervga o'tkazish vazifasini bajaradi.

Yosh bolalarda burun orqali nafas olishni qiyinlashishiga burun bo'shlig'ining o'zidagi muammolar va umumiy organizmdagi o'zgarishlar va tashqi muxitning ta'siri bo'lishi mumkin. Burun bo'shlig'ining o'zidagi sabablariga quydagilar kiradi: o'tkir rinit, surunkali rinitlar, xalqum murtagi adenoidi, burun to'sig'ini qiyshayishi, sinusitlarda va ma'lum sabablarga ko'ra burun ichi qurib qasmoqlar to'lib qoladi.

Inson organizmi bir butundir va har hil a'zolaridan tuzilgan, bu a'zolari faoliyati bir biriga bog'liq bo'lib, biri boshqa biriga ta'siri qiladi. Hozirgi sharoitda ekologiya sabab yoki ovqat turlari va tarkibi o'zgarganligi tufayli aksari yosh bolalarda hazm sistemasida me'da, ingichka ichak, yo'g'on ichak va jigar faoliyatida salbiy tomonga o'zgarishlar bor. Bu o'zgarishlar yosh bolalarda qorindagi og'riq, qorin dam bo'lishi, ich ketishi, qabziyat va ishtaxa pasayishi kabi belgilarda namoyon bo'lmoqda.

Yuqorida keltirilgan sabablardan biri qabziyatda aksariyat bolalarda burun bushlig'i shilliq qavatida o'zgarish bo'lib, qasmoqlar to'planib burundan nafas olishning qiyinlanishiga sabab bo'ladi. Andijon viloyati Jalalkuduk tumani poliklinikasi lor qabuliga bolada burun bitishi shikoyati murojaat qilgan bemorlarni anamnezida 15 bemordan 10 tasida qabziyat anaiqlandi. Bemor bolalarni davolashda pediater va bolalar gastroenterolog bilan xam jixatlik, yaxshi samara berdi. Gastroenterolog qabziyatni sabablarini bartaraf etib davo choralarini olib borganligi, lor burun bushlig'inidagi xolatga qarab mulaja qilib, ko'p bolalarda burun orqali nafas olishni yaxshilanishiga olib keldi.

Xulosa: burun bitgan bolalarni davolashda pediater bargalikda gastroenterolog bilan xamjixatlikda ishlash yuqori natijaga erishishga olib keladi.

Использование имплантов является наиболее результативным способом восстановления зубов, так как данный вид лечения в отличие от других даёт 98-99% выздоровления. Имплантаты признаны самой долговечной опорой для любых видов протезов. Их используют как для установки отдельных съёмных зубов, так и нескольких.

Преимущества процедуры: эстетика и функциональность конструкций, отличная приживаемость имплантов, сохранение в здоровом состоянии зубов и челюстей, человеческого организма в целом, гарантия целостности соседних зубов (отпадает необходимость в их обтачивании), пожизненная гарантия на имплантаты.

В зависимости от показаний и особенностей каждого клинического случая применяются несколько методов внедрения имплантатов. Как правило, сроки их установки во многом зависят от выбранного врачом способа проведения процедуры и особенностей состояния каждого пациента. Врач оценивает состояние костной ткани челюсти на основе рентген-исследования и результатов компьютерной томографии. На данном этапе зубы подвергаются профессиональной чистке, при необходимости назначается курс лечения обнаруженных стоматологических заболеваний. При вживлении импланта применяется местная анестезия. на установку каждого имплантата уходит около 20-40 мин. В самом общем виде для вживления импланта врач-стоматолог надрезает десневую кость, проделывает в ней специальным инструментом отверстие в соответствии с размером импланта, в конце манипуляции ушивает мягкие ткани. Установку формирователя назначают, как правило, спустя 2–6 месяцев после вживления титанового штифта.

Фиксация абатмента (связующего элемента между имплантом и протезом) проводится на 10-20 день после установки формирователя.

Посредством абатмента (надкостного элемента импланта) на штифт закрепляют временный протез, который изготавливают заранее после снятия индивидуальных слепков.

После имплантации проводятся регулярные гигиенические процедуры в полости рта (полоскание, чистка дважды в день, пользование зубными нитями ежедневно).

Своевременные посещения стоматолога для профилактических осмотров два раза в год. Только специалист может обнаружить на ранних этапах появившиеся трещины и сколы на коронке и предпринять необходимые меры для устранения дефектов. На срок эксплуатации протезных конструкций отрицательно влияют вредные привычки (курение, употребление алкогольных напитков), хронические заболевания, прием некоторых лекарств, слабый иммунитет.

**ZANJABIL TUGANAGINING SIZ VA BIZ BILMAGAN SHIFOBAXSH
HUSUSIYATLARI**

Хojimatov X.O.

Farg‘ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

Abu Ali ibn Sino "Tib qonunlari" asarida ko'plab xastaliklarda qo'llanadigan malhamlarni tayyorlashda ular tarkibiga zanjabil qo'shish lozim, deb yozgan. Zanjabilning qo'llanilish doirasi shu qadar kengki, uni hech ikkilanmay haqiqiy mo'jizaviy dori deb atash mumkin. Keyingi bir necha o'n yildirki uning shifobaxsh xususiyatlari zamonaviy mutaxassislar tomonidan keng o'rganilmoqda. Bugungi kunda hatto zanjabil ko'pgina tabiiy dori-darmonlar tarkibiga kiritilib, organizmni turli illatlardan himoya qilishda va bir qancha kasalliklarga qarshi kurashda tavsiya qilinmoqda.

Ko'p yillik hisoblangan bu o'simlik asosan tropik va subtropik o'lkalarda keng tarqalgan. Vatani Janubiy Osiyo bo'lib, hozir u Xitoy va Hindiston, Indoneziya va Avstraliya, G'arbiy Afrika, shuningdek, Yamayka va Barbados orollaridagi tropik va subtropik hududlarda o'stiriladi. Zanjabil ilmiy tilda "Zingiber officinale" deb atalib, sanskritchada "shoxli ildiz" degan ma'noni anglatadi va universal dori vositasi sifatida keng qo'llanadi. Ortiqcha vazndan tez va oson xalos bo'lishda samarali natija berishi bilan birga shamollash va boshqa kasalliklarning oldini olishda ham juda foydali.

Qadim zamonlardan beri insonlar bu shifobaxsh o'simlikdan turli xastaliklarni davolashda qo'llab kelishadi. Ayniqsa u yuqori haroratni tushirib, ishtahani ochadi, insonga tetiklik baxsh etadi. Tarkibida biriktiruvchi moddalar va gingerol mavjudligi unga o'ziga xos yoqimli hid berib turadi. Uning qator foydali xossalarga egaligi ham shundan kelib chiqadi. Shuning uchun ham arablar uni taomlarga qo'shib iste'mol qilishni xush ko'rishgan. Abu Ali ibn Sino "Tib qonunlari" asarida ko'plab xastaliklarda qo'llanadigan malhamlarni tayyorlashda ular tarkibiga zanjabil qo'shish lozim, deb yozgan.

Zanjabilning qo'llanilish doirasi shu qadar kengki, uni hech ikkilanmay haqiqiy mo'jizaviy dori deb atash mumkin. Keyingi bir necha o'n yildirki uning shifobaxsh xususiyatlari zamonaviy mutaxassislar tomonidan keng o'rganilmoqda. Bugungi kunda hatto zanjabil ko'pgina tabiiy dori-darmonlar tarkibiga kiritilib, organizmni turli illatlardan himoya qilishda va bir qancha kasalliklarga qarshi kurashda tavsiya qilinmoqda.

Zanjabil ayollar uchun ham foydali. Masalan, u hayz paytidagi og'riqni kamaytiradi. Homiladorlik paytida toksikozdan azob chekayotgan ayol uchun bu holatda ham eng maqbul tavsiyalardan biri zanjabilidir. Ayollar jinsiy a'zolarining kasalliklari, masalan, bepushtlik, yallig'lanish kabi holatlarda ham zanjabil yordam beradi. Bu o'simlik, shuningdek, inson tanasidagi gormonlarni me'yorlashtirish xususiyatiga ham ega.

Zanjabil ekstraktlari kosmetologiya sohasida ham keng qo'llaniladi. Xususan, zanjabil ekstraktidan tayyorlangan shampunlar soch to'kilishining oldini olib, soch tolalarining mustahkam hamda yorqin bo'lishini ta'minlaydi. Zanjabil ildizi soch follikulalarini oziqlantirib, ularning o'sishini ham rag'batlantiradi. Bu o'simlik ortiqcha vazndan xalos bo'lishda ham sezilarli natija beradi.

Har kuni ertalab bir stakan iliq suvga bir choy qoshiq zanjabil, limon va asalni aralashtirib ichilgan damlama immunitetni ko'tarishga va ichki a'zolarining tozalanishga juda katta yordam beradi. Zanjabilni choy odamni tetiklashtirib, mushaklardagi yog' qatlamlarining erishini tezlashtiradi, tanadagi ortiqcha suvni haydaydi.

Zanjabilni choyning inson salomatligi uchun juda ko'plab foydali jihatlari bor: Jigarni tozalab, zaharli moddalarni chiqarib yuboradi. Bu hayotiy muhim a'zo qonni

filtrlab, qon-tomir tizimidagi zararli va zaharli moddalarni chiqarib yuborish uchun xizmat qiladi. Zanjabil choy ichilganida uning tarkibidagi zanjabil va dolchin birikmasi jigarni tozalaydi. Natijada jigarning ishlashi me'yorlashib, vazifasini faol bajarishga o'tadi. O't pufagini sog'lomlashtiradi O't pufagida tosh paydo bo'lgan kishilar zanjabil choydan muntazam ichib yursalar, ham jigarlarini himoyalashadi, ham o't pufagini ravon ishlashini ta'minlashadi. Qaynoq zanjabil choy ichilganida tana qiziydi va sovuqdan himoalanadi. Shuning uchun ham uni sovuq havoda iste'mol qilish, ayniqsa, yoqimli. Qizdirish xususiyatiga ega bo'lgani uchun zanjabil tanadan ortiqcha kaloriyaga ega keraksiz quvvatni haydaydi, me'yoriy haroratni saqlashga yordam beradi. Ovqat hazm qilishni yaxshilaydi. Ovqat hazm qilishda muammosi bor kishilar oshqozon-ichak yo'llari faoliyatini yaxshilash maqsadida bu choydan ichishlari mumkin. U ichki a'zodagi shamollashlarni oladi, qorin dam bo'lishidan hamda yeldan xalos etadi.

Immun tizimini mustahkamlaydi, zanjabil kaliy, fosfor va C vitaminiga boy. Bu moddalar immunitetni mustahkamlashda, gripp va shamollashning oldini olishda viruslarga qarshi kurashishda muhim ahamiyatga ega. Buning uchun 1 bo'lak zanjabil ildizi, 1 bo'lak dolchin, yarimta limon va 1 stakan suv kifoya. Bularning hammasini choynakka solib, ustidan qaynoq suv quyiladi va dam yeyishi uchun o'rab qo'yiladi.

Osiyo mamlakatlarida ziravorlarga va ayrim choy navlariga qo'shiladi, go'shtni shamollatishda sepiladi. Marinadlangan zanjabil ildizi taomlar ta'mini yaxshilaydi. Shuningdek, alohida taom sifatida ham iste'mol qilinadi. Janubi-sharqiy Osiyo mamlakatlarida yangi zanjabilidan murabbo tayyorlashadi. Xitoy, Hindixitoy, Birma va Angliyada zanjabil murabbosiga apelsin po'sti qo'shilsa, Hindistonda turli un navlariga aralashtiriladi. Angliya, Avstraliya va AQShda undan pivo, spirtsiz salqin ichimliklar tayyorlanadi. Yevropa va Amerikada zanjabil go'shtli taomlarga qayla o'rnida hamda sabzavot va mevalarni marinadlashda ishlatiladi. Go'sht dimlanganda go'sht xushbo'y bo'ladi va mayinligini saqlaydi.

Xamir qorilganda yoki qorib bo'lingach qo'shiladi. Go'shtni dimlaganda taom tayyor bo'lishidan 20, sharbat, kisel, pudinglarga 2-5 daqiqa avval, sous-qaylalariga esa olovdan olingandan so'ng qo'shiladi. Bir kilogramm xamir yoki bir kilogramm go'shtga bir gramm zanjabil solish kifoya.

Zanjabil ildizi dorixonalarga tozalangan va yarim tozalangan holda chiqariladi. U og'iz bo'shlig'i va tomoq yallig'langanda yaxshi muolaja bo'ladi. Damlamasi va kukuni dengiz kasalligiga, oshqozon yarasiga davodir. Ishtahani ochadi, taomlar hazmini yaxshilaydi. Aterosklerozda, yog'lar va xolesterin almashinuvi buzilganda, qon tomirlar holatini me'yorga soladi. Zanjabil ildizi sharbati asosida tayyorlangan murabbolar ham shu maqsadda qo'l keladi. "Zanjabil choy" asal va limon bilan birga shamollash xastaliklarida tez-tez qo'llanadi. Bosh og'rig'ida, yelkada og'riqlar paydo bo'lganda, surunkali bod xastaligida undan kompress qilinadi.

Xitoy pazandaligida zanjabil sirkasi va shakarlangan zanjabil ko'p qo'llaniladi. Xitoyliklar shakarlangan zanjabilni tushki ovqatdan so'ng uyqu bosishning oldini olish uchun iste'mol qiladilar. Yaponlar esa dasturxonga marinadlangan zanjabilni guruch va baliq bilan birga qo'yadilar. Buning boisi zanjabil ildizi sarimsoq kabi o'tkir ta'mli bo'lsa-da, u tozalovchi xushbo'y hidga ega. Foydali jihatlari, xususan, immunitetni oshirishi, mikroblarga qiron keltirishi bilan ham sarimsoqqa o'xshab ketadi. Uning tarkibidagi aminokislotalar va efir moylari nihoyatda noyobdir. U ko'pgina parhez taomlarga ham ishlatiladi: qora qorag'atga qo'shib choy damlanadi, ba'zan sariyog'da

qovurilib, taomlarga ziravor sifatida ham qo'shiladi. Yangi sog'ilgan sutga qirg'ichdan o'tkazilgan zanjabil qo'shib ichilsa, yo'talda yaxshi muolaja bo'ladi. Qorinda og'riq turganda zanjabil dimlamasi ichilsa naf beradi, bir bo'lak zanjabil tomoqdagi anginaga, tish og'rig'iga ham shifo bo'ladi. Buning uchun qirg'ichdan chiqarilgan zanjabilni limon sharbati va ozgina tuz qo'shib, ertalab nonushtaga qadar iste'mol qilish kerak. Mashinada bosh aylanganda bir bo'lak zanjabil ildizini chaynash kifoya. Bunday choyni tayyorlash usuli quyidagicha: qirg'ichdan yangi chiqarilgan uch choy qoshiq zanjabil ildizi 100 ml. suv yoki sutga solinib, qopqog'i zich yopilgan emalli idishda past olovda 10 daqiqa qaynatiladi. So'ng 5-10 daqiqa dimlab qo'yiladi hamda asal va limon qo'shib issig'ida ichiladi. Maydalab kesilgan yoki nafis bo'laklangan zanjabil ildizini choynakka solib, ustidan qaynab turgan suv quyiladi va bir oz damlanadi. So'ngra limon va asal qo'shib ichilsa, juda xushta'm bo'lishdan tashqari, nihoyatda foydali. Xitoyliklar zanjabilning fazilatlarini benihoya qadrlashadi va har kuni uni qand kabi choyga qo'shib ichishadi. Ehtimol, sharqona donolik va tibetcha umrzoqlikning omili shundadir.

HEADACHES

Fattaxov N. H., Abdulxakimov A. R., Xabibullaeva S.A., Mamajonov O.

Ferghana Medical Institute of Public Health, Fergana, Uzbekistan

Most people who experience headaches prefer to "drown out" them with pills, without thinking that such a reaction of the body in itself is an indicator of problems. Painful sensations as such are not a disease, but they can be almost the only symptom that allows you to diagnose a number of dangerous diseases in time. Headache in the temples can be caused by a number of reasons-from sudden changes in blood pressure to intoxication or infection, headache in the back of the head may indicate the presence of cervical osteochondrosis, cervical spondylosis, hypertension, pain in the forehead may indicate frontitis, increased intracranial pressure, pinching of the occipital nerve, pain in the eye area may be a symptom of autonomic dysfunction, migraines, as well as glaucoma and a number of other eye diseases.

Thus, headaches of various localization may indicate the presence of health-threatening, and sometimes life-threatening diseases.

THE STATE OF DEMENTIA IN MODERN SOCIETY AND THE PROBLEMS OF COMBATING IT

Fattaxov N. H., Yuldasheva M.T., Abdulxakimov A. R., Siddikov B.T.

Ferghana Medical Institute of Public Health, Fergana, Uzbekistan

In the last decade of the XX century, Alzheimer's disease was recognized by the World Health Organization as one of the main medical and social problems of the modern world, affecting more than 15% of the population over the age of 65. According to its data for 2013, about 36 million people worldwide suffer from dementia. The study of Alzheimer's disease and the creation of therapeutic drugs that can stop, or at least slow

down the course of the disease, has recently become especially acute due to the fact that the population of elderly people in most developed countries is growing more than 2 times faster than the total population. There is no doubt that understanding the fundamental processes underlying the pathogenesis of this disease will be of great social importance. Alzheimer's disease is the main cause of dementia in the elderly and manifests itself as a progressive neurodegeneration of the brain. The number of people with Alzheimer's disease will grow along with the increase in the duration of the world's population. Every year, 7.7 million new cases of dementia are registered. Despite the fact that dementia affects mainly the elderly, it is not a normal manifestation of aging and is considered a pathology. Up to 60-80% of all cases of dementia occur in patients with Alzheimer's disease. Dementia not only worsens the quality of life of patients, but also their relatives and those who care for them, affecting them psychologically, emotionally and economically.

Thus, the problem of dementia of various origins is acute on the way of solving by scientists, and also requires new methods of treatment and prevention of this condition.

ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ D-ДИМЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОЗОВ

Болтабоев У.А., Самадалиев Н.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

D-димеры – фрагменты молекулы фибрина, образующиеся при его распаде. Такое название они получили из-за того, что содержат два соединяющихся D-фрагмента белка фибриногена. Повреждение сосудистой стенки запускает в организме каскад физиологических реакций, направленных на предотвращение кровотечения. Результатом этих процессов становится образование кровяного сгустка, состоящего из клеток крови и белка фибрина. В норме факторы, способствующие свертыванию крови, и факторы, препятствующие его развитию, находятся в равновесии. В результате работы фибринолитической системы происходит расщепление фибрина на более мелкие фрагменты, поэтому сгусток не распространяется от места повреждения сосуда по всему сосудистому руслу. При этом образуются разнообразные продукты деградации фибрина различной молекулярной массы, среди которых имеются и D-димеры. Содержание D-димера в крови отражает как образование фибрина, так и его растворение. Повышение уровня D-димера в плазме наблюдается примерно через 2 часа после начала тромбоза. D-димер метаболизируется в почках, время его полужизни при сохранной функции почек составляет приблизительно 6-8 часов. Сбои в работе фибринолитической системы могут приводить к повышенному образованию тромбов. Повышенный уровень D-димера в крови свидетельствует об активно протекающих процессах тромбообразования, но не позволяет судить о локализации тромба, поэтому определение уровня D-димера в плазме крови используется для исключения тромбоза любой локализации. Пациенты с исходно высокой концентрацией D-димера имеют примерно в 3,5 раза больший риск развития

венозных тромбозомболических осложнений (ВТЭО), чем пациенты с низкой концентрацией. К ВТЭО относят:

тромбоз глубоких вен нижних конечностей;
тромбоз подкожных вен;
тромбозомболию легочной артерии (ТЭЛА).

В группе риска ВТЭО находятся:

пожилые люди;
люди с избыточной массой тела;
беременные женщины;
пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ);
пациенты после инсульта в отделении интенсивной терапии (ОИТ);
пациенты после обширных хирургических вмешательств, травм, ожогов;
пациенты с онкологическими заболеваниями;
септические пациенты.

D-димер может повышаться и при отсутствии венозных тромбозомболических осложнений. Причинами могут быть:

фибринолитическая терапия (терапия, направленная на растворение тромбов) в предшествующие 7 дней до проведения исследования;
инфаркт миокарда;
атеросклероз;
сепсис, тяжелые инфекции;
цирроз печени;

Содержание D-димера во время беременности существенно увеличивается и достигает максимума в III триместре. Данный процесс имеет физиологическое значение и направлен на уменьшение кровопотери при родах.

Высокие концентрации D-димера могут выявляться у женщин с осложнениями беременности (гестозом, преэклампсией), у беременных с сахарным диабетом и заболеваниями почек. Оценка уровня D-димера у пациенток с осложненным течением беременности в анамнезе позволяет выявить группы риска, для которых проведение антитромботической профилактики обязательно. При наличии генетической предрасположенности к тромбозам повышение уровня D-димера в I триместре беременности может свидетельствовать о высоком риске тромботических и акушерских осложнений.

ДВС-синдром (синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания) характерен для сепсиса. Появление тромбов в микрососудистом русле приводит к нарушению работы органов и систем, развитию полиорганной недостаточности. Повышение уровня D-димера обнаруживают почти у 95% больных с сепсисом.

В норме уровень D-димера увеличивается с возрастом – это объясняется уменьшением почечного клиренса плазменных белков, повышением уровня фибриногена и/или присутствием скрытых и системных заболеваний.

Таким образом, определение D-димера используют для диагностики:

тромботических состояний (тромбоза глубоких вен, нередко осложняющегося тромбозомболией легочной артерии);
ДВС-синдрома;
осложнений течения беременности;
постковидного синдрома.

Кроме того, исследование необходимо для мониторинга антикоагулянтной терапии (определения ее длительности, эффективности и дозы назначаемых препаратов).

Показатели D-димера в норме: Референсные значения: 0-0,5 мг/л.

Для беременных женщин нормальные

показатели уровня D-димера составляют:

в 1-ом триместре: < 0,95 мг/л;

во 2-ом триместре: < 1,29 мг/л;

в 3-м триместре: < 1,7 мг/л.

Для лиц старше 50 лет с подозрением на тромбоз глубоких вен, но его невысокой клинической вероятностью, специфичность оценок может быть повышена с использованием скорректированного возрастного порога, который рассчитывается по формуле:

возраст $\times$ 0,01 мг/л

Расшифровка показателей: Концентрация D-димера в плазме ниже 0,5 мг/л с большой долей вероятности позволяет исключить у пациентов тромботические состояния.

Повышение концентрации D-димера выше референсных значений может быть при тромбозах любой локализации, а также заболеваниях и состояниях, вызывающих повышение D-димера в крови.

Что значат повышенные показатели: Повышение D-димера наблюдается:

при артериальных и венозных тромбозах любой локализации;

при осложненном течении беременности;

у пациентов старше 80 лет;

после хирургических вмешательств;

при онкологических заболеваниях;

при проведении тромболитической терапии;

при ДВС-синдроме;

при наличии воспалительного процесса (небольшое повышение), сепсисе (значимое повышение);

при заболеваниях печени;

при обширных гематомах.

Что значат пониженные результаты: Снижение D-димера наблюдается:

при отсутствии тромботических осложнений;

при дефиците тканевого активатора плазминогена или высокой активности ингибитора активатора плазминогена;

у пациентов, начавших терапию антикоагулянтами;

при малом размере кровяного сгустка;

при «старом» тромбе (более 2 недель после образования тромба).

У педиатрических пациентов с ТЭЛА и тромбозом глубоких вен значения D-димера могут быть в норме в 15% случаев. Таким образом диагностика D-димера имеет большое значение при профилактике тромбозов а так же осложнений при родах.

A HEALTHY LIFESTYLE IS THE KEY TO LONGEVITY

Rakhimova Kh. A.

Humanity has always been concerned with one problem-the thought: how to live long? Even more than two thousand years ago, the great Lucretius in his writings, in particular in the book "On Nature", expressed his thoughts on this issue. So what is the reason that a person can not live long? Aging-what is aging?

First of all, I must say that life puts everything in its place. Human aging is also based on a certain law. In addition, scientists say that aging contributes to the development of a number of diseases. Older people are more likely to die from atherosclerosis, cancer, diabetes, hypertension, and coronary heart disease. To understand the mechanism of occurrence of these diseases, it is necessary to determine the relationship between aging and age-related pathology (diseases of organs, changes in the vital activity of the body with age). According to official data, the number of people crossing the 100-year-old pass in our country exceeds 8000 people. What is the secret of the longevity of these people who lived during the Civil War and the Great Patriotic War, famine, famine and devastation?

From conversations with such centenarians, it becomes clear that they were able to live to their years only thanks to hard work. Their life is filled with constant physical exertion. Such people are always on the move, which, according to medical experts, strengthens and strengthens the body, increases immunity.

The father of medicine, Hippocrates, claimed that exercise and walking in the fresh air are essential for longevity. He believed that aging begins at the age of 70. Pythagoras also claimed that aging covers the last 20 years of human life, from 60 to 80 years.

Others attribute aging to the process of probability, saying that it is caused by the influence of many internal and external factors on the body. In my opinion, genetic changes are not aging, but a metabolic process associated with the breakdown of the body. Life is based on this law. In each organism, this can happen in different ways. For example, mice live 2 years, and elephants live 100 years. One conclusion is that there is no room for assumptions about when aging begins. It develops along with the fertilization of germ cells. The fact is that some creatures in nature can live up to 300 years, even up to a thousand years. But ... why not a human?

No matter how much people care about regular health, no matter how much self-sacrifice they show on this path, it is impossible to be completely healthy all the time. No one can say, "I'm fine," "I don't have any disease."

After all, the duty of every person is to keep the body healthy and protect it from various diseases. No matter how many medicines are available today, no matter how much the quality of medical institutions, the level of doctors, medical equipment improves, the expected result cannot be achieved if a person does not take care of their own health.

Health is an invaluable asset for a person. Its preservation is entrusted to each of us. That is why a person needs to take care of their health.

No wonder our wise men say: "Health is the wealth of the district." A person with intelligence will have to treasure their life.

Revealing the secret of longevity is one of the most important tasks of our time. A lot of exemplary work is being done in this direction. Thanks to the relentless research of our scientists, effective methods of combating diseases, especially infectious ones, have been developed. People's living conditions have changed, and their social status has increased.

Surprisingly, however, over the millennia, human life expectancy has not increased biologically. Our researchers now estimate this age to be about 90 years old. Actually? After all, there are people in the world who live longer!

Uzbekistan is the leader in Central Asia in terms of life expectancy. This is stated in the study Global Burden of Disease, published by The Lancet. In Uzbekistan, this figure is 73.8 years.

The average life expectancy in Tajikistan is 73.7 years. In Kazakhstan, this figure is 72.4 years, in Kyrgyzstan-70.9 years, and in Turkmenistan-70.4 years.

Hong Kong (84.3 years) has the highest life expectancy in the world. It is followed by Japan (83.8 years) and Italy (83.5 years). According to statistics, a seafood diet reduces the risk of premature death in people over 65 years of age.

This conclusion was based on the results of research conducted by scientists from the University of Barcelona in Spain. The researchers followed the lifestyle of 642 volunteers over the age of 65 for 20 years. To assess the participants' diet, the researchers measured the amount of polyphenols, selenium, vitamin B12, fatty acids, and other substances in their urine and blood.

425 participants died during the study. Of these, 139 died from cardiovascular diseases and 89 from cancer. In addition, participants who strictly adhered to the Mediterranean diet had a lower risk of death from all causes.

Scientists have previously reported on the benefits of the Mediterranean diet for longevity and overall health. However, at the time, these views were largely based on reports. This time, its benefits were evaluated objectively. It's no secret that our health depends on how we eat. Do you know which food is healthier? What do you need to eat regularly to stay healthy and alert for years to come? The top ten healthiest foods in the world that guarantee freshness, longevity and health include: apples, beans, salmon, broccoli, pomegranate juice, yogurt, garlic, eggs, berries and nuts.

There is nothing more important and most worthy of attention for every person than health. That is why people spare no effort, money and time to prevent diseases, preserve and strengthen their health. At the same time, they do not neglect various types of treatment, sports and physical exercises, as well as the use of various healing benefits granted to them. Allah, frequent visits to doctors and therapists.

The fact that people are healthy and have all the organs of the body is one of the blessings given to them by God. As with everything else, people constantly need God to recover from their illnesses and seek healing from their ailments. Allah said (translation of the meaning): "O people! You need Allah. And Allah is Ghani and Hamid.

However, the value of health, wealth and well-being is often felt with their departure. We do not perform good deeds, prayers in a timely manner, and do not value our health. Instead of giving thanks God, when wealth comes, we ride the horse of pride and arrogance. As the Prophet (peace and blessings of Allaah be upon him) said: "There are two great blessings that many people will be deceived about. These are: health and recreation." Also, many hadiths emphasize that everyone should take care of the health of their body. It is clear that although the causes of diseases are many, but the essence of them is one. Allah tests His servants from time to time, and some even for life, with various illnesses, disabilities, or physical disabilities. He causes more pain and illness, especially to His beloved servants. Messenger of Allaah (peace and blessings of Allaah

be upon him) He said, " Allah will strike down with good whomever He wills." In another hadith: "No matter what illness, deprivation, anxiety, grief or pain befalls a believer, even if a thorn is stuck in him, Allah will certainly forgive him for his sinsиз сказаний Имама А."Bukhari andImam M'uslima).

From these narratives, it becomes clear that the diseases that affect us do not bring absolute harm, but for our benefit. Because a Muslim remembers that he is a helpless slave due to illness, he needs the mercy of Allah at every moment. He prays to God for healing and relief. He's patient. As a result, they achieve many good things. Therefore, it is advisable for those who are affected by the disease to know that this is a test and a blessing from Allah.

By following the rules of hygiene, you can protect your family from many diseases and prevent diseases. Good hygiene protects your family from diarrhea (intestinal) or gastrointestinal diseases by preventing various dirty and harmful microbes from entering the body. Hygiene prevents the transmission of flu, hepatitis, and various other infectious diseases from one person to another by destroying the germs that cause the disease. Clean hands are important for your health. If you wash your hands frequently, you can avoid getting sick by swallowing germs that enter your mouth from your hands. It is important to wash yourself and your children's hands when they are dirty, especially in the following cases: : * Before cooking. * Before eating or feeding the baby. * After using the toilet. • After cleaning or washing a child who has garbage. Clean drinking water is important for your health You should drink clean boiled water. Never do not drink water directly from the tap, ditch, or river, as this water is full of germs that can make you sick. Before drinking water, always boil the water for 15-20 minutes to kill germs in it. Drinking non-boiled water is dangerous for your health. Clean and fresh food is important for your health. It is recommended to store food in a cool place, such as in the refrigerator. Food stored in a cool place will remain intact for a longer period of time. It is also necessary to cover the food and protect it from mosquitoes. Water should be drunk clean, boiled, mosquitoes fly from one place to another and spread many dangerous diseases, carrying all sorts of dirty things. When they land on trash or dirty things, they stick those things to their feet, and when they land later on our food, they leave trash and dirt there. Mosquitoes land on food and contaminate it, which can cause diseases such as diarrhea. Before you eat all the fruits and vegetables, wash them in clean boiled water, even if you want to cook them. Everything, even fruit cut from the tree, should be washed before eating. Cook the meat well. Eating poorly cooked meat, fish, or poultry is unhealthy and can lead to serious illness. There should be no undercooked or bloody spots on the meat. Protect your food from pets such as dogs and cats. Eating foods contaminated with animals is harmful to your health. Keeping your home clean is important for здоровья.your health.аучитеTeach your children to use the toilet or baby potty and always empty the tray down the toilet. If there is no garbage and dirty things in the yard, there will be fewer pests and rodents and your children will have less contact with them. Keep your home clean. Pests such as mosquitoes, waterfowl, mice, and rats spread diseases. Mosquitoes and waterfowl carry dirty things on their feet. Mice and rats, on the other hand, carry diseases on their bodies that can be transmitted to humans. If you cover the top of your foodwell, вprotect them from such pests in the future. Remember, cleanliness can protect your family from diseases: * Wash your hands frequently with soap and water. * Boil

water for 15-20 minutes before use. * Wash fruits and vegetables before eating. * Store leftover food in a cool place with the lid closed.

In short, ask God for longevity and lead a healthy lifestyle to see that longevity.

DIAGNOSIS OF CONSTIPATION IN CHILDREN

Fattakhov N. H., Abdulkhakimov A. R.

Ferghana Medical Institute of Public Health, Fergana, Uzbekistan

To date, chronic constipation remains an urgent, socially significant problem. According to the American Academy of Pediatrics, constipation, with or without feces, is observed in 3% of preschoolers, and in 1-2% of schoolchildren. According to some scientists, complaints of constipation are presented by 3% of children who have turned to a pediatrician, and 25% to a gastroenterologist. However, the true prevalence of this disease in children is unknown, due to the underestimation of this pathology by parents and doctors, as well as the lack of complete and reliable statistical data. Despite the large number of patients, the cause of chronic delay in defecation can be established in a very small number of patients, mainly children with constipation of an organic or secondary nature.

Thus, in practice, there is a question of a more thorough study of this pathology, both its treatment and diagnosis, as well as maintaining statistics of morbidity in children's practice.

YURAK ISHEMIK KASALLIGI BOR BEMORLARNI ERTA TASHXISLASH DAVO CHORALARINI KO'RISH VA TO'SATDAN O'LIM XOLATLARINI OLDINI OLISH.

Qodirov T.X, Xolmatov S.S, Xaydaraliyeva O'. M.

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

ANNOTATSIYA: Yurak ishemik kasalligi bor bemorlarni erta tashxislash va vaqtida davo choralarini olib borish shu kasallik natijasida kelib chiqadigan ikkilamchi kasalliklarni va erta o'lim xolatlarini oldini olish. Sog'lom turmush tarziga rioya qilish kunlik ovqat ratsionlariga o'zgartrish kiritish va belgilash.bu kasallik bo'yicha axoliga yetarli tushunchalarni berish va bu kasallikni axoli orasida keng tarqalishini oldini olish.
KALIT SO'ZLAR: Yurak ishemiyasi, koranar sindromlar, stenokardiya, angiografiya diagnostikasi.

Yurak ishemik kasalligi sabablari

Qon tomirlari torayishining eng keng tarqalgan sababi bu qon tomirlar devorlariga yog' birikmasi tufayli xosil bo'lgan aterosklerotik blyashkalarning paydo bo'lishidir.SHuning uchun xavf guruhiga qon tomirlarida xolestrin to'planishi uchun ko'plab sharoitlarga ega bo'lgan insonlar kiradi: chekuvchilar, spirtli ichimlik istemol qiliuvchilar qandli diabet kasalligi bilan og'rigan bemorlar yoshiga nisbatan tana vazni ortiqcha kam xarakatda bo'lgan va giperlipidemiya genetik moyilligi bo'lganlar.

Yurak ishemiyasi kasalligining birinch alomatleri

Nafas qisishi. Bunday xolat tez yurish yoki zinadan kutarilish paytida xam, tinch xarakatlar paytida xam kuzatilishi mumkin

Artmiya: Yurak ishidagi uzulishlar xisoblanadi, tezkor yurak urushi taxikardiya

Gipertenziya: Arterial qon bosimidagi o'zgarishlar keskin ko'tarilishlar

Bosimli stenokardiya: Ko'krak qafasi orqasidagi joylashgan og'riklarni bo'yin va chap yelkaga o'tishi

Miokard infarkti: Bu stenokardiya xurujiga o'xshaydi ammo dorilar tomonidan nazorat qilishni imkoniyati bo'lmaydi

Ishemik kasallikning klinik shakllari

To'satdan koronar o'lim

Stenokardiya

Miokard infarkti

Postinfarktli kardioskleroz

Yurak ritmining buzulishi

Yurak yetishmovchiligi qon aylanishining buzulishi

Yurak ishemiyasini tashxislash

Agar yurak ishemiya kasalligiga shubxa bo'lsa .SHifokor qon bosimni monitoring qilishi qon va siydik taxlilini tayinlashi bemorni xolatiga qarab stress testini xam o'tkazishi mumkin

Elektrokardiogramma EKG stenokardiya va uni yurakdagi shunga o'xshash og'riklardan ajratishga artmiya va miokard infarktni aniqlashga yordam beradi.

Natija to'liq bo'lishi uchun bemorga dam olish paytida xam yuk bilan xam xolter nazorati ostida kun davomida yurakning elektr faoliyatini kuzatib borish EKG buyurilishi mumkin Eloktrakardiograf yoki yurakning ultra tovush tekshiruvi yurak mushagi xolatini klapnlarning ishlashini visual ravishda baxolash va yurak xuruji joylarini ko'rish imkonini beradi

Koronar arteriya kasalligini aniqlashning eng informatsion va zamonaviy tashxislash usuli koronar angiografiya xisoblanadi. Bunda zond yordamida yurak tomirlariga kontrastli modda yuboriladi va Rentgen tekshiruvi o'tkazilganda tomirlar torayishi torayish darajasi va xolestrin blyashkalarining joylashishi xaqida aniq malumotga ega bo'lish imkoniyati bor

Yurak ishemiya kasalliklarini davolashda asosiy yondashuvlar

Yurak ishemiyasida jismoniy faoliyatni to'liq cheklash

Nafas qisilishi ko'krak qafasidagi og'riqlar bir so'z bilan aytganda stenokardiya va yurak ritmining buzulishi va yurak xurujini dastlabki belgilari aniqlanganda bemorga jismoniy mashqlar faol va kuchli sport turlaridan bosh tortish tavsiya etiladi zinadan kotarilish paytida va yurish tezligini urtacha darajada ushlab turish va umumiy xolatni kuzatish kerak shu bilan birga yurak ishemiyasi kasalliklarining og'irligi kichik bo'lsa intensive bo'lmagan yuklar jismoniy xarakatlar tomirlarni kuchaytrishga yordam beradi: suzish velosepedda xarakatlanish turli xil jismoniy o'yinlarda qatnashish.

Yurak ishemiyasida parxez

Yurak ishemiyasi tomirlarda yog'li blyashkalar xosil bo'lishi tufayli yuzaga keladi va nosog'lom ovqatlanish tarsi tanadagi xolestrinnin to'plashda muxim ro'l o'ynaydi fast foodlar alkagol va yog'li bo'lgan maxsulotlarni ko'p iostemol qilish. Shu sababli ovqatlanishni yaxshilash yurak ishemik kasalligiga qarshi kurashishning to'laqonli usuli deb hisoblash mumkin. Bemor o'z ovqatlanishini qat'iy nazorat qilishi zararli yog'larni

o'z ichiga olmaydigan qon tomirlar kengayishi va mustahkamlanishiga xissa qo'shadigan ovqatlarni istemol qilishi kerak. Kunlik ovqat ratsioniga tolaga va oqsillarga boy oziq-ovqat maxsulotlaridan tashqari Asal yong'oq anor baqlajon sitrus mevalar laminariya maxsulotlari va dengiz karami qo'shish kerak

Yurak ishemiyasini dorilarsiz davolash

Yurak ishemiyasi kasalligini davolashning ko'plab qo'shimcha usullari mavjud bo'lib Zarba to'lqini terapiyasi va gidroterapiya massaj, xalq tabobati biroq bu usullardan foydalanish xar doim shifokor tavsiyasiga binoan bo'lishi kerak .Dori darmonlarni doim shifokor tayinlashi va ularning tavsiyasi bo'yicha qat'ian qabul qilinishi kerak bo'ladi ishemik kasallik bilan qon bosimni pasaytrish uchun betta-blakatorlar buyurilishi mumkin koranar tomirlarni kengaytrish xususiyatiga ega bo'lgan nitroglitserinlardan foydalanish mumkin bo'ladi.Qon oqimini yaxshilaydigan ACE ingibitorlari qondagi xolestrin miqdorini normallashtiradigan statinlarga asoslangan dorilar trombozning oldini olish maqsadida aspirin qo'llaniladi

Yurak ishemiyasida diagnostik koranar angiografiya –bu yurak tomirlarini maxsus suyuqlik rentgent contrast modda bilan to'ldirilganda raqamli tasvirni olish muolajasi Tekshiruv uchun maxsus qurilma [introyuder] o'rnatiladi uning yordamida katetrlar yurak tomirlariga kiritilib roentgen contrast modda yetkazilib beriladi Koranar angiografiya yurak tomirlarini barcha segmentlarini batafsil o'rganish uchun bir nechta proektsiyalarda tasvirni olishga yoradam beradi bu shifokorga kasallik sababini ko'rish va tomirlarning torayish darajasini aniqlashga imkon beradi. Agar bemorning xayotiga xavf tug'lsa shifokorlar bu torayishni to'g'ridan to'g'ri rentgen operatsiya xonasida yo'q qilishlari kerak bo'ladi

Yurak ishemiyasida koranar arteriyani stentlash

Koranar arteriyani stentlash bu miokardni taminlovchi tomirlarning torayishi yoki tiqilib qolishi natijasida yuzaga keladigan barqaror va beqaror stenokardiya miokar infarkti kabi yurak ishemik kasalliging turli shakllarini davolashning minimal va zamonaviy xamda kam shikastli usuli xisoblanadi Bu usul ingichka ballon katetirining arteriyasi orqali kritishdan iborat bo'lib uning oxirida silindirsimon ramka stent mustahkamlanadi elastik metall yoki plastmassali konstruksiya jarayon angioplastikaga o'xshaydi bitta farq bilan ballon kengayishi natijasida stent idishning ichki devoriga maxkam yopishadi stent u yerda ballon bilan katetr chiqarilgandan so'ng stent qoladi. Stentlash rejalashtirilgan xam va favqulotda holatlarda xam bo'lishi mumkin

ГЕЛЬМИНТЫ, ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ У ДЕТЕЙ, ИХ ОБСЛЕДОВАНИЕ, ЛЕЧЕНИЕ И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ.

Кодиров Т.Х. , Хайдаралиева У.М

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

АННОТАЦИЯ:В данной статье рассматриваются патологии в организме, вызванные гельминтами, побочные явления, вызванные токсинами, продуцируемыми при рвоте, анемии, возрастные патологии и дополнительные заболевания, вызванные ими. Приведена информация о мерах профилактики развития гельминтозов. Также есть информация о видах гельминтов и проблемах, связанных с их лечением. Учитывая актуальность данного вопроса среди населения, я поставил цель изучить профилактику и лечение данной патологии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:гельминтоз, анемия, гельминт, страус, аскарида, *ascaris lumbricalis*, червь, трихоцефалия, *Serbarlentes*, *difillabotium tatum*, анализ кала, анализ мочи, интоксикация.

Актуальность: гельминты то есть гельминты-это патологические микроорганизмы, которые паразитируют в кишечнике почти всех млекопитающих в виде живых существ. Их размножение, особенно в детском организме, несколько легче. **Причина:** дети играют на почве и тому подобное, не всегда держат свои игрушки в чистоте, забывают о разных местах и продолжают играть снова. Рвота легко размножается у детей. Дети обычно начинают ходить на 4 ногах через несколько месяцев после рождения. Дети очень любознательны и стараются все уловить и попробовать на вкус. В результате через рот в организм попадают грыжи и их личинки. Или личинки глистов, попадая между когтями при почвенной игре, а когда дети кладут руки в рот, переходят из внешней среды во внутреннюю и, добравшись до кишечника, начинают размножаться в благоприятных условиях. Существует много видов гельминтов. Прежде всего, паразитических червей можно разделить на 3 основные группы. Добывает:

- Нематоды (круглые) – к ним относятся: острицы, аскариды.
- Цестоды (полосатые) включают: солитер свиньи, солитер черной говядины, эхинококк.
- Трематоды (сосущие.)

В зависимости от строения и места паразитирования гельминты подразделяются на следующие виды:

1.Острицы (*enterobiosis vermicularis*) – это маленькие, тонкие гельминты, которые достигают 1,5 см в длину и чаще всего встречаются в фекалиях. Острицы паразитируют в основном в толстой кишке и тонкой кишке. Повзрослев и готовая к откладке яиц, самка остриц опускается в прямую кишку и откладывает яйца в наружные складки заднего лба. Яйца острицы чешут заднюю половинку, когда дети спят, в результате чего они кусают с помощью пальцев и неосознанно кладут их в рот. Обычно женские острицы находятся вокруг задней части бедра, на уровне кожи в области голени и на подмышках. Даже при диагностике энтеробиоза обнаруживается не в кале детей, а в слизи, взятой из наружных складок заднего прохода или нижних отделов прямой кишки. Потому что самки энтеробиозов никогда не откладывают яйца внутрь, т. к. для их яиц необходима внешняя среда.

2.Аскариды (*ascaris lumbricalis*) – по внешнему виду напоминают дождевую полын. Длина самки составляет 25-40 см, а длина самца-15-25 см. Яйца аскарид, которые выходят вместе с фекалиями, обычно живут во влажной земле с температурой не ниже 7-8С и не выше 40С. Личинка аскариды созревает за 12-40 дней. Яйца аскарид попадают в организм ребенка через плохо вымытые овощи, фрукты и наблюдается аскаридоз. В кишечнике из проглоченного корма личинка выходит наружу, и оседает на слизистых оболочках кишечника, по сосудам перемещаясь в печеночные вены, а затем в нижние полые вены, сердце и легкие. В легких он проходит через альвеолы в бронхи, трахею, гортань, гортань и снова в желудок, где и созревает личинка.

3.Гельминт трихоцефалез (*trichocephalus dispar*) - вид гельминтов с округлой формой. В длину достигает до 5,5 см. Червь килбоша имеет червеобразную форму, килбоша проникает на слизистые оболочки кишечника и паразитирует в основном

в толстой кишке и слепой кишке. Симптомы килбошной рвоты обычно не ощущаются. Но иногда трихоцефалез возникает одновременно с диспептическими симптомами. Больному снова и снова дают сильные боли в животе, и в результате этого укуса развивается анемия (анемия).

4. Сербские ленточные черви (*diphyllobotiumtatum*) – крупные ленточные черви длиной 10-20 см. Личинки этого вида клопов паразитируют внутри клетки, в почках и печени некоторых рыб. Люди обычно получают отравление от этих рвотных масс, вызванных употреблением плохо приготовленных сырых рыбных продуктов. Дети, отравленные этим типом рвоты, часто страдают от потери веса, а в редких случаях-от анемии типа пернициозной анемии. (перцитозная анемия-это тип анемии, вызванный в основном дефицитом витамина B12 и фолиевой кислоты из-за нарушения регенерации эритроцитарной системы.)

5.Паслен солитер (*theanianana*) – вид глистов, паразитирующий в тонкой кишке человека, достигающий 15-20 см в длину.при отравлении рвотными массами такого типа яйцо солитера попадает в кишечник, и из его яйца образуется маленький зародыш. Этот зародыш оседает в кишечных волокнах. Одним из основных симптомов рвоты такого типа является то, что иногда она проявляется смешанными поносами с содержанием крови.

Гельминты чаще всего возникают из-за несоблюдения правил гигиены, употребления в пищу плохо вымытых овощей и фруктов, содержания в доме домашних животных, неумения мыть руки перед едой (в основном дети), причиной является заражение. Самый главный первичный признак гельминтов-интоксикация. Они выделяют из себя токсины, а это приводит к дефициту углеводов, белков, жиров и различных витаминов у детей. Токсины рвоты проявляют различные патологии в организме: похудение, повышение температуры тела, запоры, диарея, различные высыпания, бледность кожных покровов, нарушение сна, общая слабость, расстройства настроения, появление болей в животе и различных болей, рвота, тошнота, воспаление слизистых оболочек дыхательных путей, головокружение, воспалительные процессы в половых органах у девочек, сухой кашель, признаки бронхита, увеличение лимфатических узлов, зуд в области заднего прохода, скрежет зубов, появление крупинки и пятен на коже и подобные признаки.

Эти мероприятия проводятся при обнаружении у ребенка первых признаков отравления гельминтами, и при подозрении на гельминтов:

Анализ кала-анализ берется у пациента не менее 3 раз с интервалом в несколько дней.

Анализ крови на гельминтов

Общий анализ крови (на яйца гельминтов)

Дополнительная проверка

ВТО (внутренние органы)

МРТ

Рентгенография

Вывод: в современных актуальных условиях гельминты, виды которых наблюдаются в основном у детей раннего возраста, очень распространены. Эти патологии наблюдаются не только в конкретном органе, но и в прилегающих органах и даже вызывают различные изменения в иммунной системе, составе

крови. Их своевременная профилактика и лечение предотвратят возникновение дополнительных заболеваний. Он играет важную роль в поддержании иммунных процессов, особенно у детей. Предотвращение их раннего выявления при патологиях, связанных с гельминтами, позволяет избежать таких побочных эффектов. Вывод заключается в том, что внимательное отношение к гигиене детей в первую очередь предотвратит попадание и размножение гельминтов, а раннее выявление рвоты в организме заложит основу для выздоровления без осложнений.

DIFFERENTIAL APPROACH TO ORAL IN THE TREATMENT OF SECRETORY DIARRHEA

Qodirov T.X.

Fergana medical institute of public health

The prevalence of acute intestinal infections in all age groups, the diversity of pathogens and their inconsistency, and sometimes the risk of death, especially in young children, require scientific research and the application of the data in practice. According to the World Health Organization, 1.7 billion cases of diarrhea occur each year. Diarrhea is the second leading cause of death in children under 5 years of age. Every year, diarrhea kills 760,000 children. A comparative study of the clinical efficacy of drugs used for oral rehydration in the treatment of secretory diarrhea. One of the most common pathologies among infectious diseases is acute intestinal infections (OII), which is one of the most pressing socio-economic problems facing medicine and the state. In recent years, there have been changes in the etiological structure of the disease, the microbes that cause acute intestinal infections over the years were Shigella and Salmonella, but now in 50-80% of cases there are viruses, mainly rotoviruses. According to the experts of the World Health Organization, every person, regardless of nationality or living conditions, under the age of 5 can suffer from rotavirus gastroenteritis, which causes great economic damage to society and medicine. The prevalence of acute intestinal infections in all age groups, the diversity of pathogens and their inconsistency, and sometimes the risk of death, especially in young children, require scientific research and the application of the data in practice. In developing countries, the average person suffers from diarrhea once a year, and children 3 times a year. near gastroenteritis ends in death. In more than half of the acute intestinal infections observed worldwide, the etiological factor remains unknown, and in most cases, diarrhea is caused by a "new" intestinal infection, ie, caused by viruses. Acute intestinal infections with an etiological structure account for 50-80% of viruses, most of which are rotavirus and norovirus type 2. Clinical signs of diarrhea in children are forms of unexplained to very severe death, which are observed in children under 2 years of age. The severity of the disease depends on the premorbid background, living conditions, the causative agent and its mixing.

According to the World Health Organization, 1.7 billion cases of diarrhea occur each year. Diarrhea is the second leading cause of death in children under 5 years of age. Every year, diarrhea kills 760,000 children.

In 2013, diarrhea was the leading cause of death in 8.9% of children under 5 worldwide worldwide and 4.1% of children under 5 years of age in the European region. Two main trends play a role in the development of the epidemic process of acute intestinal

infections: stabilization of morbidity rates of acute intestinal infections and increasing importance of acute intestinal infections of viral etiology. Trends of acute intestinal infections are viruses (rotaviruses, noroviruses, enteroviruses). In 2013, viruses accounted for 53.8% of all acute intestinal infections.

Objective: To compare the clinical efficacy of drugs used for oral rehydration in the treatment of secretory diarrhea.

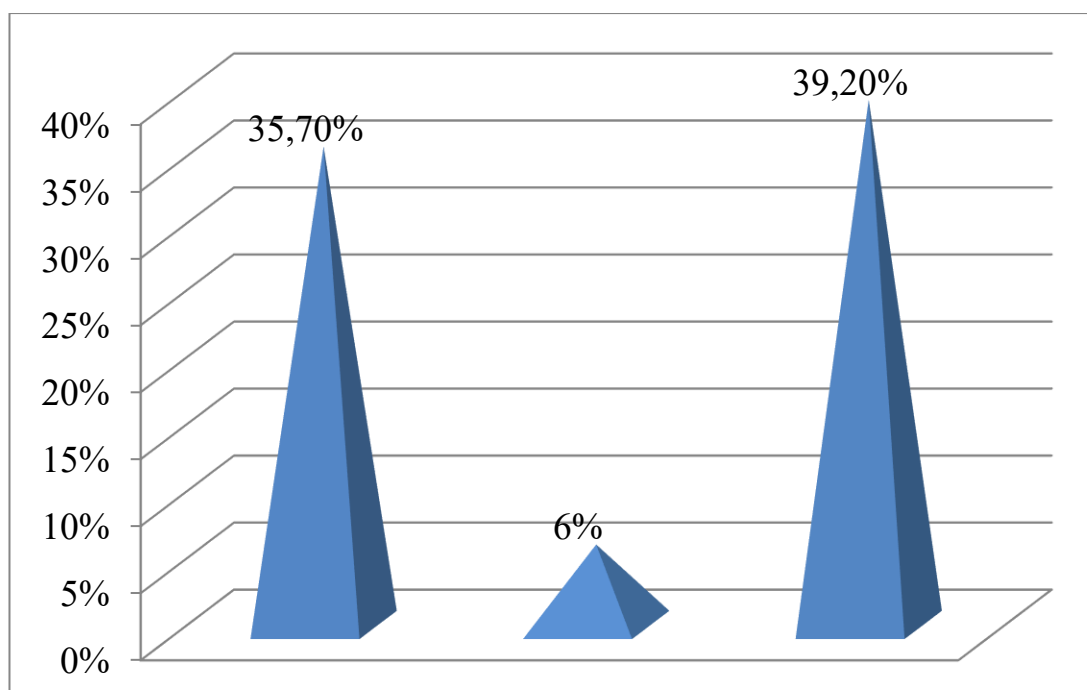
Functions:

1. Isolation of patients with secretory diarrhea according to the results of clinical examination and objective examination.
2. Oral rehydration with ORSA, Regsol, Regidron and ORSA zinc solutions from the day of hospitalization of patients with secretory diarrhea.
3. Comparative study of clinical signs of oral rehydration disease.

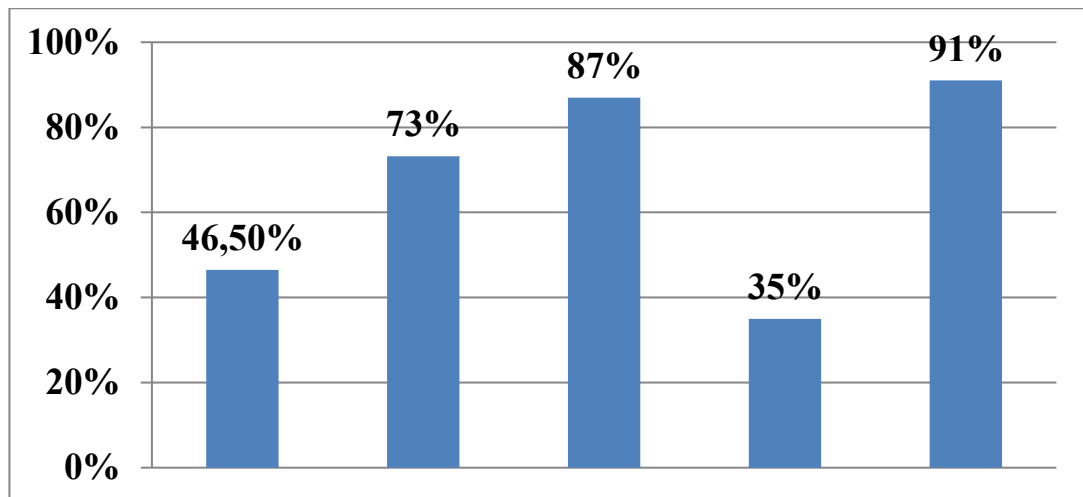
Scientific novelty: Identify the most suitable solution used in oral rehydration and recommend it in practice.

Practice: Various drugs, including oral rehydration agents and probiotics, are currently used to treat diseases associated with secretory diarrhea. In this regard, the introduction into oral rehydration of a safe probiotic such as ORSA zinc for use in the treatment of dehydration and dysbacteriosis in intestinal infections allows the implementation of therapy using all the positive aspects of each component of the oral rehydration drug. The ORSA zinc electrolyte combination complies with WHO and UNICEF recommendations on the composition and osmolarity of oral rehydration solutions.

Epidemiological history of patients with disease (n = 56)

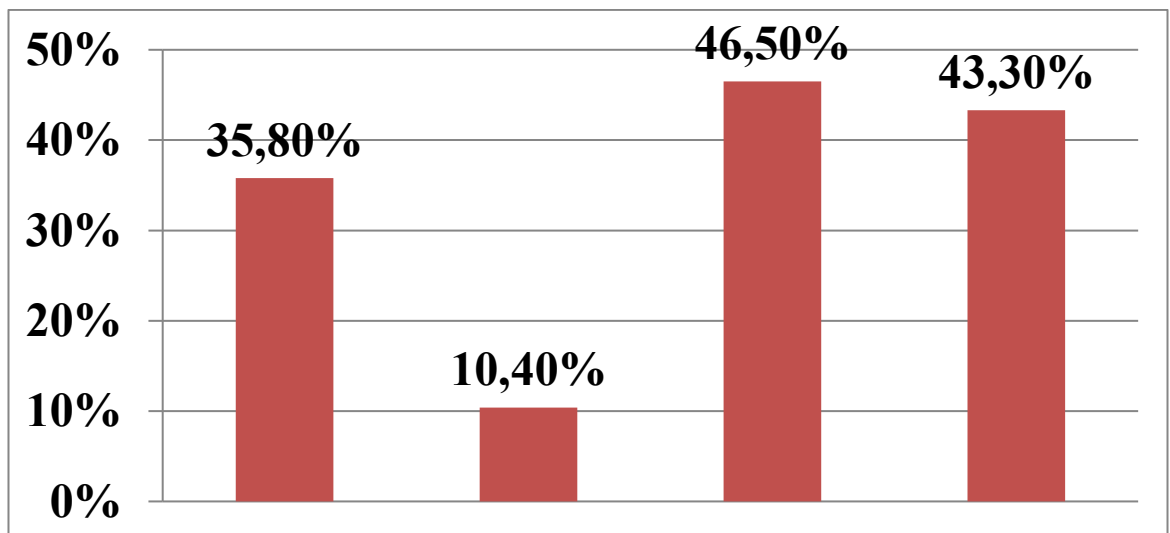


Clinical signs in patients with secretory diarrhea (n = 56)



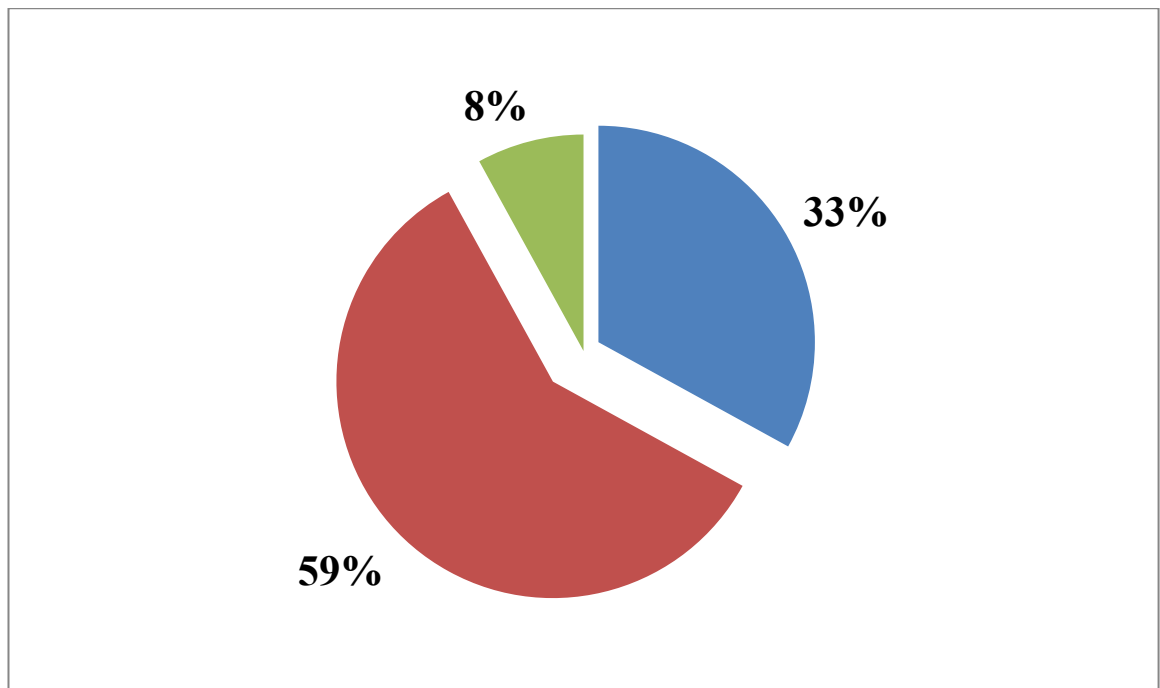
Fever-46.50% return-73% abdominal pain-87% around the umbilicus-35% decrease in appetite-91%

Objective condition of sick children

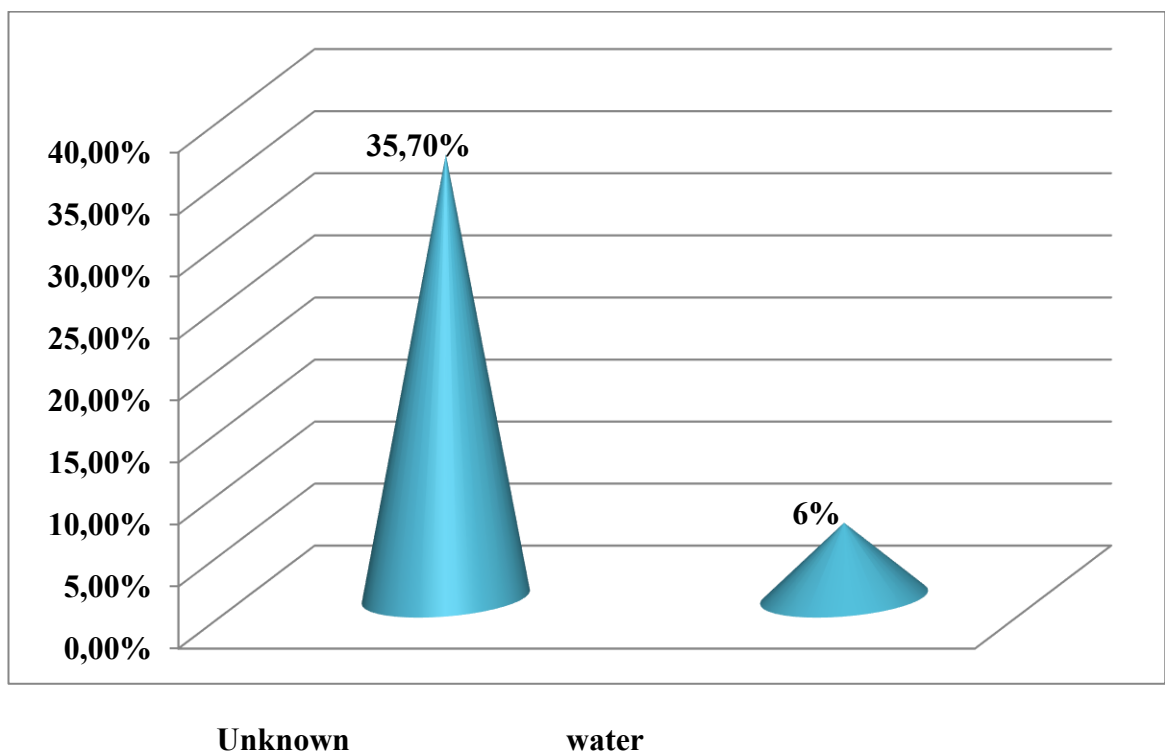


hemodynamic disorders-35.80% , dehydration with toxicosis-10.40%, body temperature 37-46.50%, body temperature 38-39- 43.30%

Frequency and nature of feces.



Degree of dehydration in patients.



Diarrhea is a rapid (usually more than 2-3 times a day) bowel movements, watery bowel movements, sometimes the appearance of pathological compounds (mucus, blood). However, diarrhea is not always more than 1-2 times a day. Occasionally, stools that are thinner than normal and come in once a day may be one of the options for diarrhea. In other cases, formed feces 2-3 times a day is not considered diarrhea. The most important symptom of diarrhea can be called an excess of water in the stool. In diarrhea, this figure rises from 60-75% (in solid and formed forms of feces) to 85-95%. . Often when diarrhea is detected, they also indicate an increase in the mass (volume) of feces excreted by the patient during the day. According to some authors, diarrhea when the mass of feces

exceeds 200 g is called diarrhea. It is recommended to use the term "pseudo-diarrhea" if the consistency of the stool is liquid and the mass does not exceed 200 g. Diarrhea has been known to mankind since the beginning of life. However, obese people rarely suffer from diarrhea because the water sources are usually not polluted and the food is not stored for a long time. The situation associated with the spread of infectious diarrhea is the development of civilization, the lack of access to clean water, sanitation and waste disposal, and cities. Herodotus notes that in the aftermath of the war in Salamis, Xerxes soldiers suffered from dysentery.

Hippocrates wrote about different types of diarrhea and linked the disease to the consumption of dirty water. Even with the favorable course of the disease in childhood, it contributes to the formation of acute intestinal infections, especially in children with reduced health, prone to other infectious and somatic diseases. On the role of OIC in the pathogenesis of chronic diseases of the digestive system, leading to exacerbation and decompensation of diseases of the gastrointestinal tract. In 32.6% of cases of severe infectious toxicosis in young children from high-risk groups, infectious dystrophy caused by protein-energy deficiency and restriction of food intake during the disease, prolonged diarrhea with impaired water-salt metabolism, increased lipolysis, hypodysproteinemia, metabolic acidosis, degenerative changes in the digestive organs require nutritional support in the program. Children in this group develop post-infection enzymopathy and allergen-enteropathy, which are manifested by changes in the nature of the stool after the disappearance of signs of the infectious process. Acute intestinal infections represent a large group of infectious diseases in humans, with a mechanism of enteral (fecal-oral) infection caused by pathological microorganisms, viruses and protozoa. Clinical manifestations of OII include signs of intoxication (lethargy, loss of appetite, fever, etc.), infectious toxicosis syndromes (toxicosis with exicosis, neurotoxicosis, hypovolemic or infectious toxic shock, etc.) and diarrhea syndrome. In acute diarrhea there is a violation of intestinal function, characterized by an increase in the frequency of stool (compared with the norms of age), pathological compounds (mucous, semi-digested). According to official statistics (data on infectious and parasitic diseases in 2016, 539,854 cases of acute intestinal diseases (including salmonellosis and shigellosis) were registered among children under 14 years of age, with 58.9% of unidentified pathogens or acute intestinal infections resulting from food toxicoinfections of unknown etiology have been reported. At present, the etiological structure of OII has changed. There is no doubt that the leading role among them in the world today is that 50-80% of OII in children belongs to viruses. At present, intestinal infections are associated with representatives of at least 8 different viral families: Reoviridae, Saliciviridae, Adenoviridae, Astroviridae, Picornaviridae, Cobovirus, Coronaviridae, Parvoviridae, Picornaviridae agent. The etiology of viral diarrhea is similar in developed and developing countries. The spectrum of possible etiological agents of acute gastroenteritis continues to expand, as previously unknown viruses have been identified in patients, but their importance in this pathology needs to be confirmed.

Conclusion To date, the clinical picture of the development of acute secretory diarrhea has retained a specific set of symptoms, which allows to identify OII by type of gastroenteritis and is characterized by a parallel of intoxication and symptoms of local gastrointestinal syndrome in the dynamics of development. The use of modern rehydration solutions in the timely and effective rehydration therapy meets the requirements of the

World Health Organization with rapid and successful treatment. "OPCA pyx" Acute Intestinal infections are commonly found on youngest and there are different causing factors. Regardless of it, it is less likely to diagnose, ending to deaths on children. Aforementioned outcomes force all of us concerning to explore and present the findings into practice. In developing countries, each of people is infected by Acute Intestinal infections once a year whereas the children suffer from it three times in a year. As to the death toll caused by the disease, annually it reaches 3 millions on account of gastroenteritis. The etiologic factors of a half of Acute Intestinal infections leave undiagnosed. In many cases, diarrhea is caused by new Intestinal infections namely, viruses. Viruses account for 50%-80% of Acute Intestinal infections that have spotted etiologic structures. Their main branches are rotoviruses and noroviruses 2 type.

On children, the symptoms of the disease of diarrhea is invisible, ending to deaths. Mainly, children aged to 2 are prone to be infected. The terminal stage of the disease not only depends upon age but is it up to co-morbidity, lifestyles and factors causing the disease. According to the information WHO imposes, during years, diarrhea is found in 1.7 billions of cases. Death toll of people at the age of 5 stands at second point. Yearly, 760 000 of children pass away from diarrhea. In 2013, 8,9 % of deaths spotted on children resulted from diarrhea worldwide while 4.1 % if deaths of children is reported in Europe. There are two main tendencies that play a huge contributing role in development of the epidemics: stabilizing the point of Acute Intestinal infections infecting and the significant importance of acute Intestinal infections being caused by chiefly viruses increases. Tendencies of Acute Intestinal infections make up for viruses (rotoviruses, noroviruses and enteroviruses). In 2013, viruses accounted for 53.8 % of all factors of Acute Intestinal infections.

The aim of work: Exploring the clinical effectiveness of components that used as oral rehydration for treatment of secretory diarrhea.

Duties : 1) select patients with diarrhea based on check-up and clinical questionnaire.

2) use ORSA, Rehydron, ORSA filled with Zinc (Zn) since the patient is admitted to hospital.

3) compare and learn the clinical symptoms of the disease treated by oral rehydration.

Scientific spot: find one of the most efficacious solutions used as oral rehydration and present it into practice.

Presentation into practice

Currently, to treat the disease with secretory diarrhea, there are different drugs along with oral rehydration supplements and probiotics to use.

Therefore, choosing ORSA+Zn to treat the dehydration and disbacteriosis therapy by taking all positive sides of the treatment lines mentioned above into account allows us using triple therapy. Combination of ORSA filled with Zn electrolytes is identical to the components and osmolarity of oral rehydration solutions WHO and UNICEF.

Practice: A variety of medications, including oral rehydration agents and probiotics, are currently being used to treat diseases associated with secretory diarrhea. In this regard, the introduction of safe oral rehydration therapy such as ORSA zinc for dehydration therapy in intestinal infections allows the implementation of therapy using all the positive aspects of each component of the oral rehydration drug. The ORSA zinc electrolyte combination complies with WHO and UNICEF recommendations on the composition and osmolarity of oral rehydration solutions.

AYRIM YUQUMLI KASALLIKLARNI DAVOLASHDA TABIIY ASALNING AHAMIYATI

¹Imomova M. Y.,² Karimova S. A.

Farg'ona davlat universiteti.

Annotatsiya: ushbu maqolada tabiiy asalning ayrim yuqumli kasalliklarni davolashda foydaliligi, iste'mol qilishda e'tibor beriladigan jihatlari, oshqozon-ichak, nafas olish, qon-tomir kasalliklaridagi samarali xususiyatlari haqida bayon etilgan.

Kalit so'zlar: asal, immunitet, infeksiya, antibiotik, metabolizm, vitamin, mikroba.

Asalarichilik mahsulotlarining shifobaxsh xususiyatlari qadim zamonlardan beri ma'lum. Turli kasalliklarni davolashda nafaqat xalq, balki zamonaviy ilmiy tibbiyot ham asaldan foydalanadi. Asal organizmni tiklaydi, kuch beradi, tananing himoya funksiyalarini kuchaytiradi, immunitetni oshiradi. Tibbiyot amaliyotida asaldan keng foydalangan Gippokrat undan har kuni foydalanishni maslahat bergan. Asal yapon shifokorlarining fikriga ko'ra, inson tanasiga foydali ta'sir ko'rsatadigan tabiiy mahsulotlarning shohidir.

Qadim zamonlarda ham odamlar asal iste'mol qilganliklari uchun bo'g'inlar, qon tomir tizimi kasalliklaridan aziyat chekmagani va uzoq umr ko'rishgani ma'lum. Bunga ularni tez-tez asalarilari chaqishi ham sabab bo'lgan. Asalari zahari ajoyib dori ekanligini isbotladi. An'anaviy tabobat uzoq vaqtdan beri shamollash bilan bog'liq revmatizm va boshqa kasalliklarni davolashda asalari chaqishini qo'llaganlar. Asalari zahari asab tizimi kasalliklari va yurak mushaklaridagi o'zgarishlarni davolashda ham samarali ekanligini isbotladi.

Propolis tibbiyot va kosmetika sohasida keng qo'llaniladi. U yaralar, kuyishlar, muzlashlarni davolashda ishlatiladi, o'pka sili, tonzillit, teri kasalliklari, og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kasalliklarida terapevtik tish pastalari va kremlarga qo'shiladi. Propolisning shifobaxsh xususiyatlari haqida V. Nikulin o'zining "Asalari asalining sirlari" kitobida yoritib bergan.

Gulchaglari xuddi asal kabi oqsil va vitaminlarga boydir. Uning tarkibida yog'lar, mineral tuzlar va ayrim gormonlar mavjud. U anemiya, charchoq, zaiflik va boshqa ko'plab kasalliklar uchun tavsiya etiladi.

Keyinchalik, kanuka daraxtining asali herpesga qarshi foydali tomonlari ma'lum bo'ldi. Uning viruslarga qarshi xususiyatlari asiklovir kabi ta'sir ko'rsatdi. Tadqiqotchilar 952 nafar ko'ngillini ikki guruhga bo'lishdi, ulardan birinchi guruh virusga qarshi keng tarqalgan dori vositasi bo'lgan asiklovirni, ikkinchisi esa glitserin bilan aralashtirilgan

kanuka asalini qabul qilishdi. Gerpesning namoyon bo'lishidan so'ng, ular pufakchalar butunlay yo'qolguncha aralashmani kuniga besh marta terining zararlangan joylariga qo'llashlari kerak edi. Ma'lum bo'lishicha, har ikki guruhda davolash samaradorligi bir xil bo'lib, 8-9 kundan keyin tiklanish sodir bo'ldi. Asal infeksiya bilan asiklovir kabi samarali kurashdi.

Asalning barcha turlarining asosiy komponenti uglevodlardir: glyukoza fruktoza. 100 g asal tarkibida 0,3 - 3,3% oqsillar, 77,2% uglevodlar mavjud bo'lib, organizmni 335 kaloriya energiya bilan ta'minlaydi.

Asal organizmda yuzaga keladigan metabolizmni sezilarli darajada tezlashtiradigan bir qator fermentlarni o'z ichiga oladi. Asal tarkibidagi minerallardan kalsiy, natriy, magniy, temir, oltingugurt, yod, xlor, fosfor tuzlari mavjud. Asal tarkibida quyidagi mikroelementlar ham mavjud: marganets, kremniy, alyuminiy, bor, xrom, mis, litiy, nikel, qo'rg'oshin, qalay, rux, osmiy va boshqalar. Asal tarkibida bir qator organik kislotalar: olma, uzum, limon, sut, shovul va vitaminlar mavjud. Asalda nisbatan ko'p miqdorda vitamin B2 (0,5 mg%), PP (0,2 mg%), C (2 mg%), B6, H (biotin), E, K, pantoten kislota, foliy kislota mavjud.

Tananing sog'lom bo'lishi uchun asalni oziq-ovqat yoki parhez ozuqasi sifatida, kattalar kuniga 100-150 g bir mahal iste'mol qilishi mumkin. Asal organizmda yaxshi so'rilishi uchun uni ovqatdan 1,5-2 soat oldin yoki 3 soatdan keyin ichish kerak. Asalni oz miqdorda (2-3 choy qoshiq), qaynatilgan iliq suv, choy yoki sut qo'shib ishlatish eng foydali hisoblanadi. Bolalarga asalni bo'tqa, meva yoki choy bilan birga kuniga 1-2 choy qoshiq berish foydalidir. Shunda asal juda yaxshi so'riladi.

Ba'zi odamlarga yuqori sezuvchanlik tufayli asalni iste'mol qilish ta'qiqlanadi. Bunda ularda qizarish, qichishish, burun oqishi, bosh og'rig'i, oshqozon-ichak buzilishlari paydo bo'ladi. Lekin, asal boshqa hollarda deyarli nojo'ya ta'sirga ega emas, shuning uchun uni sog'lom va kasal odam ham iste'mol qilishi mumkin.

Asalning xususiyati qon bosimini normallashtirib, limfa suyuqligini oshirishdan iborat bo'lib, ular yarani yuvadi va yara sohasidagi hujayralarni tiklanishi uchun yaxshi sharoit yaratadi. Asal dizenteriya tayoqchalari, streptokokklar, stafilokokklar va boshqalar mikroblarga ham zararli ta'sir ko'rsatadi.

Oshqozon yarasi va o'n ikki barmoqli ichak kasalliklarida asaldan foydalanish tavsiya etiladi. Buning uchun asalni bir stakan qaynatilgan iliq suvda eritib, ertalab va kechqurun 30-60 g, tushdan keyin 40-80 g, nonushtagacha 1,5-2 soat oldin, tushlikda va kechki ovqatdan 3 soat keyin ichiladi. Eritilgan asal oshqozondagi shilliq qavatini yaxshilaydi, og'riqni yo'qotadi, ko'ngil aynishi, jig'ildon qaynashini bartaraf etadi.

Shamollashlarda va yallig'lanishlarda asaldan foydalanish yo'talni yengillashtiradi, mukolitik ta'sir ko'rsatadi, balg'am ajralishini yaxshilaydi balg'amni suyultiradi va tanani tozalaydi.

Foydalanilgan adabiyotlar

1.Preparation and LC/MS/MS Analysis of Honey for Fluoroquinolone Residues\\Method Developed by Florida Department of Agriculture and Consumer Services. September 29, 2006.

2.Development of express methods for studying the chemical composition of honey determining criteria parameters according to technical nomenclature of foreign economic activity. Abduganiev B.Y., Askarov I.R., Imomova M.E., Karimova S.A. \\ Problems of modern science and education, 2019. № 12 (145). p. 20-25.

3.Viktoriya Karpuxina “Shifobaxsh o' simliklar ensiklopediyasi” , Moskva, 2013 y.-69 b.

SUVNING KIMYOVIY TARKIBINI TURLI KASALLIKLARNI KELIB CHIQUISHIDAGI AXAMIYATI.

Yo.G'.Abdug'aniyev

Farg'ona davlat universiteti

Kasalliklarni oldini olish, inson salomatligini muhofaza qilish, ekologik holatni musaffo barqarorligini taminlash Sog'liqni saqlash sohasidagi asosiy dolzarb masalalardan biri bo'lib hisoblanadi. Yuqumli kasalliklarni tarqalishida suv omili katta ahamiyatga ega.Ichimlik suvining kimyoviy tarkibi bo'yicha havfsizligini ta'minlovchi ko'rsatkichlar quyidagi moddalarning meyorlarini o'z ichiga oladi: suvning tabiiy tarkibidagi moddalarni, suvni sifatini yaxshilash jarayonida reagent sifatida qo'shiladigan moddalarni, sanoat va qishloq xo'jalik chiqindi suvlari bilan suv ma'nbalarini ifloslanishi natijasidagi moddalarni. Suv, qurollanmagan ko'z orqali farqlanadigan suv organizmlari va yuza plyonkalarni tutmasligi kerak. Suvni xlorlashdan so'ng hosil bo'ladigan maxsus hid va ta'm 1 balldan ortmasligi kerak. Vodorod ko'rsatkichi (rN) 6,0 – 9,0 chegarasida bo'lishi kerak. Ichimlik suvining organoleptik xususiyatlariga salbiy ta'sir ko'rsatishi ehtimoli bo'lgan kimyoviy moddalar Quruq qoldiq, xloridlar, sulfatlar ,tyemir , mis , rux ,polifosfatlar, nyeft mahsulotlari , gyeksametofosfat, tripolifosfat, fenol (karbon kislota) va pyestisidlardan iborat. Ochiq va yer osti suv manbalarini sifatini bohalash uchun laboratoriya nazorati taxlil natijalari katta axamiyat kasb etadi. Suvni to'liq kimyoviy kuzatish yiliga 2 marotaba rejalashtiriladi. Ayrim ifloslanish xavfi bo'lgan joylarda oyiga 4 marta sinama olish, bunda koli – indeks, mikroblar umumiy soni, loyqaligi, rangi, xidi va ta'mini aniqlash katta axamiyatga ega. Shuningdek havo, suv, tuproq, o'simlik, hayvon organ va to'qimalari, oziq-ovqat mahsulotlari, osh tuzi tarkibidagi yod miqdorini aniqlash va uni nazorat qilish muhim ahamiyatga ega. Mazkur maqolada ichimlik suvi tarkibidagi yod miqdorini fotoelektrokolorimetrik aniqlash usullari bay on etilgan.

Suv namunalari Farg'ona shahri va uning atrofidagi hududlarda qo'llaniladigan

ichimlik suvlaridan olindi. Suv namunalari analizga quyidagicha tayyorlandi: 1 litrli issiqlikka chidamli kimyoviy stakanga aniqlanadigan suvdan 500 ml quyib, uning ustiga 10% li kaliy karbonat eritmasidan 10 ml qo'shildi. Suv 10 - 15 ml qolgungacha ehtiyotlik bilan bug'latildi. Stakandagi suv va stakan devoridagi cho'kmalar shisha tayoqcha yordamida to'liq eritmaga tushirildi. Ulami 100 ml li Keldal kolbasiga solindi. Stakan 10 ml bidistillangan suv bilan 2 marta yaxshilab chayqalib, yuvindi suv ham Keldal kolbasiga quyildi. Kolbadagi eritma va cho'kma quriguncha bug'latildi. So'ngra cho'kmadagi organik modda parchalanishi uchun 450 – 480°C gacha qizdirildi. Kolbani sovutib unga NaCl ning 20% li eritmasidan 15 ml, NaNO₃ ning 0,5% li eritmasidan 0,5 ml qo'shib va brilliant zangorisining 0,5% li eritmasidan 0,5 ml qo'shib yaxshilab chayqatildi. So'ngra 5 ml toluol va byuretkadan 2 ml H₃PO₄ (p=1,83) qo'shildi. Aralashma kuchli silkitib-silkitib 1 - 2 minut aralashtirildi. Keyin aralashma sentrifuga probirkasiga quyilib sentrifugada (2000 ay/min) bir minut sentrifugalanadi. Probirkaning yuqori qismidagi yashil rangga bo'yalgan toluol qatlam fotoelektrokolorimetr, kyuvetalarga quyilib optik zichligi (610 nm) o'lchanadi.

Eritmalar (ekstraktlar) optik zichligini o'lchash KFK - 2 rusumli fotoelektrokolorimetrda, 610 nm to'lqin uzunligi bo'yicha 1 sm qalinlikdagi kyuvetalarda amalga oshirildi. 610 nm uzunlikda numi yutish intensivligini aniqlanadigan eritmadagi yod miqdoriga proporsional.

Analiz uchun «Kimyoviy toza» va «Analiz uchun toza» toifadagi kimyoviy reaktivlardan foydalandi. Tarkibida 1 mg/ml yod bo'lgan standart eritma quyidagichatayyorlandi: 500 ml li o'lchov kolbasiga tarkibida kaliy yodad bo'lmagan kaliy yodid tuzidan 0,6541 gr solib distillangan suvda eritildi va belgigacha distillangan suv quyildi. Eritmani yaxshilab aralashtirib rangli idishga quyib qorong'u joyda saqlandi. Past konsentratsiyali (0,01; 0,03; 0,05; 0,07; 0,1 mg/ml) ishchi standart eritmalar analiz oldidan standart eritmani bidistillangan suv bilan suyultirib tayyorlandi. Ishchi standart eritmalaming optik zichliklari konsentratsiyasi bo'yicha kichikdan-kattasiga tartibida yuqorida ko'rsatilgan, aniqlanadigan suvning analizi kabi amalga oshirildi. Optik zichlik qiymatlariga ko'ra «Optik zichlik - konsentratsiya» bog'liqligining darajalangan grafigi millimetrovka qog'ozga aniq masshtab bilan tuzildi. Ichimlik suvi namunalarining optik zichliklari yuqorida bayon etilgan usulda o'lchandi va ulaming qiymatlariga asoslanib darajalangan grafikdan yod miqdori topildi. Yodning 0,08 mg/ml konsentratsiyali ishchi standart eritmasining analiz natijalariga ko'ra (20 marta o'lchanganda) «takrorlanuvchanlik» $\pm 6\%$ dan ortmaydi. Metodning to'g'riligi va aniqligi suv namunalariga «qo'shish» usuli bilan tekshirildi. «Kiritildi — topildi» natijalari bo'yicha

aniqlashning nisbiy hatosi $\pm 5\%$, variatsiya koeffitsienti $\pm 8\%$. Analiz natijalari kimyoviy analiz natijalariga mos keldi. Ichimlik suvlari tarkibidagi yod miqdorini fotoelektrokolorimetrik aniqlashda, metodning sezgirligi 0,3 mkg/ml. Bu metodni osh tuzi, oziq-ovqatlar va boshqa maxsulotlar tarkibidagi yod miqdorini aniqlashda ham qo'llash mumkin.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ ПЕРСОНАЛОВ ПРИ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА К ОБЩЕСТВУ

Эгамбердиева Г.Н.

Ферганский медицинский институт здравоохранения

Актуальность проблемы. По данным ООН, в мире насчитывается примерно 450 миллионов людей с нарушениями психического и физического развития [5]. Это составляет 1/10 части жителей нашей земли. Данные всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) свидетельствуют, что число таких жителей в мире достигает 13% (3% детей рождаются с недостатками интеллекта и 12% детей с другими психическими и физическими недостатками) всего в мире около 200 миллионов детей с ограниченными возможностями [1, 2]. Как показывает опыт многих стран мира, дети с ограниченными возможностями нередко, даже имея все потенциальные возможности, активно участвовать в производственной и общественной деятельности, не могут их реализовать потому, что остальные сограждане не хотят общаться с ними, зачастую просто в силу устоявшихся негативных стереотипов. Поэтому организационные меры по социальной адаптации, не подготовленных в психологическом плане детей, могут оказаться неэффективными [3,4]. И тут должны сыграть главную роль специалисты образовательных учреждений – педагоги, медицинские персоналы совместно с другими государственными и общественными организациями [6,7]. При этом не малое значение деятельности медицинских сестёр в общеобразовательных учреждениях, где, в первую очередь, можно психологически подготовить детей к совместному активному участию в жизни общества.

Цель. Провести анализ существующих проблем в области социальной адаптации детей инвалидов в образовательных учреждениях и

определить роль медицинских сестер по их устранению.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования послужили законопроекты, их реализация, мнение специалистов работающих в специализированных учреждениях г. Ферганы и Ферганской области, среднего медицинского персонала работающего как в специализированных учебных, так и в общеобразовательных заведениях, а так же мнение родителей детей инвалидов. Было опрошено 69 родителей 2 специализированных школ-интернатов и 27 общеобразовательных школ города Ферганы и Ферганской области, 27 медсестер общеобразовательных учреждений и 4 медсестры специализированных школ-интернатов, а так же 32 специалистов, среди которых преподаватели, руководители учреждений, дефектологи и врачи.

Результаты исследования. В ходе исследования наиболее проблемной была отмечена семейно-бытовая сфера 47%, многие семьи не идут на контакты медсестрами, не оказывают активного участия в жизни ребенка. На втором месте была указана медицинская сфера 29%, основные проблемы, которые указывали медицинские сестры, это отсутствие командной работы со специалистами других сфер, основных стандартов по работе с детьми с ограниченными возможностями, недостаточное количество информации. Среди мер по совершенствованию роли медсестры в социальной адаптации детей с ограниченными возможностями были отмечены: повышение квалификации медсестер 69%, комплексный подход в работе с ребенком всех специалистов 41%, организация обучающих тренингов 31%, совершенствование диагностики 9% и 34% отметили, что необходимо повышение зарплаты медицинским сестрам, работающим с детьми с ограниченными способностями. Мнение специалистов по поводу совместной учебы здоровых детей и детей с ограниченными возможностями, в большей степени, было положительным у 70%; 18% считают, что это возможно благодаря комплексному подходу всех специалистов, 9% - для этого необходимо создание благоприятных условий; 2% специалистов не согласны и 1% не знает, будет ли это возможным.

Выводы. Социальная адаптация детей в образовательных учреждениях не возможна без преодоления социальных барьеров, но для этого необходим комплексный подход специалистов работающих с детьми,

В том числе медицинских работников.

TIBBIYOT XODIMLARINING SOG'LIQ'IGA SALBIY TA'SIR KO'RSATADIGAN YETAKCHI ZARARLI OMILLAR

Abdullayev G'.A

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

Mehnat vazifalarini bajarish chog'ida sog'liqni saqlash xodimlari organizmga bir qator omillar salbiy ta'sir ko'rsatadi. Shifoxonalardagi mehnat sharoitlarining o'ziga xosligi tibbiy xodimlarning sog'lig'iga bevosita ta'sir ko'rsatadi va ko'pincha kasb kasalliklarning sababi hisoblanadi. Shifoxonalardagi og'r mehnat sharoiti tibbiy xodimlarning psixologik va jismoniy farovonligiga salbiy ta'sir ko'rsatadi va hozirgi kunda gipertoniya, yurak kasalliklari va oshqozon-ichak traktining kasalliklari tobora ko'payib bormoqda. Katta miqdordagi manbalar sog'liqni saqlash xodimlari kasalliklari bilan bog'liq statistik ma'lumotlarning noto'g'ri ekanligini ko'rsatadi. Tibbiy hujjatlarga ko'ra, surunkali patologiyaga ega bo'lgan shaxslar soni so'rov natijalari bilan solishtirganda 15-20% ga past bo'lganligi aniqlandi. Bularning barchasi kasallikning sezilarli darajada kamligi haqida dalolat beradi. Juda kamdan-kam hollarda, sog'liqni saqlash xodimlari, o'z sog'lig'ida muammolar paydo bo'lganda, yashash joyidagi mutaxassislarga murojaat qilishadi. Ko'pincha shifokorlar o'z hamkasblari bilan maslahatlashib, o'z-o'zini tashxislash va o'z-o'zini davolash bilan shug'ullanishadi. Mutaxassislar fikriga ko'ra bunday tibbiy xodimlarning ulushi 50-60% ga teng.

Sog'liqni saqlash xodimlarining ish joylarida kasbiy xavf omillari haqida kam ma'lumotga ega bo'lishlari har yili turli darajadagi kasallanish holatlarini oshiradi. Tibbiyot xodimlarining sog'lig'ini yo'qotishiga sabab: mehnat sharoiti – 76,6%, moddiy ahvoli – 42,3%, uyqu etishmasligi – 25,7%, notog'ri ovqatlanish – 24,9%, irsiy – 20,8%, deb xisoblashadi.

Tibbiyot xodimlarning sog'lig'iga salbiy ta'sir ko'rsatadigan yetakchi zararli omillardan biri, albatta, biologik omildir. Mehnat sharoitlarini baholashga ko'ra, biologik omil zararli omillar ichida yetakchi hisoblanadi. Biologik omillarining yuqori tarqalishining sababi quyidagilardan iborat: 1) biotexnologiyaning jadal rivojlanishi, 2) transmissiv infektsiyalarning yuqumli agentlarining yuqori yuqumli kasalliklari, 3) ayrim texnologik jarayonlarning nomutanosibligi, 4) ish joylarida sanitariya-gigiyenik va sanitariya-texnik tadbirlarga rioya qilmaslik, 5) xavfsizlik texnikasini e'tiborsiz qoldirish. Tibbiyot xodimlarining yuqumli kasalliklarning asosiy soni birinchi 5-8 yillik ish faoliyatida qayd etiladi, bu esa ishchi xodimlarning tanasining yetarlicha qarshiligi va kompensatsion-adaptiv mexanizmlarning shaklanmaganligi bilan bog'liq. Tibbiy yordam ko'rsatish jarayoni tibbiyot xodimlarini turli patogen mikroorganizmlar tomonidan qo'zg'atiluvchi yuqumli kasalliklarni yuqtirish xavfini sezilarli darajada oshiradi. Bu bemorning infektsiyalangan biologik suyuqliklari ishchi xodimining shilliq qavatlariga, shuningdek infektsiyalangan tibbiy asboblardan tomonidan qo'llaniladigan inyeksiya yoki kesish holatlarida sodir bo'ladi.

Diagnostika xizmatini ko'rsatishda sog'liqni saqlash sohasi mutaxassislari epidemiyaga qarshi rejimga rioya qilishlari va har bir bemorni potentsial infektsiya manbai deb hisoblashlari kerak. Bunday hushyorlik gepatit B va C viruslari, sil, OIV va

gemokontaktiv infeksiyalarning patogenlari bilan kasalxonaga yotqizilgan bemorlardan yuqishi mukun bo'lgan infeksiyalarning oldini olish uchun asos bo'lib xizmat qiladi. Shifokorlar ish joyidagi xavfsizlik qoidalariga qat'iy rioya qilishlari va shaxsiy himoya vositalaridan foydalanishlari kerak, qo'lqop kiyishni e'tiborsiz qoldirmasliklari kerak. Lateks qo'lqoplarini doimiy ishlatish lateks allergiyasi kabi katta muammolarni keltirib chiqardi. Uning klinik belgilari dermatit, konyuktivit, Kvinke shishi, yo'tal va hatto anafilaktik shok shaklida namoyon bo'lishi mumkin.

Fizik omillar orasida tibbiyot xodimlarning sog'lig'iga sezilarli ta'sir ko'rsatadigan ionlashtiruvchi nurlanish mavjud. Ma'lumki, radiologiya bo'limlari va radiologik laboratoriyalar xodimlariga bu eng ko'p ta'sir ko'rsatadi. Zamonaviy rentgen uskunolari diagnostik tadqiqotlar imkoniyatlarini sezilarli darajada kengaytirishga imkon berdi, mehnat sharoitlarini sezilarli darajada o'zgartirdi va shu bilan to'g'ridan-to'g'ri radiatsiya ta'sirini kamaytirishga yordam berdi.

Zamonaviy kompyuter va magnit-rezonans tomografiya xonalarida ishlaydigan shifokorlar uchun mehnat sharoitlari bir qator omillar ta'siri bilan tavsiflanadi: doimiy magnit maydon, shovqin, ish joylarida kam yorug'lik, mehnat intensivligi oshdi. So'rov natijalariga ko'ra, statsionar va shaxsiy himoya vositalari 90-95% hollarda tibbiy xodimlar tomonidan qo'llaniladi. Ultratovushning uzoq muddatli tizimli ta'siri tananing yurak-qon tomir, asab va endokrin tizimlarida o'zgarishlarga olib kelishi isbotlangan. Eng tez-tez rivojlanadigan vegetativ distoniya, astenik sindrom va polinevropatiya shular jumlasidandir. Ushbu sindromlarning professional etiologiyasi ko'pincha qo'lqopsiz ultratovush uskunolari bilan intensiv va uzoq muddatli ishlaydigan xodimlar tomonidan aniqlanadi. 75% shifokorlar va ultratovush bilan ishlaydigan hamshiralarning yarmidan ko'pi eshitish va vestibulyar analizatorlarda buzilishlarga uchraydi.

Tibbiy amaliyotda kimyoviy moddalardan foydalanish juda ko'p. Kimyoviy xavf omillari inson organizmiga toksik moddalarning turli guruhlarining salbiy ta'siridan iborat. Kimyoviy moddalarning kasbiy faoliyati jarayonida salbiy ta'siri, birinchi navbatda: klinik diagnostik, bakteriologik, sitologiya va patologik laboratoriya xodimlari, jarrohlik guruhlari a'zolari, anesteziologlar, stomatologlar, dezinfektsiyalovchi mutaxassislar, farmatsevtika xodimlarida uchraydi. Klinik-diagnostik laboratoriyalarda kuchli kislotalar, gidroksidlar, erituvchilar, bo'yoqlar, ozuqa moddalarini o'z ichiga olgan reagentlar qo'llaniladi. Shifoxona bo'limlarida formaldegid, ammiak va sirka kislotaning o'rtacha kontsentratsiyasi mos ravishda 0,33, 6,0 va 2,5 mg /m³ ni tashkil etadi. Bu belgilangan kimyoviy moddalarning maksimal ruxsat etilgan kontsentratsiyasidan oshmaydi. Xuddi shunday, laboratoriya tibbiy xodimlarining mehnat sharoitlarini o'rganishda biokimyoviy laboratoriyalarning ish muhitida vodorod xlorid miqdori ruxsat etilgan maksimal kontsentratsiyadan 4-5 marta oshib ketishi aniqlandi. Nafas olish yo'li organizmga kimyoviy moddalarni olishning eng keng tarqalgan usuli hisoblanadi.

Shuni ta'kidlash kerakki, hatto maksimal ruxsat etilgan, salbiy mehnat omillariga yaqin darajalarda ham, ularning kombinatsiyalangan ta'siri bilan inson organizmidagi o'zgarishlarga olib kelishi mumkin, bu esa intoksikatsiyaning aniq shakllari va professional kasalliklarga olib keladi. Xavfli omillarning organizmga ta'sirini subektiv baholashni o'rganishga qaratilgan tadbirlar alohida qiziqish uyg'otadi va yuqori samara beradi.

Shunday qilib, yuqorida aytilganlarning barchasi mehnatning gigienik sharoitlari va mehnat jarayonining omillari shifoxona ishchi-xodimlarining sog'lig'iga ta'sirini

o'rganishning dolzarbligini belgilaydi, keyinchalik xodimlarning tanasida patologik o'zgarishlarning oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlarni ishlab chiqadi.

TIBBIYOT XODIMLARINING SOG'LIQ'IGA SALBIY TA'SIR KO'RSATADIGAN YETAKCHI ZARARLI OMILLAR

Abdullayev G'.A

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

Mehnat vazifalarini bajarish chog'ida sog'liqni saqlash xodimlari organizmga bir qator omillar salbiy ta'sir ko'rsatadi. Shifoxonalardagi mehnat sharoitlarining o'ziga xosligi tibbiy xodimlarning sog'lig'iga bevosita ta'sir ko'rsatadi va ko'pincha kasb kasalliklarning sababi hisoblanadi. Shifoxonalardagi og'r mehnat sharoiti tibbiy xodimlarning psixologik va jismoniy farovonligiga salbiy ta'sir ko'rsatadi va hozirgi kunda gipertoniya, yurak kasalliklari va oshqozon-ichak traktining kasalliklari tobora ko'payib bormoqda. Katta miqdordagi manbalar sog'liqni saqlash xodimlari kasalliklari bilan bog'liq statistik ma'lumotlarning noto'g'ri ekanligini ko'rsatadi. Tibbiy hujjatlarga ko'ra, surunkali patologiyaga ega bo'lgan shaxslar soni so'rov natijalari bilan solishtirganda 15-20% ga past bo'lganligi aniqlandi. Bularning barchasi kasallikning sezilarli darajada kamligi haqida dalolat beradi. Juda kamdan-kam hollarda, sog'liqni saqlash xodimlari, o'z sog'lig'ida muammolar paydo bo'lganda, yashash joyidagi mutaxassislariga murojaat qilishadi. Ko'pincha shifokorlar o'z hamkasblari bilan maslahatlashib, o'z-o'zini tashxislash va o'z-o'zini davolash bilan shug'ullanishadi. Mutaxassislar fikriga ko'ra bunday tibbiy xodimlarning ulushi 50-60% ga teng.

Sog'liqni saqlash xodimlarining ish joylarida kasbiy xavf omillari haqida kam ma'lumotga ega bo'lishlari har yili turli darajadagi kasallanish holatlarini oshiradi. Tibbiyot xodimlarining sog'lig'ini yo'qotishiga sabab: mehnat sharoiti – 76,6%, moddiy ahvoli – 42,3%, uyqu etishmasligi – 25,7%, notog'ri ovqatlanish – 24,9%, irsiy – 20,8%, deb xisoblashadi.

Tibbiyot xodimlarning sog'lig'iga salbiy ta'sir ko'rsatadigan yetakchi zararli omillardan biri, albatta, biologik omildir. Mehnat sharoitlarini baholashga ko'ra, biologik omil zararli omillar ichida yetakchi hisoblanadi. Biologik omillarining yuqori tarqalishining sababi quyidagilardan iborat: 1) biotexnologiyaning jadal rivojlanishi, 2) transmissiv infektsiyalarning yuqumli agentlarining yuqori yuqumli kasalliklari, 3) ayrim texnologik jarayonlarning nomutanosibligi, 4) ish joylarida sanitariya-gigiyenik va sanitariya-texnik tadbirlarga rioya qilmaslik, 5) xavfsizlik texnikasini e'tiborsiz qoldirish. Tibbiyot xodimlarining yuqumli kasalliklarning asosiy soni birinchi 5-8 yillik ish faoliyatida qayd etiladi, bu esa ishchi xodimlarning tanasining yetarlicha qarshiligi va kompensatsion-adaptiv mexanizmlarning shaklanmaganligi bilan bog'liq. Tibbiy yordam ko'rsatish jarayoni tibbiyot xodimlarini turli patogen mikroorganizmlar tomonidan qo'zg'atiluvchi yuqumli kasalliklarni yuqtirish xavfini sezilarli darajada oshiradi. Bu bemorning infektsiyalangan biologik suyuqliklari ishchi xodimining shilliq qavatlariga, shuningdek infektsiyalangan tibbiy asboblardan qo'llaniladigan inyeksiya yoki kesish holatlarida sodir bo'ladi.

Diagnostika xizmatini ko'rsatishda sog'liqni saqlash sohasi mutaxassislari epidemiyaga qarshi rejimga rioya qilishlari va har bir bemorni potentsial infektsiya

manbai deb hisoblashlari kerak. Bunday hushyorlik gepatit B va C viruslari, sil, OIV va gemokontaktiv infeksiyalarning patogenlari bilan kasalxonaga yotqizilgan bemorlardan yuqishi mukun bo'lgan infeksiyalarning oldini olish uchun asos bo'lib xizmat qiladi. Shifokorlar ish joyidagi xavfsizlik qoidalariga qat'iy rioya qilishlari va shaxsiy himoya vositalaridan foydalanishlari kerak, qo'lqop kiyishni e'tiborsiz qoldirmasliklari kerak. Lateks qo'lqoplarini doimiy ishlatish lateks allergiyasi kabi katta muammolarni keltirib chiqardi. Uning klinik belgilari dermatit, konyuktivit, Kvinke shishi, yo'tal va hatto anafilaktik shok shaklida namoyon bo'lishi mumkin.

Fizik omillar orasida tibbiyot xodimlarning sog'lig'iga sezilarli ta'sir ko'rsatadigan ionlashtiruvchi nurlanish mavjud. Ma'lumki, radiologiya bo'limlari va radiologik laboratoriyalar xodimlariga bu eng ko'p ta'sir ko'rsatadi. Zamonaviy rentgen uskunolari diagnostik tadqiqotlar imkoniyatlarini sezilarli darajada kengaytirishga imkon berdi, mehnat sharoitlarini sezilarli darajada o'zgartirdi va shu bilan to'g'ridan-to'g'ri radiatsiya ta'sirini kamaytirishga yordam berdi.

Zamonaviy kompyuter va magnit-rezonans tomografiya xonalarida ishlaydigan shifokorlar uchun mehnat sharoitlari bir qator omillar ta'siri bilan tavsiflanadi: doimiy magnit maydon, shovqin, ish joylarida kam yorug'lik, mehnat intensivligi oshdi. So'rov natijalariga ko'ra, statsionar va shaxsiy himoya vositalari 90-95% hollarda tibbiy xodimlar tomonidan qo'llaniladi. Ultratovushning uzoq muddatli tizimli ta'siri tananing yurak-qon tomir, asab va endokrin tizimlarida o'zgarishlarga olib kelishi isbotlangan. Eng tez-tez rivojlanadigan vegetativ distoniya, astenik sindrom va polinevropatiya shular jumlasidandir. Ushbu sindromlarning professional etiologiyasi ko'pincha qo'lqopsiz ultratovush uskunolari bilan intensiv va uzoq muddatli ishlaydigan xodimlar tomonidan aniqlanadi. 75% shifokorlar va ultratovush bilan ishlaydigan hamshiralarning yarmidan ko'pi eshitish va vestibulyar analizatorlarda buzilishlarga uchraydi.

Tibbiy amaliyotda kimyoviy moddalardan foydalanish juda ko'p. Kimyoviy xavf omillari inson organizmiga toksik moddalarning turli guruhlarining salbiy ta'siridan iborat. Kimyoviy moddalarning kasbiy faoliyati jarayonida salbiy ta'siri, birinchi navbatda: klinik diagnostik, bakteriologik, sitologiya va patologik laboratoriya xodimlari, jarrohlik guruhlari a'zolari, anesteziologlar, stomatologlar, dezinfektsiyalovchi mutaxassislar, farmatsevtika xodimlarida uchraydi. Klinik-diagnostik laboratoriyalarda kuchli kislotalar, gidroksidlar, erituvchilar, bo'yoqlar, ozuqa moddalarini o'z ichiga olgan reagentlar qo'llaniladi. Shifoxona bo'limlarida formaldegid, ammiak va sirka kislotaning o'rtacha kontsentratsiyasi mos ravishda 0,33, 6,0 va 2,5 mg /m³ ni tashkil etadi. Bu belgilangan kimyoviy moddalarning maksimal ruxsat etilgan kontsentratsiyasidan oshmaydi. Xuddi shunday, laboratoriya tibbiy xodimlarining mehnat sharoitlarini o'rganishda biokimyoviy laboratoriyalarning ish muhitida vodorod xlorid miqdori ruxsat etilgan maksimal kontsentratsiyadan 4-5 marta oshib ketishi aniqlandi. Nafas olish yo'li organizmga kimyoviy moddalarni olishning eng keng tarqalgan usuli hisoblanadi.

Shuni ta'kidlash kerakki, hatto maksimal ruxsat etilgan, salbiy mehnat omillariga yaqin darajalarda ham, ularning kombinatsiyalangan ta'siri bilan inson organizmidagi o'zgarishlarga olib kelishi mumkin, bu esa intoksikatsiyaning aniq shakllari va professional kasalliklarga olib keladi. Xavfli omillarning organizmga ta'sirini subektiv baholashni o'rganishga qaratilgan tadbirlar alohida qiziqish uyg'otadi va yuqori samara beradi.

Shunday qilib, yuqorida aytilganlarning barchasi mehnatning gigienik sharoitlari va mehnat jarayonining omillari shifoxona ishchi-xodimlarining sog'lig'iga ta'sirini o'rganishning dolzarbligini belgilaydi, keyinchalik xodimlarning tanasida patologik o'zgarishlarning oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlarni ishlab chiqadi.

ОПТИМИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ

Арипов А.М.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Главной целью социальной политики Республике Узбекистане является последовательное повышение уровня и качества жизни населения, обеспечение всеобщей доступности основных социальных услуг, надлежащего качества организации и оказания медицинской помощи. Особое место в укреплении и сохранении здоровья населения принадлежит системе здравоохранения, основной задачей которой на сегодняшний день является повышение доступности, качества и эффективности медицинской помощи, прежде всего, медико-санитарной помощи.

Как следует из Бюджетного послания Министерства финансов Узбекистана на 2018 год, расходы на здравоохранение составят 9,6 трлн сумов с ростом на 30,9 % к предыдущему году. В послании отмечено, что увеличение финансирования обеспечит реализацию всех мероприятий в рамках принятых программ по реформированию сферы здравоохранения и предоставлению населению качественных медицинских услуг.

В 2009 году государство потратило на здравоохранение 1,3 трлн, а в 2017 году — уже 6,7 трлн сумов. В 2018 году финансирование увеличили сразу на 40 процентов — на здоровье граждан планируют потратить около 10 трлн сумов. При этом значительная часть расходов уйдет на семейные поликлиники, службу скорой помощи и региональные медпункты. Для скорой помощи в прошлом году закупили 1 269 машин и потратили 9,6 млрд сумов на лекарства. В 2018 году эта цифра составит уже 22,5 млрд, а сама скорая помощь станет бесплатной, в том числе и в частных клиниках.

На поддержку сельских медицинских пунктов в 2018 году выделили 112,7 млрд сумов, а в 2021 году им отдадут сразу 269,0 млрд. На лекарства в 2016 году было потрачено 227 млрд сумов, в 2017-м — 376 млрд сумов, а в 2018-м — 915 млрд сумов.

В 2016 году мощность амбулаторно-поликлинических учреждений, по сравнению с 1991 годом увеличилась на 46 процентов. Если в 1991 году амбулаторно-поликлинические учреждения могли принимать в смену 282,2 тысяч человек, то к 2016 году этот показатель достиг 411,9 тыс. человек в смену. Если в 2000 году на одного жителя в среднем приходилось 7 посещений амбулаторно-поликлинических учреждений в год, то в 2016 году этот показатель составил 10,2 посещения в год.

За годы независимости, в результате осуществляемых реформ, направленных на оптимизацию и повышения эффективности системы здравоохранения были внесены структурные изменения в стационарные больничные учреждения, так в 2016 году число стационарных учреждений уменьшилось на 20 % по сравнению с 1991 годом. В результате оптимизации неэффективных больничных коек число коек в больничных учреждениях уменьшилось на 49 процентов по сравнению с

1991 годом, а число коек, в расчете на 10000 человек, уменьшилось на 67 процентов.

Вместе с тем растет объем привлеченных иностранных инвестиций. Если в 2016 году было освоено 40,2 млн долларов, то в текущем году эта цифра составила 93,5 млн.

По состоянию на 1 января 2017 года в Республике Узбекистан действуют 6542 амбулаторно-поликлинических учреждения, их число, по сравнению с 1991 годом (3027) увеличилось более чем в 2 раза. При этом, число больничных учреждений наоборот уменьшилось, если в 1991 году действовали 1388 больничных учреждений, то к 2016 году их число составило 1106 единиц.

Если в 1991 году в сфере медицинского обслуживания населения работало 75 тысяч врачей, то к 2016 году их число составило 84,1 тысяч человек (возросло на 12 процентов).

А число среднего медицинского персонала увеличилось на 41 процент по сравнению с 1991 г (с 242,2 до 341,3 тыс. человек).

Одной из главных целей современной реформы здравоохранения является повышение доступности и качества медицинского обслуживания населения, что невозможно без оптимизации ресурсного обеспечения лечебно-диагностического процесса.

ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Арипов А.М.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Цель работы: изучения диагностика и смертность онкологические заболевания.

Материал и методы исследования: Обследовано материалы статического данные ВОЗ и здравоохранение Узбекистана.

Результаты: В основе онкологического заболевания лежит нарушение регуляционного процесса тканевого роста. Клетки в нашем организме постоянно растут и делятся для того, чтобы компенсировать поврежденные или старые клетки. Когда клетка делится и обновляется всегда существует риск вероятности возникновения ошибки.

Наш организм оснащен механизмом предупреждения и исправления этих ошибок, но иногда он может дать сбой. Этот процесс наиболее вероятен при воздействии канцерогенов (веществ, способствующих возникновению рака), различные травмы (физической, тепловой или иного рода), и неблагоприятных условиях для функционирования этих механизмов (например, при гипоксии – недостатке в ткани кислорода). Если механизм контроля деления клетки «ломается», возникнет неконтролируемый рост и деление, который и называют термином «рак». Злокачественные опухоли имеет три ключевых отличия, от «доброкачественного» процесса: неконтролируемый рост, прорастание (инвазия) в соседние ткани и органы, способность к метастазированию – процессу циркуляции раковых клеток с током крови или лимфы в другие части тела. Есть много факторов риска. Некоторые из них связаны с образом жизни, и на них можно влиять, а генетика и возраст, не поддаются влиянию.

По данным Cancer Research UK, до 33% смертей от курения связаны с онкологическими заболеваниями. Примерно за 6% всех смертей приходит к алкоголю, каждая восьмая из них — от рака. Развитие 18% злокачественных опухолей приходится на инфекции. Значимая роль принадлежит ожирению,

неправильному питанию с преобладанием красного, жирного, жареного мяса и полуфабрикатов, недостатком овощей, фруктов, пищевых волокон. Каждый день в мире умирает 27 тыс. человек от рака.

Онкологические заболевания унесут 9,6 миллиона жизней в этом году, гласит исследование Всемирной организации здравоохранения. Международное агентство по исследованию рака, входящее в состав ВОЗ, проанализировало ситуацию в 185 странах. Согласно их прогнозам, в 2018 году в мире выявят 18 миллионов новых случаев болезни, а 9,6 млн завершатся летальным исходом. С момента последнего исследования за 2012 год угроза рака возросла на 28%. На первом месте по распространенности рака оказалась Австралия – около 468 на 100 000. Второе место – у Новой Зеландии 438 на 100 000, третье – у Ирландии 373,7 на 100 000. В десятку стран максимального риска также вошли Венгрия, США, Бельгия, Франция, Дания, Норвегия и Нидерланды.

Всемирная организация здравоохранения считает, что число случаев заболевания раком возрастет в ближайшие 20 лет на 70%. По прогнозам ВОЗ, больше всего смертельных случаев будет зарегистрировано в Азии, но это объясняется густонаселенностью региона. На Европу придется 23% летальных исходов, на Америку – 21%.

По данным статистики МЗ РУз в Ферганском области 2009 году было зарегистрировано 14999 новые появившихся раковых клеток оно составляет 0,5% от общего числа населения, из них 2014 доброкачественные, а в 2010 году 15795 (0,52%) из них 2192 является доброкачественными, в 2011 году это число увеличилось на 17677 (0,54%) а доброкачественный достигло до 4881, в 2012 году число новых опухолевых клеток резко снизилось до 14824 (0,45%) из них 1501 является доброкачественным.

Вывод: Так как основным фактором который влияют на появление и увеличение опухолевых заболеваний является изменение экологии, алкоголизм, курения.

Содержание

1	Rakhimov A. A., Muhiddinova Sh. B., Yakubov V. O., Junko Tanaka PREVALENCE AND RISK FACTORS OF FATTY LIVER DISEASE AMONG HOSPITALIZED TYPE 2 DIABETES PATIENTS IN UZBEKISTAN	4
2	Амирасланов А. Т., Ибрагимов Э. Э., Абдыева С. В., Амирасланов А. А. ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЛИПОСАРКОМОЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ	9
3	Ашурова М.Д., Махаматов У.Ш., Тешабоев У.А., Сайдуллаева К.М.. COVID-19 С СОПУТСТВУЮЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ	15
4	Азизова М. Э. ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ПОКАЗАТЕЛЯ ОНКОМАРКЕРА ЯИЧНИКОВ СА-125 ПРИ АДЕНОМИОЗЕ	20
5	Таджиев Б.М., Матякубов М.Б., Мирхашимов М.Б. ТОШКЕНТ ВИЛОЯТИДА ВИРУСЛИ ГЕПАТИТЛАР БИЛАН КАСАЛЛАНИШЛАР ТАХЛИЛИ	21
6	Халафли Х. Н. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИПАРАЗИТАРНЫХ СРЕДСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНВАЗИРОВАННЫХ КИШЕЧНЫМИ ПАРАЗИТОЗАМИ В Г.БАКУ	23
7	Амирасланова Н. А. ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН ПРИ ОБРАЗОВАНИЯХ СРЕДНИХ И БОЛЬШИХ РАЗМЕРАХ МАТКИ И ЯИЧНИКОВ	25
8	Агаева Г.И. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ОФТАЛЬМОХЛАМИДИОЗА	26
9	Абдуллаев А.С. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РЕГИОНАРНЫХ БЛОКАД ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ	28
10	Abdukaxarova M.F., Bryantseva Y.V., Umarova M.A. O'ZBEKISTONDA QIZAMIQ KASALLIGI BILAN KASALLANISHNING 2010-2020 YILLARDAGI RETROSPEKTIV EPIDEMIOLOGIK Tahlili	29
11	Абдуллаев А.С. ОБОСНОВАННОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОПИОИДНЫХ АНАЛЬГЕТИКОВ НА ЭТАПЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ	31

12	Ашурова М.Ж., Мухаммадова Г.Қ., Умаров С.Р., Жабборова У.Б. ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ ВА УНИ ДАВОЛАШДА ПРОФИЛАКТИК ОВҚАТЛАНИШНИ АҲАМИЯТИ	34
13	Ф.Т.Абдувалиева, Ф.Л. Азизова ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРНИ ОЛДИНИ ОЛИШДА ИЧИМЛИК СУВИНИ АҲАМИЯТИ	35
14	Азизов А. А. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КАНАЛОВ ЭКЗОГЕННОГО ПОСТУПЛЕНИЯ МИКРООРГАНИЗМОВ НА НЕБНЫЕ МИНДАЛИНЫ	36
15	Абдуллаев А.С. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИСПЕКТРАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА ДЛЯ СНИЖЕНИЯ РИСКА ПРОБУЖДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВО ВРЕМЯ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ	37
16	Аграновский М.Л., Рахматов А.Б., Махмутов Р.Х. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ	39
17	Abdulhakimov A. R., Fattaxov N. H., Xabibullaeva S.A., Mamajonov O. THE RATE OF INCREASE IN THE NUMBER OF PATIENTS WITH ALZHEIMER'S DISEASE	40
18	Бабаханов И.С. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У РАБОТНИКОВ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ	41
19	Дмитриев А. Н. АНАЛИЗ ЭПИЗООТИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ НА ОСНОВАНИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЧИСЛЕННОСТИ НОСИТЕЛЕЙ И ПЕРНОСЧИКОВ ЧУМЫ НА ТЕРРИТОРИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО УЧАСТКА КЫЗЫЛКУМСКОГО ПРИРОДНОГО ОЧАГА ЧУМЫ В 2000-2021 г.г.	42
20	Джафарова Х. Г., Тагиева Ф. Ш. COVID -19 – КАК СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ	49
21	Халафли Х. Н. ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КИШЕЧНЫХ ПАРАЗИТОЗОВ СРЕДИ ДЕТЕЙ	51
22	Джафарова Х. Г., Тагиева Ф. Ш., Векилов В. Н. НЕИНФЕКЦИОННЫЕ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	54
23	Ёдгоров Ў. А., Рахимбердиев Б. Э., Турсунова Д. А. ЎЗБЕКИСТОНДА COVID-19 ГА ҚАРШИ ҚЎЛЛАНИЛАЁТГАН МАХСУС ПРОФИЛАКТИК ЧОРА-ТАДБИРЛАРИ	57
24	Ибрагимов Ш.Р. ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ КОЛИЧЕСТВОМ ЭОЗИНОФИЛОВ И IgE К АСКАРИДАМ У ЛИЦ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ	60

25	Искендерли В.Б. ХАРАКТЕР ИНФИЦИРОВАНИЯ ПАТОГЕННЫМИ ГРИБАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ГРИБКОВЫМ КОНЪЮНКТИВИТОМ ГЛАЗ	61
26	Гасимова Г. М. О РОЛИ ЛЯМБЛИОЗА В РЕПРОДУКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ У БЕРЕМЕННЫХ В Г.БАКУ	62
27	Гасимов Д. Л. ГРИБКОВЫЙ НАРУЖНЫЙ ОТИТ: ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И РАЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ	63
28	Кулиева Э. М. ФАКТОРЫ И УСЛОВИЯ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАСПРОСТРАНЕНИЮ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ В УСЛОВИЯХ УРБАНИЗАЦИИ	64
29	Кулиева Э. М., Ахмед – заде Л. А. ГЕОГРАФИЧЕСКАЯ ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ И ИХ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ	68
30	Кулиева З.М., Алиев М.Г., Рустамова Л.И., Исаева М.М., Ибадова Т.И., Исрафилбекова И.Б. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ	70
31	Кулиева Э. М. РОЛЬ КЛЕЩЕЙ В РАСПРОСТРАНЕНИИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОВ	74
32	Каримова М.А. ГЕН-МОДИФИКАЦИЯ ЛАНГАН СОЯНИНГ ТАЖРИБАДА ЙЎҒОН ИЧАК МИКРОФЛОРАСИГА ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ	76
33	Калниязова И.Б., Рахманова Ж. А., Ниязова Г. Т. ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН	79
34	Микаилов У.С. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДОРОЖНО- ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА	80
35	Маматов Б.Ю., Камбаров З.Г. ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ВАЗОДИЛАТАТОРОВ МАЛОГО КРУГА ПРИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	82
36	Муминов Б.Э., Озодбеков Ю.Ш. ГИПЕРНАТРИЕМИЧЕСКИЙ ГИПЕРОСМОЛЯРНЫЙ СИНДРОМ В ДЕБЮТЕ ТЯЖЕЛОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА АССОЦИИРУЕТСЯ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ	83

37	Махаматов У., Мухаммадалиев А. О‘ЗБЕКISTON RESPUBLIKASIDA TURLI YO‘LLAR BILAN YUQUVCHI YUQUMLI KASALLIKLARNI OLDINI OLISH	85
38	Маматов Б.Ю., Камбаров З.Г. БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТА В ИНТЕРВЕНЦИОННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛИ	87
39	Мусаева О.Т., Халилова Б.Р. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАРИЕСА РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА, ФАКТОРЫ РИСКА И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА	89
40	Мадаминов Ф. А. , Ёкубов М. М . ЛЕЧЕНИЕ ИНВАЗИВНОГО МУКОРМИКОЗА У БОЛЬНЫХ COVID-19	96
41	Muydinova Yo.G., Abduvaqqosova M.M., Xusanova SH.S. BOLALARDA NEYROTTSIRKULYATOR DISTONIYANI BARVAQT ANIQLASH VA ULAR ORGANIZMIDA UYQUNING AHAMIYATI	97
42	Рзаев Р. С. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У МУЖЧИН	100
43	Сафарова Р. И. ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ В АЗЕРБАЙДЖАНЕ	102
44	Sadullaev O. K., Mamatqulova M.T. BIFIDUMBACTERIN PL AND IMMUNOMODULIN AS BIO- IMMUNE CORRECTORS IN CHILDREN WITH DYSENTERY	103
45	Teshaboev U.A, U.Sh.Maxamatov GIJJA KASALLIKLARI PROFILAKTikasi	113
46	Сайдуллаева К.М , Маматова М.А., Мухаммедова Н.О РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЙОДОДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН	115
47	Saliev D.K., Saliev K.K., Soliev A TERRITORIAL FEATURES OF WIDE SPREADING THE LEUKEMIA AMONG ADULT POPULATION OF ANDIZHAN PROVINCE	120
48	Safarov O. Sh. YALLIG'LANISHLI ICHAK KASALLIGI BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA TISH IMPLANTATSIYASINING YETISHMASLIGI BO'YICHA MAVJUD BO'LGAN INSONIY KLINIK TADQIQOTLARNING TIZIMLI TAHLILI	121

49	Siddikov B., Abdulxakimov A., Qodirxonov M. THE SONGS ROLE IN THE CORRECT FORMATION OF A CHILD'S SPEECH	128
50	Сайдуллаева К.М, Тешабоев У.А, Хожиматов Х.О, Маматова М.А. ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ	128
51	Джафарова Х. Г., Тагиева Ф. Ш., Джалилов В. Ч. ИНФЕКЦИОННЫЕ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИЕ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ	131
52	Джафарова Х. Г., Тагиева Ф. Ш. СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	135
53	Турдиев Ш.М. , Махмудова М.Х. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ОРГАНИЗАЦИЯ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В УЗБЕКИСТАНЕ	136
54	Каримджанов И. А., Файзиева У.Р. ОСОБЕННОСТИ СПЕЛЕОТЕРАПИИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ	138
55	Fattaxov N. H., Yuldasheva M.T., Abdulxakimov A. R., Siddikov B.T., Turgunboev F. POSTOPERATIVE COMPLICATIONS	143
56	Халафли Х.Н. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ТЕНДЕНЦИИ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА И ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ	144
57	Хасиева А. Б. КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У БЕРЕМЕННЫХ	146
58	Akunjonova Kh. A., Saydullayeva K. M., Khojimatov Kh. O., Teshaboyev U. A., Makhamatov U. Sh. THE ROLE OF DIET AND PREVENTIVE NUTRITION IN DIABETES TYPE 2	147
59	Xojimatov X. O. BOLALAR ORASIDA OVQATDAN ZAHARLANISH BELGILARI VA O'ZIGA HOS ALOMATLARI	152
60	Чартакова Х. Х. РАСПРОСТРАНЕНИЕ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА У ЖИТЕЛЕЙ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ	152
61	Чартаков Д. К. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ОСНОВНЫХ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	156
62	Шеркўзиева Г.Ф.	159

	ИЧИМЛИК СУВИГА БОҒЛИҚ ГЕПАТИТ КАСАЛЛИКЛАР ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ	
63	Эшонхужаев О.О., Тургунов М.А. ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ И КАЧЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВ ПРИ УРОИНФЕКЦИЯХ У БЕРЕМЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ	161
64	Шерқўзиёва Г.Ф., Бобоева И.У., Оразбоева Ш.Э. ИЧИМЛИК СУВИГА БОҒЛИҚ ЭНДЕМИК КАСАЛЛАНИШ ХОЛАТИ	162
65	Шерқўзиёва Г.Ф. ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР ТАРҚАЛИШИДА ИЧИМЛИК СУВИНИНГ АҲАМИЯТИ	164
66	Эшонхўжаев О.О. КИЧИК ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА КЕЧГАН ЎТКИР ЗОТИЛЖАМ КАСАЛЛИГИДА ТАБИЙ ВА СИНТЕТИК ПЕНИЦИЛЛИНЛАРНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ	166
67	Эрматова Г.А. ҚОРАОҚСОҚ ПРОФИЛАКТИКАСИДА ТИББИЙ САНИТАРИЯ ЧОРА-ТАДБИРЛАРНИНГ МУҲИМ РОЛИ	167
68	Юсупалиходжаева С. Х., Шомуродова Г. Х., Патхиддинова М. Ш. ИЗУЧЕНИЕ ПОВЫШЕНИЯ АНТИМИКРОБНОЙ АКТИВНОСТИ ГИПОХЛОРИДА НАТРИЯ ПРИ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ ЛАЗЕРОМ	168
69	Юлдашева М.Т. МЕЖСИСТЕМНЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ИММУНОЙ И ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ : МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТИМУСА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ	171
70	Ашурова М.Д. , Сайдуллаева К.М. , Маматова М.А. БОТУЛИЗМ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ	174
71	Abdulxakimov A. R., Fattaxov N. H. WHAT SHOULD BE THE CONVERSATION WITH THE PATIENT	177
72	Жумаева А. А., Саидов А. А. МАТЕРИАЛЫ К ОБОСНОВАНИЮ ГИГИЕНИЧЕСКИХ НОРМАТИВОВ НОВОГО ИНСЕКТИЦИДА СЕЛЛЕР В ОБЪЕКТАХ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ	177
73	Abdulkhakimov A. R., Fattakhov N. H. DIFFICULTIES IN DIAGNOSING ACUTE APPENDICITIS IN CHILDREN	179
74	Babadjanova X.M. BOLA UYQUDA KO'P TERLASH SABABLARI, TASHXISLASH VA DAVOLASH USULLARI	180

75	Babajanova S. Y., Samandarova B.S. SOG'LOM TURMUSH TARZIGA RIOYA QILISH-AHOLI SALOMATLIGINING ASOSIDIR	183
76	Abdulxakimov A. R., Fattaxov N. H. PROSPECTS FOR THE TREATMENT OF ADHESIVE DISEASE	184
77	Kadirova X.A, Obidjonov Z. TOKSOPLAZMOZ KASALLIGINI KELIB CHIQISH SABABLARI, DIAGNOSTIKASI, ULARNI DAVOLASH USULLARI VA PROFILAKTIKASI	185
78	Teshaboev U.A, U.Sh.Maxamatov,,Xojimatov X.O KAMQONLIK BOSHQA KASALLIKLARGA HAM YO'L OCHISHI BILAN XAVFLIDIR	188
79	Маматкулова М. Т. БЕРЕМЕННОСТЬ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 РИСКИ И ВЛИЯНИЯ НА БУДУЩЕГО РЕБЕНКА	190
80	М.Т.Маматкулова. САЛЬМОНЕЛЛЁЗ КАСАЛЛИГИНИ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАХЛИЛИ ВА ЭПИДЕМИЯГА ҚАРШИ ЧОРА ТАДБИРЛАР ТИЗИМИ	195
81	Турдиев Ш.М., Алимжанова М.Ш. ОЦЕНКА ВОЗДЕЙСТВИЯ АВТОТРАНСПОРТА НА ОКРУЖАЮЩУЮ СРЕДУ(на примере г.Фергана)	197
82	Tilyaxodjaeva G.B. YOSH BOLALARDA BURUN BO'SHLIG'I FAOLIYATINI ICHAK BILAN BOG'LIQLIGI	199
83	Тиляходжаева Г.Б., Журабаев Ш. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИМПЛАНТОВ В СТОМАТОЛОГИИ	200
84	Xojimatov X.O. ZANJABIL TUGANAGINING SIZ VA BIZ BILMAGAN SHIFOBAXSH HUSUSIYATLARI	201
86	Fattaxov N. H., Abdulxakimov A. R., Xabibullaeva S.A., Mamajonov O. HEADACHES	204
86	Fattaxov N. H., Yuldasheva M.T., Abdulxakimov A. R., Siddikov B.T. THE STATE OF DEMENTIA IN MODERN SOCIETY AND THE PROBLEMS OF COMBATING IT	204
87	Болтабоев У.А., Самадалиев Н. ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ D-ДИМЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОЗОВ	205
88	Rakhimova Kh. A. A HEALTHY LIFESTYLE IS THE KEY TO LONGEVITY	207

89	Fattakhov N. H., Abdulkhakimov A. R. DIAGNOSIS OF CONSTIPATION IN CHILDREN	210
90	Qodirov T.X, Xolmatov S.S, Xaydaraliyeva O'. M. YURAK ISHEMIK KASALLIGI BOR BEMORLARNI ERTA TASHXISLASH DAVO CHORALARINI KO'RISH VA TO'SATDAN O'LIM XOLATRLARINI OLDINI OLISH	211
91	Кодиров Т.Х. , Хайдаралиева У.М ГЕЛЬМИНТЫ, ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ У ДЕТЕЙ, ИХ ОБСЛЕДОВАНИЕ, ЛЕЧЕНИЕ И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ	213
92	Qodirov T.X. DIFFERENTIAL APPROACH TO ORAL IN THE TREATMENT OF SECRETORY DIARRHEA	216
93	¹ Imomova M. Y., ² Karimova S. A. AYRIM YUQUMLI KASALLIKLARNI DAVOLASHDA TABIIY ASALNING AHAMIYATI	222
94	Yo.G'.Abdug'aniyev SUVNING KIMYOVIY TARKIBINI TURLI KASALLIKLARNI KELIB CHIQISHIDAGI AXAMIYATI.	224
95	Эгамбердиева Г.Н. РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ ПЕРСОНАЛОВ ПРИ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА К ОБЩЕСТВУ	226
96	Abdullayev G'.A TIBBIYOT XODIMLARINING SOG 'LIG 'IGA SALBIY TA'SIR KO 'RSATADIGAN YETAKCHI ZARARLI OMILLAR	228
97	Abdullayev G'.A TIBBIYOT XODIMLARINING SOG'LIG'IGA SALBIY TA'SIR KO'RSATADIGAN YETAKCHI ZARARLI OMILLAR	229
98	Арипов А.М. ОПТИМИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ	230
99	Арипов А.М. ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	231