

MSU

Medical science of Uzbekistan

2023. №3

O'zbekiston tibbiyot ilmi



“O‘zbekiston tibbiyot ilmi”

ELEKTRON JURNALI

3-nashr. (may-iyun, 2023 yil)

Davriy nashrning rasmiy nomi: “O‘zbekiston tibbiyot ilmi” elektron jurnali O‘zbekiston Respublikasi Prezidenti Administratsiyasi huzuridagi Axborot va ommaviy kommunikatsiyalar agentligi tomonidan 24.05.2022 sanada berilgan №1631-sonli guvohnomasi bilan ro‘yxatdan o‘tgan.

Xalqaro indeksi: ISSN 2181-3612 (Online).

Jurnal asoschilari: Andijon davlat tibbiyot instituti va “I-EDU GROUP” MCHJ.

Jurnalning maqsadi: sog‘liqni saqlashning barcha bo‘g‘inlari xodimlarini bemorlarda turli kasalliklarda tashxis qo‘yish, davolash va profilaktikasini takomillashtirish bo‘yicha innovatsion yondashuvlar bilan tanishtirish, tibbiyot va ilmiy tibbiyot xodimlarining malakasini oshirish va takomillashtirish.

Jurnalning onlayn versiyasi veb-saytda mavjud: www.fdoctors.uz

Tahririyat telefoni: +998 (94) 018-02-55

Pochta manzili: 170100, Andijon shahar, “YU.Otabekov” ko‘chasi, 1-uy.

Web-sayt: www.fdoctors.uz

E-mail: info@fdoctors.uz

Bog‘langan tizimlar:

GoogleScholar

DOI Crossref

inLibrary

SLIB.UZ

CYBERLENINKA

Orcid

Publons

Scienceweb

archive.org

ResearchBib (OAK 14-baza)

Directory of Research Journals Indexing (OAK 15-baza)

Journal Impact Factor (OAK 2-baza)

International Society for Research Activity (OAK 22-baza)

Bielefeld Academic Search Engine (OAK 13-baza)

EuroPub Database

Researchgate (OAK 40-baza)

TAHRIRIYAT TARKIBI:

- ARZIKULOV ABDURAYIM SHAMSHIEVICH** – Bosh muharrir, professor, tibbiyot fanlari doktori, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston) ORCID/GoogleScholar.
TOSHBOEV SHERZOD OLIMOVICH – mas’ul kotib, dotsent, tibbiyot fanlari nomzodi, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston) ORCID/GoogleScholar.

TAHRIRIYAT JAMOASI:

- 1. MADAZIMOV MADAMIN MUMINOVICH** – professor, tibbiyot fanlari doktori, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston) ORCID/GoogleScholar.
- 2. SALAXITDINOV ZUXRITDIN** – professor, tibbiyot fanlari doktori, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston).
- 3. AGRANOVSKIY MARK LEYZEROVICH** – professor, tibbiyot fanlari doktori, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston).
- 4. SALAXITDINOV KAMALITDIN ZUXRITDINOVICH** – dotsent, tibbiyot fanlari doktori, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston).
- 5. XUDAYBERDIEV KABIL TURSUNOVICH** – professor, tibbiyot fanlari doktori, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston).
- 6. RASUL – ZADE YULDUZ GULYAMOVNA** – professor, tibbiyot fanlari doktori, Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, (Toshkent, O‘zbekiston).
- 7. ABDULLAJONOV BAXRAMJON RUSTAMOVICH** – dotsent, tibbiyot fanlari doktori, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston).
- 8. RAXMANOVA LOLA KARIMOVNA** – dotsent, tibbiyot fanlari doktori, Toshkent tibbiyot akademiyasi, (Toshkent, O‘zbekiston).
- 9. MAMATXUJAEVA GULNARAXAN NAJMIDINOVNA** – dotsent, tibbiyot fanlari nomzodi, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston).

TAHRIRIYAT KENGASHI:

- 1. KAXXAROV ZAFARJON ABDURAXMANOVICH** – dotsent, tibbiyot fanlari nomzodi, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston).
- 2. OLEYNIK VLADIMIR ALEKSEEVICH** – professor, tibbiyot fanlari doktori, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston).
- 3. TULANOV DILSHOD SHOMIRZAEVICH** – dotsent, tibbiyot fanlari nomzodi, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston).
- 4. MIRZAKARIMOVA DILDORA BAXODIROVNA** – dotsent, tibbiyot fanlari nomzodi, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston).
- 5. ABDULLAEVA MAVJUDA ERGASHEVNA** – dotsent, tibbiyot fanlari nomzodi, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston).
- 6. SALIEVA MANZURA XABIBOVNA** – dotsent, tibbiyot fanlari nomzodi, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston).

Article

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Каримова У.Н.¹  Рахманова Л.К.¹  Юсупова Г.А.¹  Исраилова Н.А.¹ 

1. Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан.

Абстракт. Цель исследования: анализ основные клинико-неврологические проявления патологии нервной системы при хронической болезни почек (ХБП) у детей

Материалы и методы: Обследовано 30 условно здоровых и 120 детей в возрасте 7-15 лет с разными формами ХБП. Стадии ХБП определяли в соответствии с классификацией K/DOQI, утвержденной конгрессом детских нефрологов России. Пациенты по стадиям ХБП были разделены на 4 группы: 1-я – ХБП С1 (12); 2-я – ХБП С2 (50); 3-я - ХБП С3а (34); 4-я – ХБП С3б и наличием признаков ПЭ (24). Оценку неврологического статуса проводили совместно с неврологами. Анализировали 3 основные синдромы: астено-вегетативный; энцефалопатический и интеллектуально-мнестический. Цифровой матери-ал обработан методом вариационной статистики.

Результаты: Астеновегетативный синдром у пациентов с ХБП чаще выявлялся у детей с С3б стадии ХБП и в большей степени при наличии ПЭ, проявляясь в основном головными болями и эмоциональной лабильностью, носящей транзиторный характер. Наряду с этим отмечены клинические проявления энцефалопатического синдрома: анизорефлексия, парезы VII – XII пары ЧМН, координаторные нарушения и горизонтальный нистагм. Частота выявления анизорефлексии и горизонтального нистагма зависела от степени поражения азотовыделительной функции почек и резко возрастала в группе детей с ПЭ. У детей с С1 и С2 стадиями ХБП имелись нарушения в когнитивной сфере, проявляясь эмоционально-поведенческими расстройствами, снижением памяти и внимания, обусловленные эмоциональным состоянием ребенка. В группе детей с С3а и С3б стадиями ХБП, особенно с наличием ПЭ, низкая продуктивность внимания и ее устойчивость четко взаимосвязаны с расстройствами в эмоциональной сфере и нарушениями различных видов памяти.

Заключение: Полученные результаты диктуют необходимость контроля за проявлениями печеночной энцефалопатии и соответствующей коррекцией нейропротекции.

Ключевые слова: дети, нефротический синдром, почечная энцефалопатия, астено-вегетативный синдром; энцефалопатический синдром и интеллектуально-мнестический синдром.

Введение.

В связи с увеличением частоты хронического гломерулонефрита (ХГН) среди всех заболеваний мочевыделительной системы у детей и необходимостью предотвращения развития хронической почечной недостаточности (ХПН) оценка характера течения ХГН приобрела особую актуальность [1,2]. Конечной стадией развития ХГН является ХПН, характеризующаяся клинической картиной уремии. При уремии происходит нарушение цикла образования мочевины, сдвиги в обмене аргинина, ретенция гуанидина и его про-изводного – гуанидинантарной кислоты, накопление токсичных метаболитов и развитие токсемии из-за нарушения процессов экскреции [3,4,5]. Все эти факторы оказывают токсическое действие на различные органы и системы [3], в том числе и на ЦНС, способствуя развитию почечной энцефалопатии (ПЭ)[6].

Проблема взаимосвязи центральной нервной системы (ЦНС) и внутренних органов – так называемая соматоневрология – получает все большее развитие. Она особенно актуальна и перспективна в современных условиях, когда при дифференциации отраслей медицины все более необходимым становится интеграция и синтез научных дисциплин. Первые работы о поражении нервной системы при заболеваниях почек касались психических расстройств, возникающих у больных с уремией. В 70-80-х годах прошлого столетия впервые были описаны неврологические нарушения у больных хроническими заболеваниями почек (ХЗП), в основном взрослого населения[6]. Большое количество гипотез и теорий в вопросах патогенеза развития поражения нервной системы свидетельствуют о недостаточной изученности поражения нервной системы и значительной актуальности изучаемого вопроса. Распространенность поражения нервной системы, тяжесть ее течения и нередко летальный исход заболевания делают актуальным изучение клиники, диагностики и вопросов патогенетической терапии заболевания.

Цель исследования: изучить основные клинико-неврологические проявления патологии нервной системы при ХБП.

Материалы и методы:

В основу работы положен анализ результатов обследования 120 детей, в возрасте 7-15 лет (средний возраст 11,83±0,27), лечившихся в 1-клинике ТМА и в городском нефрологическом центре с 2008 по 2011 гг. с различ-

ными формами ХБП. В возрасте 7-12 лет были 52 (43,3%), 13-15 лет - 68 (56,6%) больных. Среди обследованных было 74 мальчиков и 46 девочек. Исходно в исследуемую группу были включены все пациенты, у которых на этапе клинического обследования диагностировали ХБП с тяжелым и рецидивирующим течением. Клинические диагнозы были следующие: ХБП гематурическая форма – 14, ХБП нефротическая форма (гормонрезистентный и гормонзависимый вариант) – 75, ХБП смешанная форма – 31 больных. Продолжительность ХБП составила в среднем $4,32 \pm 0,78$ лет и колебалась от 1 до 12 лет. У 26 больных был рецидив 1 раз 2-3 года, у 50 - 1 раз в течение года, у 44 - 3-4 рецидива в течение года. Контрольную группу составили 30 условно здоровых детей того же возраста.

Всем пациентам выполняли комплексное обследование, которое включало биохимическое и общеклиническое исследование крови, мочи, регистрацию гемодинамических параметров, ультразвуковое исследование почек. Поскольку помимо нозологической формы болезни на прогноз влияет также стадия хронической болезни почек (ХБП), которой соответствует определенный уровень скорости клубочковой фильтрации (СКФ), показатели СКФ определяли по формуле Шварца. Стадии ХБП определяли в соответствии с классификацией K/DOQI (2009) [3], утвержденной VII Российским конгрессом детских нефрологов России (2011) [7]. В ходе распределения ХБП по стадиям было отмечено, что первые три стадии являются наиболее распространенными (С1 – 12, С2 – 50, С3а – 34 и С3б – 24). При этом последние две стадии (С4 и С5) у обследованных нами больных не выявлены. Важным фактором прогрессирования ХПН при НС является артериальная гипертензия, которая выявлена в дебюте нефритического синдрома при гематурическом варианте и в составе смешанного варианта течения НС у 45 пациентов.

Оценку неврологического статуса проводили совместно с невропатологами. Наличием явных признаков ПЭ было выявлено у 24 больных с ХБП С3б стадии (существенное снижение уровня СКФ). Поэтому все пациенты по стадиям были разделены на 4 группы: 1-я группа – ХБП С1 (12 пациента); 2-я группа – ХБП С2 (50 больных); 3-я группа – ХБП С3а (34 детей); 4-я группа – ХБП С3б и наличием явных признаков ПЭ (24 пациентов).

К числу наиболее распространенных тестов в психодиагностике у детей с различным возрастным диапазоном является исследование опосредованной памяти (она больше в объеме, чем кратковременная) с помощью теста «Пиктограмма», исследования внимания – «Корректирующая проба», а также для исследования личности у детей была предложена проективная методика Дж. Бака тест «Дом, Дерево, Человек» (ДДЧ) [8,9]. Эта методика способствует сбору информации о личности обследуемого, а именно об уровне его развития сензитивности, гибкости, работоспособности и о сфере его взаимоотношения окружающей средой в целом. Для количественной оценки теста ДДЧ качественные показатели сгруппированы в следующие симптомокомплексы: незащищенность, тревожность, недоверие к себе, чувство неполноценности, враждебность, конфликтность, трудности общения и депрессивность. Цифровой материал обработан методом вариационной статистики с помощью компьютерной программы Excel-70, используя t критерий Стьюдента. Статистически значимыми считали результаты при $P < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. При обследовании больных изначально обращали на себя внимание на диффузность неврологических расстройств, проявляющиеся разнообразием клинических синдромов. Однако все многообразие симптомов четко сгруппировались в 3 основных синдрома: астено-вегетативный; энцефалопатический и интеллектуально-мнестический.

Астено-вегетативный синдром складывался из субъективных симптомов: головной боли, головокружения, нарушение сна, эмоциональной лабильности. Также имело место объективная симптоматика: мраморность кожных покровов, выраженный дермографизм, гипергидроз ладоней и стоп. Из обследованных 120 пациентов проявления астеновегетативного синдрома в виде головной боли наблюдалась у 77 (64,2%) детей, частота ее возрастала по мере прогрессирования степени ХБП (табл. 1). В основном головная боль у 77,9% носила характер головной боли напряжения и в 22,1% была гипертензионная. Головная боль напряжения возникала чаще после 2 и 3 уроков, локализовалась в височно-затылочной и лобно-височной отделах. Она усиливалась при нагрузках и перемене погоды. Гипертензионный характер более сопровождался ощущением давления на глазные яблоки, носила распирающий характер, возникали ночью и по утрам, в основном у пациентов с гематурической и смешанной формами ХБП.

Таблица-1.

Частота встречаемости астеновегетативного синдрома у пациентов с ХБП

Симптомы	1-я, n=12		2-я, n=50		3-я, n=34		4-я, n=24	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Головная боль	4	33,3	25	50,0	27	79,4	21	87,5
Головокружение	2	16,7	8	16,0	9	26,5	9	37,5
Нарушения сна	2	16,7	10	20,0	11	32,3	10	41,7
Эмоциональная лабильность	3	25,0	17	34,0	23	67,6	19	79,2
Мраморность кожных покровов	1	8,3	7	14,0	8	23,5	7	29,2
Гипергидроз ладоней и подошв	2	16,7	10	20,0	9	26,5	9	37,5
Дермографизм	2	16,7	12	24,0	11	32,3	10	41,7

Головокружение наблюдался у 28 (23,3%) больных с НС. Головокружение в основном было несистемного характера и проявлялось как ощущение «проваливания», дурноты, неустойчивости, потери равновесия. При головокружении системного характера возникало ощущение смещения предметов при фиксации взгляда, вращении туловища, покачивании. Жалобы на головокружение предъявляли чаще дети 3-й и 4-й группы. Нарушение сна в виде трудности засыпания имело место у 33(27,5%) пациентов с НС, особенно с умеренным и существенным снижением СКФ. Эмоциональная лабильность встречалась у 62 пациентов в (51,7%) и в большей степени у детей с нарушением азото-выделительной функцией и сопутствующей ПЭ.

Энцефалопатический синдром характеризовался различной рассеянной очаговой неврологической симптоматикой: оживление сухожильных и периостальных рефлексов, анизорефлексия, координаторные нарушения, центральные парезы 7 и 12 пары черепно-мозговых нервов (ЧМН). Неврологические расстройства чаще возникали у пациентов с существенным снижением СКФ. Анизорефлексия встречалась в 47 (39,2%) случаев от общего числа больных с НС в основном с нарушениями почечных функций. В 3-й и 4-й группах данный признак выявлен у 52,9 и 70,8% обследованных, что значительно выше показателей детей с сохраненной функцией почек. Центральный парез VIII XII пары ЧМН отмечен у 8,3 и 16,7% детей 1-й, у 12 и 14% обследованных 2-й, у 26,5 и 29,4% пациентов 3-й, у 37,5 и 41,7% пациентов 4-й группы. Следующим проявлением энцефалопатического синдрома явились координаторные нарушения. Они также преобладали у пациентов 3-й и 4-й групп. Горизонтальный нистагм отмечен у 8,3% пациентов 1-й, у 28% обследованных 2-й, 41,2% больных 3-й и у 54,2% детей 4-й группы.

Обследуя ребенка, нужно знать и учитывать современные представления нейро-психологии о генезе, строение и формирование ВПФ у детей. Психические функции, такие как восприятие и память, речь и мышление и др., сложны по своему генезу и строению, их правильное формирование и протекание зависит от взаимодействия и взаимовлияния разных уровней в структуре психической функции и от взаимодействия с другими психическими процессами [8,9]. Поэтому интеллектуально-мнестический синдром исследовали у детей в возрасте 7-12 лет. Основным тестом его оценки является тест ДДЧ, который целесообразно применить в начале нейропсихологического обследования для определения основной проблемы, к какой сфере она принадлежит – интеллектуальной или эмоциональной. Сравнительный анализ полученных данных показал достоверные различия в группах пациентов с НС по сравнению со здоровыми детьми (табл. 2). Так, в 1-й и 2-й группах пациентов оптимальной и незначительно сниженной СКФ наиболее высокие показатели были в графе незащищенность, тревожность и конфликтность. У детей с нарушенной функцией почек и, особенно с проявлениями ПЭ, имели максимальные баллы по 6 симптомокомплексам.

Таблица-2.

Интерпретация результатов по тесту ДДЧ у пациентов с ХБП, балл

Показатели	Контроль, n=30	1-я, n=12	2-я, n=50	3-я, n=34	4-я, n=24
Незащищенность	2,3±0,23	4,6±0,24а	6,4±0,40 а	6,9±0,32 а	7,3±0,41 а
Тревожность	0	2,7±0,13 а	6,2±0,36 а	6,7±0,27 а	7,6±0,37 а
Недоверие к себе	1,5±0,19	3,5±0,22 а	5,1±0,34 а	5,9±0,43 а	6,4±0,34 а
Чувство неполноценности	1,4±0,18	2,4±0,13 а	4,8±0,34 а	5,1±0,40 а	5,4±0,24 а
Враждебность	0±0	1,7±0,04 а	5,3±0,41 а	6,6±0,32 а	7,6±0,32 а
Конфликтность	0±0	2,5±0,34 а	5,6±0,44 а	5,9±0,32 а	6,2±0,26 а
Трудности в общении	2,4±0,27	3,7±0,26 а	4,1±0,23 а	6,4±0,29 а	7,4±0,39 а
Депрессивность	0±0	1,8±0,14 а	4,4±0,27 а	6,2±0,25 а	8,2±0,35 а

Примечание: а – различия достоверны по отношению к значениям контрольной группы детей (P<0,05).

При оценке теста мы обращали внимание на расположение рисунка на краю листа или в центре, по размеру. Штриховка рисунка, одна цветовая гамма имела место у 32 (26,6%) пациентов. Непропорционально длинные руки и широко расставленные ноги нарисовали 24(20%) детей, что характерно для симптомокомплекса – незащищенность. В рисунках преобладали темные тона, 17 (14,1%) детей рисовали только простым карандашом, 5 (4,1%) детей ограничили пространства рисунка рамкой. Помещение рисунка в самый низ листа, очень маленькие и мелкие рисунки были у 24 (20%) пациентов. 4 (3,3%) детей отказались рисовать по причине неумения и усталости. 19 (15,8%) детей нарисовали человека с оружием в руках и очень большое дерево, что говорит о преобладании враждебности. 26(21,6%) детей перерисовали объект. Анализируя полученные данные, мы также обратили внимания на некоторые затруднения в рисовании у 22(18,3%) детей, что может говорить о нарушении и в интеллектуальной сфере.

Рисунки могут способствовать выявлению органической дисфункции ЦНС [8,9]. Существуют 5 показателей, которые рассматриваются как сигнал необходимости дополнительного осмотра психологом и невропатологом ребенка на предмет органического поражения ЦНС. К ним относятся двойные линии на рисунке, несоединенные между собой линии, сильный уклон нарисованной фигуры, очень большая голова и неадекватно выделенные части фигуры в рисунке человека. Анализ вышеперечисленных показателей у обследованных детей показал их наличие у детей 3-й и, особенно 4-й группы. Так, у 18(15%) пациентов на рисунках выявляются особые показате-

ли (двойные линии, несоединенные между собой линии, чрезмерно большая голова), свидетельствующие о выраженных когнитивных нарушениях, так как под влиянием эмоций у детей формируются воля, потребности, мотивы, деятельность; развиваются познавательные процессы.

Учитывая, возрастной диапазон детей мы применили тест на исследования опосредованной, т.е. ассоциативной памяти, которая больше в объеме, чем кратковременная память и исследует высокий уровень развития памяти, ее связи с другими высших мозговых функций (ВМФ)[10,11]. По результатам «Пиктограммы» было выявлено, что у 86,7% пациентов в контрольной группе имеет место практическое выполнение всех тестов без ошибки, нарисовали каждому слову рисунок (табл. 3). У данной категории детей четко прослеживалась связь к смысловому определению слова. Неустойчивость имела в процессах опосредованного запоминания. Это можно объяснить рассеянностью внимания и эмоциональными нарушениями, так как при выполнении теста ДДЧ именно эти дети набрали баллы в графе незащищенность, чувство неполноценности и недоверия к себе. Сравнительный анализ 4 групп выявил достоверные различия с контрольной группой по всем параметрам. Наиболее высокие показатели ошибочного выполнения теста наблюдались у пациентов с нарушенной почечной функцией и наличием ПЭ. Рисунки этих детей отличались низким уровнем организации, были хаотично разбросаны по листу, размеры изображений сильно варьировали. Именно данная категория детей набрали максимальный балл по тестам ДДЧ графах депрессивность, враждебность, конфликтность.

Таблица-3.

Показатели ассоциативной памяти у пациентов с ХБП

Показатели	Контроль, n=30	1-я, n=12	2-я, n=50	3-я, n=34	4-я, n=24
10 баллов	86,7%	75,0%	60,0%	29,4%	25,0%
8-9 балл	13,3%	16,7%	30,0%	41,2%	33,3%
6-7 балла	0%	8,3%	10,0%	14,7%	16,7%
4-5 балла	0%	0%	1,7%	8,8%	12,5%
0-3 балл	0%	0%	0%	5,9%	12,5%

После 30 минутного перерыва мы просили пациентов уже по нарисованному материалу ответить на задание, исследуя долговременную и зрительную память (табл. 4). Как видно из представленного материала, контрольной группе 83,3% обследованных детей установлен очень высокий объем зрительной памяти. В 1-й группе 66,7% детей показали наилучшие результаты, у 25 и 8,3% пациентов отмечен средний и низкий объем зрительной памяти. По мере усугубления патологического процесса качество долговременной зрительной памяти заметно снижается. Наихудшие результаты долговременной зрительной памяти установлены у детей 4-й группы: число детей с очень высокой и высокой зрительной памятью составило 20,8 и 25%, 29,2, 12,5 и 12,5% детей имели средний, низкий и очень низкий объем зрительной памяти.

Таблица-4.

Показатели долговременной зрительной памяти у пациентов с ХБП

Показатели	Контроль, n=30	1-я, n=12	2-я, n=50	3-я, n=34	4-я, n=24
10 баллов	83,3%	66,7%	50,0%	32,3%	20,8%
8-9 балл	16,7%	25,0%	32,0%	35,3%	25,0%
6-7 балла	0%	8,3%	12,0%	20,6%	29,2%
4-5 балла	0%	0%	6,0%	5,9%	12,5%
0-3 балл	0%	0%	0%	5,9%	12,5%

Следует обратить внимания, что 12,5% детей отказались выполнять задания, но затем, глядя на других детей - согласились. Расстройства в эмоционально-поведенческой сфере также характеризовалась быстрой физической и умственной утомляемостью, нервозностью и бедностью других психомоторных реакций.

Внимание характеризует динамику любого психического процесса; это фактор, который обеспечивает селективность, избирательность протекания любой психической деятельности [8,9,11]. Его можно оценить по методике «корректирующая проба». Данный тест предназначен для определения продуктивности и устойчивости внимания. Проведенные исследования показали, что 73,3% детей контрольной группы отмечены очень высокие значения продуктивности и устойчивости внимания. В 1-й группе детей с оптимальной СКФ 66,7% обследованных больных показали очень высокий уровень развития продуктивности и устойчивости внимания. У пациентов 2-й группы число детей с очень высоким, высоким и средним показателем внимания составило 50; 25 и 18%, а число детей с низким и очень низким уровнем развития продуктивности и устойчивости внимания возросло до 7%. У пациентов 3-й группы число детей с очень высоким, высоким и средним показателем внимания составило 32,3; 29,4 и 20,6%, а число детей со средним, низким и очень низким уровнем развития продуктивности и устойчивости внимания возросло до 17,7%. Наихудшие результаты продуктивности и устойчивости внимания установлены у детей 4-й группы. Так, число детей с очень высоким, высоким и средним уровнем продуктивности и устойчивости внимания составило 20,8; 12,5 и 16,7%, а число детей с низким и очень низким уровнем возросло до 50%.

Выводы.

1. Астеновегетативный синдром у пациентов с НС чаще выявлялся у детей с СЗб стадии ХБП и в большей степени при наличии ПЭ, проявляясь в основном головными болями и эмоциональной лабильностью, носящей транзиторный характер.

2. У детей с НС выявлялись клинические проявления энцефалопатического синдрома: анизорефлексия, парезы VII – XII пары ЧМН, координаторные нарушения и горизонтальный нистагм. Частота выявления анизорефлексии и горизонтального нистагма зависела от степени поражения азотовыделительной функции почек и резко возрастала в группе детей с ПЭ.

3. У детей с С1 и С2 стадиями ХБП имеются нарушения в когнитивной сфере, проявляясь эмоционально-поведенческими расстройствами. Снижение памяти и внимания у данной группы детей обусловлены эмоциональным состоянием ребенка. В группе детей с С3а и СЗб стадиями ХБП, особенно с наличием ПЭ, низкая продуктивность внимания и ее устойчивость четко взаимосвязаны с расстройствами, как в эмоциональной сфере, так и нарушениями различных видов памяти.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Валиев АР, Шарипов АМ. Диагностика эндогенной интоксикации у детей с острой и хронической почечной недостаточностью. Урология 2005 (6): 41-42

2. Валиев АР. Диагностические критерии эндогенной интоксикации при почечной недостаточности у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ташкент, 2012; 20с

3. Воронина ТА. Гипоксия и память. Особенности эффектов и применения ноотропных препаратов. Вестник РАМН 2000 (9): 27-33

4. Глориозова ЕГ., Хондкариан ОА., Шульцев ГП. Состояние нервной системы при хронических заболеваниях почек. Медицина, М., 1980; 224 с

5. Дамулин ИВ. Легкие когнитивные нарушения. Методич. пособие для врачей. РК Северо-пресс, М., 2004; 36 с

6. Дубовская НГ. Классификация болезней нервной системы. Триада-Х, М., 2002; 254с.

7. Игнатова М.С. Гломерулонефриты у детей. Педиатрия 2011(3): 125-127.

8. Каримджанов И.А., Рахманова Л.К., Каримова У.Н. Высокоэффективный алгоритм прогнозирования хронической болезни почек у детей на фоне атопии. Международный журнал передовых наук и технологий. 2020; 29 (7): 3389-3394.

9. Комарова О.В. Хроническая болезнь почек. Современные представления. Рос. педиатр. журнал 2011 (4): 47-49

10. Лурия АР. Основы нейропсихологии. Academia, М., 2002; 373 с

11. Национальные Рекомендации НОФР по ХБП. Нефрология 2012(1): 91-115

12. Нефрология. Национальное руководство. Под ред. НА. Мухина. ГЭОТАР-Медиа, М., 2009; 720с

13. Рахманова Л.К., Каримова У.Н. Peculiarities of immunopathological shifts with nephritic syndrome in children with atopic dermatitis. European Science Review Vienna 2018.N/5-6 P.186-188

14. Суннатов РИ., Агзамова ЕЮ., Глухова СП. Психологическая диагностика развития. Ташкент–Москва, 2008; 214с

15. Умаров Р.Х., Рахимбаева Г.С., Каримова У.Н. Частота энцефалопатии у детей с хроническим гломерулонефритом. Вестник ТМА Ташкент.-2012;98-102.

16. Karimdzhanov I.A, Rakhmanova L.K., Iskanova G.X., Israilova N.A., Yusupova G.A., Karimova U. N. Arterial Hypertension in Children with Chronic Kidney Diseases. American Journal of Pediatrics. Special Issue: Chronic Kidney Disease in Children. Vol. 6, No. 2, 2020, pp. 109-116. doi: 10.11648/j.ajp.20200602.188

Article

IKKI TOMONLAMA MIYA SHIKASTLANISHINING YUQUMLI ASPEKTLARINI OLDINI OLISH

Qo'ldasheva Ya.M.¹  Haydarova F.A.²  Qo'ldashev K.A.¹  Xodjaliev J.D.³  Xodjaliev T.G.³ 
Xolmatov A.A.¹  Akbarov I.N.¹  Inomova G.Q.¹ 

1. Andijon davlat tibbiyot instituti, Andijon, O'zbekiston.
2. Respublika endokrinologiya ilmiy-amaliy markazi, Toshkent, O'zbekiston.
3. Farg'ona viloyati ko'p tarmoqli tibbiyot markazi, Farg'ona, O'zbekiston.

Abstrakt. Miya travmatik shikastlanishi (MJ) muhim tibbiy-ijtimoiy muammo hisoblanib, faol yoshdagi aholi orasida keng tarqalganligi, yuqori darajasi va nogironligi bilan katta ahamiyatga ega. Maqsad: TBI (er-xotin bosh jarohati) oldini olish va davolashda yuqumli-yallig'lanish asoratlarining rivojlanish xususiyatlarini o'rganish.

Materiallar va usullar. 2015-2022-yillarda Respublika shoshilinch Tibial Erdam ilmiy markazi Andijon filialining travmatologiya, neyroxirurgiya va neyroreanimatsiya bo'limlariga yotqizilgan 615 nafar bemorning ahvoli o'rganildi. Yo'l-transport hodisalari 394 (64%), maishiy 160 (26%), balandlikdan qulash 37 (6%), ishlab chiqarish bilan bog'liq 18 (2%), sport bilan bog'liq 6 (2%) holatlarida aniqlangan. BMJ va tayanch-harakat a'zolarining shikastlanishi 283 (46%), orqa miya va umurtqa pog'onasi shikastlanishi 178 (29%), ko'krak qafasi shikastlanishi 123 (23%) va yonbosh suyaklari shikastlanishi 31 (2%). 80 nafar (13%) bemor spirtli ichimlik ta'sirida jarohat olgan.

O'tkir davrda meningit va meningoensefalit bilan kasallangan bemorlarni tahlil qilish orqali BMJda miyaning yiringli-yallig'lanish asoratlari o'rganildi. BMJda o'tkazilgan boshqa tahlillar bilan bir qatorda, bemorlarda CSF implantatsiyasi natijalari ham tekshirildi.

Natijalar. Og'ir CBMJ tashxisi qo'yilgan 270 bemordan yiringli-yallig'lanish asoratlari (meningit va meningoensefalit) diffuz jarohatlarga qaraganda (18%) ko'proq o'choqli shikastlanishlar uchun xarakterlidir. Bu holat CBMJni olish mexanizmiga bog'liq bo'lishi mumkin (diffuz jarohatlar - aylanish-burchak mexanizmi tezlashuvi-sekinlashuvi, fokusli shikastlanishlar - zarba-zarbaga qarshi). Miyaning yuqumli asoratlari mavjudligida og'ir SCI tahlillari shuni ko'rsatadiki, bu asoratlar rivojlanganda o'lim soni statistik jihatdan yuqori bo'lgan. Umuman olganda, qolgan bemorlarda nogironlik va yaxshi tiklanish holatlari mos ravishda kamayadi.

Kalit so'zlar: ko'p miya shikastlanishi, diffuz miya shishi, kastratsiyalar, ikkilamchi shikastlanish omillari, yuqumli yallig'lanish, asoratlar.

BMJ birlamchi va ikkilamchi shikastlanish turlariga bo'linadi va birlamchi BMJ bevosita shikastlanish ta'sirida yuzaga keladi. Ikkilamchi shikastlanishlar o'z navbatida BMJ asoratlari natijasida: bosh miya gematomalari, miya shishi, miya gidrotsefaliyasi (vodyankasi), infeksiyon asoratlar natijasida yuzaga keladi. SHu sababli yuzaga keluvchi ushbu asoratlari o'z vaqtida aniqlab davolash maqsadga muvofiqdir.

BMJda infeksiyon asoratlar rivojlanishi bemorlarni uzoq muddatda komatoz xolatda bo'lishida muammoli xolatdir. Bunday xolatlarda klinik BMJda infeksiyon asoratlar rivojlanish muddati va xavfi muammosi muhim ahamiyat kasb etadi.

KBMJ (qo'shaloq bosh miya jaroxatlari) profilaktikasi va davosida infeksiyon-yallig'lanish asoratlarini rivojlanishining o'ziga xosligini o'rganish.

2015-2022 yillar mobaynida Respublika shoshilinch tibiy yordam ilmiy markazi Andijon filialida travmatologiya, neyroxirurgiya va neyroreanimatsiya bo'limlariga gospitalizatsiya qilingan 615 bemorlar xolati o'rganilib chiqildi. Yo'l-transport hodisalari 394 (64%), maishiy 160 (26%), balandlikdan yiqilish 37 (6%), ishlab-chiqarish bilan bog'liq 18 (2%), sport bilan bog'liq 6 (2%) xolatlarda aniklangan. BMJ va tayanch harakat a'zolari jaroxatlari bilan 283 (46%), orqa miya va umurtqa pog'onasi jaroxati bilan 178 (29%), ko'krak qafasi jaroxati 123 (23%) va chanoq suyaklari jaroxatlari bilan birga 31(2%) xolatlarda uchragan. Alkogol ta'siri ostida jaroxat olganlar 80 (13%) bemor bo'lgan.

Mavzuning dolzarbligi. Bosh miya jaroxatlari (BMJ) muxim tibbiy-ijtimoiy muammo sanalib, keng tarkalganligi, yuqori ulim kursatkichi, faol yoshdagi axoli orasida invalidlikka olib kelishi bilan dolzarb ahamiyat kasb etadi.

BMJ birlamchi va ikkilamchi shikastlanish turlariga bo'linadi va birlamchi BMJ bevosita shikastlanish ta'sirida yuzaga keladi. Ikkilamchi shikastlanishlar o'z navbatida BMJ asoratlari natijasida: bosh miya gematomalari, miya shishi, miya gidrotsefaliyasi (vodyankasi), infeksiyon asoratlar natijasida yuzaga keladi. Ushbu asoratlardan xar biri yoki birgalikda kelishi letal xolatga olib kelishi va bundan tashqari birlamchi travmatik omillar ta'sirini kuchaytirishi, boshka og'irrok defekt yuzaga kelishiga olib kelishi mumkin. SHu sababli yuzaga keluvchi ushbu asoratlari o'z vaqtida aniklab davolash maqsadga muvofiqdir.

BMJda infeksiyon asoratlar rivojlanishi bemorlarni uzoq muddatda komatoz xolatda bo'lishida muammoli xolatdir. Bunday xolatlarda klinik BMJda infeksiyon asoratlar rivojlanish muddati va xavfi muammosi muxim ahamiyat kasb etadi.

Maksad: KBMJ (qo'shaloq bosh miya jaroxatlari) profilaktikasi va davosida infeksiyon-yallig'lanish asoratlarini rivojlanishining o'ziga xosligini o'rganish.

Material va usullar

2015-2022 yillar mobaynida Respublika shoshilinch tibiy yordam ilmiy markazi Andijon filialida travmatologiya, neyroxirurgiya va neyroreanimatsiya bo'limlariga hospitalizatsiya qilingan 615 bemorlar xolati o'rganilib chikildi. Yo'l-transport xodisalari 394 (64%), maishiy 160 (26%), balandlikdan yiqilish 37 (6%), ishlab-chiqarish bilan bog'lik 18 (2%), sport bilan bog'lik 6 (2%) xolatlarida aniklangan. BMJ va tayanch xarakat a'zolari jaroxatlari bilan 283 (46%), orqa miya va umurtka pog'onasi jaroxati bilan 178 (29%), ko'krak kafasi jaroxati 123 (23%) va chanoq suyaklari jaroxatlari bilan birga 31(2%) xolatlarida uchragan. Alkogol ta'siri ostida jaroxat olganlar 80 (13%) bemor bo'lgan.

Bosh miya yiringli-yallig'lanuvchi asoratlar BMJning o'tkir davrida meningit va meningoentsefalit rivojlangan bemorlar taxlillari orqali o'rganildi. BMJ yuzasidan o'tkazilgan boshka taxlillar bilan birga bemorlarda likvor ekmasi natijalari xam tekshirilgan.

Natijalar

Og'ir QBMJ aniqlangan 270 bemordan yiringli-yallig'lanuvchi asoratlar (meningit va meningoentsefalit) diffuz jaroxatlarga ko'ra uchog'li jaroxatlarga ko'prok xos bo'lgan (18%). Ushbu xolat QBMJ olish mexanizmiga bog'liq bo'lishi mumkin (diffuz jaroxatlarga-rotatsion-burchakli mexanizm tezlashish-sekinlashish, o'chog'li jaroxatlarga – zarba-zarbaga qarshi). Og'ir QBMJ taxlillari bosh miya infeksiyon asoratlari mavjudligiga ko'ra shuni ko'rsatadiki, vafot etganlar soni ushbu asoratlar rivojlanganda statistik yuqori bo'ldi. Asosan, invalidlik va yaxshi tiklanish xolatlarini xam qolgan bemorlar orasida shunga ko'ra yaqqol pasayadi.

Korrelyatsion taxliil natijalari (n=270) bosh miya yiringli asoratlari rivojlanishi kalla suyak asosi sinishiga ($r=0,6$; $r=0,01$), ochik BMJ ($r=0,6$; $r=0,01$) va komatoz xolat davomiyligiga ($r=0,5$; $r=0,01$) bog'liq ekanligini ko'rsatdi. O'z navbatida ushbu asoratlar rivojlanishi BMJ natijalari bilan korrelyaga ega ($r=0,7$; $r=0,01$).

Ushbu tadqiqotimizda qo'llanilgan ventrikulyar drenaj orqali yoki lyumbal punktsiya o'tkazish mumkin bo'lgan 26 bemor likvor suyukligi ekmasi natijalari o'rganildi. Ulardan 9 ekmada sterilligi aniqlandi.

Og'ir QBMJ bosh miya infeksiyon asoratlaridan stafilokokk qo'zg'atuvchisi aksariyat natijani tashkil kildi (52,9%). Lekin gramm musbat mikroorganizmlarni gramm manfiylarga nisbatan aktivligi aniklanmadi. SHundan kelib chiqadiki infeksiya o'chog'i va posttravmatik miya ichi infeksiyon asoratlar rivojlanishida 50% dan ortiq xollarda ekzogen omillar sabab bo'ladi (masalan o'tkazuvchi jaroxatlardagi ifloslanish).

Jadval-1.

QBMJ bilan bemorlar likvor suyukligidagi kuzg'atuvchilar tarkibi

Kuzgatuvchi turi	Soni
Staphylococcus	9
Pseudomonas aeruginosa	2
Klebsiella	1
Acidobacter	1
Providencia	1
Shigella	1
JAMI	15

Ushbu asoratlar profilaktikasi va davosi maqsadida Respublika shoshilinch tibiy yordam ilmiy markazi Andijon filialida O'zbekiston SSV Respublika limfologiya markazi taqdim etgan usul bo'yicha ekstrakranial infeksiyon o'chog'lar va sepsis aniqlanmagan 154 ochiq QBMJ olgan bemorlarga limfatrop davo o'tkazilindi. Allergoanamnezi o'rganilgan xolatda bemorlarga antibakterial davo sutkasiga 1 martadan jaroxat tomonidagi bo'yin va jag' osti limfa soxalariga 1-3 kun davomida yuborildi. Boshka gurux bemorlarga (n=50) limfatrop davo o'tkazilindi, davo vena va mushak ichi infuziyasi usuli bilan olib borildi. Antibiotiklarni an'anaviy qo'llash usuli (vena ichi, mushak orasi va x.k.) limfatik okimda terapevtik kontsentratsiyani ta'minlay olmaydi. Bundan tashqari qon va to'qimalarda preparatlarning terapevtik kontsentratsiyalari juda chegaralangan muddat davomida bo'ladi (4-12 soat). Tabiiyki ushbu xolat antibiotiklarni tez-tez yuborishni talab etib organizm uchun noqulayliklar tug'diradi. Biz tomondan qo'llanilgan bir martalik o'rta terapevtik dozaga ega limfatrop davoterapevtik kontsentratsiyasini 24 soat davomida nafaqat limfa tizimida balki boshqa ko'plab to'qima, qon va to'qima zardoblarida xam ushlab turadi.

Xulosa

SHunday qilib yiringli yallig'lanuvchi asoratlar ko'proq, bosh miya o'choqli jaroxatlanishiga xosdir va ushbu xollarda kalla suyak asosi sinishi, ochiq BMJ, o'tkazuvchi BMJlar bilan yaqqol korrelyatsiyaga ega. Asoratlar uzoq muddat xushsiz yotgan bemorlarda ko'proq kuzatiladi. Bosh miya infeksiyanishini travmatik kasallik kechishiga va bemor tuzalishi ko'rsatkichlariga yomon ta'sir ko'rsatadi va posttravmatik meningit va meningoentsefalit etiologik omillari bo'lib xam gramm musbat xam gramm manfiy qo'zg'atuvchilar birdek nojo'ya ta'sir o'tkazadi. Ushbu asoratlar profilaktikasi va davosiga taklif etilgan limfatrop davo usuli bazis davo samaradorligini oshirgan xolda infeksiyon asoratlarni oldini olishda yordam beradi.

ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Закревский, Юрий Николаевич Особенности тяжелых изолированных и сочетанных повреждений у специалистов плавсостава Военно-морского флота: диссертация ... кандидата медицинских наук: 14.00.27. Архангельск 2006.
2. Алексеев, Кирилл Николаевич диссертация – кандидата медицинских наук: 14.00.19 Санкт-Петербург 2006 .
3. Коновалов А.Н., Потапов А.А., Лихтерман Л-Е Клиническое руководство по черепно-мозговой травме Т. III. М.: Антидор, 2002. 632 с.
4. Коновалов А.Н., Нейрохирургия: Лекции, семинары, клинические разборы. М.: 2020.
5. Еолчиан С.А. Внутримозговые гематомы при ЧМТ М.: 2019.
6. КильдошовЕ.М. , Егорова Е.В. Сочетанная травма тела: Диагностические возможности компьютерной томографии в судебно-медицинской практике. //Судебно-медицинская экспертиза 2019 № 6 Т 62 С 27-31
7. McKinlay,A.,Grace , R.C. , Horwood , L.J. , Fergusson , D.M. , Ridder , E.M. , & MacFarlane , M.R. (2008) https://www.researchgate.net/publication/44607148_Community_attitudes_toward_individuals_with_traumatic_brain_injury
8. Захарова Н.Е., Корниенко В.Н., Потапов В.Н., Пронин И.Н. и др. Диффузионно-тензорная магнитно-резонансная томография в оценке проводящих путей головного мозга при диффузном аксональном повреждении // Вестн. рентгенол. 2009. № 4. С. 12-22.
9. Абузайд, Салех Мохамед Али диссертация – кандидата медицинских наук: 14.00.28 Москва 2005
10. Алейник В.А. Оценка чувствительности лимфоцитов к тироксину при сочетанных черепно-мозговых травмах. | Статья в журнале «Молодой ученый» М.: 2020
11. Алексеев, Кирилл Николаевич диссертация – кандидата медицинских наук: 14.00.19 Санкт-Петербург 2006 .
12. Алиева, Наиля Анваровна диссертация ... кандидата медицинских наук: 14.00.28. Москва 2002
13. Башкиров М.В., Шахнович А.Р., Лубнин А.Ю. Внутричерепное давление и внутричерепная гипертензия // Рос. журн. анестезиол. и интенсив. тер. 1999. № 1. С. 4-11.
14. Бащинский С.Е. Разработка клинических практических руководств с позиции доказательной медицины. М.: Медиасфера, 2004.135 с.
15. Гаврилов А.Г. Диагностика и тактика лечения базальной ликвореи в остром периоде черепно-мозговой травмы: дис.... канд. мед. наук. М., 2003.

Article

MIOKARD INFARKTI KELIB CHIQISH OMILLARI VA TAXLILIYaminova N.X. 

1. Andijon davlat tibbiyot instituti, Andijon, O'zbekiston.

Abstrakt. Ushbu maqolada miokard infarkti va uning kelib chiqish omillari haqida fikr bildirilgan. Bizga ma'lumki Miokard infarkti - o'tkir holat, yurak ishemik kasallikning klinik shakli, to'liq yoki qisman qon yetishmasligi natijasida yurak mushak sxemasining (myocardium) nekrozi (o'limi) tufayli keladi. Bu butun yurak-qon tomir tizimi faoliyatining buzilishiga olib keladi va bemorning hayotini havf ostiga qo'yadi. Miokard infarktini asosiy va eng kóp tarqalgan sababi - yurak mushagini qon bilan va shunga mos ravishdagi kislorod bilan ta'minlanadigan toj tomirlar (coronar) arteriyalardagi qon oqimining tiklanishi. Tahlil qilish jarayonida faol profilaktika va barvaqt tashxisni turli subyektiv, hamda obyektiv sabablarga kóra "boy berish" MI bilan bog'liq kelib chiqadigan nohush tendensiyalarini saqlanib qolishiga va hattoki, jiddiylashishiga olib kelmoqda. Buning uchun maqola miokard infarkti, kelib chiqish jarayoni xorijiy davlatlardagiva O'zbekistondagi tafvutini yoki uchrash chastotasini aniqlash mumkin.

Kalit so'zlar: miokard infarkti, oldini olish, o'lim, menopauza, yurak mushagi, epidemiologiya.

Hozirgi kunda insonlar o'rtasida turli kasalliklar kabi miokard infarkti ko'plab uchrab turibdi.

Shu jihatdan ushbu kasallikdan holi bo'lishdan avval uni kelib chiqish asorati va undan himoyalash tizimini shakllantirish muhimdir.

Miokard infarkti - o'tkir holat, yurak ishemik kasalligining klinik shakli, to'liq yoki qisman qon yetishmovchiligi natijasida yurak muskul to'qimasining (miokard) nekrozi (o'limi) tufayli yuzaga keladi. Bu butun yurak-qon tomir tizimi faoliyatining buzilishiga olib keladi va bemorning hayotini xavf ostiga qo'yadi. Miokard infarktining asosiy va eng ko'p tarqalgan sababi - yurak mushagini qon bilan va shunga mos ravishda kislorod bilan ta'minlaydigan toj (coronar) arteriyalardagi qon oqimining buzilishi hisoblanadi.

Faol profilaktikani va barvaqt tashxisni turli subyektiv hamda obyektiv sabablarga ko'ra "boy berish" MI bilan bog'liq kelib chiqadigan nohush tendentsiyalarni saqlanib qolishiga va hattoki, jiddiylashishiga olib kelmoqda.

Rivojlangan mamlakatlarda MI bilan bemorlarning 20%ga tibbiy yordam ko'rsatilib ulgurmasdan (ko'pchilik vaziyatlarda aritmiyadan) vafot etmoqda, 30-kunlik o'lim bo'lsa 30% gacha yetadi [1].

Rossiya federatsiyasida har yili 1-jadval MI 40-59 yoshli erkaklarni 0.2-0.6% ida kelib chiqadi, 60-64 yoshda bo'lsa yiliga 1,7% gacha yetib sodir bo'ladi. Ayollar MI bilan 2,5-5 marta kamroq kasallanishadi, ayniqsa yoshlarda va o'rta yoshlilarda sezish mumkin.

1-jadval

Miokard infarktni xorij(Rossiya)da yoshlar bo'yicha kelib chiqishi	
Yoshi	%
40-59 (erkaklar)	0.2-0.6
40-59(ayol)	0.2-0.5
60-64	1,7

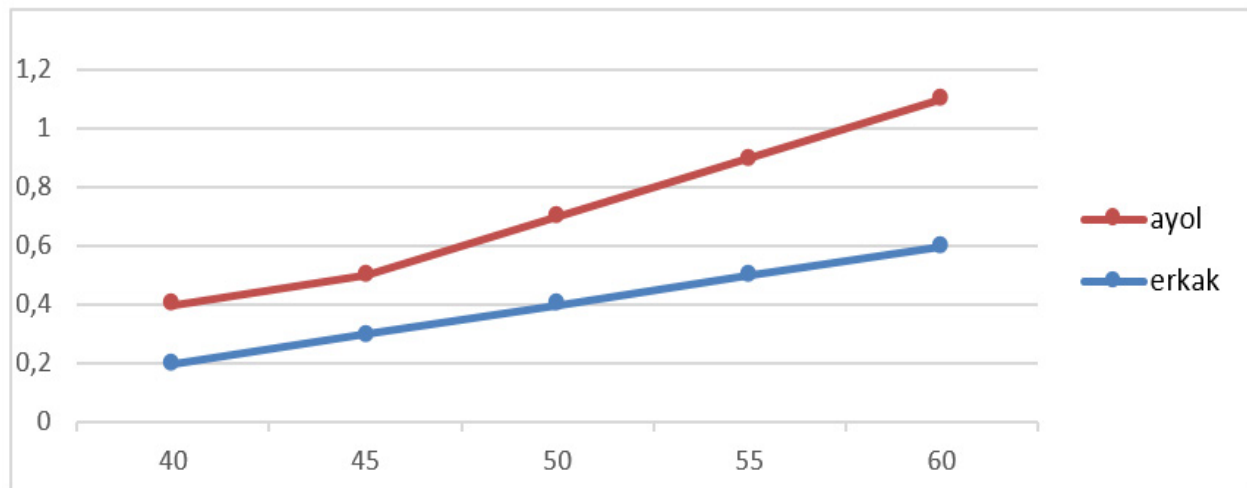
Sababi ularda aterosklerozni taxminan 10 yilga yetib kechikib rivojlanishi hisoblanadi. Menopauza boshlanganidan keyin ushbu farqlanish keskin kamayadi.

Ushbu jarayonni dinamikasini quyidagi diogramma orqali ham ko'rish mumkin (1-diogramma).

2-jadval**O'zbekiston sharoitini ham tahlil qilinganda ko'rsatkichlar quyidagicha**

Miokard infarktni O'zbekistonda yoshlar bo'yicha kelib chiqishi	
Yoshi	%
20 – 44	5 – 8
45 – 69	18 – 24,5
Katta yoshdagi ayollar	13 – 15

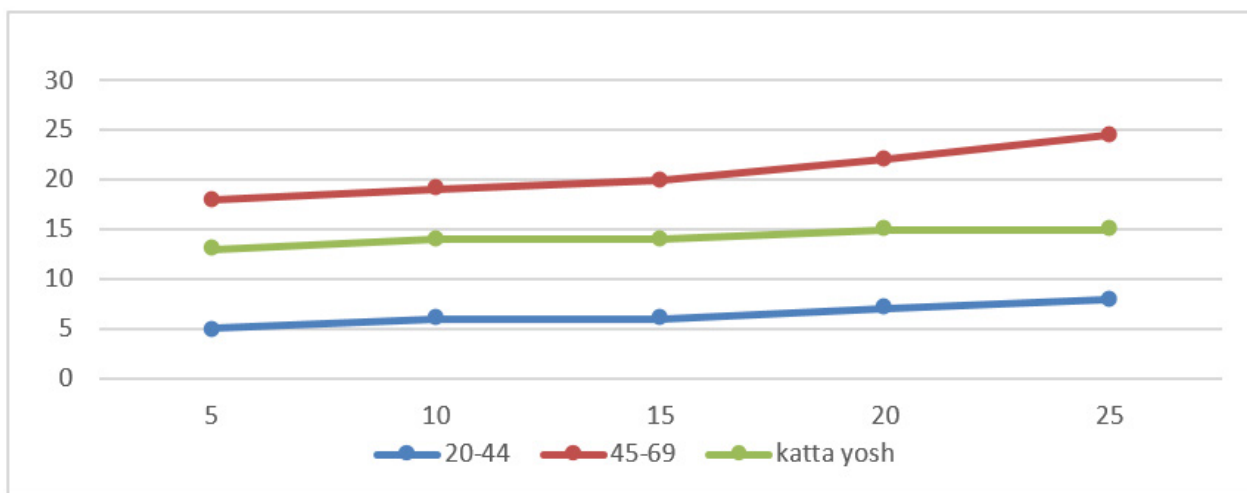
1-diagramma



O'zbekistonda ham katta yoshdagi 2-jadval, aholi orasida keng tarqalgan va o'limga olib keluvchi asosiy sabablardan biri hisoblanadi. O'tkazilgan kuzatuvlar 20 – 44 yoshdagi erkaklarning 5 – 8 %, 45 – 69 yoshdagilarning esa 18 – 24,5 % YUIK borligini ko'rsatgan. Katta yoshdagi ayollar orasida bu ko'rsatgich 13 – 15 % ni tashkil etadi.

Ushbu jarayonni dinamikasini quyidagi diogramma orqali ham ko'rish mumkin (2-diogramma).

2-diogramma



Oxirgi yillarda MI bilan kasallanish ayniqsa yoshlarda va o'rta yoshlarda o'sayotganligi tadqiqotchilar tomonidan qayd etilmoqda. Ayniqsa shifoxonagacha bosqichda 30-50% yetib o'limga sabab bo'lishi bilan[2]

MI ni ikkinchi bir tomoni ham tobora dolzarblashib bormoqda va dalil bo'lib guvohlik beriyaptiki, birinchidan, uning yorqin tashxisiy mezonlarni ajratib olinishga va ikkinchidan esa, miokard infarkti profilaktikasining samarali chora-tadbirlarini yaratish va kiritish ehtiyoj va zaruriyat bo'lib, kardiokirurgiya texnikaning takomillashib ketganiga qaramay, yaqqol sezilmoqda. Boisi kardiokirurgik davodan so'ng asoratlar chastotasi 30%dan oshadi, operatsiya sabab kelib chiqadigan (perioperatsionli) miokard infarkti 1.9%dan tortib to 18.3%gacha yetib aniqlanadi va hattoki, undan ham ko'proq – 30% gacha yetadi. Demak, ushbu jarayonlarning ko'p tomonlarini va asosan profilaktik yo'nalishlarini o'rganish hamda aniqlab berish uchun maxsus tadqiqotlarni davom ettirish talab etiladi.

MI epidemiologiyasi bo'yicha chunonchi miokard infarkti va komorbidlikni tarqalishi hatar omillari bilan assotsirlanishi, profilaktikasining xususiyatlarini turli mintaqalarda o'rganish va aniqlash borasida, keskinlashgan vaziyat zamonaviy aholida tadqiqotchilar tomonidan kuzatilmoqda va bundan tashqari, yaqin o'n yillar davomida uni saqlanib qolishi prognoz qilinmoqda:

- 1) Har oltinchi erkak va har yettinchi ayol yevropa miokard infarktidan vafot etmoqda;
- 2) elektrodiagrammada ST segmentini ko'tarilishi bilan ifodalanuvchi MI shakli (YUMn ST) ayniqsa og'ir o'tadi, yuqori suratli o'lim bilan ifodalanadi va ko'p hollarda nogironlikka olib keladi;
- 3) MI ni YUMn ST va ST segmentini ko'tarilishsiz ifodalanuvchi turlari tarqalish darajalari turiga aniqlanishadi: birinchisi ko'pchilik mamlakatlarda (Shvetsiya, Chexiya, Belgiya va AQSH) oxirgi 8 yilda kamaygan, ikkinchisi esa 126 dan to 132 tagacha har 100 ming aholiga nisbatda olgan;
- 4) MI dan o'lim darajasi yoshga, hatar omillariga, nekroz kattaligi va joylashuviga hamda komorbid fonga (qandli

diabet, buyrak yetishmovchiligi va boshqalar) bog'liq bo'ladi;

5) Gospital o'lim YUMn ST dan 6% dan 17% gacha yetib kuzatiladi.

MI ni kekxa va qariyalarda barvaqt tashxislash ham qiyin kechadi, sababi qarilik jarayonlari tufayli murakkab fiziologik va patologik o'zgarishlar kasalliklarning ko'plab simptomlarini go'yoki berkitadi, tashxisotini qiyinlashtiradi. Bundan tashqari, kekxa mijozlarda kasallik deyarli doimo komorbid patologiya bilan qo'shib kelib chiqadi va davom etadi. Xorijiy tadqiqotlar ma'lumotlari bo'yicha kekxa va qariyalarning faqat 3-6% tasigina deyarli sog'lom (fiziologik qaruvchilar) hisoblanishadi.

Yosh o'tishi bilan insonga ortiqcha 2-3 mustaqil kasalliklar (60 yoshda) to 4-6 tagacha (75 yoshdan keyin) ko'payib aniqlanadi [Butuhanova I.S et.al, 2016]. Ushbu komorbidlik holati, asosan arterial gipertenziyani (AG) qandli diabet 2-turini (KD2 turi), buyraklar surunkali kasalligini, o'pkani surunkali obstruktiv kasalligini, semizlikni, onkologik patologiyani yuqori chastotalarda qayd qilinishi bilan harakterlanadi. Bular MI atipik shakllarini, o'tkir davri asoratlari kelib chiqishini va o'lim xavfini oshirishadi. Xususan NRMI registri (National Registry of Miyocardial Infarction) komorbid fonida 85 yoshdan oshganlarning 40% tidagina o'tkir MI an'anaviy anginoz huruj bilan o'tishini ko'rsatgan va atipik turlari orasida kollaptondli (30,8%) va astmatik variantlari (22,4%) nisbatan ko'p uchrashlarini tasdiqlagan.

Demak, ushbu jihatlar ham MI bilan bemorlarda e'tiborga olinishi, turli aholi va mintaqalarda o'rganilib chiqilishi hamda faol profilaktika tizimini yaratish borasida tadqiqotlar bajarilishi, jumladan, O'zbekistonning turli hududlarida taqazo qilinadi. Ayniqsa prospektiv trend-epidemologik tadqiqotlar alohida qimmat kasb etishadiki, bunday turli tadqiqot O'zbekiston sharoitida MI ga nisbatan bajarilmagan.

WHO ekspertlari fikrlari bo'yicha qo'shma patologiyalar (polipatiya) birgina kekxa yoshdagilarda emas, balki turli yosh diapozonlarida ham uchraydilar va bu bo'yicha ham tadqiqotlar o'tkazilgan. Aksariyat yurak-qon tomir kasalliklari (YUQK), jumladan, MI ham AG, KD 2-tipi, metabolik sindrom va jigar kasalliklariga qo'shib aniqlanadi. Lekin ularning tarqalishi chastotasiga oid manbalar kam va uzoq davom etuvchi epidemologik tadqiqotlar kam o'rganilgan yoki O'zbekistonda alohida tadqiq qilinib baholanmagan.

Vaholanki, boshqa mamlakatlarda yurak ishemik kasalligini boshqa yuqumli bo'lmagan kasalliklar bilan qo'shib uchrashi chastotasi haqida, bu muammoni dolzarbligini anglatuvchi ma'lumotlar e'lon qilingan:

1) katta yoshdagi aholi populyatsiyasida har bir tekshirilganga 2.5 kasallik o'rtacha to'g'ri keladi;

2) yurak ishemik kasalligi (YUIK) tarqalishi komorbidlikni ortishi bilan assotsirlanadi va unga bog'liq bo'lib har o'n yilda ikki barobarga ko'payadi (55-64 yoshda to 77% gacha chastotada aniqlanadi);

3) AG, qandli diabet va jigar kasalligini qo'shib uchrashida YUIK da kelib chiqishi 8.7 martaga ortadi;

4) YUIK yosh bilan, umumiy hatar omillari bilan bog'liq holda ortib yoki ko'payib boradi.

Shu bois, miokard infarkti va komorbidlik simbiozligining tarqalishi, hatar omillari bilan assotsiatsiyalanishi va profilaktikasini O'zbekiston sharoitida o'rganish, turli hududlarda, jumladan, Farg'ona vodiysining zamonaviy aholisida o'rganish va aniqlash, bu holatlarni kamaytiradigan yangicha yondashuvlar va yoki kliniko-profilaktik texnologiyalarni ishlab chiqish fanning aktual yo'nalishlaridan biri bo'lib hisoblanadi.

ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Mamasoliyev N.S. va b.q., 2020; Kontsevaya A.V. et.al. 2019

2. ACC F/AHA; WHF, 2007; Argunova Yu. A. Et.al., 2019; Tnygesen K. Et.al., 2018.

Article

QOSHALOK BOSH MIYA SHIKASTLNISHIDA BOSH MIYA TOQIMASI DIFFUS SHIKASTLANGAN BEMORLARDA IKKILAMCHI SHIKASTLOVCHI OMILLAR

Qo'ldasheva Ya.M.¹  Haydarova F.A.²  Qo'ldashev K.A.¹  Xodjaliev J.D.³  Xodjaliev T.G.³ 
Xolmatov A.A.¹  Akbarov I.N.¹  Inomova G.Q.¹ 

1. Andijon davlat tibbiyot instituti, Andijon, O'zbekiston.

2. Respublika endokrinologiya ilmiy-amaliy markazi, Toshkent, O'zbekiston.

3. Farg'ona viloyati ko'p tarmoqli tibbiyot markazi, Farg'ona, O'zbekiston.

Abstrakt. Shikastlanishning rivojlanishi bilan bog'liq holda, miya travmatik shikastlanishlarining og'irligi va chastotasining tez o'sishi kuzatiladi (V.V. Lebedev va boshqalar, 1981; 1995, 2001, A. Poppetal, 1979, R. Spencetal. 1990) va ularning orasida 50- Bosh suyagining 70% gacha shikastlangan. Shu bilan birga, miya to'qimalarining diffuz lezyonlari bo'lgan bemorlarda ikkilamchi ekstrakranial travmatik omillar miya shikastlanishining klinikasi, kursi va natijalariga sezilarli ta'sir ko'rsatdi. Neyroreanimatsiya va reanimatsiya bo'limlarida diffuz miya to'qimalarining shikastlanishi bilan davolangan bemorlarda ikkilamchi shikastlanish omillarini o'rganish 2010-2015 yillarda RSTIOM VSga yuborilgan TBI bilan kasallangan 615 qurbonning 193 nafarida miya to'qimalarining diffuz shikastlanishi aniqlandi. Ushbu bemorlarni tanlash mezonlari a) travmadan keyin ongni yo'qotish edi. b) Kompyuter tomografiyasi natijalariga ko'ra jarrohlik aralashuvni talab qiladigan intrakranial gematoma holatlari, ularda jarohatlar aniqlanmagan. Jabrlanganlarning yoshi 16 yoshdan 76 yoshgacha, o'rtacha yoshi $44,2 \pm 1,2$ yil. 21-45 yosh) (46%).

Kalit so'zlar: ko'p miya shikastlanishi, miya to'qimalarining diffuz shikastlanishi, ikkilamchi travmatik omillar.

Dolzarliligi: Xozirgi vaqtda dunyoning barcha davlatlarida shikastlanishning doimiy o'sish suratlari kuzatilmogda. Yuzaga kelayotgan barcha shikastlanishlarning oqibatida, axolini nogironlikka chalinishi, o'lim xolatlarini keltirib chiqaruvchi sabablar orasida markaziy nerv sistemasi shikastlanishlari birinchi o'ringa chiqmoqda (30-40%) va o'lim xolatlarini axolining eng aktiv qatlami (18-45 yosh) orasida ko'p kuzatilinishi bilan yurak kon tomir va onkologik kasalliklar ko'rsatkichlarini ortda qoldirib bormogda [1]

SHikastlanishlarni o'sib borishiga bog'liq xolda bosh miya shikastlanishlarining og'irlik darajasi va chastotasining tez sur'atlar bilan oshib borishi kuzatilmogda (V V Lebedev i soavt., 1981; 1995, 2001, A. o'etal, 1979, R.S'enceetal. 1990) va ularnin gorasida 50-70% gacha kalla tashqi qushaloq shikastlanishlar tashkil qilmogda. Bunda bosh miya to'qimasi diffuz shikastlangan bemorlarda ikkilamchi kalla tashqari shikastlovchi omillar bosh miya shikastlanishi klinikasi, kechishi va natijasiga jiddiy tag'sir ko'rsatgan.

Tadqiqot maqsadi: Neyroreanimatsiya va intensiv terapiya bo'limlarida bosh miya to'qimasining diffuz shikastlanishlari bilan davolanayotgan bemorlarda ikkilamchi shikastlovchi omillarni o'rganish,

Tadqiqot manbalari va usullari: RSHTYoIMAF ga 2010-2015 yillarda yetkazilgan 615 nafar bosh miya shikastlangan bemorlardan 193 nafarida bosh miya to'qimasi diffuz shikastlanishlari aniqlangan. Bu bemorlarning saralash mezonlari quyidagilar a) shikast olgandan so'ngra xushini yo'qotganlar. b) Komp'yuter tomogramma xulosalariga asoslangan xolda jarrohlik aralashuvini talab etadigan kalla ichi gematomasi vamiya lat yeyishi uchoqlarini bo'lmagan xolatlar.

SHikastlangan bemorlarning yoshi 16 dan 76 yeshgacha tashkil qilgan, o'rtacha olingan yosh $44,2 \pm 1,2$ yosh Bosh miya to'qimasi diffuz shikastlanish ko'prok yosh davrla kuzatilingan (21-45 yosh. atrofi) (46%).

Asosan bosh miya to'qimasi diffuz shikastlangan bemorlarda shikastlanish sababi ITX bo'lgan - 134 ta (69%). Qolgan bemorlar (31 ta) yiqilish natijasida shikastlangan 214 ta xolatda esa uydagi xujalik travmalari tashkil etadi. Kuzatuvlarga ko'ra bosh miya to'qimasi diffuz shikastlanishda travma mexanizmiko'prok: «tezlashish-sekinlashish» bulgan.

SHikastlanganlarning 129 tasida (67%) yopik bosh miya shikastlanishi va 64 ta (33%) ochik bosh miya shikastlanishlari kuzatildi. Bosh suyaklarini sinishi 124 ta bemorda aniklangan (shu jumladan 32% xolatlarda bosh suyagigumbazisinishi 39% xolatlarda bosh suyagiasosi sinishi)

169 ta (87 %) shikastlangan bemorlarda xar xil darajadagi subaroxnoidal kon kuyilishlar aniklandi. 24 ta bemorda esa (13%) bosh miya qorinchalari ichi kon kuyilishi aniklandi.

193 ta (100%) bemorlarda bosh miya shikastlanishi xar xil ko'shaloq shikastlanishlar bilan xamrox keldi. SHu jumladan 51% shikastlangan bemorlarda ko'l-oyoqlar va tos suyaklari sinishi kuzatilgan, 20% xolatlarda ko'krak qafasi shikastlanishi, 21 % xolatda umurtka va orka miya shikastlanishi, 4 % xolatda esa qorin bo'shligi va qorin bo'shlig'i ortki organlarini shikastlanishi kuzatilgan.

Bosh miya to'qimasi diffuz shikastlangan bemorlarda tizimli shikastlovchi
Omillarining uchrash chastotasi

Jadval-1

Bosh miyaning ikkilamchi shikast omillari

Bosh miyaning ikkilamchi shikast omillari	Tekshiruv olib borilgan bemorlar soni	SHu omillar aniqlangan bemorlar soni	%
Arterial gipotenziya (Sfd<90 mmHg)	108	58	54
Gipoksemiya ('aO ₂ <60mmHg)	93	38	41
Gipernatriemiya (na>145 mmolg'/l)	96	30	31
Giponatriemiya (Na<135 mmolg'/l)	96	33	34
Yakkol gipokapniya ('aCO ₂ >50mmHg)	61	22	36
Giperkapniya ('aCO ₂ >50mmHg)	61	8	13
Gipertermiya (T>38 [^] S1 sotavaundan ko'p vaqtdavomida)	161	63	39

Natijalar va muxokamalar: Bosh miya to'qimasi diffuz shikastlangan bemorlarning guruxlari tuzildi va ularni barcha tekshirilayotgan ko'rsatkichlari dinamikada o'rganildi. Terminal xolatdagi bemorlarning ko'rsatkichlari bu izlanishga kiritilmadi Bosh miya to'qimasi diffuz shikastlangan bemorlarning orasida ko'proq arterial gipotenziya va gipoksemiya kuzatildi. Natriy almashinuvlari buzilishlari gipernatremiya va giponatremiyaning xolatlari bir xil bo'lgan. SHuni ta'kidlash kerakki barcha ikkilamchi tizimli shikastlovchi omillar 3 va 4 tipli bosh miya to'qimasi diffuz shikastlangan bemorlarda aniq kuzatilgan.

Boshka izlanuvchilarning ma'lumotiga ko'ra, bu ikkilamchi tizimli shikastlovchi omillar bizning tadqiqot olib borayotgan gurux natijalarimizdan xam ko'proq uchraydi. [2]

Barcha ikkilamchi kalla tashqi shikastlanish omillari bor bemorlarda kasalikning salbiy oqibatlar xar xil darajada o'sib boradi. Faqatgina giponatremiya kuzatilsa salbiy oqibatlar o'sib boradi, lekin, bu farqlanishlar statistik axamiyatga ega emas. Gipoksemiya va gipotoniyani bilan mavjudligi salbiy oqibatlar 93 % salbiy oqibatlar 93% gacha oshib borgan. Faqat 7% xolatlarda gipotenziya va gipoksemiyaning birga mavjudligi yaxshi natijaga olib kelgan.

Bundan tashqari gipotoniya va gipoksemiyaning bilan mavjud bo'lishi barcha tekshirilayotgan bemorlarning komatoz xolatida uzoq bo'lishiga olib kelgan. Agar bu omillar mavjud bo'lmasa komatoz xolatning qisqa bo'lishi kuzatilgan (1,7+-0,3). Agar sanab o'tilgan xolatlarining birortasi shu xolatga qo'shilsa komatoz xolatning davriyligi 7,2+1,1 kunga (t=4,82, '<0,001) uzayadi.

Natriy almashinuvining va osmotik gemostazning buzilishi 3 va 4 tipli bosh miya to'qimasi diffuz shikastlangan bemorlarda kuzatilgan bo'lib (74% xolatlarda), 1 va 2 tipli bosh miya to'qimasi diffuz shikastlangan bemorlarda ular kam kuzatilgan. Bizning kuzatuvlarimizda natriy almashinuvining o'rtacha me'riy buzilishlari kuzatilgan bo'lib bularni korrektsiyalash imkoni bo'lgan. Gipernatremiya va giponatremiya bir xil chastotada kuzatilgan, ammo giperosmolyar xolati gipoosmolyar xolatiga qaraganda ko'proq salbiy ta'siri bo'lgan. Giperosmolyar xolatning ustivorligi kuzatilsa salbiy oqibatlar keskin 93% gacha oshadi. Giponatremiya xolatida esa bu salbiy oqibat xolatlari 52 % tashkil etadi. Bu ma'lumotlar shundan dalolat beradiki bosh miya to'qimasi diffuz shikastlanishlarning eng ijobiy natijasi kon plazmasining ko'rsatkichlari me'erde bulgan bemorlarda kuzatilingan va salbiy oqibatlar 40% dan oshmagan.

Eng ijobiy oqibatlar karbonad angidridning me'riy ko'rsatkichlarida bo'lganda kuzatilgan. Yaqqol gipokapniyada esa salbiy oqibatlar ko'proq namoyon bo'lib borgan (77%). Giperkapniyada esa bular 88% ni tashkil etgan. SHu bilan, bosh miya to'qimasi diffuz shikastlangan bemorlarda kuzatilinishi mumkin bo'lgan yaqqol gipokapniya va yaqqol giperkapniya eng salbiy prognostik omillar xisoblanadi.

Bosh miya to'qimasi diffuz shikastlanishlarning 3 va 4 guruxlarida gipertermiya juda ko'p xolatlarda kuzatilingan. Bu bir tomondan ko'pincha rivojlanuvchi yiringli yallig'lanish asoratlari bilan bog'liq bo'lsa, boshqa tomondan esa bosh miya to'qimasi diffuz shikastlangan bemorlarda bosh miya bukishida termoregulyatsiya mexanizmlarini "markaziy buzilishi" bilan (Zgurux) va asosan bosh miya xajmini assimetrik kattalashuvi (4-gurux bosh miya to'qimasi diffuz shikastlanganlar) bilan bog'liq bo'ladi Gipertermiya shubxasiz yaxshi tiklanishi mumkin bo'lgan bemorlarning sonini sezilarli darajada kamaytiradi va salbiy natijalarga ega bemorlar sonini oshiradi. Bundan tashqari yuqoridagi shikastlovchi omillar kabi komatoz xolatni davomiyligini 2 marotabaga oshiradi (3,1-0,5 gacha 7,9 0,8 kun, 1=5,09; '<0,01)

O'tkazilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, tizimli shikastlanishlar orasida bosh miya to'qimasining diffuz

shikastlanishlari bo'lgan bemorlarda bosh miya yaning yaqqol bukishining darajasi va natijasiga gipotoniya va gipoksemiyaning ta'siri kuzatilgan. Komp'gyuter tomogramma xulosalarida "minimal" o'zgarishlar aniqlangan bosh miya to'qimasi diffuz shikastlangan bemorlarda xolatining og'irligi, kasallikning kechishi va komatoz xolatning davomiyligi bosh miyaning ikkilamchi shikastlanishlari (gipoksemiya va gipotenziya) bilan bog'liq bo'lishi mumkin. SHu bilan bog'liq xolda bosh miyaning bu turdagi shikastlanishlari bo'lgan bemorlarda travmatik genez oqibatida yuzaga kelgan birlamchi bosh miya to'qimasi diffuz aksonal shikastlanishlar bilan bir qatorda tizimli gipoksiya/ishemiya natijasida bosh miya to'qimasi diffuz shikastlanishlar kuzatilinishi mumkin.

Bundan tashqari, bosh miya to'qimasining diffuz shikastlangan bemorlarda gipotoniya, gipoksiya va gipertermiyaning bo'lishi komatoz xolatning davriyligining uzayishiga ta'sir ko'rsatishi aniqlandi. Bu xolatlarda ijobiy tiklanishli tirik qolganlar soni asosli kamayadi. SHuning uchun bosh miya shikastlanishlaridan so'ng bemorlarning klinik xolatining dinamikasi, kutilayotgan natijalar bosh miyaning ikkilamchi shikastlanishlari va asoratlarni bartaraf etishga karatilgan muolaja chora tadbirlarning samaradorligiga bog'liq.

Yuqoridagilar sabab jaroxatlanishidan keyingi birinchi 3 soatda ko'rsatilgan, maqsadli aniq amaliyotlar, bemor xolatini to'la va aniq tashxislash, maqsadli xayotiy funktsiyalarini tiklovchi muolajanar, ikkinlanchi bosh shikoyatlanishlarni oldini va albata letalg' xolatlarni 50% kamaytirishga sabab buladi.

Xulosa.

1. Ikkilamchitizimli bosh miya shikastlovchi omillari bosh miya to'qimasi diffuz shikastlangan bemorlarda kasallik kechishi va natijalariga sezilarli tag'sir ko'rsatadi, shu jumladan yengil travma olgan bemorlarda xam (Komp'gyuter tomogramma xulosalariga ko'ra 1 va2 gurux bosh miya to'qimasi diffuz shikastlanganlar).

2. Topilgan qonuniyliklarya keyingi tadqiqotlarni bu tizimli zararlovchi omillarni va nisbiy ofir bo'lmagan shikastlanishlarni tekshirishga yo'naltiradi, bu xolatlarda nogironlikka va o'lim xolatlarga sabab ikkilamchi shikastovchi omillar xisoblanadi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:

1. Потапов А. А. Брагина Н.Н., Амчеславский В.Г. и др. // Внедрение современных рекомендаций и оценка их влияния на тактику и результаты лечения тяжелой черепно- мозговой травмы/ отчетный доклад на сессии ученого совета НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко РАМН Москва –2002

2. Черепно-мозговая травма. Клиническое руководство. Под ред. акад. А.Н. Коновалова, профЛихтермана, проф. А.А. Потапова Москва -2001.

Article

AHOLINING SIHATGOHLARNING INSON HAYOTIDAGI ROLI VA O'RNINI HAQIDAGI FIKR VA MULOHAZALARINI SOTSIOLOGIK O'RGANISH

Madaxanov A.S.¹  Shamatov I.Ya.²  Xalilov I.X.¹ 

1. Andijon davlat tibbiyot instituti, Andijon, O'zbekiston.

2. Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston.

Abstrakt. Maqolada aholining sihatgohlar xizmatidan foydalanish faolligi demografik, ijtimoiy-iqtisodiy omillar va har bir inson organizmining morfo-funksional holati bilan bog'liq sharoitdan kelib chiqadigan integral ko'rsatkich ekanligi ta'kidlanadi. Mualliflar olib borilgan sotsiologik tadqiqotlarining natijalariga asoslangan holda, aholining turli qatlamlariga mansub a'zolarida shakllangan, sihatgohlarning inson hayotidagi roli va o'rnini haqidagi fikr va mulohazalarining mazmun va mohiyatini tahlil qilishgan. Bunda aholining sihatgohlar haqidagi fikrlari to'laqonli shakllanmaganligi va mulohazalarining sayozligi ko'rsatib o'tiladi. Ushbu probelni to'ldirishda, soha olimlari va mutahassislari, davolash-profilaktika muassalari va sihatgohlarning shifokorlari, hamda turoperatorlarning, avvalo o'zaro hamkorlikda ishlashlarining zarurligiga e'tibor qaratiladi. Shuningdek, sihatgohlar faoliyatini, jumladan ushbu maskanlarning inson hayotidagi o'rnini va rolini propaganda qilishga doir tadbirlarning tashkiliy tomonlarini yanada takomillashtirishning zarurligi ta'kidlanadi.

Kalit so'zlar: sihatgoh, sihatgoh shifokori, sihatgoh haqida fikrlar, sihatgohlarga doir mulohazalar, sihatgohlarning samaradorligi, sihatgohlar faoliyati.

Dolzarbligi.

Inson organizmiga ta'sir etib, uning sihat-salomatligi darajasini belgilaydigan, sifat va miqdor jihatidan sonsiz-sanoqsiz shart-sharoitlar majmuasida ijtimoiy-iqtisodiy omillarning o'rnini va ijobiy roli beqiyosdir. Sihatgohlar faoliyati sog'liqni saqlashga qaratilgan, mazmun va mohiyati nuqtai nazardan ijtimoiy-iqtisodiy xususiyatga ega chora-tadbirlarning markazida turadigan voqealardir [7, 10, 14, 15, 16]. Ushbu tibbiy muassasalar individ, oila, katta va kichik jamoa, tuman va shahar miqyosida o'tkaziladigan birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi profilaktikaga oid amallarning barchasiga dahldorligi bilan ajralib turadigan muhim maskandir. Bugungi kunda, turizm O'zbekiston Respublikasida hayotiy jabhalarning barcha yo'nalishlariga tobora kirib borayotganligi, mamlakat iqtisodiy barqarorligini, turli davlatlar xalqlarining o'rtasida o'zaro do'stlik, madaniy aloqalarining mustahkamlanishini ta'minlashda salmog'i, salohiyati jihatidan muhim ahamiyatga ega bo'lib borayotgan sohadir. Ichki va tashqi turizmining jadal va barqaror rivojlanishini ta'minlashda davolash-sog'lomlashtirish turizmining o'rnini alohida ahamiyat kasb etadi. Shu bois turizmning ushbu yo'nalishini rivojlantirishga oid har qanday chora-tadbirlar, jumladan sihatgohlar va ular faoliyatiga ta'sir etuvchi barcha omillarni chuqur va atroflicha o'rganishni taqozo etadi. Zero, sihatgohlar turizm industriyasiga, jumladan davolash-sog'lomlashtirish turizmiga samarali xizmat qiladigan asosiy tibbiy muassasadir [4, 6, 8, 12, 14]. Sihatgohlarni turistik industriyaning betakror fenomeni sifatida e'tirof etishadi [7]. Sanatoriya-kurort muassasalarida davolanish asosan tabiiy shifobaxsh omillardan (atrof muhitning tabiiy shifobaxsh iqlimi, madaniy suvlari, shifobaxsh balchiq loyi, qumi va h.k.) foydalanib bemorning dardiga shifo berishga harakat qilishdan iborat [3, 8, 15, 16]. Parhez taomlarni ratsional ravishda iste'mol qilish, turli zamonaviy fizioterapevtik apparatlardan foydalanish, dori-darmonli, hamda shifobaxsh badantarbiya yuklamalari, stresslardan holi, psixologik xotirjamlikni tashkil qilish ham ushbu maskanlarda ko'rsatiladigan kompleks tadbirlarning ajralmas tarkibiy qismi hisoblanadi. Bunda, shuningdek bioiqlim va landshaft har qanday sanatoriya joylashgan kurort xududi tabiiy shifobaxsh omillarini tashkil qilishini ta'kidlash o'rinlidir.

Sihatgohlar faoliyatining turli qirralariga ta'sir etuvchi omillarni o'rganish ilmiy-amaliy jihatdan katta ahamiyatga ega. Ushbu masalalar qator olimlarning ilmiy izlanishlarida yoritilganligini ko'rsatib o'tish o'rinlidir [2, 7, 11, 13]. Shuni alohida ta'kidlash o'rinliki, aholining sihatgohlarga davolanish-sog'lomlashtirish maqsadida kelish faolligi integral ko'rsatkichdir. Ushbu ko'rsatkichlar o'z navbatida qator omillar ta'siri ostida shakllanadi. Bu borada, aholi turli qatlamlarining sihatgohlar xizmatidan foydalanish faolligi demografik, ijtimoiy-iqtisodiy omillar va har bir inson organizmining morfo-funksional holati bilan bog'liq sharoitdan kelib chiqishini ta'kidlash lozim. Ayni paytda, bizga ma'lum manbaalarda, aholining turli guruxlarida sihatgohlarning inson hayotidagi roli va o'rnini haqidagi fikr va mulohazalarining shakllanganlik darajasi o'rganilmay qolayotganligi e'tiborni tortadi.

Tadqiqotning maqsadi. Sihatgohlar va ular faoliyatining inson hayotidagi o'rnini va rolini targ'ibot qilishga doir chora-tadbirlarning tashkiliy tomonlarini yanada takomillashtirish va samaradorligini oshirishni ta'minlaydigan ilmiy jihatdan asoslangan tavsiyalarni ishlab chiqish.

Materiallar va tadqiqot usullari. Aholining turli guruhlarida sihatgohlarning inson hayotidagi roli va o'rnini haqidagi

fikr va mulohazalarining shakllanganlik holatini o'rganishga bag'ishlangan ushbu tadqiqotda sotsiologik usul qo'llanildi. Tadqiqotning maqsadi va vazifalaridan kelib chiqib tuzilgan mahsus dastur va rejaga binoan materiallar oilalar miqyosida yig'ildi. Bunda, anketadagi savollarga oila a'zolaridan faqat bir vakil javobi qayd etildi. Tadqiqotda olingan ma'lumotlarning reprezentativligi B.Mamatqulov, 1913y, tomonidan taklif etilgan (General majmua aniq bo'lganda tadqiqot natijalari 5% xatolikdan oshmaydigan kuzatuv birliklari soni) statistik yondashuvga asoslandik. Tadqiqotimizning tanlov asosida shakllangan statistik majmuadagi kuzatuv birliklarining soni 403 ni tashkil etdi. Oilalarda bevosita anketadagi savollarga javob yig'ish Samarqand davlat tibbiyot universiteti va Andijon davlat tibbiyot institutining 4-kurstalabalari tomonidan amalga oshirildi. Samarqand, Farg'ona, Namangan va Andijon viloyatlarining turli shahar va qishloqlaridan kelib ushbu oliygohda tahsil olayotgan talabalarning aksariyat ko'pchiligi haftaning shanba kunlari nazariy va amaliy mashg'ulotlar tamom bo'lgach, odatda uylariga qaytishadi. Ana shunday talabalar maqola mualliflari tomonidan tuzilgan maxsus "Oilalarning dam olishga, sog'liqlarini saqlashga va tiklashga bo'lgan ehtiyojlari sanatoriya kurort sharoitlarida qondirilishini tashkil etishga doir masalalarda aholi fikrini o'rganish savolnomasi" bilan ta'minlanishdi. Talabalardan uylariga borganlarida, yon qo'shni hisoblangan 10 ta oilaga kirib, ushbu anketalarni to'ldirib qaytishlari iltimos qilindi. Talabalar institutga qaytishgach, to'ldirilgan savolnomalarni maqola mualliflariga topshirishdi. Savolnomadagi ma'lumotlarni statistik o'rganish va tahlil qilish maqola mualliflari tomonidan amalga oshirildi.

Tadqiqot natijalari. Inson sihat-salomatligini saqlash va mustahkamlashda, zarur bo'lganda uni tiklashda sanatoriya sharoitida davolanish va dam olishning ahamiyati haqida fikr yuritishar ekan, respondentlarning: -82,0% inson sanatoriya - kurort sharoitida qisqa muddatda bo'lsada, uy-xo'jalikdagi, ishxonadagi va boshqa tashvishlardan xoli (foriq) bo'lishini ta'kidlashdi; -yashash sharoiti va turmush tarzidagi sog'liqni saqlashga, mustahkamlashga olib keladigan omillarning ta'siri, sihatgohdan qaytgandan keyin ham, yanada ijobiy tomonga o'zgaradi degan fikrni 69,7 % respondentlar tomonidan bildiridi; -inson sihatgohda tibbiy xodimlar nazoratida bo'ladi, turli apparatlar yordamida sog'lig'ini tekshirtiradi (84,6 %); -turli tabiiy vositalar va usullar bilan davolanish imkoniga ega bo'ladi (96,0%); -inson uchun birinchi darajada zarur bo'lgan tabiatning betakror go'zalliklari, sanatoriyadagi rahbaru- xodimlarning hushumila, mehrlil munosabatu - muloqatlarining qurshovida bo'ladi, degan fikrni 93,6% respondentlar bildirishdi. Respondentlarning 48,0 % sanatoriyada davolanish davrida inson respublikamiz va xatto xorijiy davlatlardan dam olishga kelganlar bilan tanishadi, do'stlashish imkoniga ega bo'ladi, deyishdi. Inson sanatoriyada davolanish davrida va u yerdan qaytgandan keyin uzoq vaqtgacha ko'tarinki kayfiyatda yuradi, degan fikrni esa 89,5 % respondentlar aytishdi.

"Savolnoma..."da keltirilgan novbatdagi savollarga javoblardan quyidagilar ma'lum bo'ldi. Respondentlar tomonidan ularning oila a'zolari orasida sanatoriya - kurort sharoitida davolanishga ehtiyoj sezayotganlar borligini va buning sababi 31,4 % hollarda surunkali kasalligi va 45,7 % hollarda asablari charchaganligi tufayli ekanligi ta'kidlandi.

Shuni alohida ta'kidlash lozimki, sihatgohlarning inson hayotidagi munosib o'rni va ijobiy rolini e'tirof etgan va ushbu maskanlarning sihat salomatlikni saqlash va mustahkamlashdagi samarasini to'laqonli va atroflicha mulohazalay oladigan respondentlarning oillarida, yaqin uch yil davomida sihatgohlarga borganlar soni, sihatgohlar haqida ijobiy fikrda bo'lmagan oilalardan ushbu davolash-sog'lomlashtirish muassasalariga borganlar soniga nisbatan 1,5 – 2,2 marta ko'p ekanligi qayd etildi.

1-jadval

Aholining sihatgohlarning inson hayotidagi roli va o'rni haqidagi fikr va mulohazalari

Aholining sihatgohlar haqidagi fikr va mulohazalari	Jami respondentlarning soni		Jumladan, ushbu fikrni bildirganlar
	Abs. Son	%	
Inson sanatoriya - kurort sharoitida qisqa muddatda bo'lsada, uy-xo'jalikdagi, ishxonadagi va boshqa tashvishlardan xoli (foriq) bo'ladi	403	100,0	330
			81,9
Yashash sharoiti va turmush tarzidagi sog'liqni saqlashga, mustahkamlashga olib keladigan omillarning ta'siri, sihatgohdan qaytgandan keyin ham, yanada ijobiy tomonga o'zgaradi	403	100,0	281
			69,7
Tibbiy xodimlar nazoratida bo'ladi, turli apparatlar yordamida sog'lig'ini tekshirtiradi	403	100,0	301
			74,7
Turli tabiiy vositalar va usullar bilan davolanish imkoniga ega bo'ladi	403	100,0	366
			90,8
Inson uchun birinchi darajada zarur bo'lgan tabiatning betakror go'zalliklari, sanatoriyadagi rahbaru-xodimlarning hushmuomila, mehrlil munosabatu-muloqatlarining qurshovida bo'ladi	403	100,0	256
			63,5
Sanatoriyada davolanish davrida inson respublikamiz va xatto xorijiy davlatlardan dam olishga kelganlar bilan tanishadi, do'stlashish imkoniga ega bo'ladi	403	100,0	189
			46,9
Inson sanatoriyada davolanish davrida va u yerdan qaytgandan keyin uzoq vaqtgacha ko'tarinki kayfiyatda yuradi	403	100,0	236
			58,5

Muhokama. Tadqiqot natijasida olingan ma'lumotlarni muhokama qilar ekanmiz, avvalo respondentlar tomonidan inson sihat-salomatligini saqlash va mustahkamlashda, zarur bo'lganda uni tiklashda sanatoriya sharoitida davolanish va

dam olishning ijobiy ahamiyati haqida fikr yurituvchilar aksariyat ko'pchilikni tashkil etishi e'tiborga molikdir. Fikrimizcha, agarda aholi o'rtasida, ayniqsa oilalar kesimida sihatgohlarning inson hayotidagi o'rni va rolini targ'ibot qilishga oid tadbirlar muntazam ravishda o'tkazilib turilsa, ushbu ko'rsatkich yanada yuqori bo'lishi mumkin edi. Ushbu qonuniyatli holatni nazarda tutgan Nesterova Ye.V., 1913 yilda, aholining turli qatlamlari va tibbiyot xodimlari o'rtasida, ularning sihatgohlarda davolash va sog'lomlashtirish imkoniyatlari haqida habardorligini oshirishga doir tadbirlarni takomillashtirish dolzarb muammolardan biri ekanligini ta'kidlab o'tgan edi. Agarda, har bir oilada sihatgoh hizmatidan foydalanish ehtiyoji bor kimsalar mavjudligini nazarda tutsak, respublikamizning bioiqlimi va landshafti mos keladigan hududlarda ko'plab sihatgohlar qurish va ularni malakali mutahasislar bilan ta'minlash shu kunning dolzarb muammolaridan biri ekanligini e'tirof etish va hal qilish masalasini ko'ndalang qo'yadi. Ayni paytda, tadqiqotda olingan ko'rsatkichlar aholining sihatgohlar hizmatidan bahramand bo'lish imkoniyatlari masalalarini chuqur va keng o'rganishni va tahlil qilishni taqozo etadi. Bunda aholining sihatgohlar hizmatidan bahramand bo'lish imkoniyatlari ko'rsatkichiga ijobiy va salbiy ta'sir etadigan barcha omillarni aniqlashni bosh masala qilib qo'yish maqsadga muvofiq deb hisoblaymiz. Tadqiqot natijasida olingan ma'lumotlar yana bir masalaga – sihatgohlar faoliyatini XXI ASR MIJOZLARI TALABI darajasida bo'lishni ta'minlashga qaratilishning zarurligiga ishora qildi. Ushbu qonuniyatli holat, sihatgohlar faoliyatini tashkil qilish, ishtirok etish va bevosita bajarish ma'suliyati yuklangan barcha mutasadilardan mijozlar oldida doimo yuqori javobgarlik hissida bo'lishni taqozo etadi. Manbaalardan olingan ma'lumotlar va ushbu tadqiqot natijalari axolining sanatoriya-kurortlar hizmatidan foydalanishga bo'lgan ehtiyojlarini qondirishga oid ilmiy tadqiqotlar o'tkazishning va bunda masalaning demografik, ijtimoiy-iqtisodiy va psixologik tomonlarini o'rganishda tizimli yondoshish va tizimli tahlil prinsiplariga asoslanishning naqadar muhimligiga ishora qilmoqda [1,5]. Bunda, tadqiqotchilar va mutahasislar, aholining kam ta'minlangan qatlamini sanatoriya hizmatidan foydalanish imkonini oshirishda, bepul yoki imtiyozli yo'llanmalar berishni [2] sihatgohlar sharoitida davolashni tashkil qilish davlatning turizmni rivojlantirish dasturini, sihatgohlar esa, tibbiy turizmning muhim tarmog'i sifatida qaralishini va davlat tomonidan qo'llab turilishi maqsadga muvofiq, degan, fikrni bildirishadi [2,7,12].

Xulosalar. Aholining aksariyat ko'pchilik qismi sihatgohlar haqida ijobiy fikrda. Aholining sihatgohlarning inson hayotidagi, jumladan sihat-salamatlikni saqlash va mustahkamlashdagi o'rni va roli haqidagi fikrlarining to'laqonligi va mulohazalarining chuqurligi ularning sihatgohlar hizmatidan bahramand bo'lish faolligi ko'rsatkichiga ta'sir qiluvchi omil sifatida qayd qilindi. Ayni paytda, oila a'zolari vakillarining sihatgohlar va ularning inson hayotidagi, jumladan sihat-salamatlikni saqlash va mustahkamlashdagi o'rni va roli haqidagi fikrlari to'laqonli shakllanmaganligi va mulohazalarining sayozligi kuzatildi. Ushbu probelni to'ldirishda, soha olimlari va mutahasislari, davolash-profilaktika muassalari va sihatgohlarning shifokorlari, hamda turopertorlarning, avvalo o'zaro hamkorlikda ishlashlarining zarurligiga e'tibor qaratilishi lozim. Shuningdek, sihatgohlar faoliyatini, jumladan ushbu maskanlarning inson hayotidagi o'rni va rolini targ'ibot qilishga doir tadbirlarning tashkiliy tomonlarini yanada takomillashtirish va bunda aholining demografik, ijtimoiy-iqtisodiy va psixologik tomonlarini nazarda tutish maqsadga muvofiq.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:

1. Бабенко А.И., Денисов В.Н. Социально-гигиенические аспекты развития санаторно курортного лечения и медицинской реабилитации Сибири // Бюллетень СО РАМН. №4 (114). 2004. <https://cyberleninka.ru>.> article> so...
2. Веселова Т.Е., Никитин М.В. Сбытовые инновации в рамках маркетинговых программ санаториев, ориентированных на слабозащищенные социальные слои россиян. // Гуманизация образования. Гуманизация образования. – 2010. – №5. – С.62 – 67.
3. Винокуров Б. Л., Бальнеотерапия компьютерной болезни и синдрома генерализованной утомляемости от сотовой связи / Б.Л. Винокуров. - Сочи: Минеральные воды Отечества, 2014. - 420 с.
4. Голбчикова Л.А. Санаторно-курортный комплекс Российской Федерации: социологический анализ(на примере Сочинского санаторно-курортного комплекса). dslib.net, <https://www.dslib.net> > sok-struktura
5. Грачева О.Е. Социологический мониторинг: оценка мнения, реальность и перспектив. <https://publishing-vak.ru>> file
6. Зыкова Т.В., Кочкурова Е.А. Социально-экономические проблемы устойчивого развития сферы услуг Нижегородской области // Фундаментальные исследования. -2019.-№7. -С.53-59
7. Ершова И.В. Санатории: уникальный феномен на туристическом рынке., 2019. Текст научной статьи по специальности " Экономика и бизнес". <https://cyberleninka.ru> > article>sa...
8. Лучкевич В.С., Качество жизни и здоровье населения: электронный сборник материалов научно-практической конференции, посвященной 90-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения / под редакцией, проф. В.С. Лучкевича. – СПб., 2014. – 351 с.
9. Нестерова Е.В. Пути совершенствования информированности населения и медицинского персонала о возможностях лечения и оздоровления в санаторно-курортных организациях Российской Федерации. // Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 2013г. 18 с. <https://medicakal-diss.com> > medicina
10. Никитина О.А. О необходимости создания социально-ориентированной системы обеспечения Россиян санаторно-оздоровительными услугами. // Фундаментальные исследования. -2014.-№6. -С.320-324, <https://Fundamental-research.ru>> vi...
11. Низамов И.Г., Сабиров Л.Ф. Вопросы комплексной оценки результативности санаторно-курортной помощи. // Современные проблемы науки и образования. -2012. -№1.; URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=5359>

12. Присенко В.И., Махкамова З.Р., Чигидина В.В. Концептуальные аспекты развития санаторно-курортного комплекса Крыма., Евроазиатский союз ученых. 30.05.2015.(14). <https://euroasia-science/ru> концеп...
13. Самойлова И. Г. Результаты социологического исследования мнения врачей об организации медицинской реабилитации детей в регионах Российской Федерации. //Инфектология.Том 10,№ 2, 2018 , 83-91, //journal.niidi.ru <https://journal.niidi.ru> >articl
14. Чудновский А.Д. Организация санаторно-курортной деятельности. 2014. <https://elib.fu.ru> > org_tourism
15. The economic and social value of spa tourism: The case of balneotherapy in Maresme, Spain. Экономическая и социальная ценность спа-туризма: пример бальнеотерапии в Маресме, Испания. January 2022 PLoS ONE 17(1):e0262428 DOI:10.1371/journal.pone.0262428 LicenseCC BY 4.0 Authors: Jose Torres Pruñonosa, Fundació TecnoCampus , Mataró-Maresme, Josep Maria Raya, University Pompeu Fabra, Patricia Crespo-Soga, Esther Mur-Gimeno <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262428>
16. HOW SPA THERAPY BENEFITS MENTAL HEALTH AND WELLNESS КАК СПА-ТЕРАПИЯ ПОЛЕЗНА ДЛЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ХОРОШЕГО ЗДОРОВЬЯ November 8, 2021 Spa, Wellness 720 11 Ave SW, Calgary, AB T2R 0E4 View Location (403) 258-3268 info_beltline@leelaecospa.com <https://leelaecospa.ca/how-spa-therapy-benefits-mental-health-and-wellness/>

Article

NEVROLOGIK SINDROMLAR VA ASAB TIZIMINING KASALLIKLARI TARQALISHI

Бабаджанова З.Х. 

1. Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан.

Abstrakt. Asab tizimining kasalliklari o'lim holati bo'yicha yurakning ishemik kasalligidan keyin ikkinchi o'rinni egallagan holda, 127,2 mln kishida, ya'ni Yevropa aholisining 25,8% ida uchraydi. Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining ma'lumotlariga ko'ra «...nevrologik xastaliklar-serebrovaskulyar kasalliklar, tarqalgan skleroz, epilepsiyalar, periferik asab tizimining kasalliklari va Parkinson kasalliklari sonining doimiy o'sishi kuzatilmoqda». Birlamchi tibbiy bo'g'inda tibbiy yordamni, ayniqsa aholiga oilaviy shifokorlarning nevrologik yordam ko'rsatishini optimallashtirish bilan bog'liq ko'plab masalalar dolzarbligi muhim ahamiyat kasb etadi.

Kalit so'zlar: nevrologik sindromlar, asab tizimi kasalliklari, qishloq oilaviy poliklinikalar.

18 dan 70 yoshgacha bo'lgan erkak va ayollarni Buxoro va Navoiy viloyati aholisi orasida asosiy nevrologik xastaliklarning epidemiologik tarqalganligini baholash maqsadida standart tanlovli o'rganilishiga bag'ishlangan. 15-79 yoshli erkaklar va ayollar populyatsiyasida ma'lum serebrovaskulyar kasalliklar holatlari tarqalganligining standartlashtirilgan ko'rsatkichi mos ravishda 14,54% va 16,08% ni tashkil etdi, o'tib ketuvchi bosh miyada qon aylanishining buzilishi (O'KBMQAB) esa – mos ravishda 19,25% va 17,7%. Serebrovaskulyar kasalliklar va O'KBMQAB tarqalganligi yosh o'tishi bilan oshdi.

1- jadval

Tekshirilgan shaxslarning yosh-jins bo'yicha tarkibi

Jins/yosh	15-19 yosh		20-44 yosh		45-64 yosh		65-79 yosh		Jami	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Erkaklar	90	26,55	88	25,96	105	30,97	56	16,52	339	100
Ayollar	81	25,1	83	25,2	101	31,26	57	17,65	323	100

Qishloq oilaviy poliklinikalarida shifokorlariga bemorlarning tibbiy yordam uchun murojaatlarini tahlil qilish maqsadida biz 2016-yildan 2018-yilgacha bo'lgan davrda Buxoro va Navoiy viloyatlaridagi QOP va QVP da ro'yxatga olish jurnallarini tahlil qildik.

QOP ga umumiy murojaatlar 83,0% ni tashkil etdi. So'ngi 3 yilda QOP ga umumiy murojaatlarning ortish tendensiyasi kuzatildi, shu tariqa agar 2016-yilda umumiy tashriflar sonidan 23,5±0,29% kuzatilgan bo'lsa, unda 2019-yilda bu raqam 1,3 marta o'sib, 30,0±0,31% ni tashkil qildi ($R<0,05$).

Aksariyat holatlarda oilaviy shifokorlarga tashrif sababi kasalliklar bo'ldi (65,1%), ikkinchi o'rinda – shifokorga dispanserizatsiya yuzasidan tashriflar (20,0%) va keyingi o'rinda profilaktik ko'rik uchun tashrif (14,9%) ni tashkil qildi.

Ma'lumki, bemorning ambulator-poliklinika muassasasiga murojaati bog'liq ravishda tashrifi birlamchi va takroriy tashriflarga bo'linadi, ya'ni bir bemor bir sabab yuzasidan davolovchi shifokor bilan bir necha bor uchrashadi[7,9]. Tashriflar murojaatining ko'rsatkichi shifokor va bemor harakatlarini baholash imkonini beradi, chunki takroriy tashriflar yetarli miqdorda bo'lganida davolovchi shifokorda kuzatish, ya'ni shifokor tayinlagan u yoki boshqa tadbirlarning kasallik kechuviga ta'sirini yoki ularning samaradorligini monitoring qilish imkoniyati paydo bo'ladi (2-jadval).

2- jadval

Kasalliklar guruhi bo'yicha QOP ga birlamchi va takroriy murojaat qilish

№	Kasalliklar nomi	Jami		Birlamchi		Takroriy	
		abs.	%	abs.	%	abs.	%
I	Infeksiyali va parazit kasalliklar	2971	11,6±0,20	2524	11,87±0,22	496	11,39±0,48
II	Onkologik kasalliklar	39	0,15±0,02	26	0,12±0,02	15	0,34±0,09
III	Endokrin tizim kasalliklari	195	0,76±0,05	153	0,72±0,06	60	1,38±0,18
IV	Qon va qon yaratuvchi a'zolarining kasalliklari	1890	7,38±0,16	1408	6,62±0,17	465	10,68±0,47
V	Ruhiy kasalliklar	648	2,53±0,10	544	2,56±0,11	120	2,76±0,25
VI	Nevrologik kasalliklar	5738	22,40±0,26	4895	23,02±0,29	781	17,93±0,58
VII	Qon aylanish tizimining kasalliklari	3440	13,43±0,21	2752	12,94±0,23	691	15,87±0,55
VIII	Nafas olish a'zolarining kasalliklari	5116	19,97±0,25	4397	20,68±0,28	691	15,87±0,55

IX	Ovqat hazm qilish a'zolarining kasalliklari	2500	9,76±0,19	1952	9,18±0,20	541	12,42±0,50
X	Tanosil tizimining kasalliklari	1574	6,14±0,15	1318	6,20±0,17	270	6,2±0,37
XI	Homiladorlik, tug'ish va tug'uruqdan keyingi davrda asoratlar	216	0,84±0,06	140	0,66±0,06	90	2,07±0,22
XII	Teri va teri osti biriktiruvchi to'qima kasalliklari	26	0,10±0,02	26	0,12±0,02	0	0
XIII	Suyak-mushak tizimi va biriktiruvchi to'qima kasalliklari	800	3,12±0,11	710	3,34±0,12	105	2,41±0,23
XIV	Tug'ma anomaliyalar	39	0,15±0,02	38	0,18±0,03	0	0
XV	Perinatal davrda vujudga keluvchi alohida holatlar	39	0,15±0,02	38	0,18±0,03	0	0
XVI	Belgilar, alomatlar va noaniq belgilangan holatlar	14	0,05±0,01	13	0,06±0,02	0	0
XVII	Jarohatlar va zaharlanishlar	370	1,44±0,07	330	1,55±0,08	30	0,69±0,13
	Jami sinflar bo'yicha	25615	100	21264	83,0±0,23	4355	17,0±0,23

Jadvaldan ko'rinib turibdiki, birlamchi tashriflar 83% ni tashkil qildi, bunda takroriy tashriflar bor yo'g'i 17%. QOP da oilaviy shifokorga eng ko'p tashriflar asab tizimi kasalliklari sinfi bo'yicha kuzatildi (22,40±0,26). Ikkinchi o'rinda nafas olish a'zolarining kasalliklari (19,97±0,25), uchinchi o'rinda qon aylanish tizimining kasalliklari (13,43±0,21) va to'rtinchi o'rinda infeksiyali va parazitli kasalliklar (11,6±0,20). Keyin ovqat hazm qilish a'zolarining kasalliklari (9,76±0,19), tanosil tizimining kasalliklari turadi (6,14±0,15) va hokazo. Shuni ta'kidlab o'tish joizki, yakunda birlamchi va takroriy tashriflarning solishtirma vazni shunga o'xshash tarzda taqsimlandi.

Shunday qilib, kasalliklar orasida eng ko'p miqdor nevrologik kasalliklarga to'g'ri keldi, ular 22,4±0,26% (1-rasm) ni tashkil qildi. Nevrologik kasalliklar tarqalganligini o'rganish uchun tumanlarning tanlangan ro'yxatidan, o'rganilayotgan 3 tumandan 15-79 yoshli 5738 nafar shaxs tasodifan tanlab olindi.

QOP ga asab kasalliklari yuzasidan murojaat qilgan barcha bemorlardan 29,3% i "D" hisobda turadi[6,8]. Dispanser hisobida nevrologik kasalliklarning asosiy guruhini dissirkulyator ensefalopatiya, miyada qon aylanishining o'tkir va o'tib ketuvchi buzilishi, migren bo'lgan bemorlar tashkil etadi (3-jadval). So'nggi 3 yilda quyidagi kasalliklarni salmog'i kamayishi: tomir tortishish sindromi, diskulyator ensefalopatiya (engil darajasi), ensefalopatiyalar, shuningdek nevrillar, nevralgia, radikulitlar, polineyropatiya, miyada qon aylanishining o'tkir buzilishi (MQO'B) boshdan kechirilganidan keyingi holatlarning esa oshish tendensiyasi kuzatildi.

3- jadval

O'zR SSV 80-sonli buyrug'iga muvofiq nevrologik kasalliklar bilan "D" hisobda turgan bemorlarning soni

№	Kasalliklar nomi	Dispanser hisobida turadi					
		2016 y. (n=487)		2017 y. (n=578)		2018 y. (n=620)	
		abs	%	abs.	%	abs.	%
I	Epilepsiya	45	9,24±1,31	49	8,5±1,16	53	8,5±1,12
II	Migren	43	8,83±1,29	46	8,0±1,13	50	8,1±1,10
III	Dissirkulyator ensefalopatiya (engil daraja)	129	26,5±2,0	130	22,5±1,74	135	21,8±1,66
IV	Nevritlar va nevralgia (engil daraja)	21	4,3±0,92	36	6,2±1,0	38	6,1±0,96
V	Radikulit (engil daraja)	43	8,83±1,29	64	11,1±1,31	67	10,8±1,25
VI	Nevritlar va radikulitlar (og'ir kechuvi)	7	1,44±0,54	18	3,1±0,72	19	3,0±0,69
VII	Polineyropatiyalar	23	4,72±0,96	32	5,5±0,95	34	5,5±0,92
VIII	O'tib ketuvchi miyada qon aylanishining buzilishi	54	11,1±1,42	56	9,7±1,23	64	10,3±1,22
IX	Miyada qon aylanishining o'tkir buzilishi (insultlar)	43	8,83±1,29	47	8,1±1,14	52	8,4±1,11
X	Miyada qon aylanishi buzilishining dastlabki xolati	23	4,72±0,96	35	6,1±1,0	37	6,0±0,95
XI	Ensefalopatiyalar	38	7,8±1,22	40	6,9±1,1	42	6,8±1,0
XII	Parkinson kasalligi	18	3,7±0,86	25	4,30,85	29	4,7±0,85

Bu bemorlarni kuzatish davom ettirilganida, ular orasida 27,7% oilaviy shifokorining doimiy kuzatuviga muhtojligini aniqladik (1123).

Nevrologik bemorlarni tekshirish natijalariga ko'ra dispanser kuzatuv ro'yxatiga kirmagan boshqa nevrologik kasalliklar guruhi aniqlandi. 5-jadvalda keltirilgan ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki, dispanser kuzatuv bilan qamrab olinmagan aksariyat bemorlar "Umurtqalararo disklar patologiyasida nerv ildizlari va to'qimalarining ezilishi" tashxisiga ega bemorlar hisoblanadi, 2016-yilda – 89 ta, 2017-yilda – 113, 2018-yilda – 123.

Shunday qilib, olingan ma'lumotlarning tahlili shuni ko'rsatdiki, nevrologik kasalliklar yuzasidan murojaat qilgan bemorlarning barchasiga ham yetarlicha e'tibor berilmagan, oilaviy shifokorlarda nevrologik kasalliklar bo'yicha bilimlar yetarli bo'lmaganligi tufayli bunday shifokorlar 2 oyli malaka oshirish kursini o'tishi zarur, bunda ular oilaviy shifokorga qo'yiladigan zamonaviy talablarga binoan o'z malakalarini oshirishi mumkin[1,5].

“D” nazoratida turmaydigan, nevrologik kasalliklar bemorlarining guruhi

№	Kasalliklar nomi	Dispanser hisobida turadi					
		2016 y.(n=301)		2017 y. (n=378)		2018 y.(n=444)	
		abs.	%	abs.	%	abs	%
I	Serebrovaskulyar kasalliklar	97	32,2±2,7	126	33,3±2,4	164	36,9±2,3
II	Epilepsiyaning boshqa turlari va epileptik sindromlar	30	10,0±1,7	32	8,5±1,4	45	10,1±1,4
III	Umurtqalararo disklar patologiyasida nerv ildizlari va to'qimalarining ezilishi	89	29,6±2,6	113	29,9±2,4	123	27,7±2,1
IV	Asab tizimining shikastlanishi (jarohatlar, gipoksik va asfiksik, infeksiyali)	65	21,6±2,4	54	14,3±1,8*	67	15,1±1,7*
V	Asab tizimining revmatik shikastlanishi	9	3,0±0,98	11	2,9±0,86	18	4,1±0,94
VI	Orqa miya jarohati	11	3,6±1,1	42	11,1±1,6**	27	6,1±1,1a

Eslatma: * - 2017-yilga nisbatan ishonchli (*-P<0,05; **-P<0,01).

Biz uch yillik davrda miyada qon aylanishi buzilishining dastlabki holatida 30-59 yoshli 52 nafar bemorda (17 nafar erkak va 35 nafar ayol) profilaktika choralarining samaradorligini o'rgandik. Quyidagi profilaktika choralari o'tkazildi:

1. Kettle indeksi >27 bo'lganida tananing ortiqcha vaznini kamaytirish.
2. Gipodinamiya va semirishi bo'lgan shaxslar uchun jismoniy mashqlar (kuniga 3-4 marta).
3. Chekishdan voz kechish.
4. Giperxolesterinemiyasi bo'lgan shaxslarda parhezning modifikatsiyasi.

Yiliga ikki marta bu insonlar vazofaol preparatlar bilan davolanishdi (kavinton, meksidol, tanakan, trental, sinnarizin). Tabletkalar 2 oy davomida kuniga 2 mahal 1 tabletkadan tayinlandi. Zaruriyat bo'lganida antigipertenziv terapiya va gipoxolesterin parhez tayinlandi.

MQO'B xarakteri va kechuvi, faoliyatining va ishga layoqatlilikning buzilish darajasiga muvofiq dispanser guruhlariga ajratildi: bevosita davolangan statsionardan chiqqandan keyin insult bilan og'riqan bemorlar (45 nafar); yiliga 2-3 marta takrorlanadigan O'KMQAB bemorlar, bevosita statsionardan chiqarilgandan keyin yoki "uyda statsionar" sharoitda davolanayotgan bemorlar (56 nafar kishi); yiliga 1 martadan ortiq takrorlanmaydigan O'KMQAB bemorlar (85 nafar kishi); so'nggi MQO'B holati 1 yildan kam bo'lmagan muddatda sodir bo'lgan, O'KMQAB ni boshidan kechirgan va insult oqibatlariga ega bemorlar (18 nafar kishi).

Bemorlar yiliga ikki marta kompleks tekshiruvdan o'tish uchun poliklinikaga chaqiriladi (nevrologik ko'rik; laborator diagnostika; zaruriyat bo'lganida qo'shimcha tadqiqot metodlari - elektroensefalografiya, exoensefalografiya, reoensefalografiya, kompyuter tomografiyasi, terapevt, kardiolog va endokrinolog maslahati)[3,5]. Insult takrorlanishining xavfini kamaytirish maqsadida profilaktika choralari o'tkaziladi (qon bosimini normallashtirish, xolesterin darajasining kamaytirilishi, vazofaol va nootrop terapiya kurslari, dezagregant terapiya, vitaminoterapiya, fizioterapiya, massaj va davolovchi jismoniy tarbiya, logoped bilan mashg'ulotlar).

Tibbiyot markazlarida vertebronevrologiya xonasi ochilgan, unda manual terapiya, refleksoterapiya va davolovchi gimnastika muolajalari o'tkaziladi. Har kuni xonaga 17-19 nafar inson keladi [2,9].Tadqiqotimiz davomida, MQAB aniqlanganlar ichidan 85 nafar inson xonaga tashrif buyurdi. O'tkazilgan davolashdan 53 nafar inson yaxshi ta'sir kuzatishdi, 23 nafar – qoniqarli, 9 nafar inson yaxshilanish sezishmadi.

Xulosa: Yuqorida keltirilgan tadqiqotdan serebrovaskulyar kasalliklar rivojlanishi xavfli omillarini nazorat qilish uchun algoritm ishlab chiqilgan.

Shunday qilib, o'tkazilgan ish doirasida Buxoro viloyati aholisiga nevrologik yordam ko'rsatilishini takomillashtirish bo'yicha choralar ko'rildi: insult va epilepsiya bemorlarning dispanser kuzatuvni tashkil qilindi, angionevrologiya va vertebronevrologiya xonalari ochildi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:

1. Халимова Д.Ж., Худойберганов А.И. Организация специализированной помощи больным с болями в спине.// Биология ва тиббиёт муаммолари .- 2019.- № 4.2(115).- С. 204-207.
2. Ахророва Ш.Б. Халимова Д.Ж. Возрастные и гендерные клинико-патогенетические особенности острой невралгии лицевого нерва. // Новый день в медицине. - 2019. - № 1 (25).- С.76-79.
3. Хамидова З.Н., Халимова Д.Ж. Диспансеризация больных с неврологическими заболеваниями в сельских врачебных пунктах.// Новый день в медицине - 2020. - № 1 (29).- С.160-168.
4. Нарзуллаева Д.С. Значение структурных изменений головного мозга человека при разных вариантах травматической кровопотери.// Медицинский журнал Узбекистана. Ташкент - 2019.- № 3.- С. 25 -29.
5. Турсунова Д.Э. Влияние снижения и повышения массы тела на контроль артериальной гипертензии.// Терапевтический вестник Узбекистана. Ташкент - 2020.- № 1.- С.20-23.
6. Babadjanova Z.X., Zhabborova O.I. Basis of principles of diagnostic and treatment of heading.// International Journal of Pharmaceutical Research.- 2019-№11.- P.869-872.
7. Halimova D.J., Musayeva R.H. A modern view of the etiopathogenesis of back pain and patient management approaches.// International Journal of Pharmaceutical Research. -2019.- №11.- P.873-877.
8. Gafurov B.G., Babadjanov A.S., Babadjanova Z.X., Evaluation of medical and diagnostic actions carried out

by neurological patients in primary healthcare.// *Academicia an International Multidisciplinary Research Journal*.- 2020
ISSN.2249-7137.- № 6.- P.440-447.

9. Gafurov B.G., Babadjanova Z.X., Khalimova D.J. Acute back pain: Diagnosis and treatment // *European journal of molecular & Clinical medicine Journal*.-2020.- Volume7. Issue2. - P.2521-2525.

Article

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ МИГРЕНИ, СВЯЗАННЫЕ С ГОМОЦИСТЕИНОМ

Камбарова Д.Н.¹, Усманова Д.Д.²

1. Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан.

2. Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан.

Абстракт. В статье изучаются различные механизмы влияния гомоцистеина в развитии мигрени. Гомоцистеин, серосодержащая молекула, в настоящее время признана независимым фактором риска различных тромботических заболеваний, особенно ишемической болезни сердца и инсульта. Эта статья направлена на предоставление различных механизмов развития и связь мигрени с гомоцистеином, что позволит в выборе правильной тактики лечения.

Ключевые слова. мигрень, гомоцистеин, диагностика, концентрация.

Мигрень - достаточно распространенный синдром, характеризующийся повторяющимися инвалидирующими приступами головной боли, часто сочетающимися с другими неврологическими проявлениями, которым страдает примерно 10–14% всего населения [2, 10]. Головная боль при мигрени обычно усиливается при физической нагрузке, в отличие от головной боли напряжения. Кроме того, мигрень длится от 4 до 72 ч и в большинстве случаев характеризуется полным отсутствием симптомов между двумя последовательными приступами. Наконец, некоторые факторы (называемые «пусковыми факторами»), такие как образ жизни и гормональные изменения, сами по себе вызывают приступ мигрени [4, 11, 14]. На самом деле не существует биохимических тестов для подтверждения диагноза мигрени. Напротив, аура возникает при некоторых неврологических нарушениях (включая зрительные и сенсорные изменения), которые предшествуют головной боли. Следует добавить, что мигрень является наиболее тяжелым вариантом головной боли, так как может перейти в инсульт [13,15].

Мигрень диагностируется на основании воспоминаний пациента о своих симптомах, положительного семейного анамнеза и исключения вторичных причин [7]. Симптомы оцениваются с помощью критериев, основанных на симптомах, определенных Международным обществом головной боли (IHS), Международной классификацией головной боли, 3-е издание [8]. Выделяют два основных типа мигрени: мигрень с аурой или без нее. Пациенты с мигренью с аурой испытывают ауру, которая предшествует их головной боли, в то время как пациенты с мигренью без ауры этого не делают. Аура ощущается примерно у трети пациентов и состоит из неврологических симптомов, которые проявляются в виде зрительных галлюцинаций, таких как мигающие огни, искры или линии (за которыми следуют темные пятна), покалывание или онемение лица, а также другие сенсорные, моторные или афазические симптомы, которые обычно длятся от 5 минут до часа [9]. Аура была связана с электрофизиологическим событием, которое происходит во время мигрени, называемым корковой распространяющейся депрессией, которая представляет собой волну интенсивной нейронной активности, которая постепенно распространяется по областям коры головного мозга, за которой следует длительное торможение нейронной активности [10].

Повышенный уровень гомоцистеина в сыворотке крови может наблюдаться у людей, обычно страдающих мигренью. Среди причин может быть вазодилатация или временный тромбоз сосудов головного мозга, вызванный гомоцистеином. Кроме того, повышенный уровень гомоцистеина в сыворотке крови ответственны за состояние гиперкоагуляции, поддерживаемое повышенным фактором Виллебранда или активацией протромбина. Связь между гомоцистеином и гиперкоагуляцией также может объяснить повышенный риск инсульта и сердечно-сосудистых событий у этих пациентов [8, 9]. Кроме того, гомоцистеин может играть роль в возникновении мигрени из-за окислительного повреждения эндотелия сосудов посредством образования анионов супероксида [4, 6, 10].

Гомоцистеин является промежуточным метаболитом метионина и может метаболизироваться до цистатионина или повторно метилироваться до метионина с помощью метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR) [5, 7]. Это требует витамина B12 и фолиевой кислоты в качестве кофакторов. Однако некоторые полиморфизмы в MTHFR уменьшают повторное метилирование гомоцистеина с повышением концентрации гомоцистеина в сыворотке. Однако гомоцистеин также может конденсироваться с серином с образованием цистатионина в реакции, в которой используется цистатионин-β-синтаза, содержащая витамин B6 в качестве кофактора [3, 9].

В пути реметилирования метионин превращается в S- аденозилметионин (SAM). Учитывая метильную группу метилтрансфераз, SAM возвращается к S- аденозилгомоцистеину (SAH). В свою очередь, SAH снова заменяется на гомоцистеин с помощью SAH-гидролазы [2, 6]. Поскольку реакция SAH↔ гомоцистеина является обратимой, распространенность гомоцистеина способствует синтезу SAH, нарушая соотношение SAM/SAH для преобладания SAH на SAM. Напротив, преобладание SAH (а не дефицит SAM) ингибирует метилтрансферазы, вызывая гипометилирование определенных субстратов, таких как ДНК, некоторые нейротрансмиттеры или белки

[1, 5, 12].

Несколько исследований показывают, что избыток гомоцистеина в крови может вызывать ремоделирование сосудистой ткани посредством патологических механизмов, которые стимулируют рост клеток гладкой мускулатуры, вызывают дисфункцию эндотелия за счет подавления экспрессии эндотелиальной NO-синтазы и высвобождения медиаторов воспаления [1, 5, 12]. Сосудистые изменения, вызванные гомоцистеином, нарушают целостность артериол и могут сделать людей более восприимчивыми к воспалению сосудов и атерогенезу, что, в свою очередь, может привести к ишемическому повреждению. Это было предложено как механизм, способствующий мигрени на сосудистой или ишемической основе.

Хотя многочисленные исследования изучали генетическую связь этого полиморфизма в различных популяциях мигрени, статус этого гена остается спорным с положительными и отрицательными результатами, полученными независимыми группами.

Таким образом, гомоцистеин, серосодержащая молекула, в настоящее время признана независимым фактором риска различных тромботических заболеваний, особенно ишемической болезни сердца и инсульта. Эта статья направлена на предоставление различных механизмов развития и связь мигрени с гомоцистеином, что позволит в выборе правильной тактики лечения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Cacciapuoli F. Lowering homocysteine levels may prevent cardiovascular impairments? Possible therapeutic behaviors. *Blood Coag. Fibrinol.* 2012; 23: 677– 9.
2. Tommaso MD, Losito L, Livrea P. The role of homocysteine in the pathogenesis and development of migraine. *Cephalalgia* 2005; 25: 823– 1020.
3. Lea A, Menon S, Colson NJ et al. Analysis of the MTHFR C677T variant with migraine phenotypes. *BMC Res. Notes* 2010; 3: 213.
4. Gavgani SC, Hoseinian MM. Comparative study on homocysteine levels in migraine patients and normal peoples. *Ann. Biol. Res.* 2012; 3(4): 1804– 7.
5. Hosseini M, Houshmad M, Ebraimi A. MTHFR polymorphism and breast cancer risk. *Arch. Med. Sci.* 2011; 7: 134– 7.
6. Antoniadou C, Shirodaria C, Leeson P et al. MTHFR 677 C>T polymorphism reveals functional importance for 5-methyltetrahydrofolate, no homocysteine, in regulation of vascular redox state and endothelial function in human atherosclerosis. *Circulation* 2009; 119: 2507– 15.
7. Kowa H, Yasui K, Takeshima T, Urakami K, Sakai F, Nakashima K. The homozygous C677T mutation in the methylenetetrahydrofolate reductase gene is generic risk factor for migraine. *Am. J. Med. Genet.* 2000; 96: 762– 4.
8. Lorenz AL, Kahre T, Mihailov E et al. Are methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR) gene polymorphism C677T and A1298 C associated with higher risk of pediatric migraine in boys and girls? *J. Biom. Sci. Eng.* 2014; 7: 464– 72.
9. Liu R, Geng P, Ma M et al. MTHFR C677T polymorphism and migraine risk: a meta-analysis. *J. Neurol. Sci.* 2014; 336: 68– 73.
10. Moskowitz MA. The neurobiology of vascular head pain. *Ann. Neurol.* 1984; 16: 157– 68.
11. Lea R, Colson N, Quinlan S, McMillan J, Griffiths L. The effects of vitamin supplementation and MTHFR (C677T) genotype on homocysteine-lowering and migraine disability. *Pharmacogenet. Genomics* 2009; 19: 422– 8.
12. Shaik MM, Gan SH. Vitamin supplementation as possible prophylactic treatment against migraine with aura and menstrual migraine. *BioMed. Res. Intern.* 2015. <https://doi.org/10.1155/2015/469529>
13. Tchantchou F, Graves M, Falcone D, Shea TB. S-adenosyl-methionine mediates glutathione efficacy by increasing glutathione-S-transferase activity: implications for the S-adenosylmethionine as a protective dietary activity supplement. *J. Alzheimer Dis.* 2008; 14: 323– 8.
14. Boldyrev AA. Molecular mechanisms of homocysteine toxicity. *Biochem. (Moscow)* 2009; 74: 589– 98.
15. Cararo JH, Streck EL, Schuck PF, Ferreira C. Carnosine and related peptides: potential in age-related disorders. *Aging. Dis.* 2015; 5: 369– 79.

Article

ГЛАУКОМАТОЗНЫЕ ПРОЦЕССЫ В УСЛОВИЯХ РЕЗКОКОНТИНЕНТАЛЬНОГО КЛИМАТА: ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ВОПРОСЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ

Ахмедов Н.Н.¹, Мамасолиев З.Н.¹, Маматхужаева Г.Н.¹

1. Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан.

Абстракт. Представлены хронобиологические, клинические и прогностические аспекты глаукоматозных процессов (ГП) в условиях резкоконтинентального климата Ферганской долины (Андижан) Узбекистана. Проанализированы 1112 случаев с ГП. Отмечено, что существует прямая коррелятивная связь между метеорологическими факторами (атмосферное давление, относительная влажность воздуха, термическим режимом и солнечным сиянием) и развитием «офтальмоконтинуума», Флюктуация этих факторов является фактором риска развития и прогрессирования ГП.

Ключевые слова. глаукома, метеопрофилактика, метеорологические факторы, клинико метеорологический мониторинг.

Данные обширной литературы свидетельствуют, что в настоящее время глаукома и или глаукоматозные процессы (ГП) все еще остается в лидирующей группе заболеваний, приводящих к «офтальмоконтинууму» (слепоту, инвалидность, распад зрительных функций), независимо от место проживания и уровня жизни (1,2,3.). Сбщаются исследователями о назначности распространения ГП в различных климатометео-географических регионах по всему земному шару и или внутри отдельных стран и их зависимость не только от эпидемиологических и генетических факторов, но и от метеорологических (9,14), социальных (4), климатических (8,15) и этнических факторов (5,7).

При этом, с сожалением, представителями многих крупных офтальмологических школ утверждают, что процент слепоты от ГК высок и это позволяет считать глаукому медико-социально-экономической болезнью (15), довольно быстро выдвигающуюся на приоритетный план со СПИДом, туберкулезом с системными инфекционными и

Неинфекционными заболеваниями (10,11). Сегодня около 60,5 млн людей в мире страдают глаукомой. Прогнозируется, что в этом году (к 2020 г.) увеличиться до 79,6 млн (12). Анализ современной литературы однозначно утверждает ключевых моментов в проблеме ГП: а) разработка вопросов профилактики ГП относятся к числу важнейших научно-практических проблем: б) есав острая необходимость для проведения активныи широких мер по ее ранней скринниговой (донозологической) диагностике, лечению и профилактике, в) эпидемиологическое изучение, клинико-метеорологическое наблюдение и активная профилактика населения и больных с ГП в розличных климатогеографических зонах, земного шара является решающим спасающим фактором борьбы с возникновением « офтальмоконтинуума » от глаукомы, г) разработка нового оборудования, внедрение современных методик лечения (медикаментозного, лазерного и хирургического), бызирующихся на представленных об этиологии и патогенезе ГП, не праводят к снижению жизненноопасных ослажнений глаукомы (6,13).

Цель исследования- изучение глаукоматозных процессов в условиях резкоконтинентального климата, разработка системы прогнозирования и метеопрофилактики глаукомы среди населения.

Материал и методы

Для достижения поставленной цели нами разработана и использована специальная карта динамического наблюдения, состоящая из клинических и метеорологических частей, которые соответствовали международным опытам регистрации потологической динамики у больных и колебаний метеоусловий.

Карта передназначалась для изучения и отсенки атмосферного давления (АтД), температуры воздуха (ТВ), относительной влажности воздуха (ОВВ) и солнечногосяния (СС) на развитие и течение ГП.

В условиях областного глазного диспансера Андижана (климат города приобретает характер резкоконтинентальный: приобладает облочная погода, часто выпадают осадки, сильные ветри бывают редко, зима устойчивия, весна и осень теплая, лето- сухое и жаркое) с применением метода 3-х летного клинкометеорологического исследования обследованы и проанализированы 1112 больных с ГП в возрасте 15 – 70 лет. Мужчин было 401 (36,0 %), женщин 711 (64,0 %).

В условиях областного глазного диспансера в специальных карточках регистрировались вызивы обращение населения по поводу глаукомы с точностью до минут: построена карта-график обращаемости с условным выделением времени суток с высокой носыженной, средней и пониженной обращаемоситью по поволу ГП, изучалась

роль метеопатических эффектов атмосферных процессов по методике В.Ф.Овчаровой (1982).

В течение трех лет кликометеорологического наблюдения за больными ГП в условиях андижанского областного глазного диспансера полечен периодический обзор метеоро-погодных факторов из журналов ТМ-1, ТМ – 12 и ТМ – 15 местного управления по гидрометеорологии, Карта динамического наблюдения учитывала синоптикометеоусловия барические тенденции, продолжительность солнечного сияния, суммарную солнечную радиацию, АтД, ТВ, ОВВ, СС, количество осадков и атмосферных явлений. Регистрировались соотношения частоты ГП в дневное и ночное время суток по месяцам и сезонам в течение года, учитывалась среднесуточная, максимальная и междосуточная изменчивость каждого метеоэлемента с характеристикой отмеченных явлений. Для определения значимости отдельных метеорологических факторов (МФ) в развитии, течении и ослаблении ГП использованы методика многофакторного анализа (Разоренков Г.И и др, 1985) и функциональная модель статустометрии (Ивчик Т.Ф. и др. 2001). Прогнозирование метеотропных реакций проводилось по методике З. Зунунова (2002).

При статистической обработке полученных данных применялись метод Спримена, программа Microsoft Excel, непараметрический критерий Великисона парные и непарные критерии Стьюдента, ковариационно-регрессионный анализ с определением β -коэффициентов и отношения шансов. За критический уровень статистической значимости принимали вероятность безошибочного прогноза равную 95 % ($P < 0,05$).

Результаты и обсуждение

Внедрение методов медицинского прогнозирования метеопогодных условий приводит к улучшению качества жизни и эквиваленты «здоровых лет жизни» на уровне популяции. Именно с этих позиций во всех климатогеографических регионах мира эта проблема стала весьма приоритетной. Наши анализы в этом направлении показали, что в условиях резкоконтинентального климата Ферганской долины (Андижан) в развитии ГП сравнительно патогенными оказались весна и лето, менее опасными сезонами утверждаются осень и зима. Так ГП с наибольшей частотой регистрировались в двух сезонах- весной (32,6 %) и зимой (32,6 %).

Сравнительно с минимальной частотой выявлялись летом (17,9 %) и осенью (17,0 %). Такие же тенденции устанавливались при всех формах ГП весной, летом, осенью и зимой соответственно со следующей частотой встречаемости: остроугольная глаукома (ОУГ)- по 34,4 %, 16,7 %, 22,2 % и 26,7 % (разнятся в 2 раза, $P < 0,01$), закрытоугольная глаукома (ЗУГ) – по 36,9 %, 20,0 %, 18,1 % и 25,0 % (разнятся в 2,4 раза, $P < 0,01$), смешанная глаукома (СГ) – по 19,2 %, 34,6 %, 19,2 % и 26,9 % (разнятся в 1,3 раза, $P < 0,05$) и острые приступы глаукомы (ОПГ)- по 30,2 %, 9,3 %, 2,3 % и

58,1 % (разнятся в 29 раз, $P < 0,001$). Проанализированы хронобиологические особенности развития ГП в разные месяцы года в климатических условиях Ферганской долины (Андижан), были утверждены несколько иные закономерности. Так, в отношении развития и клинического проявления ГП самыми неблагоприятными месяцами года являлись март, февраль, май и апрель, сравнительно менее патогенными являлись январь, сентябрь, июнь и октябрь ($t = + 0,94$, $P < 0,001$).

В разные месяцы в зависимости от степени возмущений метеофакторов исследуемого региона Ферганской долины Узбекистана ГП характеризуются со следующими частотными показателями: в марте – 14,4 %, феврале – 34,8 %, а мае – 13,5 %, в апреле – 12,7 %, в январе – 9,8 %, в июне – 8,4 %, в сентябре – 2,0 % и в октябре – 5,2 %. С минимальной частотой, более чем в 7 раз меньшей частотой, выявлялись в сентябре и октябре. В течение года ГП выявлялись с разницей в частоте на 12,4 % ($t = + 0,94$, $P < 0,001$).

Далее, из наших данных видно, что специальные офтальмологические и клинические симптомы (смешанная инъекция) имеют четко выраженную сезонность: клинические проявления ГП (окулярные и экстраокулярные) с наибольшей частотой увеличением выявляются летом

(с увеличением до 33,6 %) и весной (с увеличением до 31,8 %), в течение года низкие показатели симптомов патологии наблюдались – осенью (20,1 %) и зимой (14,5 %). «Клинические возмущение» ГП в течение года в зависимости от колебаний атмосферных элементов (АтД, ТВ, ОВВ, и СС) разнятся более чем в 2,3 % раз ($P < 0,001$). Так, понижение зрения и офтальмо гипертензия в разные сезоны года наблюдались с разницей в следующих уровнях: весной- по 33,2 % и 34,4 %, летом – по 30,9 % и 30,4 %, осенью – по 20,0 % и 20,0 %, зимой – по 15,9 % и 15,1 %.

Глазные боли и головные боли наблюдались также с разницей в различные сезоны года: весной – по 34,0 % и 31,9 %, летом – по 30,4 % и 23,9 %, осенью – по 22,8 % и 23,9 %, зимой – по 13,2 % и 13,3 %.

Выявляемость экстраокулярных симптомов (тошноты и рвота) колебалась с разницей в уровнях более чем в 3 раза ($P < 0,01$): наибольшей частотой наблюдается- весной (30,2 %) и летом (36,6 %), низкие показатели отмечаются осенью (20,8 %) и зимой (12,4 %).

Таким образом, в условиях резкоконтинентального климата Ферганской долины Узбекистана установлена связь между МФ и клиническим течением ГП: отмечается сезонность в прогрессировании клинических проявлений ГП под воздействием неблагоприятного метеорологического режима, что проявляется с резкими сдвигами показателей клинического и окулярного реагирования у больных ГП при колебаниях атмосферных процессов. Далее, на основании общепринятой методологии с использованием методов не параметрической статистики (χ^2 , коэффициент корреляции Пирсона и Спримена) разработаны таблицы прогнозирования, биоклиматограммы и система метеопрофилактики ГП в соответствии с уровнями колебание метеорологических факторов I – го порядка- АтД, ТВ, ОВВ, и СС.

На основании полученных данных в этом направлении было утверждено, что суммарный риск развития ГП и острых приступов глаукомы и или их осложнений в соответствии с уровнями колебаний МФ нарастают с последующими региональными спецификами: в связи с увеличением уровня и колебаний АтД риск развития и или осложнений ГП возрастает на 25,0 %, предполагаемый уровень риск развития ГП по мере повышения ОВВ не возрастает на 24,2 %, именно эти 2 МФ оказались приоритетными в изученном регионе и под воздействием их риск развития ГП увеличивается в более чем 8 раз.

Представленным в таблицах и биоклиматограммах эти материалы рекомендованы для клиницистам и практикам рекомендованы как трудовое орудие для ежедневного использования при разработке рекомендаций по ротации образа жизни пациентов с ГП, назначении консервативной или хирургической стратегии и или самое главное, при активной реализации региональных профилактических программ и реабилитационно – профилактических вмешательств в отношении этой патологии.

Выводы

1. Существует прямая коррелятивная связь между метеорологическими факторами (АтД, ТВ, ОВВ, и СС) и развитием «офтальмоконтинума» от глаукоматозных процессов. Флюктуация главных региональных метеорологических факторов I – го порядка является факторами риска развития и прогрессирования ГП.

2. В целях оптимизации и совершенствования лечебного- профилактических и реабилитационных программ ГП представляется целесообразным использовать разработанные региональные методы кликометеорологического наблюдения и метеопрофилактики, основанных на использовании таблицы прогнозирования и биоклиматограмм.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Ахророва З.Д. Первичной глаукоме в Таджикистане (клинико-эпидемиологические и медико-социальные исследования) // клин офтальмолог 2002, 3 (2) : 57-58.
2. Авдеев Р.В., Александров А.С., Басинский А.С. и др. Клинико-эпидемиологические исследования факторов риска развития и прогрессирования глаукомы // Российский офтальмологический журнал- 2013 – 6 (3) : 5-9.
3. Диагностика и лечение первичной открытоугольной глаукомы // Федеральные клинические рекомендации Межрегиональной общест. орг. «Ассоциация врачей- офтальмологов » Москва – 2013.- с – 3.
4. Егоров Е.А, Астанов Ю.С., Еричев В.П. Национальное руководство по глаукоме для практикующих врачей. М: ГЭОТАР- Медиа, 2015: 451-455.
5. Киселова О.А., Касанян С.М., Якубова Л.В. и др. Патофизиологические особенности развития, клиника и лечение злокачественной глаукомы // Офтальмологические ведомости- 2019- Т-12,- № 03 – С 60- 63.
6. Тарасов К.Л. Комплексное профилактической хирургической послеоперационной злокачественной глаукомы // Автореф. дис...канд. Мед.наук – М- 2014- С 27-29.
7. Кураедов А.В., Криницина Е.А. и др. Изменения структуры клинико- эпидемиологических показателей первичной открытоугольной глаукомы за 10 лет у пациентов, поступающих на оперативное лечение // Офтальмологические ведомости- 2019 – Т. 12-т № 3 – С 206-207.
8. Канюков В.Н., Воронина А.У., Борщук Е.Л. Медико-социальная характеристика пациентов с первичной открытоугольной глаукомой в Оренбургской области // вестник Оренбургского государственного университета- 2015- № 9 (184). – С 77-80.
9. Шараф Вақди Мухаммеди Эпидемиологические особенности клинического течения глаукомы в зависимости от социальных, экономических, этнических и географических факторов // Национальные журнал глаукомы- 2014. - № 1- С 69-74.
10. Tielsch J. M/ The epidemiology of primary open-angle glaucoma // Ophthalmol Clin N Am 1991;4:649-654.
11. Mandal A. K. The pediatric glaucomas // London.- Netlan.-2006.-P.156.
12. Quigley H.A. Number of people with glaucoma worldwide // Br J ophthalmol 1996 ; 80 (5) : 389-392
13. Finger R.P., Koberlein-Neu J. et al. Trends in inpatient treatment in ophthalmology in Germany // Ophthalmologie 2013 ; 110 (3): 225-228.
14. Foster P. J., Baasanhu J. et al. Glaucoma in Mongolia // Arch Ophthalmol 1996 : 114: 1235-1239.
15. Gao D.W., Kubota T. et al. A statistical comparison study of glaucoma in the Third Affiliated Hospital of China Medical College and Kyushu University Japanese // Acta Soc Ophthalmol Jap 1989; 93 (4): 458-462.

Учредители журнала:
Андижанский государственный медицинский институт и ООО «I-EDU GROUP»

Медицинская наука Узбекистана
электронный журнал
Выпуск №3

СОДЕРЖАНИЕ

№	Название статья	Стр.
1.	КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ НЕРВНОЙ СИ-СТЕМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ. Каримова У.Н., Рахманова Л.К., Юсупова Г.А., Исраилова Н.А.	04-08
2.	IKKI TOMONLAMA MIYA SHIKASTLANISHINING YUQUMLI ASPEKTLARINI OLDINI OLISH Qo'ldasheva Ya.M., Haydarova F.A., Qo'ldashev K.A., Xodjaliev J.D., Xodjaliev T.G., Xolmatov A.A., Akbarov I.N., Inomova G.Q.	09-11
3.	MIOKARD INFARKTI KELIB CHIQISH OMILLARI VA TAXLILI Yaminova N.X.	12-14
4.	QOSHALOK BOSH MIYA SHIKASTLNISHIDA BOSH MIYA TOQIMASI DIFFUS SHIKASTLANGAN BEMORLARDA IKKILAMCHI SHIKASTLOVCHI OMILLAR Qo'ldasheva Ya.M., Haydarova F.A., Qo'ldashev K.A., Xodjaliev J.D., Xodjaliev T.G., Xolmatov A.A., Akbarov I.N., Inomova G.Q.	15-17
5.	AHOLINING SIHATGOHLARNING INSON HAYOTIDAGI ROLI VA O'RNI HAQIDAGI FIKR VA MULOHAZALARINI SOTSIOLOGIK O'RGANISH Madaxanov A.S., Shamatov I.Ya., Xalilov I.X.	18-21
6.	NEVROLOGIK SINDROMLAR VA ASAB TIZIMINING KASALLIKLARI TARQALISHI Babadjanova Z.X.	22-25
7.	ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ МИГРЕНИ, СВЯЗАННЫЕ С ГОМОЦИСТЕИНОМ Камбарова Д.Н., Усманова Д.Д.	26-27
8.	ГЛАУКОМАТОЗНЫЕ ПРОЦЕССЫ В УСЛОВИЯХ РЕЗКОКОНТИНЕНТАЛЬНОГО КЛИМАТА: ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ВОПРОСЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ Ахмедов Н.Н., Мамасолиев З.Н., Маматхужаева Г.Н.	28-30

«O‘zbekiston tibbiyot ilmi»

ELEKTRON JURNALI

3-nashr. (may-june, 2023 yil)

<http://www.fdoctors.uz>

Подключенные системы

Google Scholar

ORCID
publons

CYBERLENINKA
in Library

ROAD
DIRECTORY OF OPEN ACCESS SCHOLARLY RESOURCES

INTERNET ARCHIVE

ISRA
JIF

EuroPub
Developed by EuroPub Group

doi

Crossref

SCIENCEWEB
NATIONAL BASE OF SCIENTIFIC RESEARCH OF UZBEKISTAN

НАУЧНАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ БИБЛИОТЕКА

eLIBRARY.RU

SLIB.UZ
Scientific library of Uzbekistan

DRJI

Directory of Research Journals Indexing

BASE
Bielefeld Academic Search Engine